



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
MUSEU AMAZONICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA
SOCIAL/PPGAS - UFAM



O parto na fronteira amazônica Brasil e Peru: etnografia sobre a assistência obstétrica no município de Benjamin Constant / Amazonas.

Ana Maria de Mello Campos

Manaus-AM

2018

ANA MARIA DE MELLO CAMPOS

O parto na fronteira amazônica Brasil e Peru: etnografia sobre a assistência obstétrica no município de Benjamin Constant / Amazonas.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - PPGAS da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, como requisito parcial para a obtenção de título de mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Prof. Dr^a. Márcia Regina Calderipe Farias Rufino

Manaus-AM

2018

ANA MARIA DE MELLO CAMPOS

O parto na fronteira amazônica Brasil e Peru: etnografia sobre a assistência obstétrica no município de Benjamin Constant / Amazonas.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - PPGAS da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, como requisito parcial para a obtenção de título de mestre em Antropologia Social.

Aprovado em 27 de fevereiro de 2018.

Banca examinadora:

Prof. Dr^a. Márcia Regina Calderipe Farias Rufino
Presidenta da Banca

Prof. Dr^a. Raquel Wiggers
Membro Examinadora

Prof. Dr. José Miguel Nieto
Membro Examinador

Manaus – AM, 2018.

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C198p Campos, Ana Maria de Mello
O parto na fronteira amazônica Brasil e Peru : Etnografia sobre a assistência obstétrica no município de Benjamin Constant / Amazonas. / Ana Maria de Mello Campos. 2018
141 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Prof. Dr^a. Márcia Regina Calderipe Farias Rufino
Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Parto. 2. Fronteira. 3. Violência obstétrica. 4. saúde na fronteira. I. Rufino, Prof. Dr^a. Márcia Regina Calderipe Farias II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

À minha querida avó Maria Pereira de Melo, que tanto contribuiu, auxiliando o nascer de várias crianças, minha eterna gratidão por seus ensinamentos, conselhos, paciência, amor e carinho, mesmo após sua partida continua nos ensinando com o exemplo de vida que deixou enraizado no seio familiar. Serei sempre a sua menina, “Te amo, te amo!”

Agradecimentos

Agradeço a Deus por todas as pessoas que parte do meu processo de amadurecimento e crescimento espiritual.

Agradeço a CAPES, pela concessão de bolsa durante o período do mestrado.

A minha mãe meu eterno amor e gratidão, agradeço imensamente por mesmo passando por inúmeras dificuldades durante minha gestação, por saber que me criaria sem meu pai do lado, ter tido a coragem e a determinação de me dá a vida. Agradeço com toda minha alma, a dedicação que tens por mim e minha filha, agradeço pelo apoio em ter cuidado da Clara Beatriz, durante o tempo que estive em Manaus, sei que sofreu quando eu sofria, e mesmo nos momentos difíceis entre nós, sempre rezou pedindo proteção e bênçãos na minha vida, te amo!

A Clara Beatriz! Filha amada agradeço por teu amor e compreensão pelos momentos em que não pude estar presente, saibas que nos momentos mais difíceis que vivi, foi em ti que busquei forças e ânimo para continuar, na dádiva de ser tua mãe, eu não tenho ensinado, tenho aprendido contigo a olhar o mundo de uma maneira mais simples.

Aos meus irmãos; Kátia e Sebastião, pelo amor incondicional, agradeço a vocês pelo carinho e dedicação com minha filha, pelas vibrações positivas.

Ao Henry, por ter dividido os cuidados de nossa filha com minha mãe, tivemos momentos bons e de tensão ao longo da minha caminhada, o destino nos colocou em projetos de vidas diferentes, mas serei eternamente grata por tudo.

A Charmaine Susan, pelo apoio e acolhida em sua residência por cinco meses no ano de 2015, agradeço por todos os momentos compartilhados, todos me serviram de aprendizado.

Ofigenia Bindá e Ênio Haiden, sem o apoio de vocês eu jamais teria conseguido permanecer em Manaus. Ofigenia, que tens trilhado uma caminhada comigo desde a graduação em Antropologia, nossos laços de amizade e parentesco se tornaram mais fortes no mestrado, com teu incentivo e apoio, jamais esquecerei nossos risos, lágrimas, medos, insônias, angústias, obrigada por tudo! Ênio, nos momentos mais críticos, tu me aparastes, me fazendo rir, outras vezes me fazendo chorar, como quando inventava alguma comida, só para me ver mais forte. A vocês dois minha eterna gratidão.

Agradeço imensamente aos professores Raimundo Nonato e Ana Carla pelas contribuições feitas durante a qualificação.

A Érica, meu Deus! Minha loba! Que mesmo longe, chorava junto comigo, me aconselhava, compartilhamos tantas coisas em comum, ela no Sul no mestrado e eu no Norte, mesmo sem forças uma apoiando a outra.

Ao meu amigo Maurício Rocha, por tantas conversas compartilhadas, ensinamentos e incentivo!

As minhas tias e tios que torceram por mim, em especial a tia Linda, Paula, Gercina, Amélia, Cília, Peta, tio Assis, meu primo-irmão Raimundo Campos.

A Lucirene, Fernanda e Zildo, por todo carinho, compreensão, aconchego e incentivo!

A minha madrinha Lina, seu esposo Sebastião e seus filhos Bruno e Isabelle, por todo carinho e cuidado nos momentos difíceis.

Aos meus primos/irmãos: Pery; Fabão, Geci, Dalva, Fátima e Patrícia, por cada palavra e pensamento positivo!

Aos meus filhos-sobrinhos: Brainer e Kayline, mesmo sendo tão jovens, sempre ouviram minhas loucuras, aventuras e desejos de sair pelo mundo. Tenho aprendido tanto com vocês, agradeço imensamente pela irmandade com a Clara Beatriz, pelos sorrisos e abraços compartilhados.

A família do PPGAS, os professores: Raimundo Nonato, Fátima, Ana Carla, Frantomé, Maria Helena, Carlos Dias, Gilton, Sidney, ao pessoal do apoio: Seu Ivo, Dona Ray, a secretária France, em especial a professora Márcia Calderipe, minha orientadora que por vezes me acalentou com abraços e palavras amigas.

A todos os colegas da turma de 2015 e 2016, em especial: Quézia, Nonata, Jucelya, Jaime, Diego Andrea e Socorro Batalha.

Agradeço ao Observatório de Violência no Amazonas, pelo aprendizado, discernimento e conhecimento adquirido ao longo dos anos.

A Flavia Melo, pelo empenho, apoio, acolhida e cuidado nos momentos mais difíceis em Manaus.

Ao Zé Miguel, sou muito grata por todos os diálogos, apoio e incentivo para que eu continuasse com a pesquisa, juntamente com a Flávia, foram fundamentais no meu processo de aproximação com a temática gênero e os diversos tipos de violência.

Agradeço imensamente a todas as mulheres pela importante participação na pesquisa, compartilhando momentos importantes de suas vidas.

A todos os profissionais da área da saúde que participaram da pesquisa.

Ao Ciderjano, pela grande ajuda e apoio para que eu pudesse me deslocar até Manaus.

Ao meu namorado Juan Carlos, sou grata pela amizade, acolhimento, paciência, pela humildade em compartilhar seus conhecimentos, por encorajar-me a alçar voos longos.

Mais uma vez, agradeço a minha orientadora Márcia Calderipe, pelas orientações, paciência, conversa, compreensão nos momentos difíceis que não foram poucos ao longo da trajetória no mestrado, por sua contribuição fundamental neste trabalho.

RESUMO

Esta dissertação apresenta uma etnografia sobre a assistência médico-hospitalar às grávidas, brasileiras e peruanas. Teve como objetivo descrever as práticas adotadas pelos profissionais de saúde no hospital, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto no período de 2015 a 2017. A construção da pesquisa abrangeu revisão bibliográfica, pesquisa documental, entrevistas semi-estruturadas e observação participante. Por meio desses recursos foi possível compreender e descrever o atual Sistema de Saúde Pública em Benjamin Constant e Islândia; as relações sociais entre brasileiros e peruanos; as relações entre os profissionais de saúde e as mulheres grávidas em Benjamin Constant; as narrativas dos profissionais de saúde e das mulheres sobre os partos. Participaram da pesquisa uma grávida brasileira e duas peruanas que se identificam como indígenas, e profissionais de saúde que atuaram na Ala Obstétrica do Hospital de Benjamin Constant. Evidenciei duas questões que considero como as principais contribuições deste trabalho, a primeira diz respeito ao fato de que as parturientes não conhecem seus direitos e, portanto, na maioria das vezes não se reconhecem como vítimas de violência obstétrica, em segundo, identifiquei que os profissionais que atuam diretamente na ala obstétrica alegam não ter conhecimentos sobre parto humanizado e os médicos e enfermeiros que, por sua vez, teriam mais acesso a tal conhecimento, não o colocam em prática na rotina laboral, especialmente devido aos preconceitos arraigados sobre o corpo feminino, sua nacionalidade, religião ou etnia.

Palavras Chaves: Saúde Maternal, Fronteira, Violência obstétrica

ABSTRACT

This dissertation presents an ethnography on the medical-hospital assistance to pregnant women, Brazilian and Peruvian. The objective of this study was to describe the practices adopted by health professionals in the hospital during labor, delivery and postpartum in the period from 2015 to 2017. The construction of the research included bibliographical review, documentary research, semi-structured interviews and participant observation. Through these resources it was possible to understand and describe the current Public Health System in Benjamin Constant and Islandia; social relations between Brazilians and Peruvians; the relationships between health professionals and pregnant women in Benjamin Constant; the narratives of health professionals and women about childbirth. The study included a Brazilian pregnant woman and two Peruvian women who identified themselves as indigenous, and health professionals who worked in the Obstetric Ward of Benjamin Constant Hospital. I have pointed out two issues that I consider to be the main contributions of this work, the first one is that parturients do not know their rights and, therefore, most of the time do not recognize themselves as victims of obstetric violence; secondly, I have identified that professionals who work directly in the obstetrics wing, claim that they do not know about humanized labor, and doctors and nurses who would have more access to such knowledge do not put it into practice in the labor routine, especially due to prejudices rooted in the female body, their nationality, religion or ethnicity. A hegemonic conception of biomedicine that fragments the bodies and prioritizes the physical aspects prevails in the consultations.

Key Words: Maternal Health, Frontier, Obstetric violence

LISTAS DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AM - Amazonas

AEMINPU - Associação Evangélica da Missão Israelita do Novo Pacto Universal

BC – Benjamin Constant

CID – Código Internacional de Doenças

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

COL - Colômbia

CONDISI - Conselho Distrital de Saúde Indígena

CRM – Conselho Regional de Medicina

DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

GM – Gabinete do Ministro

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

REHUNA - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento

RN – Recém-Nascido

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SIS-FRONTEIRA - Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

SIS-REG – Sistema de Regulação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TI – Terra Indígena

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VDRL - Venereal Disease Research Laboratorie Test

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	Orla de Islândia, época da vazante
FIGURA 02	Feira coberta do produtor
FIGURA 03	Área ao lado da feira coberta do produtor. Vendas de lanches e comidas
FIGURA 04	Hospital de Islândia
FIGURA 05	Sala de Parto – Hospital de Islândia
FIGURA 06	Clínica Hospitalar – Hospital de Islândia
FIGURA 07	Sala de Pré-Parto, Hospital de Benjamin Constant
FIGURA 08	Cartaz com posições de parto fixado na Sala de Pré- Parto
FIGURA 09	Mesa de partos do Hospital de Benjamin Constant.
FIGURA 10	Mesa de partos do Hospital de Benjamin Constant.
FIGURA 11	Sala dos Primeiros cuidados do Recém-Nascido
FIGURA 12	Área do Projeto Rede-Cegonha Hospital de Benjamin Constant
FIGURA 13	Incinerador do hospital, local onde são destinadas as placentas

LISTA DE FLUXOGRAMA

FLUXOGRAMA 1	Internação de Pacientes de acordo com o Sistema Regulador
FLUXOGRAMA 2	Internação de Pacientes no Hospital Geral D. Melvino de Jesus

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Quantidade de grávidas que fazem Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde em Benjamin Constant / AM.
TABELA 2	Quantitativo de partos no Hospital de Benjamin Constant / AM, no período de 2012 a 2016.
TABELA 3	Quantitativo de partos normais e cesáreos no Hospital de Benjamin Constant, no período de 2012 a 2016.

LISTA DE GRÁFICO

GRÁFICO 1	Situação dos médicos no Hospital de Benjamin Constant
------------------	---

Sumário

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I - NOTAS ETNOGRÁFICAS: BENJAMIN CONSTANT /BRASIL E ISLÂNDIA/PERU	28
1.1 OS INTERCAMBIOS NO SISTEMA DE SAÚDE EM BENJAMIN CONSTANT	41
1.2 ATENDIMENTO À SAÚDE EM ISLÂNDIA	48
1.3 ATENDIMENTO À SAÚDE EM BENJAMIN CONSTANT	53
1.4 ATENDIMENTO ÀS GRAVIDAS EM BENJAMIN CONSTANT	58
CAPÍTULO II – Da prática tradicional ao Modelo Médico Hegemônico	65
2.1 Encontro com as grávidas e as narrativas sobre o pré-natal.....	70
2.2 OS PARTOS	82
2.2.1 Peruana né! Por que não foi pra Islândia?	82
2.2.2 Ai mãezinha! Coitadinha mãezinha! Vai ser operada, tão jovem!	85
2.2.3 Não te disseram no pré-natal que você tem que chegar “peladinha” aqui?	93
2.3 O Reencontro com Adriana	101
2.4 Síntese dos partos	102
CAPÍTULO III - Discursos e práticas da equipe médica no Hospital de Benjamin Constant.....	107
3.1 Mulheres grávidas e o atendimento em Benjamin Constant	110
3.2 Discursos, preconceito e discriminação no atendimento a estrangeiras peruanas e a indígenas ...	118
3.3 Dimensões da Violência obstétrica.....	122
3.4 Considerações sobre o Parto humanizado	129
4.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
5.0 REFERÊNCIAS	136

INTRODUÇÃO

Parti do porto de Benjamin naveguei sem-fim, aportei no mundo. Remei no mar bravo da saudade, do rio da minha cidade que é meu mar profundo (...). É o teu porto, porta da minha partida me levando pela vida me trazendo assim pra casa. (Celdo Braga e Eliberto Barroncas. Trecho da música “Voltando pra casa”, 1994).

Apresento neste trabalho dados da pesquisa etnográfica sobre a assistência médico-hospitalar às grávidas, brasileiras e peruanas, que teve como objetivo descrever as práticas adotadas pelos profissionais de saúde no hospital, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto a elaboração ocorreu no período de 2015 a 2017. Minha inserção no campo parte da longa vivência de sensações e emoções da proximidade com o objeto de pesquisa e da minha relação intensa com os conhecimentos tradicionais de parteira adquiridos através da minha avó.

A discussão sobre as práticas assistenciais aos partos tem como cenário a tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia – local onde se formou uma sociedade transnacional na Amazônia, composta por pessoas oriundas do nordeste brasileiro, dos Andes peruanos e colombianos para exploração da borracha entre 1880 e 1930 (ZÁRATE, 2012¹). É importante ressaltar que antes da vinda destas populações para extração da borracha, demarcação e defesa das fronteiras dos três países, existiram nesta região populações indígenas que habitavam o território há vários séculos, os laços de parentesco entre indígenas e não indígenas ultrapassam as fronteiras geográficas. Zárate (2012) enfatiza que as populações indígenas ticuna da fronteira amazônica utilizam um mecanismo (visitas aos parentes que moram nos países vizinhos) para aproveitarem os serviços dos três países.

O local central da pesquisa dá-se no município brasileiro de Benjamin Constant e no município peruano de Islândia. Para Zárate (2012), os maiores investimentos em ações públicas dos três países nesta região são empregados para demarcação de território, ao contrário dos recursos para políticas públicas assistenciais que são mínimos. O autor argumenta que mesmo com a presença das forças militares não houve transformação social ou econômica, nem melhoras das condições de vida dos habitantes fronteiriços. Desta forma, as populações binacionais ou trinacionais encontram-se em carências que ocasionam isolamento,

¹ Em Entrevista cedida para a revista Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos, [S.l.], v. 9, n. 1, p. p. 137-141, jun. 2012.

ausência de serviços públicos, inexistência de infraestrutura pública, ínfimos níveis e coberturas educativas, precariedade nos serviços médicos e assistenciais, desemprego e informalidades, entre outros.

Estudos antropológicos de Martins, Nascimento e Oliveira, (2015), Olivar, Cunha e Rosa, (2015) sobre a tríplice fronteira amazônica, abordam a relação conflituosa existente entre brasileiros e peruanos, uma vez que a presença dos peruanos é tida como ameaça, seja no setor econômico brasileiro, pois dominam o comércio local, ou pelo acesso a dupla cidadania, quando as mulheres peruanas buscam assistência ao parto em Benjamin Constant. Este imaginário criado a respeito dos peruanos e peruanas resulta em xenofobia quando os profissionais da área de saúde criam conflitos, tensões e recusam-se a prestar atendimentos médicos a estrangeiros.

Prestar assistência pré-natal a mulheres peruanas provoca na gestão municipal e entre os profissionais de saúde uma grande tensão, pois se existem normativas nacionais e internacionais que garantem o direito ao atendimento, por outro lado, segundo tais profissionais, o Estado Brasileiro não oferece suporte e insumos adequados para a efetivação de tal direito.

Segundo Campos (2012), os atendimentos a maioria das mulheres peruanas são recusados quando buscam iniciar as consultas pré-natais nas Unidades Básicas de Saúde – UBS. As que têm o primeiro atendimento são orientadas a procurarem o município peruano vizinho e a não retornarem às UBS. Há um desconhecimento geral sobre a veracidade da norma utilizada nos discursos consolidado entre os profissionais de saúde das UBS de somente realizar atendimento a estrangeiros que tenham no mínimo três anos de residência fixa no município. Diante da recusa ao atendimento, muitas parturientes peruanas aguardam até o último momento o trabalho de parto, para buscar assistência médica na emergência, quando finalmente conseguem ser atendidas em caráter de urgência, muitas vezes sem a carteira de gestante e sem ter realizado nenhum exame, colocando em risco a sua vida, a do feto e as dos funcionários do hospital².

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948) afirma em seu artigo III que “todo cidadão tem direito a cuidados médicos sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, sexo, idade, condição social, nacionalidade”. Esse pressuposto foi ratificado pela Constituição Federal Brasileira desde 1988, no artigo 196, ao definir que “a saúde é um

² Muitas das vezes quando as parturientes peruanas chegam em período expulsivo no hospital, sem a Carteira de Gestante, não dá tempo dos profissionais de saúde enluvarem as mãos, a assistência ao parto é realizada sem exames prévios, o que torna impossível diagnosticar algum tipo de doença como por exemplo HIV/AIDS.

direito de todos e dever do Estado”. Os princípios de equidade e universalidade também aparecem como norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Na esfera de assistência ao parto no município de Benjamin Constant, há situações explícitas de violência institucional e de gênero, categorizada recentemente como violência obstétrica que alcança a todas as mulheres – indígenas, não indígenas e estrangeiras - que buscam assistência ao parto no município de Benjamin Constant. As situações de violência agravam-se quando as mulheres são indígenas e também estrangeiras. Para Mariani e Neto (2016), tal violência fere tantos os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como a dignidade da pessoa humana.

Os movimentos feministas tem papel fundamental no movimento de mudança de assistência ao parto por questionar a forma com a biomedicina tem prestado assistência às mulheres antes, durante e no pós-parto. Os direitos sexuais e reprodutivos são fruto desses movimentos reivindicatórios que reescrevem a reforma do parto a partir da concepção de direitos reprodutivos e direitos sexuais como direitos humanos (DINIZ, 2001, apud MARIANI e NETO, 2016).

O desconhecimento de seus direitos como cidadãos impede que as populações acessem as ações de políticas públicas em termos de atendimento médico e hospitalar. A manipulação de informações nas instituições e o distanciamento dos centros de decisão favorecem a precariedade do atendimento pelos profissionais de saúde que escolhem quem vão atender, tratam pejorativamente e excluem pessoas, prestam informações incorretas sobre recursos financeiros, justificam o não atendimento a estrangeiros devidos os gastos que não serão contabilizados, culpabilizando o Sistema de Saúde.

Martin (2006) analisa que na formação do pensamento médico ocidental, no processo de trabalho do parto, os sentimentos e angústias das parturientes não são considerados, pois o médico cumpre a função de apenas resolver o “problema”. Tal conduta está relacionada ao modelo médico hegemônico, direcionado a todas as mulheres que buscam atendimento hospitalar. Faz-se presente, ainda, nesta região de fronteira, o preconceito com as mulheres indígenas e a xenofobia com as mulheres peruanas.

Nessa dissertação, considero que a gravidez e o parto são eventos que abrangem as esferas biológica, psicológica e social, compondo um processo de transição social tanto para a mulher, quanto para as pessoas que convivem socialmente com elas (VAN GENNEP, 2011). Este autor nos ajuda a pensar no quanto as práticas do modelo médico hegemônico de assistência ao parto levam em consideração apenas um sistema explicativo biológico de como

funciona o parto, sujeito a um sistema financeiro corrompido que aprofunda a desassistência médica e social, deixando de lado a esfera biopsicossocial das parturientes, causando danos não somente a mãe, mas ao bebê e a todos os familiares com quem mantém uma relação social.

Utilizando as abordagens de Larry Dossey (1989), posso dizer que o parto assistenciado pelas parteiras tradicionais diferenciava-se do modelo médico a medida em que tratavam as mulheres como totalidade, levando em consideração seu corpo, sua mente, o psicológico e o espírito. Para o autor, o que deve ser resgatado é a alma do “curandeiro” /médico que há muito tempo se perdeu.

Antigamente, a prática de assistência aos partos era domiciliar, sendo que após a segunda guerra mundial foi instaurado, através do modelo biomédico, as maternidades institucionalizadas e os nascimentos passaram a ocorrer cercados por rotinas rígidas, desconsiderando a individualidade de cada mulher. A impessoalidade dos profissionais frente à demanda de trabalho e o excesso de intervenções levaram rapidamente à desumanização da assistência e até mesmo ao fenômeno da violência obstétrica (KRUNO, SILVA e TRINDADE, 2017).

O modelo biomédico, utilizando as políticas higienistas, propunha a diminuição das taxas de morbidade e mortalidade materna, afastando-as do domiciliar para as instituições hospitalares, retirando a individualidade e protagonismo das mulheres, Menéndez (2003), analisando o modelo biomédico, observa que a passagem de pacientes por essas instituições é vista apenas como dado estatístico.

Preocupados com as violências às quais as mulheres são submetidas durante o parto, surgiu em 1993 o movimento em prol do parto humanizado no Brasil, introduzindo elementos dos movimentos feministas, ligando o parto aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (TORNQUIST, 2004).

A partir de 2014, o termo violência obstétrica ganhou repercussão, após a Venezuela tipificá-la como crime. No mesmo ano, a OMS fez uma declaração intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeitos e maus-tratos durante o parto em instituição de saúde”. Embora a OMS demonstre preocupação com a assistência oferecida as mulheres durante o parto, enfatiza, na referida declaração, que as taxas de assistência institucional ao parto melhoraram, porque as mulheres são cada vez mais incentivadas a buscar tais instituições para parir. Em contrapartida, observei os diversos relatos de abusos, maus tratos, medicalização e intervenções desnecessárias nos partos realizados no hospital de Benjamin Constant.

Tornquist (2004) seguindo os conceitos de Tania Salem, afirma que a humanização do parto busca a retomada ao protagonismo das mulheres no período gestacional, parto e pós-parto, onde o desdobramento do Parto sem Dor e do Parto Natural, englobou a noção de Parto Humanizado.

Repensar as práticas tradicionais de assistência aos partos tornou-se fundamental para as discussões relacionadas à humanização dos partos e a violência obstétrica, embora alguns autores definam a prática das parteiras tradicionais exclusivamente de mulheres, não utilizo da mesma definição, pelo fato de ter conhecido parteiros no seio familiar e nas redondezas de onde moro. Tal conhecimento me permite dizer que não é o fato de ser uma mulher assistenciando o parto que o torna mais ameno, isso depende das práticas que o auxiliar oferece as mulheres durante o acompanhamento gestacional até o pós-parto.

A dissertação está dividida em três capítulos. No capítulo I contextualizo a fronteira entre Benjamin Constant (Brasil) e Islândia (Peru), mostrando como a interação entre brasileiros e peruanos é em alguns momentos tida como amistosa e, em outros, como conflituosa. Apresento a descrição sobre o fluxo de pessoas entre estes dois países; os intercâmbios de saúde existentes entre eles e os atendimentos médicos em ambos os municípios, sendo que essa tensão se faz maior no sistema brasileiro por ser gratuito. No capítulo II, abordo a mudança ocorrida nas práticas de assistências aos partos na região amazônica, onde o modelo médico hegemônico oprimiu, condicionando novos modelos assistenciais, na qual as mulheres são vistas unicamente como seres biológicos, no primeiro encontro com as mulheres e nas observações durante os trabalhos de partos, se fez presente a prática alternativa da autoatenção, no subcapítulo das descrições dos partos, o hospital aparece como uma instituição hostil, onde os funcionários se apropriam do corpo, da dor, da simbologia cósmica das parturientes, remetendo-as as mais variadas formas de violência obstétrica. No capítulo III reflito sobre os discursos e práticas dos profissionais de saúde atuantes na ala obstétrica do hospital de Benjamin Constant no ano de 2016, o grau de conhecimento sobre as diretrizes do parto humanizado se fez presente nos discursos dos médicos e enfermeiros, enquanto as técnicas em enfermagem que atuam diretamente na ala obstétrica não demonstraram o mesmo nível de conhecimentos. Veremos dois conjuntos de fatores que condicionam a qualidade na assistência obstétrica em Benjamin Constant, por um lado, aqueles que dizem respeito aos pacientes, como nacionalidade, etnicidade, classe social, pertencimento religioso e seu nível de informação, por outro lado, aqueles que se relacionam a intervenção do Estado, como as condições de infraestrutura e a gestão da instituição,

incluindo a formação e práticas dos profissionais da saúde. Estes fatores estão interligados e apresentam-se de múltiplas formas na realidade transnacional onde realizei a pesquisa.

.....

Reflexões sobre o fazer etnográfico

Com o intuito de situar os leitores sobre o lugar de onde estou falando, apresentarei um pouco da minha trajetória de vida, profissional e acadêmica, que estão intimamente interligadas com as temáticas abordadas na pesquisa da graduação em antropologia e agora no mestrado. Vivo na tríplice fronteira Brasil, Peru e Colômbia, uma realidade transnacional onde circulam e trabalham pessoas de várias nacionalidades. Dentre esses grupos, os peruanos tem sido alvo de preconceitos e discriminações de forma bastante severa, sendo que, em alguns momentos da minha vida, também reforcei o olhar preconceituoso para com eles.

Até eu conhecer o pai da minha filha, compartilhava das mesmas visões que os outros - via os peruanos como pessoas paupérrimas, de pouca higiene, que buscavam mudar de vida em Benjamin Constant. No início do namoro, por medo, ele omitiu sua dupla cidadania. Como falava o português sem sotaque espanhol, não percebi que era peruano. Meses depois, quando fomos a uma festa em Islândia, ouvi-o falando fluentemente o espanhol, foi aí que soube a verdadeira história. Talvez, se soubesse no primeiro encontro, não teria aceitado falar com ele. Aos poucos fui introduzida, através do namoro, na cultura peruana. No decorrer do curso de Bacharelado em Antropologia, comecei a enxergá-los de maneira diferente, sem pré-conceitos, sem estigmatizá-los³.

Nasci em Benjamin Constant, numa época em que as mulheres eram orientadas a não parirem em casa e, mesmo sendo neta de parteira, minha mãe me teve no hospital, sequer deixaram minha avó acompanhar o parto. O primeiro parto de minha mãe foi em casa, porém desde quando começou a fazer o pré-natal da segunda gravidez foi pressionada a ir ao

³Hoje em dia incentivamos nossa filha de cinco anos a valorizar a cultura peruana paterna, porém não é fácil, com tantos estigmas e preconceitos enraizados no ambiente escolar. Em casa, o pai fala algumas vezes em espanhol com ela. Certa vez ela chegou chorando da escola dizendo que não queria mais falar espanhol, pois havia falado na escola e os colegas disseram que era feio e a chamaram de “peruana thola”

hospital. Não tendo uma boa experiência no parto hospitalar, decidi que o terceiro parto seria em casa, assistenciado por minha avó.

Anos se passaram, minha irmã casou-se com um militar, mudou-se para Tabatinga e meses depois, engravidou. Um dia antes do parto, fui visitá-la. Na madrugada, começou a sentir dores, o esposo a levou para o hospital e fui junto. Na época, tinha dezesseis anos. Meu cunhado e eu ficamos no corredor do hospital, pois não o deixaram entrar. De lá, ouvíamos os choros e gritos de minha irmã, meu cunhado brigou com o médico pedindo para entrar, mas alegaram que não podia por ser homem. A deixaram sozinha na sala de parto, quando voltaram, a criança havia nascido e ela desmaiado.

Devido ao parto traumático, minha irmã teve depressão pós-parto. Entretanto, em menos de um ano, engravidou novamente e decidiu parir em Benjamin Constant, foi quando acompanhei todo o trabalho de parto e parto que começou na madrugada. Recebíamos orientações de minha avó por telefone: “Faz chá de pimenta do reino. Reza a oração da Nossa Senhora do Bom Parto. Pega a oração de amuleto e coloca no pescoço⁴. Massagem no quadril. Toma banho. Como estão as contrações?...”. Na alvorada do dia embarcamos numa baleeira (meu cunhado, o sobrinho de um ano, minha irmã, o motorista e eu), em trinta minutos atravessamos o rio Solimões, mas o medo, a ansiedade e o nervosismo tomou conta de todos, havíamos levado todo o material necessário, caso o parto acontecesse no meio do rio.

Ao chegarmos em Benjamin Constant, minha avó, minha mãe e uma tia já haviam preparado o chão da casa com vários lençóis e travesseiros e, não demorou muito, minha sobrinha nasceu. Esse foi o primeiro parto que assisti.

Quando engravidei havia planejado ter um parto normal assistenciado por minha mãe e avó, pois no período da gravidez tinha assistido alguns partos das mulheres que acompanhei durante a pesquisa de graduação e sentia resistência aos partos hospitalares. Eu passava dias lembrando o sofrimento e a violência que elas haviam sofrido e não desejava passar pela mesma situação. Porém, minha avó adoeceu e tive que ir ao Hospital, onde passei por um parto cesáreo pelo motivo de não haver dilatação do útero. Foi tudo traumatizante, o hospital passava por reforma, a sala improvisada de cirurgia era no conforto médico⁵, há tempos estava fechada. Não pude ser transferida para Tabatinga, pois era tarde da noite e os riscos de morte fetal eram imensos.

⁴ Era a oração de Nossa Senhora do Desterro, escrita à mão por um homem, depois dobrada várias vezes, enrolada em um saco plástico e colocada em um barbante que era amarrado em formato de cordão.

⁵ Sala no Setor Hospitalar exclusiva para horas de descanso dos médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem

Senti-me frustrada, culpada por não ter tido parto normal, olhava para minha filha e sentia angústia, não amor. Ainda lembro-me da enfermeira me pedindo para sorrir, arrumar o cabelo, minutos depois da cirurgia. Eu não queria sorrir, queria saber como estava minha filha que, ao nascer, foi internada imediatamente com infecção por ter ingerido mecônio⁶, ficou em um leito distante do meu, só a via e tocava nas horas de amamentação.

Em 2005, comecei a trabalhar por contrato no Hospital de Benjamin Constant como Agente Administrativo e, em 2007, fui empossada no mesmo cargo por concurso público. Nesse período, mantive boa relação com todos os funcionários do local. Porém, por mais que durante o horário de trabalho transitasse pelas dependências do hospital, não tinha noção do que acontecia por ali. Somente em 2010, quando escolhi o hospital como local para a prática de campo da disciplina Antropologia do Direito, pude observar e conhecer a fundo o que realmente acontecia. Os atos de violências, até então, eram invisíveis para mim, eu havia entrado num mundo diferente do meu cotidiano laboral.

As vendas haviam caído dos meus olhos e não podia fingir que não via. Em vista disso, senti interesse em realizar uma pesquisa que denominei como “Dilemas da Maternidade: assistência a grávidas na rede municipal de saúde de Benjamin Constant/AM”, na qual descrevi o caminho percorrido por grávidas brasileiras e peruanas no sistema de saúde pública.

Meu primeiro contato com as discussões de gênero aconteceram com a chegada da professora Flávia Melo, que foi minha orientadora e coordenadora do Observatório de Violência de Gênero no Amazonas, do qual faço parte como pesquisadora. Até a chegada da Flávia no Instituto Natureza e Cultura, nunca tinha ouvido falar em violência de gênero. O conceito de violência que tínhamos era apenas o de violência física, que muitas vezes era naturalizada por todos.

Através da pesquisa realizada na graduação, as abordagens teóricas e discussões no Observatório, me senti instigada a dar continuidade a pesquisa no mestrado, sendo que comecei a cursá-lo em 2015 no PPGAS/UFAM.

Para alcançar os propósitos da investigação, fiz coleta de dados no hospital e Secretaria Municipal de Saúde nos anos de 2015, 2016 e 2017. A coleta de dados nas Unidades Básicas de Saúde, o contato com as parturientes e a observação dos partos ocorreu no ano de 2016. Para a pesquisa, também foram realizadas entrevistas semi-abertas com parturientes

⁶ Substância pastosa de cor esverdeada como a da papoula, que é coletada no intestino do feto e constitui as primeiras evacuações dos recém-nascidos. Consultado no dicionário online do sitio: <https://www.google.com.co/search?q=Dicion%C3%A1rio>

brasileiras e peruanas, e profissionais da área da saúde do Hospital de Benjamin Constant. O retorno ao campo aconteceu no ano de 2017, porém não consegui localizar duas interlocutoras da pesquisa.

Negociando o Campo

A negociação do campo começa desde o momento que escolhemos a temática, pois já pensamos nas articulações que temos que fazer e quem acionar. A princípio, a pesquisa seria no município de Benjamin Constant e Tabatinga e, para isso, enviei um pedido de autorização para a Secretária de Saúde de Tabatinga em outubro de 2015. Tentar negociar o campo à distância não nos favorece, pois quando enviei o pedido de autorização estava em Manaus. Contatei uma pessoa em Tabatinga-AM, que me falou que a secretária municipal de saúde estaria no aeroporto de Manaus em certa data. Na data marcada fui ao aeroporto, não encontrei a secretária, pois já havia feito check-in. Entrei em contato via telefone com ela que pediu que entregasse o documento a quem estivesse entrando, que ela pegaria na sala de espera. Fiz o combinado e marcamos um dia para que pudesse falar com ela novamente por telefone. No dia marcado, a contatei por diversas vezes e não fui atendida.

Em dezembro de 2015, fui a Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga, apresentei-me a um funcionário, expliquei a situação e pedi para falar com a secretária, minutos depois o funcionário me informou que não poderia falar com ela, pois não havia autorizado a pesquisa no momento. Nesta ocasião percebi que, se por um lado fazer campo num local que faz parte do nosso cotidiano abre portas, por outro lado as fecha também, ainda mais em ano eleitoral. Imagino que a negação tenha acontecido porque um ente familiar era candidato da oposição ao prefeito da época. Decidi realizar a pesquisa em Benjamin Constant, pois o contexto histórico desde a pesquisa que realizei na graduação era outro⁷.

No município de Benjamin Constant, tive dificuldades para falar com o Secretário Municipal de Saúde, não conseguia localizá-lo na SEMSA, pois a situação era de instabilidade na secretaria. Como o secretário estava no local esporadicamente, tinha que ir quase todos os dias em horários alternados. No início de janeiro de 2016, consegui conversar com ele que já tinha um conhecimento prévio da minha pesquisa⁸. No mesmo dia busquei informações na SEMSA, sobre o quantitativo de grávidas brasileiras e peruanas que fizeram

⁷ Na primeira pesquisa o hospital estava em reforma, à sala de parto era improvisada, a Rede Cegonha estava em fase de implantação.

⁸ Pois tive que pedir a ele liberação do trabalho, quando entrei no mestrado.

pré-natal em Benjamin Constant, porém o único registro que havia eram dados gerais e somente de grávidas brasileiras, uma vez que o SIS-Fronteira não estava funcionando.

Dessa forma, tive que fazer o mesmo percurso da pesquisa anterior, realizei um mapeamento exploratório nas cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de selecionar as grávidas com data provável do parto em dias iguais ou próximos. Encontrei várias dificuldades, uma delas foi o fato de ser mulher. Recebi diversas “cantadas”, certo assédio por parte de alguns diretores das UBS. Outra dificuldade ocorreu pelo fato de eu ser benjaminense, funcionária afastada do hospital, ter familiares contratados pela prefeitura e, ainda, pelo fato do cenário ser de ano eleitoral e me cobraram um posicionamento político. Na hora fiquei surpresa e me senti coagida com tudo que ouvi, mas expliquei que não poderia me envolver em qualquer situação partidária, o objetivo da pesquisa não era esse.

Somente em uma UBS, encontrei dados estatísticos sobre as grávidas, de forma organizada. Nas outras, passei dias sistematizando os dados e selecionando os possíveis sujeitos de pesquisa. Selecionei nove grávidas com datas prováveis de partos, pois caso alguma não pudesse participar da pesquisa, buscaria outras. Com o baixo quantitativo de grávidas peruanas entre o oitavo e nono mês, a solução foi conversar com os Agentes Comunitários de Saúde, que me informaram o endereço de algumas grávidas peruanas. Assim, selecionei as grávidas que estavam entre o oitavo e nono mês gestacional. O curto tempo de pesquisa no mestrado inviabilizou a seleção de mulheres com menos meses de gestação, o que me ajudaria a ter uma aproximação maior com elas. Abaixo apresento o quantitativo de grávidas que realizavam consultas Pré-Natal em Benjamin Constant.

Tabela 1. Quantidade de grávidas que fizeram Pré-Natal nas Unidades Básicas de Saúde em Benjamin Constant / AM. 2016:

	BRASILEIRAS	PERUANAS	TOTAL
UBS PRIM ASSIS	42	02	44
UBS SEBASTIÃO CRUZ PLÁCIDO	38	06	44
UBS ENFERMEIRA LEONTINA	68	01	67
UBS ALCINO CASTELO BRANCO	62	00	62
UBS “COLÔNIA” / CENTRO DE SAÚDE	54	03	57

Fonte: CAMPOS, ANA. 2016. Registro de Consultas Pré-Natal nas UBS de Benjamin Constant.

Tabela 2. Quantitativo de partos no Hospital de Benjamin Constant / AM, no período de 2012 a 2016:

Ano	Total de partos	Total de partos de peruanas
-----	-----------------	-----------------------------

2012	784	53
2013	777	46
2014	795	51
2015	856	63
2016	726	32

Fonte: CAMPOS, ANA. Livro de Partos – Vigilância Epidemiológica do Hospital de Benjamin Constant, 2017.

Através das duas tabelas evidenciamos que os dados do ano de 2016 da tabela 1 não correspondem com os dados da tabela 2 ao analisarmos a quantidade de partos de mulheres peruanas, pois, as mulheres estrangeiras que buscam o primeiro atendimento obstétrico em Benjamin Constant, são recusadas pelos profissionais de saúde por não comprovarem o tempo de residência mínima de três meses em solo brasileiro, desta forma a maioria buscam acesso ao atendimento médico obstétrico, somente no período expulsivo.

Um fato que destaco sobre o campo é que, muitas vezes, não estamos a dispor somente do campo, sempre o dividimos com as obrigações da maternidade, com os problemas conjugais e familiares. Ainda mais quando o campo é onde convivemos. Seleccionadas as grávidas, passei mais de uma semana afastada do campo, minha filha havia começado precocemente (04 anos) as trocas de dentes e se recusava a alimentar-se.

Silvana Bitencourt (2013), no livro *Maternidade e Carreira: reflexões de acadêmicas na fase do doutorado*, mostra que surge certa incompreensão por parte da família de mulheres acadêmicas que, muitas vezes, não aceita que elas tomem um rumo diferente daquele que seus familiares impuseram pelo fato de ser mulher. A maior parte dessas famílias não aceitam e criticam a posição das mulheres cientistas por passarem grande parte do seu tempo atrás dos muros de uma universidade ao invés de estar em casa cuidando dos filhos ou esposo.

Resolvido o problema com minha filha, na segunda semana de janeiro fui às residências das grávidas seleccionadas. As duas primeiras peruanas que conversei informaram que não poderiam participar da pesquisa, pois não teriam permissão dos seus maridos que eram muitos rígidos devido à sua participação na religião Israelita⁹.

Participaram da pesquisa três grávidas; uma brasileira e duas peruanas; que se identificaram como peruana indígena, todas maiores de dezoito anos, equipe médica do hospital (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem). A fim de preservar a

⁹ “Associação Evangélica da Missão Israelita do Novo Pacto Universal- AEMINPU, popularmente conhecidos como “ISRAELITAS”, estabelecidos no Alto Solimões, na religião de fronteira do Brasil com o Peru”. (SAÉNZ, David Adan. 2014)

identidade dos interlocutores da pesquisa utilizei pseudônimos, as seis técnicas em enfermagem que trabalham diretamente na ala obstétrica identifiquei como: técnica-1; técnica-2; técnica-3; técnica-4; técnica-5 e técnica-6, do mesmo modo apresento médicos e enfermeiros que atuaram na ala obstétrica.

A primeira brasileira contatada aceitou o convite para a pesquisa com a condição de não usar o nome verdadeiro, não utilizar gravador (informou o medo de haver perda do gravador e ela ter sua voz espalhada pela cidade).

Para encontrar a segunda mulher grávida para participar da pesquisa pedi ajuda a uma Agente Comunitário de Saúde (ACS) que mencionou que, em sua área, havia uma peruana grávida, dizendo ser indígena. Pedi que me levasse até as proximidades da residência dela, pois não sabia como chegar ao local.

A terceira grávida foi identificada pelos profissionais de saúde como peruana, mas ela se identificava como kokama brasileira. A localizei através de uma ACS, ela havia realizado duas consultas na UBS, mas não constava nos registros das que faziam pré-natal, pois, segundo a ACS, não morava em Benjamin Constant, o endereço informado era de um tio da paciente. Busquei, juntamente com a ACS, o prontuário desta grávida, anotei o nome completo dela e, em outro dia, busquei informações no endereço que constava na ficha de atendimento.

Passei quatro semanas visitando as grávidas e conversando sobre o pré-natal e suas expectativas para o parto. Deixei o número do meu celular com as mulheres e pedi que me avisassem¹⁰, se possível, quando começassem a sentir as primeiras contrações. Enfatizo que me preocupei bastante ao tentar criar essa “ponte” de comunicação com as grávidas. Imaginei que algumas poderiam não lembrar de mim, que significância eu teria para elas num momento tão importante em suas vidas? Além disso, somente duas grávidas utilizavam telefone celular. Outro fator que me preocupou bastante foram os inúmeros apagões pelos quais passava o município, sendo que a energia entrou em racionamento por mais de um mês, afetando os serviços de telefonia móvel.

Então articulei passar uns dias imersa¹¹ no hospital, na tentativa de assistir aos partos, com as respectivas autorizações. Pedi autorização do diretor e não tive problemas com a negociação do hospital, pelo contrário, o fato de eu haver trabalhado lá me ajudou muito, pois tenho uma relação estabelecida com os profissionais de saúde da instituição.

¹⁰ Pedi que me ligassem à cobrar.

¹¹ Minha programação era passar de 07 a 08 dias, porém foram necessários 05 dias.

Na primeira semana de fevereiro de 2016, fiquei em observação no Hospital Geral Doutor Melvino de Jesus, à espera dos partos de Pilar e Adriana, (o parto de Sheila já havia acontecido). O tempo que fiquei imersa no hospital me possibilitou observar como os serviços de assistência médica foram ofertados a outras parturientes admitidas durante esse período no hospital. Fui bem acolhida pelos funcionários e reafirmei que estava como pesquisadora naquele momento. Por diversas vezes, alguns funcionários, especialmente da ala obstétrica, me relatavam seus desânimos, por não haver cursos de capacitação e aperfeiçoamento à assistência aos partos. Outras vezes, relatavam que mesmo se tivessem o curso não fariam, pois não ganhariam aumento salarial.

Minha volta ao campo

Desde a pesquisa anterior, sempre busquei criar o estranhamento do campo, um exercício que não foi fácil, pois em um turno era funcionária e no outro turno era pesquisadora. Os funcionários não conseguiam separar as duas coisas, embora minhas vestimentas mudassem de padrão de um turno para o outro. Tive problemas também na pesquisa por ter minha imagem vinculada ao hospital, levando a que algumas mulheres peruanas tivessem receio em participar.

Gilberto Velho (1999) pontua que deve haver uma distância mínima que garanta ao investigador condições de objetividade em seu trabalho, sabendo que a distância a que se refere o autor não é apenas a física, e sim distanciamento social e psicológico. O afastamento do espaço físico hospitalar devido ao início do curso de mestrado possibilitou uma mudança. Com o retorno ao local, os funcionários sabiam que minha presença no ambiente não era como funcionária e sim como pesquisadora. A rotina que mantinha antes em relação a conversas paralelas e encontros nas horas de intervalos também mudou. Por mais que o cenário da pesquisa seja o local onde nasci e vivo, é importante ressaltar que não tenho conhecimento analítico de tudo que ocorre nele, há dinâmicas culturais que podem passar despercebidas, como é o caso dos sujeitos de pesquisa que partilham de culturas diferentes.

A transformação do exótico em familiar e do familiar em exótico estão relacionadas e sujeitas a uma série de resíduos, nunca sendo realmente perfeitas, pois o exótico nunca pode passar a ser familiar e o familiar nunca deixa de ser exótico (DA MATTA, 1974). O que

estamos habituados a ver e encontrar pode ser familiar, mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico (...). No entanto, estamos sempre pressupondo familiaridades e exotismo como fontes de conhecimento, ou desconhecimento (VELHO, 1999).

Quando pesquisador e pesquisados compartilham de um mesmo contexto urbano há distâncias culturais internas a este meio que permitem ao antropólogo realizar pesquisa em sua própria cidade. Isto se dá porque familiaridade não é igual a conhecimento (VELHO, 1999 apud. PEREIRA, 2005).

Para Sáez (2006), o pesquisador sempre será um sujeito estranho, mesmo quando o ambiente lhe é familiar e foi assim que me vi durante o campo no hospital, presenciei fatos que não se enquadravam nas estatísticas hospitalares, coisas que eram “naturalizadas”, enquanto era funcionária e estava num mesmo ritmo que os demais profissionais da área da saúde. É o que o autor fala, que nada na verdade é tão familiar, e se olharmos com cuidado até o mundo nos é estranho. O autor nos encoraja a descobrir o “familiar”, mas alerta também a não usarmos as falas dos sujeitos de pesquisa como nossas.

Minha experiência no hospital foi de dias intensos, cansativos e de muitas surpresas. Nos quatro primeiros dias as grávidas foram ao hospital, mas não pude assistir nenhum parto, pois todos foram cesáreos, a interlocutora brasileira teve uma intercorrência e precisou ser transferida para a maternidade no município de Tabatinga. Acompanhei toda a remoção até a chegada à maternidade.

Quando cheguei à maternidade em Tabatinga, pensei em desistir do campo, eu sabia que era um risco acompanhá-la sem ter a autorização da maternidade. Tentei ligar para orientadora, não consegui, decidi ir. O fato de ter alguns médicos que trabalham em Benjamin Constant e Tabatinga me facilitou o acesso até o corredor da sala de cirurgia, mas tinha um limite estabelecido para mim. Não tive como conversar com a diretora da maternidade, era como se houvesse um bloqueio. Tentei marcar uma conversa com ela, mas foi impossível. A recepcionista informou que dificilmente ela atende alguém que não seja funcionário e que, se caso eu conseguisse marcar, teria que ir vestida adequadamente. Perguntei o que era esse “adequadamente” e ela disse: estilo executivo, de saltinho, maquiada. Confesso que me veio um sentimento de inferioridade e só aí compreendi porque os funcionários daquela maternidade me olhavam por baixo.

No dia seguinte, entreguei uma solicitação de autorização de pesquisa na maternidade, pedindo também acesso a dados estatísticos. Passada uma semana, um recepcionista me ligou

dizendo que poderia buscar os dados. Analisando os dados estatísticos juntamente com a observação que realizei, constatei que havia alguns erros quanto aos profissionais, pois não informaram a quantidade de neonatologistas. Esse ocorrido me fez pensar na hipótese de manipulação de dados.

Utilizando a ideia de trabalho do tempo proposto por Veena Das (1999), após o parto tentei retornar ao campo nos meses de julho a outubro de 2016 para ouvir as narrativas das próprias mulheres sobre seus partos, a fim de saber como o desdobramento do rito de passagem (o parto) refletiu no cotidiano. Mas não foi possível, algumas mulheres pediram que não fosse em suas casas até passar o período eleitoral, pois tinham medo de perseguição política.

Passei a ser vista por alguns profissionais de saúde do hospital como um porta-voz dos problemas que eles enfrentavam, sempre mantive um posicionamento neutro quanto a partidos políticos durante a pesquisa, eles sabiam que eu não era oposição ou favorável às administrações públicas municipais da época, embora sempre tivesse um senso crítico com todas as administrações, isto favoreceu um diálogo mais claro e aberto. As técnicas em enfermagem que trabalhavam na ala obstétrica sempre falavam “como está a pesquisa?”, “queremos um relatório no final, pra saber o que você falou”, “Aninha, fala tudo o que você viu aqui, precisamos de mudança”. Eu sou cobrada por elas para que contribua com vistas a uma mudança. O tempo inteiro estive numa fronteira entre pesquisadora, cidadã benjaminense (usuária do sistema de saúde) e funcionária do hospital.

As conversas com os funcionários ocorreram no Hospital, as perguntas semi-abertas que utilizei a todos os profissionais de saúde versaram sobre o atendimento as gestantes, como é um parto humanizado, o que é violência obstétrica, como é o atendimento as grávidas peruanas.

CAPÍTULO I - NOTAS ETNOGRÁFICAS: BENJAMIN CONSTANT /BRASIL E ISLÂNDIA/PERU

O município de Benjamin Constant¹² está situado na região Norte do Brasil, Sudoeste do Estado do Amazonas – Alto Solimões, na tríplice fronteira entre Brasil, Peru e Colômbia, região caracterizada por constante trânsito entre os países e intenso fluxo migratório

¹² Benjamin Constant possui aproximadamente 40.417 habitantes, entre brasileiros, peruanos e por numerosa população indígena tikuna e cocama (IBGE, 2016).

produzindo um contexto multiétnico, transnacional e transfronteiriço, desafiador para a proposição de políticas públicas, especialmente em saúde.

A tríplice fronteira é composta por três municípios: na margem direita do rio Solimões/Amazonas encontram-se Tabatinga (Brasil) e Leticia (Colômbia). Do outro lado do rio, localiza-se Santa Rosa, um povoado do município de Islândia (Peru) que é vizinho aos municípios brasileiros de Benjamin Constant e Atalaia do Norte.

Os municípios brasileiros (Benjamin Constant, Atalaia do Norte e Tabatinga) são separados dos municípios e povoados peruanos pelo Rio Javari. Tanto os municípios brasileiros quanto o peruano possuem intensa relação com o município brasileiro de Tabatinga e colombiano Leticia, estes dois últimos caracterizados como cidades gêmeas por fazerem fronteiras terrestres. Benjamin Constant é interligado por estrada terrestre ao município brasileiro de Atalaia do Norte e faz fronteira com o município peruano de Islândia.

Islândia¹³ está localizada à margem esquerda do rio Javari, é capital do distrito Yavari¹⁴, pertencendo à Província Mariscal Ramón Castilla, departamento Loreto/ Peru, com população estimada de 2.700 habitantes¹⁵, composta por indígenas da etnia ticuna (du-ûgü), kokamas e imigrantes andinos da amazônia peruana.

A região é também habitada por numerosa população indígena, distribuída nos vales do Rio Javari e do Rio Solimões. A diversidade étnico-racial característica da região, o constante trânsito de nacionais dos países fronteiriços (Peru e Colômbia) revela um complexo emaranhado de relações socioculturais, políticas e econômicas permeado por marcadores sociais de gênero, raça/etnia, nacionalidade, religião e classe social.

¹³ Conhecida como a “Veneza Peruana”.

¹⁴ Distrito criado em 02 de julho de 1943.

¹⁵ Fonte - Prefeitura Municipal de Islândia.

Figura 1. Orla de Islândia, época da vazante



Fonte: CAMPOS, Ana. 2016

Há duas maneiras de se pensar as relações entre brasileiros e peruanos em Benjamin Constant. Os peruanos em Benjamin Constant são vistos como uma ameaça e, por mais que se identifiquem e mostrem seus documentos brasileiros¹⁶ os benjaminenses¹⁷ não os reconhecem como tal. Sua identidade é frequentemente desvalorizada, sendo que a desconfiança impera nas relações entre brasileiros e peruanos. O único momento aceitável de sua identidade como brasileiro é no período eleitoral, onde são recebidos de “braços abertos e abraços apertados”. A presença de peruanos residentes em Benjamin Constant contrasta com a presença de brasileiros em Islândia¹⁸.

A primeira vista, a percepção tida de Islândia comparada a Benjamin Constant é de um município que não oferece o mínimo de infra-estrutura; não há energia elétrica 24 horas; não

¹⁶ Que conseguiram legalmente ou ilegalmente, através de compras que existia até anos atrás.

¹⁷ Embora o gentílico seja Benjamin – Constantense, o termo utilizado pela população geral é benjaminenses

¹⁸ Esse é um fator presente nos discursos dos brasileiros ao falarem das facilidades que os peruanos tem em morar em Benjamin Constant e facilmente abrir uma venda comercial, enquanto as políticas de imigração, tanto no Peru quanto na Colômbia, são mais rígidas.

há médicos cirurgião; o hospital não funciona 24h; não há cemitérios; não há tratamento de lixo (em Benjamin Constant tampouco), etc., porém o local é bastante usufruído em termos comerciais e em práticas consideradas ilegais no Brasil¹⁹.

Várias balsas flutuantes (comerciais e residenciais) delineiam o lado peruano, sendo que no trajeto à Islândia observamos serrarias e movelarias, várias madeiras empilhadas à céu aberto. A estrutura física de Islândia foi pensada para atender ao fenômeno natural da enchente. As pontes e casas são construídas em torno de três metros acima do nível da terra. As casas, em grande maioria, são de madeira, alguns comércios, hotéis, escolas e o hospital são de alvenaria. Desta maneira, a vazante do rio e a enchente modificam o cotidiano dos que vivem em Islândia. Atualmente, 95% das passarelas que servem como ruas são de alvenaria.

Tanto Islândia quanto os outros municípios peruanos próximos não possuem sistema de energia elétrica 24h. Em Islândia, funciona por turno, de 6h às 10h e de 19h às 24h. Alguns comércios e casas possuem motor gerador de energia.

Durante minha pesquisa em Islândia, observei que em média a cada cinco casas três possuem antenas²⁰ de TV a cabo, até mais de uma antena na mesma casa, grande parte da população local utiliza celular; com *chips* de operadoras colombianas, brasileiras e peruanas. Todas as casas possuem água potável por encanações distribuídas gratuitamente²¹, atualmente é cobrado por cada casa uma taxa mensal²² pelo serviço de limpeza pública, não há aterro sanitário²³ e cemitérios devido às alagações periódicas.

O tráfego entre Benjamin Constant e Islândia se dá minimamente por via terrestre quando o rio está seco e as fronteiras terrestre se unem e por via fluvial durante a seca e cheia do rio Javari. Na Balsa Nossa Senhora dos Navegantes (conhecida como a balsa dos peque-peque) É notório o fluxo de pessoas que transitam diariamente na fronteira; aos domingos - brasileiros e peruanos residentes em Benjamin Constant vão à praia do Pacu (localizada em

¹⁹ Não tem como falar de Islândia e omitir uma prática tida como ilegal no Brasil que está ligada as movimentações da economia na fronteira - as rinhas de galos. Os eventos são promovidos por brasileiros, peruanos e colombianos em uma galpão que alugam por R\$ 300,00 (trezentos reais). O evento movimenta ainda o mercado de sexo, mulheres de Benjamin Constant, Tabatinga e Leticia tomam ciência do evento por alguns galistas e se deslocam até Islândia.

²⁰ Antenas Directv.

²¹ Está em andamento proposta para pagamento de taxas.

²² S/ 5 soles, equivalentes a R\$5,00 reais.

²³ Recentemente separam o lixo, guardam em sacos de fibras e enviam a uma empresa de reciclagem em Leticia/Colômbia. O lixo de Islândia tem sido tema de vários debates acadêmicos na UFAM.

território peruano), às festas em Islândia, torneios de futebol, comércios e rinhas, alguns visitam os parentes que por lá vivem.

No decorrer da semana, o movimento é intenso; brasileiros indo trabalhar em serrarias, movelarias e escolas em Islândia; peruanos chegando para trabalhar em Benjamin Constant, seja com vendas de comidas, carpintaria ou construção civil; crianças e jovens residentes em Benjamin Constant indo estudar em Islândia, e outros chegando de Islândia para estudar em Benjamin Constant; pessoas indo à Islândia comprar gasolina, materiais de construção, receber mercadorias vindas de Iquitos; peruanos transportando tijolos de Benjamin Constant à Islândia; brasileiros buscando assistência médica e odontológica em Islândia; peruanos buscando assistência médica em Benjamin Constant; corpos falecidos em Islândia que são sepultados em Benjamin Constant, independente da nacionalidade.

Em Benjamin Constant, centralizei as observações no Portobrás com objetivo de observar o fluxo “peruanos” na área comercial mais importante do município, localizada próxima às margens do rio Javari. Esta zona comercial abrange partes iniciais da avenida Castelo Branco, rua Praça da Bandeira e avenida Getúlio Vargas (todas ligadas aos Portos Fluviais de Benjamin Constant) onde encontram-se diversos comércios de proprietários brasileiros e peruanos. SOUZA e OLIVEIRA (2015), retratam o imaginário popular existente quanto a ilegalidade nas mercadorias oriundas do Peru, embora os comerciantes mesquem produtos brasileiros e colombianos:

Em Benjamin Constant 63% dos estabelecimentos distribuídos nas principais vias da área central são de proprietários peruanos, e já se ampliando para os demais bairros. Portanto, trata-se de uma questão importante, e que influencia a espacialidade naquela região. Porém, o predomínio deste comércio não está somente no fato de trabalharem com mercadorias ditas “ilegais”, sem pagamento de impostos ou tarifas fiscais para entrar no Brasil, mas também pela distância geográfica dos polos industriais nacionais, pelo perfil do trabalhador migrante, pela diversidade e sortimento de mercadorias, além dos preços mais acessíveis. (p. 131)

SOUZA e OLIVEIRA (2015), enfatizam que atualmente a maioria dos comerciantes peruanos, possuem documentação brasileira e vendem produtos de fábricas brasileiras, os mesmo entram em conflito com os outros comerciantes peruanos e brasileiros que continuam

vendendo produtos oriundo do Peru com preço mais barato, desta forma os próprios peruanos categorizam as mercadorias importadas do Peru como de baixa qualidade.

O movimento no Portobrás começa por volta das 5h, motoristas fluviais da balsa que transportam passageiros para Islândia, motoristas fluviais dos barcos; lancha a jato /expresso e baleeiras que transportam passageiros à Tabatinga, os estivadores desembarcavam mercadorias do barco nos carros-fretes e carrocinhas, os mototaxistas circulavam pelo local, deixando passageiros próximos as balsas de embarque e desembarque de Benjamin Constant, (balsa das catraias, balsa dos peque-peque, balsa do expresso e outras embarcações²⁴ e ancoradouro dos barcos).

Às 6h começavam a descer do porto em direção às balsas flutuantes; os estudantes da UEA, IFAM, Islândia, professores que trabalham na zona rural de Benjamin Constant e Islândia, homens que trabalham na serrarias e movelarias de Islândia e Petrópolis. Pequenos barcos de pessoas “ISRAELITAS”²⁵, ancorando ao porto com grandes quantidades de bananas peruanas²⁶; pratas e maçãs; alguns animais; periquitos, jabutis e dezenas de galinhas. Em pouco tempo o movimento direcionado à esta embarcação aumentava, marreteiros e consumidores comuns, entre eles alguns trabalhadores do Portobrás compravam os produtos por preços menores comparados com os que são vendidos na feira coberta. A vinda periódica de embarcações como essas servem de apoio no estoque dos feirantes locais que, por vezes, são prejudicados pelas dificuldades enfrentadas nos escoamentos dos produtos agrícolas.

Nos três domingos que fiquei no Portobrás presenciei a chegada de uma canoa vindo da direção de Islândia no horário de 14h30 às 15h. A canoa era grande com cobertura²⁷, trazendo uma quantidade enorme de abacaxis, ananás, “banana peruana”²⁸ e algumas galinhas.

Quando atracavam, os “ISRAELITAS” esperavam uma carrocinha para transportar as frutas. Houve um domingo em que demorou muito para aparecer uma, então os homens tiveram que carregar quase quarenta sacos de abacaxis e ananás em sacos de fibras pretos nas costas. As mulheres carregavam os cachos de banana e as crianças levavam as galinhas. Acomodavam as frutas e os animais na área externa da feira coberta do agricultor, as

²⁴ Associação dos Transp. Aquav. e Turismo de Benjamin Constant, (recém formada)

²⁵ “Associação Evangélica da Missão Israelita do Novo Pacto Universal - AEMINPU, popularmente conhecidos como “ISRAELITAS”, estabelecidos no Alto Solimões, na religião de fronteira do Brasil com o Peru” (SAÉNZ, 2014).

²⁶ Banana pacovão, banana da terra...em Benjamin Constant e nos municípios vizinhos chamamos de banana peruana

²⁷ Como se fosse um mini barco.

²⁸ Em Benjamin Constant as bananas pacovão/ banana da terra são chamadas de bananas peruanas

mulheres e as crianças ficavam sentadas na calçada e os homens ficavam em pé, oferecendo os produtos a quem passava. Em pouco tempo as pessoas chegavam para comprar.

Na Avenida Castelo Branco, dentre vários comércios, está situada a Feira Coberta do Produtor Raimundo Freitas da Silva, local em que a grande maioria dos agricultores são chamados pelos brasileiros e alguns peruanos como “ISRAELITAS”/cabeludos/barbudos” vendem seus produtos. Em frente à feira do produtor, pela manhã, ficam vários mototaxistas de diversas associações, em grande maioria mototaxistas mulheres. À tarde, devido ao sol e ao pouco movimento na feira, dificilmente os vemos no local. Algumas “carrocinhas”²⁹ ficam estacionadas de um dos lados da porta principal da feira coberta, sendo que do outro lado observa-se banquinhas com vendas de lanches (de segunda à sábado). A extensão ao lado da área externa é ocupada aos domingos e segundas-feiras pelos “ISRAELITAS” que vinham de comunidades peruanas.

Figura 2. Feira coberta do produtor



Fonte: CAMPOS, Ana. 2016

No lado direito da feira há um beco e ao lado esquerdo do beco, pegando as laterais da feira, durante a manhã agricultores indígenas das comunidades de Benjamin Constant vendem cheiro-verde, cebola de palha, pimentão, umari, limão, abacaxi, farinha, etc., em bacias de alumínio e, às vezes, em cima de papelões estendidos no chão. À tarde eles mudam de posição, buscando sombras nas calçadas dos pequenos comércios de proprietários peruanos,

²⁹ Um veículo / triciclo que na frente é uma moto e atrás possui uma caçamba com duas rodas, algumas tem a caçamba coberta e outras não possuem cobertura. Segundo um associado, a maioria das “carrocinhas” foram compradas no Peru, existe apenas uma “carrocinha” comprada no Brasil.

que ficam no outro lado do beco. Vários agricultores brasileiros, ribeirinhos indígenas e não indígenas relataram as dificuldades enfrentadas para as vendas de seus produtos, primeiro porque a feira do produtor não suporta todos os produtores rurais, obrigando-os a ficarem na área externa. Eles reclamam que os peruanos tem mais privilégios que eles, por terem um lugar há anos dentro da feira. O segundo maior problema é o acúmulo de lixo atrás da feira do produtor, o que se tornou frequente há mais de três anos. Sem a coleta regular, o lixo atrai ratos e diversos insetos que transitam pelos locais onde são expostos os produtos agrícolas.

No lado esquerdo da feira, em um pátio sem cobertura, há uma grande quantidade de pessoas que vendem comidas (café da manhã/almoço), farinha de mandioca, goma de mandioca; curite³⁰ / dindin³¹; salgados (pastel, coxinha, etc.), sucos, refrigerantes, água, café etc., em mesas cobertas com guarda-sol. Algumas pessoas que trabalham neste local deixam suas motocicletas ali próximas, um senhor que trabalha com carrinho de mão de madeira quase sempre para no local à espera de algum frete. Por volta das 5h30 os proprietários das “banquinhas³²” chegam no local, o público consumidor são, em grande maioria, os ribeirinhos que vem até o município, os diversos trabalhadores desta zona-comercial e demais pessoas que transitam por ali. Observei que a maioria permanece até o horário de almoço em suas vendas, de vez em quando fazem rodízios com algum familiar, e quando o estoque do lanche acaba, alguém leva mais salgados e curites/dindin, para abastecer. Durante a pesquisa fiz minhas refeições (café, almoço e lanche) intercalando entre a feira coberta, a área externa da feira e o mercado municipal.

Foi difícil conversar com as pessoas que trabalham neste local, sempre ressaltavam o medo de que eu fosse alguém infiltrada do partido político da atual prefeita e, quando conversava com algum estrangeiro, tinham receio que os denunciasses³³. Mas consegui conversar com uma senhora que trabalha neste local e perguntei há quanto tempo trabalhava ali e qual era a melhor época de venda:

Comecei há uns cinco anos, a vida estava difícil, não conseguia mais trabalho pela prefeitura, é uma tal de crise que num tem fim, eu tinha que achar alguma coisa pro sustento, só bolsa família não dá. Sempre que eu vinha na feira comprar algo eu via algumas pessoas vendendo lanches tinha umas peruanas que traziam merenda de Islândia pra vender aqui, como é que é? Nós num pode vender lá no Peru e eles vem pra cá sem pedir de ninguém e pronto! Eu já sabia fazer salgadinho, vendia na porta

³⁰ Derivação da palavra “curichi” usado em Islândia

³¹ Em muitos locais conhecido como sacolé, geladinho. No Amazonas chamamos de curite e dindin, o suco congelado em saco plástico.

³² Como os vendedores denominam seu espaço de venda.

³³ Utilizei o caderno de campo e em algumas vezes liguei o celular para fotografar algo. Em nenhum momento me permitiram o uso de gravador de voz. Suspeitavam que eu estivesse com gravador escondido no meu corpo.

de casa, um dia conversei com minha filha que também estava desempregada e resolvemos montar nossa banquinha aqui... Maninha, eu vendo bem todo dia, mas quando é final de mês, que vem muita gente do beiradão pra tirar bolsa família eu vendo mais rápido, cedo estamos em casa. Num é uma vida fácil, porque a gente acorda de madrugada pra trazer tudo fresquinho. Quando tá muito cansativo minha filha vem de tarde e eu vou pra casa, ajeitar por lá. Sabe a gente faz direito, limpinho e a vigilância vai na nossa casa e tudo, mas num pode atravessar o rio e ver como que as peruanas faz a comida dela, dá raiva maninha um negócio desse. Não é certo eles virem de lá e tomar nosso espaço aqui..." (Dona Joana, vendedora na feira).

Figura 3. Área ao lado da feira coberta do produtor. Vendas de lanches e comidas



Fonte: CAMPOS, Ana. 2016

Dias depois conversei com a senhora que trazia a comida feita no lado peruano para vender na feira. Nos dias que estive por este local, observei-a subindo o Portobrás por volta das 9h, trazendo consigo uma taça transparente de plástico com tampa e um guarda-sol. Ao chegar, ela colocava a taça em cima da mesa, abria o guarda-sol, ajeitava o banco de madeira e sentava-se. Sua clientela era a mesma todos os dias; alguns comerciantes peruanos da redondeza, carrocistas³⁴, mototaxistas e alguns peruanos que transitam de moto e a pé pela feira. Teve dias que a venda era rápida, às 13h regressava para Islândia, mas em dias chuvosos a venda era difícil para todos. O local da sua venda sempre era mais afastado das outras. Observei que a maioria dos clientes quando chegavam em sua venda falavam espanhol fluente, nestes momentos ela sorria, gesticulava mais do que quando era uma pessoa que chegava falando o português. A partir desses momentos observados, percebi que a maioria

³⁴ Condutores de carrocinhas / moto-frete / moto-carro

dos clientes eram peruanos, mas que se afirmavam brasileiros, pois eram filiados a algumas associações em Benjamin Constant.

Rosa tem 28 anos, disse ser brasileira e peruana, moradora de Islândia, mãe de quatro filhos, todos nascidos em Benjamin Constant. Quando conversamos ela misturou as palavras em espanhol e português, o chamado “portunhol”

“Eu soy brasileira porque mis hijos nasceram aqui. E eu consegui o documento, tenho identidade do Brasil, recebo o bolsa família que eles tem direito, mas a gente vive lá, por isso vendo aqui, quero comprar uma casa desse lado. Todo dia trago juanes³⁵ vendo casi todo para meus hermanos peruanos. O povo me olha feo, mas tô nem aí, ninguém da justiça veio me falar nada aqui, se a lei permite eu venho, se no permite mostro minha identidade daqui.” (Rosa, vendedora na feira)

É notório o mecanismo utilizado quando se trata de identidade, mesmo os peruanos tendo documentos brasileiros, auto denominando-se como brasileiros, não são aceitos pelos brasileiros e até mesmo os outros peruanos não os reconhecem como brasileiros. Quando visitei os comércios peruanos nesta zona, perguntava se eram brasileiros ou estrangeiros e diziam que eram brasileiros. Uma vez perguntei a um comerciante peruano o que era ser brasileiro:

“Eu sou brasileiro, porque moro aqui faz tempo, faço é ajudar esse povo daqui vendendo nossas coisas baratas, se não fosse nós todo mundo aqui ia comprar mercadoria cara. Já trouxe quase toda minha família de lá pra cá, quando é jogo do Brasil nós é brasileiro, quando é do Peru a gente se reúne aqui na feira e torce pro Peru. As pessoas falam que sou peruano, mas eu tenho como provar que sou brasileiro... Cheguei sem nada aqui, conhecia uns amigos peruanos, emprestei dinheiro de um, comprei mercadoria e fui crescendo por aqui... pode ver que só nós peruano que fica com comércio aberto todo dia, até domingo...” (João, comerciante peruano).

Perguntei se foi difícil se regularizar como brasileiro: “Difícil foi um pouco, mas não quero falar disso não. Mas a senhora sabe que tinha gente do cartório que vendia documento pra muitos aí?” (João). E assim ele encerrou a conversa.

Neste cenário está inserida a discussão sobre nação, etnicidade e direitos a estrangeiros, incluindo a assistência hospitalar a partos, foco de discussão nessa pesquisa. Por se tratar de uma região fronteira e de ambos os municípios manterem contato frequentemente, é preciso pensar como essas fronteiras são apropriadas e vividas pelos grupos étnicos e de que modo cada nação detém seu poder nessa área.

³⁵ Uma comida feita com arroz, pedaços de frangos ou ovos e azeitonas, que são enroladas em folhas de bananeira e amarradas com um barbante, em seguida cozinhadas. Em Benjamin Constant, os brasileiros chamam de *fany*.

A formação de uma sociedade transnacional na Amazônia do Brasil, Peru e Colômbia deu-se a partir da exploração da borracha entre 1880 e 1930, pelo Brasil vieram os nordestinos, no Peru pessoas dos Andes e de outras partes do país e na Colômbia pessoas dos Andes, essa população se encontra hoje no que chamamos de fronteira amazônica, estabelecendo entre si o contato transnacional (ZÁRATE, 2012).

Zárate (2012) enfatiza que as populações indígenas tikuna da fronteira amazônica utilizam os laços de parentesco para desnacionalizar-se a fim de aproveitarem os serviços dos três países. Para o autor, tal mecanismo deveria abranger toda a população de fronteira, havendo maior cooperação entre os três países, envolvendo educação, saúde e outros serviços de Estado, pois a única cooperação existente são as das forças militares.

A fronteira entre Benjamin Constant e Islândia, além de um espaço territorial, configura-se como cultural e social de mobilidade humana, na qual o intenso fluxo de pessoas de diversas culturas cria o entrelaçamento das mesmas e, por vezes, causa estranhamentos. MARTINS, NASCIMENTO e OLIVEIRA, (2015) observam que tais encontros podem gerar relações de solidariedade, confraternidade, amizade, aliança ou de conflitos entre esses indivíduos que pertencem a distintas nacionalidades, regionalidades, raças e etnias. Já que, como quaisquer pessoas que vivem noutras regiões do Brasil e do mundo, elas apenas buscam a realização dos seus projetos de vida numa região que é identificada pelas entidades nacionais como limite ou faixa de fronteira.

As diferenças entre culturas, assim como suas fronteiras e vínculos históricos, receberam muita atenção; contudo, a constituição dos grupos étnicos e a natureza de suas fronteiras não foram examinadas de maneira tão sistemática. Os grupos étnicos regulam e organizam a interação social dentro e fora do grupo, dentro e fora das fronteiras nacionais, sobre a base de uma série de contrastes entre o “próximo” e o “distante”. (Barth, apud. POUTINGNAT, 1998).

É relevante lembrar que os grupos étnicos são tipos organizacionais onde a cultura tem relevância organizacional, ou seja, características culturais podem ou não ser apropriadas como sinais diacríticos para estabelecer diferenças entre grupos em permanente processo de interação, mas não são os fatores principais da diferença identitária (Barth, apud. POUTINGNAT, 1998).

Os traços culturais que marcam a fronteira podem mudar, e as características culturais de seus membros podem igualmente se transformar. Apenas os fatores socialmente relevantes

tornam-se próprios para diagnosticar a pertença e não as diferenças objetivas manifestadas que são geradas por outros fatores. Barth faz considerações sobre a manutenção de fronteiras:

Situações de contato social entre pessoas de cultura diferentes também estão implicadas na manutenção da fronteira étnica: grupos étnicos persistem como unidades significativas apenas se implicarem marcadas diferenças no comportamento, isto é, diferenças culturais persistentes. Contudo, onde indivíduos de culturas diferentes interagem, poder-se-ia esperar que tais diferenças se reduzissem, uma vez que a interação simultaneamente requer e cria uma congruência de códigos e valores – melhor dizendo, uma similaridade ou comunidade de cultura. (BARTH, 1998, p. 196)

Para Diego Villar (2004), a manutenção das fronteiras da etnicidade não resulta do isolamento, mas da própria inter-relação social. Quanto maior a interação mais potente ou marcado será o limite étnico. O vínculo com o ambiente influi para que, em um contexto determinado, se ative ou não uma categoria étnica. É certo que um grupo de pessoas com suas ideias e valores posto diante de diferentes meios se veria obrigado a adotar diferentes padrões de existência.

Roberto Cardoso de Oliveira (2000), por sua vez, enfatiza que vale considerar, no que diz respeito ao processo identitário, que se trata de um espaço marcado pela ambiguidade das identidades – um espaço que, por sua própria natureza, abre-se a manipulação pelas etnias e nacionalidades em conjunção (OLIVEIRA, 2000, p 17). Dessa forma, fica evidente que estamos falando de grupos sociais que pertencem à nacionalidade e etnicidade distintas. A partir de suas interações sociais são geradas as fronteiras sociais móveis, nas quais cada população aprende a manipular tal fronteira. É o que Barth (1998), chama de “jogando o mesmo jogo”. Para Barth, a manutenção das fronteiras da etnicidade não resulta do isolamento, mas da própria inter-relação social. A partir das relações sociais surgem as leis que regem cada grupo. As leis abrangem a universalidade, que muitas vezes são modificadas por fatores sociais e culturais que se emolduram a elas.

Em suma, diferentes grupos étnicos têm compartilhado uma mesma zona de contato, distribuições e fronteiras superpostas, fluidas. As regiões de fronteira, para além de espaços geográficos localizados, são como “regiões mentais”, já que a sua delimitação se encontra presente, sobretudo, no imaginário dos atores e grupos sociais que vivem suas existências em dado contexto sócio histórico (SUAREZ, 1998, apud MARTINS, NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2015).

Publicado recentemente, o artigo “Presenças e mobilidades transfronteiriças entre Brasil, Peru e Colômbia: o caso da “migração peruana na Amazônia brasileira”, Olivar, Melo

da Cunha e Rosa (2015), retratam o conflito existente no contato entre brasileiros e peruanos na fronteira amazônica:

Particularmente, nos aproximamos do que consideramos ser um dos maiores enredos e tensões contemporâneos dessa tríplice fronteira em termos de deslocamentos e da produção de desigualdades: as mobilidades e presenças *peruanas* aos olhos e nas terras *brasileiras*. “O Peru” e “os peruanos” constituem para muitas pessoas brasileiras e também colombianas, nessa tríplice fronteira, uma presença que precisa ser constantemente identificada, localizada e desqualificada como invasora, malandra, nojenta, perigosa, pouco confiável ou como vulnerável. Essa percepção, muito generalizada e consistente, permeia tanto âmbitos acadêmicos como de políticas públicas e nela ideias sobre nação e migração parecem centrais. (OLIVAR, CUNHA e ROSA, 2015, p. 124)

Os autores descrevem a relação conflituosa que há entre brasileiros e peruanos, na qual vários estudos locais demonstram que os peruanos são estigmatizados e vistos como ameaças no setor de economia, pois eles estão dominando o setor comercial e o de construção (MARTINS, NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2015). Mesmo olhando os peruanos como pobres e subdesenvolvidos, o sentido que se gera não é de piedade ou solidariedade, e sim de repulsa, rejeição e repressão (OLÍVAR, CUNHA e ROSA, 2015).

As observações realizadas nessa fronteira podem ser pensadas nos seguintes aspectos: esta região é caracterizada pelo constante trânsito entre os dois países, intenso fluxo migratório produzindo um contexto multiétnico onde diversas identidades interagem socialmente demarcando as diferenças entre si; transfronteiriço, pois as fronteiras geográficas são ultrapassadas, seja para comercialização de produtos e busca de serviços de saúde e educação em ambos os lados, seja para práticas tidas como ilegais em um dos países. Desta forma, cria-se uma invisibilidade das leis, pois não há fiscalização nesta fronteira intensificando a dualidade entre legalidade e ilegalidades de atividades (comercialização de diversas mercadorias peruanas; brigas de galos e jogos de azar no Peru e prestação de serviços informais em ambos os lados).

As pessoas que circulam nesta fronteira são brasileiros de Benjamin Constant, Atalaia do Norte, Tabatinga, colombianos, turistas oriundos de outros países, indígenas e peruanos, todos utilizam estratégias de como se “beneficiar” com a fronteira. Os brasileiros fazem transações ilegais indo ao lado peruano comercializar mercadorias sem pagar impostos ao Brasil, contratando serviços de forma irregular como nos casos de médicos, pedreiros, carpinteiros etc. A mesma falta de controle na fronteira que favorece os brasileiros ir à

Islândia favorece aos peruanos se deslocarem até Benjamin Constant e se fixarem, seja por questões comerciais, agrícolas ou religiosas.

Conforme as falas de Antônio e Maria (funcionários peruanos, residentes em Islândia) alguns peruanos utilizam a estratégia de terem filhos em solo brasileiro, a fim de garantir a permanência no país, porém em alguns casos, não é a permanência no Brasil que é visada e sim a dupla cidadania para poder ter acesso legal às políticas públicas nos dois países.

Porém, observei que o fato de mulheres grávidas peruanas se deslocarem à Benjamin Constant não é unicamente para ter um filho brasileiro, pois a estrutura física do Hospital em Islândia é precária – não possui energia elétrica 24 horas, não possui centro cirúrgico, não disponibiliza atendimento adequado às parturientes.

1.1 OS INTERCAMBIOS NO SISTEMA DE SAÚDE EM BENJAMIN CONSTANT

No município brasileiro de Benjamin Constant, alguns profissionais de saúde da rede pública, criaram o dilema entre prestar ou não assistência pré-natal a mulheres peruanas. De um lado, a lei garante o direito ao atendimento. Do outro lado, há o discurso dos profissionais de saúde que afirmam que o Estado possui programas defasados de cadastros no Sistema de Saúde Pública, não oferecendo suporte adequado para a efetivação de tal direito. Embora haja a resistência a tais atendimentos, no livro de partos do hospital de Benjamin Constant encontra-se registrado os partos de estrangeiras, sendo que somente em 2017 a Vigilância Epidemiológica Hospitalar criou dados estatísticos de tais partos, tendo sido contabilizados, até novembro de 2017, 57 (cinquenta e sete) partos de mulheres peruanas.

Os discursos utilizados pelos órgãos municipais de saúde versam sobre o fato de que os municípios atendem aos estrangeiros que buscam serviços de saúde, porém não tem como comprovar os gastos, pelo motivo de tais atendimentos não serem aceitos nos sistemas de cadastros de programas governamentais. Com isso, cria-se um prejuízo para o município, pois os recursos financeiros são repassados per capita.

Ao pensar a situação de fronteira e os grupos étnicos que nela figuram, coloca-se a questão dos direitos e deveres dos cidadãos e como cada Estado regula e garante o acesso das pessoas as políticas sociais, especialmente em relação à saúde, foco deste trabalho. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH, 1948) afirma em seu artigo III que “todo cidadão tem direito a cuidados médicos sem distinção de qualquer espécie, seja de raça,

sexo, idade, condição social, nacionalidade”. Esse princípio foi ratificado pela Constituição Federal Brasileira desde 1988, no artigo 196, ao definir que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”. Os princípios de equidade e universalidade também aparecem como norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS, assegurar o acesso universal aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva de forma segura, aceitável e de boa qualidade, especialmente o acesso aos métodos contraceptivos e aos cuidados em saúde materna, pode reduzir drasticamente as taxas globais de morbidade e mortalidade materna.

A OMS declarou, em 2014, que para obter um alto nível de respeito na assistência ao parto, os sistemas de saúde devem ser organizados e administrados de forma a garantir o respeito à saúde sexual e reprodutiva e os direitos humanos das mulheres, para isto algumas medidas devem ser tomadas:

“1. Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos; 2. Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência; 3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto; 4. Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais e 5. Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas”. (Declaração da OMS, 2014).

Paula Miraglia (2005) afirma que a produção das leis ultrapassa o objetivo jurídico de separar o certo do errado, pois as leis manifestam os valores culturais e a elas são somados mecanismos que efetivam autoridade e imposição de regra. Dessa forma, cabe dizer que na visão antropológica a lei existe, mas há outros fatores sociais que se molduram a ela, mudando sua forma de atuação.

Segundo informações prestadas pela Secretária Municipal de Saúde de Benjamin Constant/AM (2015), o município atende pessoas de outras nacionalidades que procuram assistência em saúde, informação confirmada pelo registro de partos de mulheres peruanas nos anos de 2009 a 2015, porém, esses atendimentos não podem ser inseridos nas bases de dados do SUS, já que seu registro não é aceito nos sistemas de cadastros dos programas governamentais, gerando prejuízo financeiro para o município.

De acordo com a gestão municipal, os recursos financeiros do SUS são repassados per capita com base em estimativa populacional. O atendimento a estrangeiros não pode ser contabilizado no controle de produtividade dos sistemas de cadastro, o que gera déficit entre o

recurso repassado e o número de atendimentos efetivados que excede a estimativa populacional do município, que desconsidera o trânsito de estrangeiros na região fronteira e a procura dos mesmos pelos serviços de saúde brasileiros.

Silva Neto (2010), em sua tese de doutorado, compara os sistemas nacionais de saúde dos países que formam a tríplice fronteira amazônica: Brasil/Colômbia/Peru:

“Brasil: O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como fonte de financiamento os recursos federais oriundos da arrecadação fiscal e das contribuições para a seguridade social que somados às contribuições sociais e convênios internacionais formam o Fundo Nacional da Saúde. Nos Estados e Municípios uma parte dos fundos vem do orçamento próprio e outra dos repasses das instâncias superiores. Os fundos de saúde são estruturados nas três esferas de governo (federal, estadual, municipal). A gestão é descentralizada para esfera municipal. Repasse de recursos fundo a fundo ou por pagamento de serviços diretamente aos prestadores. A oferta de serviços é pública com demanda complementar contratada do setor privado. A remuneração dos prestadores se dá por procedimentos realizados. Acesso universal a todos os serviços sem distinguir usuário. Ingresso no sistema pelo princípio da cidadania. Cobertura integral assegurada à todo cidadão em todos os níveis de atenção a saúde (promoção, proteção e recuperação).

Colômbia: Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) é subdividido em dois regimes: contributivo e subsidiado. As fontes de financiamento são os recursos federais oriundos da arrecadação de impostos e das cotas de contribuição dos assegurados no regime contributivo que formam o Fundo Solidário de Garantia. O governo federal disponibiliza orçamento para financiar a saúde e cada Departamento certificado para a gestão do sistema. As Empresas Promotoras de Saúde (EPS) administram a assistência contratando Instituições Prestadoras de Serviço (IPS) públicas e privadas. Empresas Sociais do Estado (ESE) prestam serviços às EPS concorrendo com outras IPS privadas. Seguro financiado com recursos públicos garante o Plano Obrigatório de Saúde (POS) para todo assegurado do regime contributivo ou subsidiado. O governo assume a cobertura de assistência da parcela da população que não se encontra afiliada. Plano Obrigatório de Saúde (POS) assegurado a todos os cidadãos. As ações não-POS e a assistência dos não afiliados são assumidas pelo governo departamental através das ESE e da contratação de prestadores privados.

Peru: O sistema de saúde é segmentado. Os recursos federais oriundos da arrecadação de impostos financiam o Seguro Integral de Saúde (SIS) do Ministério da Saúde (MINSA); as contribuições de segurados financiam o Seguro Social da Saúde (ESSALUD) e das Forças Armadas e Policiais do Peru, enquanto o setor privado é financiado pelo desembolso direto dos segurados. A gestão dos sistemas públicos de saúde é centralizada na esfera federal do governo. As redes de serviços MINSA e ESSALUD são paralelas e autônomas na estrutura e funcionamento. O setor privado é contratado pelos seguros públicos para atender a demanda complementar. A rede MINSA atende a população de baixa renda, a rede ESSALUD atende aos servidores públicos e profissionais liberais, a rede militar atende a marinha, aeronáutica, exército e polícia nacional, os seguros privados atendem por desembolso direto. O acesso em todos os

seguintes depende de afiliação que garante o Plano Essencial de Assistência à Saúde (PEAS). Desde março de 2009 a Lei Marco do seguro Universal prevê a cobertura de assistência integral às doenças prioritárias através do Plano Essencial de Assistência à Saúde (PEAS).” (SILVA NETO, 2010, 74).

O autor traça as características de cada país, enfatizando que o Brasil é o único que possui um sistema nacional de saúde pública, à medida em que a Colômbia e o Peru utilizam os sistemas de seguro. Como solução, o autor sugere a possibilidade da construção de um sistema único de saúde na tríplice fronteira amazônica:

“Para solucionar essa dificuldade, poderia ser estruturado na região um fundo único de saúde, de caráter público, com recursos oriundos de fontes nacionais e da cooperação internacional, que tivesse uma gestão trinacional e pudesse financiar o acesso universal e a cobertura integral dos serviços de saúde, independentemente da natureza pública ou privada do prestador. Essa poderia ser à base de um sistema único de saúde da fronteira.” (SILVA NETO, 2010, 194).

Usando como suporte as leituras de Barth e Villar, penso que seja impossível unificar os sistemas de saúde, pois não estamos falando apenas de fronteiras geográficas, há fronteiras móveis, que demarcam a diferença entre “nós” e os “outros”, há uma certa fricção entre os diversos grupos sociais, não é apenas o fato da qualidade de serviços que está em jogo, há uma certa disputa pela nacionalidade que causa recusa pelos profissionais da área de saúde em Benjamin Constant, no que se refere ao atendimento às grávidas peruanas. As fronteiras são móveis, estão se reconfigurando o tempo todo, marcando as identidades de cada grupo.

A identidade tem o poder de definir e marcar os sujeitos, nossas ações são reguladas através da cultura. O sujeito possui várias identidades; de gênero, classe, nacionalidade, origem étnica, religião, etc. Todas são móveis, transformando-se conforme o contexto cultural no qual esteja inserida. A identidade só pode ser compreendida em sua conexão imediata com a produção da diferença (HALL, 2009).

A identidade é produzida num processo discursivo e simbólico. Identidade e diferença estão sujeitos às relações de poder, oprimindo alguns grupos, silenciando suas vozes. É através da diferença que marcamos o outro, a afirmação de identidade tem a ver com a questão de poder, na qual um grupo pode estigmatizar o outro.

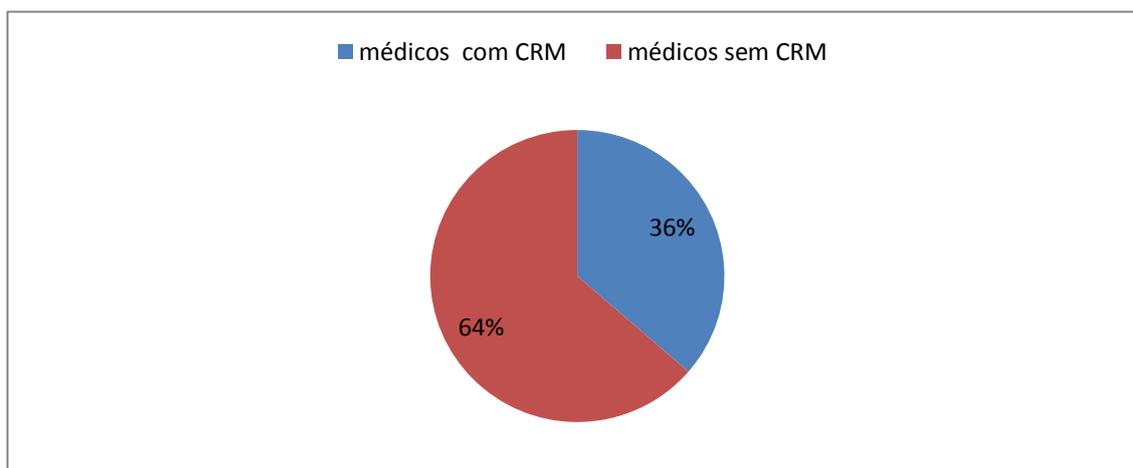
Um estudo realizado por Peiter (2005) retrata as relações de fronteiras como amistosas, não problematizando as relações identitárias ali existentes. Em sua tese é narrado que em 2001 havia um grande fluxo de brasileiros (Benjamin Constant) que buscavam atendimentos no município peruano de Islândia. O autor considera esse fluxo como resultado do tratamento médico de Islândia ser dedicado às pessoas, afirmando que tanto a população de Benjamin

Constant quanto a de Islândia, buscam atendimentos nas unidades que considerarem de melhor qualidade.

Outra justificativa citada para a procura de atendimento em Islândia eram as dificuldades de contratações de médicos. Como solução para o problema o município de Benjamin Constant, assim como a maioria dos municípios do Alto Solimões, passou a contratar informalmente³⁶ médicos peruanos (PEITER, 2005).

Em 2017 o quadro de médicos no Hospital Geral Doutor Melvino de Jesus (Benjamin Constant), é de onze médicos: 02 (dois) brasileiros sem CRM³⁷; 01 (um) cubano³⁸ sem CRM; 04 (quatro) peruanos sem CRM; 01 (um) peruano com CRM e 02 (dois) brasileiros com CRM e 01 coreana com CRM. Através do gráfico abaixo, observamos que a contratação de médicos informais no município de Benjamin Constant continua a largos passos, a contratação de tais médicos é tida como um “tapa-buraco”, ou um “cala a boca” para tranquilizar a população com a figura de um médico 24 horas no hospital. Na maioria das vezes, a contratação desses médicos gera insegurança e desconfiança tanto aos responsáveis pela contratação, quanto aos pacientes e funcionários do hospital³⁹, não se tem como comprovar a veracidade do diploma apresentado. No ano de 2009, após várias evidencias e uma investigação da própria população benjaminense, foi descoberto que havia um médico falso no hospital.

Gráfico 1. Situação dos médicos no Hospital de Benjamin Constant



Fonte: Gráfico produzido através de dados coletados no período da pesquisa nos anos de 2016 e 2017. CAMPOS. Ana.

³⁶ Informal se refere a ilegalidade, pois os médicos não possuem Registro no Conselho de Medicina.

³⁷ CRM sem registro no Conselho Regional de Medicina formaram-se na Bolívia. Há um grande número de benjaminenses estudando medicina na Bolívia.

³⁸ Este médico cubano não faz parte do Programa Mais Médicos.

³⁹ Utilizo aqui minha experiência como funcionária do hospital e como pesquisadora.

Vejo o município de Benjamin Constant como um laboratório humano para os médicos que ali chegam, raramente com alguma experiência profissional, às vezes apenas cumprem o horário no hospital, deixando que os enfermeiros e técnicos façam seus trabalhos. A insegurança quanto à formação e capacidade dos médicos faz com que parte da população busque atendimento nos municípios fronteiriços vizinhos.

Peiter (2005) explica o intercâmbio de serviços de saúde na tríplice fronteira amazônica em 2001:

O intercâmbio de pacientes nesta zona de fronteira é uma realidade. Brasileiros de Tabatinga vão buscar diagnóstico em Letícia (CO), ou se consultar com um oftalmologista colombiano; mulheres grávidas de Benjamin Constant vão ter seus filhos no Centro de Saúde de Islândia (PE); colombianos de Letícia vão buscar medicamentos gratuitos, ou se consultar nos postos de saúde gratuitamente em Tabatinga. Todos sabiamente procuram dentro de suas possibilidades o melhor atendimento num país ou no outro indistintamente. Os serviços tentam se adequar à esta situação ainda que isso torne o planejamento quase impossível, e as verbas ainda mais restritas. (PEITER, 2005, 281).

Passados quinze anos da pesquisa de Peiter (2005), constatei uma mudança no intercâmbio de serviços de saúde, fato que talvez já existisse, mas que não foi exposto na pesquisa, relacionando apenas o fluxo de um município brasileiro com um estrangeiro. Sempre existiu a busca de diagnósticos por pacientes brasileiros (seja do município de Benjamin Constant, Tabatinga, Atalaia do Norte, dentre outros municípios) no município de Letícia/Colômbia. Um fato que me chama atenção no trabalho de Peiter (2005) é a ausência de relatos sobre a procura de serviços médicos de peruanos nos municípios brasileiros.

Através dos trabalhos de Thales Silva (2016) e Campos (2012), observamos a procura de estrangeiros pelos serviços de saúde pública na tríplice fronteira, especialmente nos municípios brasileiros. De acordo com um funcionário da Vigilância Epidemiológica Hospitalar, o aumento da procura de atendimento a partos por estrangeiras peruanas, aumentaram desde quando foi implantado o programa social Bolsa Escola em 2001, no governo de Fernando Henrique Cardoso.

Na pesquisa que realizei em 2010, tive acesso aos livros de Partos do Hospital de Islândia dos anos de 2008 a 2010, e não havia registros de mulheres brasileiras⁴⁰. Não havia pacientes a serem atendidas, não havia pacientes internadas. Perguntei a enfermeira se o movimento no Hospital era sempre igual, e ela respondeu que sim, pois os peruanos procuravam mais o Hospital em Benjamin Constant do que o de Islândia.

⁴⁰ Dados coletados no próprio Hospital de Islândia / Peru.

Nesses contrastes de realidades apontadas, é necessário situar a temporalidade. Alguns mecanismos perduram até os dias atuais, como no caso de médicos irregulares atuando em hospitais no Alto Solimões, exceto no município de Tabatinga. Se hoje compararmos, o município de Benjamin Constant possui um melhor serviço de saúde do que os municípios peruanos, porém, as narrativas de Peiter (2005) mostram que anos atrás os serviços em Benjamin Constant eram tidos como inferiores.

Sabendo-se que nas regiões fronteiriças há uma grande procura de atendimentos na área da saúde pelos estrangeiros e uma dificuldade em contabilizar as populações estrangeiras que utilizam os recursos do SUS (BAUERMANN, 2014), o Ministério da Saúde no Brasil criou o projeto Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras) em 2005, a fim de melhorar o atendimento à população e reforçar a integração do atendimento de saúde nos municípios fronteiriços, tendo como objetivo planejar e lançar ações e acordos bilaterais ou multilaterais entre os países fronteiriços, contando ainda com parcerias com universidades federais dos respectivos Estados. (BRASIL, 2009).

Em 2010, quando iniciei a pesquisa, entrevistei o Secretário Municipal de Saúde, que me relatou sobre o projeto SIS-Fronteira. Ele estava empolgado e otimista com a chegada dos recursos financeiros para a ampliação de uma sala onde funcionaria o projeto. Segundo ele, o projeto ajudaria a quantificar os dados de estrangeiros que buscam atendimentos médicos no município, assim o governo federal teria uma média da população flutuante na região. Perguntei como funcionaria essa sala, ele me disse que teria um computador com acesso à internet, e que seriam deixados um formulário (Ficha de Atendimento a Estrangeiros) mensal em todas as unidades de saúde do município, no final do mês o digitador responsável por “alimentar” as informações do projeto recolheria todos os formulários e enviaria as informações para uma pessoa na Universidade Federal do Amazonas, em Manaus.

Em 2016 retornei à Secretaria Municipal de Saúde, buscando acesso às informações do referido projeto, porém, não obtive nenhuma resposta, nem mesmo o atual secretário sabia sobre o projeto. Apenas me disse que o projeto não está funcionando e que ele não poderia me ajudar com informações, que eu procurasse os secretários anteriores.

No período de 2013 a 2016, a Secretaria Municipal de Saúde teve cinco secretários e foi possível conversar apenas com quatro, sendo que todos me disseram que não sabiam nada a respeito do programa. Fiquei instigada com a situação e resolvi procurar o secretário da administração anterior. Localizei o ex-secretário de saúde que assumiu a SEMSA até

dezembro de 2012, perguntei se o projeto de fato havia existido, ele confirmou que até 31 de dezembro de 2012 o projeto estava ativo:

Olha, Ana, o projeto funcionou sim, ativamente até final de 2012! A extinção do projeto aconteceu na mudança de administração municipal, o rapaz que trabalha diretamente no projeto era contratado, então demitiram o rapaz, o projeto ficou sem ninguém, mas eu sempre tive contato com os secretários que passaram pela SEMSA, e sempre informei da importância de manter o projeto funcionando. Mas... Há gestores que não pensam nas soluções que os diagnósticos feitos através do projeto sobre a região poderiam trazer! É mais fácil dizer que o governo federal não olha para fronteira, assim eximem suas parcelas de culpa... (Ex-secretário de Saúde da administração municipal de 2009 a 2012)

Nota-se que a atual instabilidade na administração da SEMSA de Benjamin Constant é um dos fatores que dificultam a execução de um importante projeto para a região. Não há registros de informações sobre o programa na SEMSA, não há sequer o quantitativo de estrangeiros que recebem atendimento médico no município. É evidente a necessidade da melhoria de qualidade nos serviços públicos de saúde no município, tanto a brasileiros quanto a estrangeiros, mas o que vemos são dispositivos que ocultam o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a fronteira.

1.2 ATENDIMENTO À SAUDE EM ISLÂNDIA

Islândia conta com um hospital estatal; uma clínica médica particular e atendimentos odontológicos situados em alguns hotéis do município. O hospital estatal de baixa complexidade presta serviços de atenção básica, ambulatorial e emergência, possui horário de atendimento das 7h as 13h, de segunda-feira a sábado. Após este horário e, aos domingos e feriados, um técnico em enfermagem permanece de plantão. Caso apareça alguma emergência, o médico é solicitado em sua casa.

Os atendimentos a estrangeiros que não sejam de urgência/emergência, são realizados mediante o pagamento de uma taxa no valor de R\$ 30,00 (trinta reais) na primeira consulta e R\$ 7,00 nas outras consultas. Aos exames laboratoriais são estipulados preços variados, os resultados de exames são entregues no mesmo dia, diferente do laboratório em Benjamin Constant, que entrega entre 1 a 5 dias após a realização. Segundo uma técnica de enfermagem

do Hospital de Islândia, o dinheiro cobrado nas consultas é gasto na compra de materiais de expediente para o hospital.

Em Islândia não há registros de partos domiciliares, conversei com várias pessoas a fim de conhecer alguma parteira local, mas não obtive resultados. A média mensal de partos no hospital de Islândia varia de cinco a seis.

Em Islândia há uma grande procura por atendimentos odontológicos. Até fevereiro de 2016, um odontólogo peruano tinha um consultório localizado em Benjamin Constant. Após denúncias no Conselho Regional de Odontologia, ele mudou-se para Islândia. O preço baixo dos procedimentos faz com que muitas pessoas atravessem a fronteira. Durante a pesquisa contabilizei dois locais que oferecem serviços odontológicos, todos localizados em hotéis. Caminhando nas passarelas e olhando as fachadas dos hotéis, evidenciei placas comerciais do “consultório”.

Em entrevista com um dos dentistas, falou-me que atende cerca de 120 pessoas mensais de Benjamin Constant, cobra R\$100,00 (cem reais) para colocar aparelho odontológico e R\$ 30,00 (trinta reais) pela manutenção. Perguntei se eu poderia ver o consultório e ele disse que não, a não ser que eu pagasse o valor de um procedimento, cobrou-me R\$ 100,00 (cem reais), mas com a condição de não filmar e não tirar fotos.

O quarto era pequeno, continha uma cômoda de madeira, uma televisão na parede, um ar-condicionado próximo à porta, as paredes pintadas de branco. Vi caixas de luvas e uma bandeja pequena de alumínio com alguns instrumentos odontológicos. Na cabeceira da cama havia cuecas estendidas e na janela uma toalha de banho verde. Enquanto arrumava, pedia desculpas pela bagunça. Voltou do banheiro e perguntou se queria sentar na cadeira odontológica que estava ao lado da cama ou na cama. Preferi sentar na cama, pedi que me falasse um pouco da sua história profissional e a primeira coisa dita foi que possuía diploma e registro no Colégio Odontológico no Peru (COP):

Yo Soy dentista, graduado. Vení para conocer la selva amazónica y gusté mucho de aquí. compré esta silla de un hombre que atendía ilegalmente en un flotoante aquí. Soy el único aquí que tiene registro. Allá en la calle delantera ay uno dentista que no tiene estudios, mucho menos registro, él paga sobornos a la policía, para continuar con consultorio. La policía vino a mí pedir dinero, pero me negué. (Carlos, dentista em Islândia)

Após, perguntou se eu queria só a entrevista mesmo ou a consulta. Compreendi, então, que ele desejava encerrar a entrevista e assim o fiz.

No dia em que visitei o Hospital em Islândia havia 28 mulheres⁴¹ sentadas em dois bancos de madeira (um em cada lado do corredor), a sala da obstetra ficava com a porta aberta, por vezes ouvíamos o que conversavam. Cada consulta demorava em média dez minutos. Passada quase meia hora, uma jovem se aproximou de mim, perguntou em portunhol⁴² se eu iria me consultar, respondi que não, que estava fazendo uma pesquisa sobre as grávidas de Islândia. E ela indagou: “o que a senhora quer saber?” respondi com outra pergunta: “você tem filhos?” e ela respondeu que sim, perguntei onde os tinha parido e ela respondeu “meu primeiro aqui e o segundo na UPA”, a partir de então pedi que ela me contasse a história dos dois partos:

O primeiro tive com 15 anos, quase morri, foi essa doutora aí que me atendeu, eu chorei muito, não deixaram minha mãe entrar, a outra velha que estava na sala gritava comigo, eu não sabia empurrar o menino, daí ela subiu na cama de parto e empurrava com o braço a minha barriga, eu desmaiei! Nunca mais quero ter filho aqui... Do segundo foi melhor, fiquei quinze dias na casa de índio em Tabatinga e de lá me levaram pra UPA e fui operada. (Sandra, mulher peruana)

Perguntei se ela era indígena e disse-me: “Humrum, sou kokama, tá com dois anos!” perguntei: como assim dois anos? Ela respondeu-me sorrindo: “é assim... meu tio que mora em Benjamin avisou pra mamãe que tavam tirando documento pra ser índio, daí a gente foi lá”.

Fiquei curiosa para saber o que ela estava fazendo naquele hospital, já que possuía “algumas regalias”⁴³ no Brasil como indígena, ela respondeu-me que era obrigação fazer planejamento familiar em Islândia, pois ela e os filhos recebem uma ajuda do governo peruano. “Agora eu recebo lá e aqui o bolsa família... a mamãe se aposentou lá e recebe \$/220 soles aqui.” (Sandra). Conversamos até chegar sua vez da consulta. Terminadas as consultas, entrei no consultório da obstetra Maria, apresentei-me e pedi algumas informações. Disse-me que havia 84 mulheres realizando consultas pré-natais naquele momento, sendo 17 mulheres com datas prováveis de parto para o mês de outubro. Ela enfatizou que nem todas procuram o hospital de Islândia na hora de parir, preferem ir à Tabatinga ou Benjamin Constant.

Maria citou que não recomenda as mulheres procurarem o Brasil ou a Colômbia para parir, pois somente nos casos em que a parturiente tem que ser operada ou está com intercorrências graves, eles as encaminham à Benjamin Constant. Nesses casos ela entra em

⁴¹ Algumas estavam com filhos pequenos

⁴² Utilizamos este termo quando a pessoa mistura palavras em português e espanhol

⁴³ Algo que não conseguiria sendo identificada apenas como peruana.

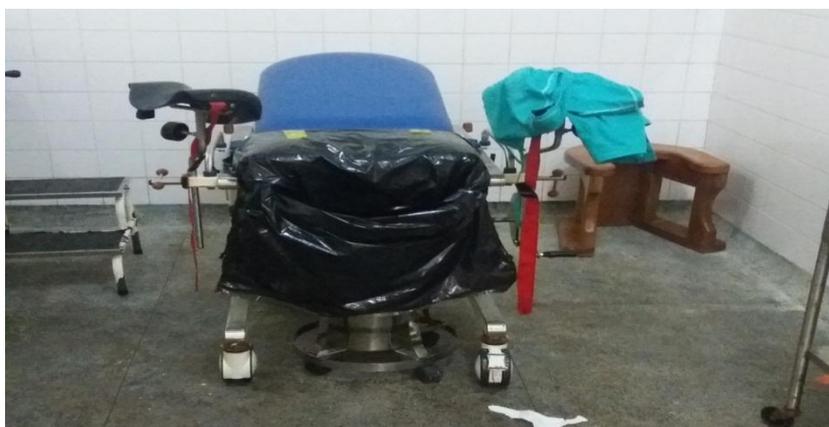
contato com alguns médicos peruanos que trabalham no hospital de Benjamin Constant. Falou-me que para remover pacientes ao município de Caballococha⁴⁴, demora cerca de quatro horas, tempo demais para uma ocasião de urgência.

Figura 4. Hospital de Islândia



Fonte: CAMPOS, Ana. 2016

Figura 5. Sala de Parto – Hospital de Islândia



Fonte: CAMPOS, Ana. 2016

⁴⁴ Município peruano mais próxima com hospital que possui centro cirúrgico

Na imagem acima, relativa ao Hospital de Islândia, além da mesa de parto tradicional, ao fundo há um banco de parto que foi fornecido ao Hospital após um treinamento sobre novas posições de parto. Segundo uma técnica em enfermagem, pouco se utiliza o banco, pois é necessário ter mais pessoas acompanhando este tipo de parto e a escassez de funcionários não favorece.

Figura 6. Clínica Hospitalar – Hospital de Islândia



Fonte: CAMPOS. Ana. 2016

Na imagem acima mostro uma das clínicas hospitalares do hospital de Islândia, todas estavam vazias, causando a impressão de total abandono devido as marcas enferrujadas nos equipamentos e colchões em péssimo estado de conservação.

Terminada a visita ao hospital, entrevistei o assessor do prefeito, Sr. Antônio, perguntei como as políticas públicas locais se manifestavam a respeito do trânsito existente entre Benjamin Constant e Islândia, respondeu-me: “É uno privilégio viver em la frontera y tener dos registros, yo no tengo! Mas no discrimino quien possui, debemos aprovechar lo que la frontera nos possibilita”. Falou-me, ainda, que toda pessoa que apresente documento peruano tem direito aos serviços de saúde gratuito, incluindo remédios, há programas sociais que pagam pensão aos idosos a partir de 65 anos e um programa de apoio aos mais pobres

(Programa Juntos⁴⁵). Enfatizou que a prefeitura paga as passagens para Tabatinga, Benjamin Constant e Leticia de pessoas que se encontram em estado de emergência e urgência.

1.3 ATENDIMENTO À SAUDE EM BENJAMIN CONSTANT

Citei, anteriormente, que alguns funcionários do hospital de Benjamin Constant prestam serviços irregulares no município, independentemente de nacionalidade, pois há brasileiros e peruanos sem CRM. Há técnicos em enfermagem indígenas (estes em grande maioria trabalham pela Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI), que também atuam como intérpretes. Entre os pacientes, há uma preferência pelos médicos colombianos frente aos médicos peruanos e brasileiros. A maioria dos médicos brasileiros com CRM, também prestam serviços no Hospital Militar de Guarnição do Exército Brasileiro em Tabatinga.

O Hospital Geral Doutor Melvino de Jesus é de média complexidade, possui uma Setor de Emergência, Setor Hospitalar, Setor Cirúrgico e Setor Obstétrico. Um único médico por plantão atende a demanda de atendimento no Setor de Emergência. Quando há partos, ele se desloca ao Setor Obstétrico deixando os pacientes sem atendimento na emergência, em alguns casos, apenas a enfermeira plantonista entra na sala de parto com a técnica responsável pela ala obstétrica. Em casos de intercorrências no parto, o cirurgião é acionado, quando não é possível realizar a cirurgia, a paciente é transferida por meio fluvial para a maternidade no município de Tabatinga.

Friso a mudança na administração pública municipal, em 2017, sendo que o prefeito eleito teve como slogan de campanha “o ser humano” propondo uma política voltada à humanização do atendimento, em especial na área da saúde. O secretário municipal de saúde, até agosto de 2017, foi o médico cirurgião-geral (mais antigo) que há décadas trabalha no Hospital Geral Doutor Melvino de Jesus.

⁴⁵ Está direcionado às zonas rurais em condições de extrema pobreza, integra grávidas, crianças e jovens até os 19 anos, ou até alcançarem a educação secundária, em troca os pais devem levar os filhos aos centros de saúde e aos colégios.

Benjamin Constant sempre teve carência de médicos especialistas. Até meados de 2012, quando uma pessoa adoecia e precisava de avaliação especializada, tinha que ser referenciada para Manaus. O médico preenchia um Termo de Referência, o paciente levava no Serviço Social do Hospital, a Assistente Social solicitava o transporte fluvial ou aéreo⁴⁶ do paciente à prefeitura, indicava ao paciente qual hospital procurar em Manaus. Em casos em que os pacientes estavam internados e eram transferidos do hospital de Benjamin Constant a um Hospital de Manaus, era realizado um contato prévio por telefone, para que a ambulância do Hospital em Manaus pegasse o paciente. Em casos de média gravidade, o paciente era estabilizado e removido para o Hospital de Guarnição de Tabatinga, às vezes havia o contato prévio, outras vezes não.

Com a implantação do Sistema Regulador em meados de 2012 no Hospital de Benjamin Constant, as consultas e exames ambulatoriais com especialistas começaram a ser agendadas pelo SISREG. Houve a instalação de equipamentos de internet via satélite, instalação de computadores completos e telefones: fax, voip⁴⁷, no hospital de Benjamin Constant. Após instalação dos equipamentos alguns funcionários do hospital tiveram treinamento para operar o sistema, inclusive eu.

Se antes os pacientes não demoravam a ir à capital para as consultas, após a implantação do SISREG, a realidade mudou. Primeiro, a instabilidade da internet impede o envio das solicitações de agendamentos de consultas e exames. Segundo, a resposta da solicitação não é rápida. Terceiro, a maioria dos agendamentos ultrapassam um mês, às vezes ultrapassam um ano para algumas consultas. Por vezes, o paciente chega a óbito à espera da consulta. Da mesma forma, as transferências de pacientes internados passaram por mudança.

Em entrevista ao Portal Olm, em abril de 2011, o ex-secretário de saúde do Estado do Amazonas, senhor Wilson Alecrim, falou da criação do Complexo Regulador, que permite, por meio de um sistema informatizado (Sisreg), organizar a oferta de leitos hospitalares, exames e consultas especializadas. O ex-secretário via como um avanço na área da saúde.

Em 2013, o Conselho Indigenista Missionário - CIMI divulgou em seu site uma matéria intitulada “Audiência Pública confirma caos na Saúde Indígena do Amazonas” destacando que não há existência de saúde diferenciada para os indígenas, apontando ainda as falhas burocráticas do SISREG que fazem com que os indígenas desistam da espera da consulta e retornem mais doentes as suas aldeias.

⁴⁶ Dependendo do estado de saúde do paciente

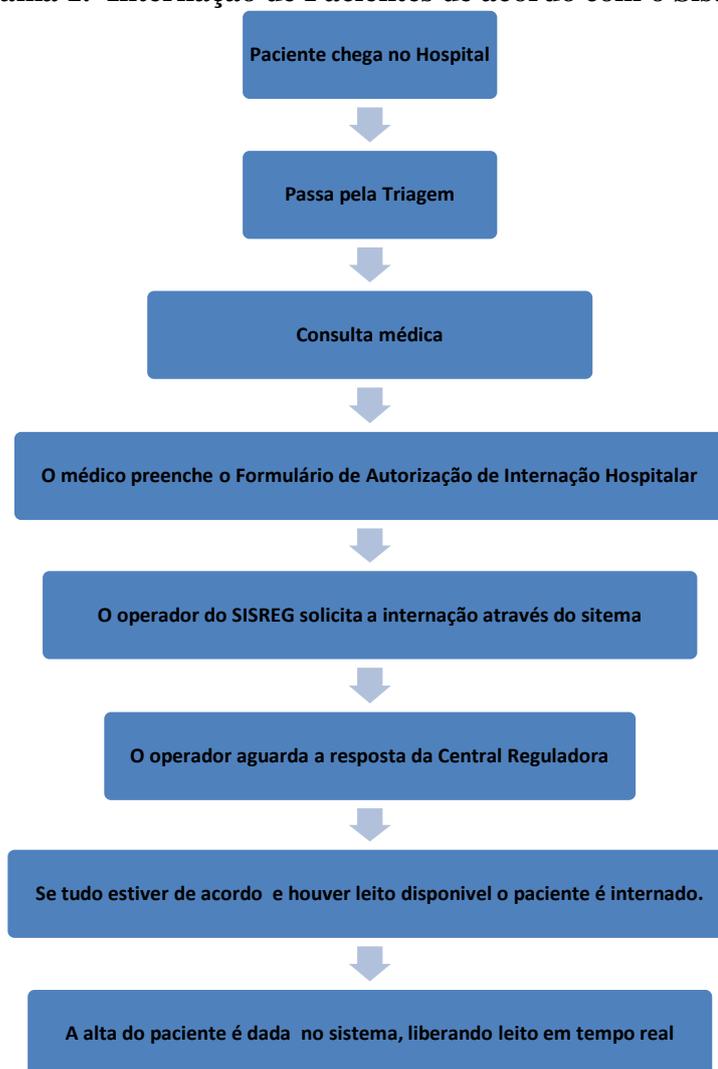
⁴⁷ Todos ofertados pelo Governo do Estado do Amazonas

Em 2014, o problema operacional não atingia somente os municípios do interior do Estado. Em matéria publicada em agosto de 2014 pelo jornal EM TEMPO, é destacado que as falhas no SISREG atrasavam marcação de exames e aumentavam as filas nos hospitais de Manaus.

No início de 2016, o Governo Estadual parou de fornecer internet ao hospital de Benjamin Constant, nem os telefones funcionavam. No intuito de não paralisar o sistema, a prefeitura municipal passou a oferecer os serviços de internet ao Hospital.

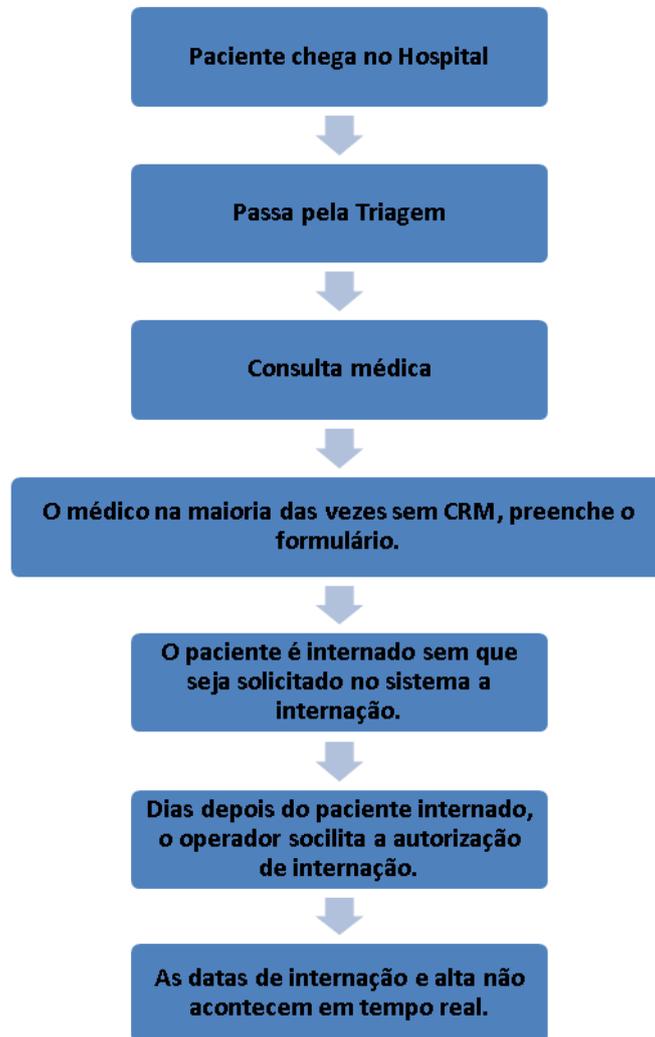
Preciso esclarecer que desde a implantação do sistema no Hospital de Benjamin Constant, nada funcionou na prática. Darei o exemplo de como deveria ser uma internação baseada no Sistema Regulador.

Fluxograma 1. Internação de Pacientes de acordo com o Sistema Regulador



Fonte: Secretaria do Hospital Geral Doutor Melvino de Jesus, 2016.

Fluxograma 2. Internação de Pacientes no Hospital Geral Doutor Melvino de Jesus



Fonte: Secretaria do Hospital Geral Doutor Melvino de Jesus, 2016.

No primeiro fluxograma, vemos que tudo deve acontecer em tempo real, para isso é necessário que haja operadores no Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital, trabalhando 24h, com uma infraestrutura tecnológica que não apresente falhas. Com a falta desta infraestrutura, percebemos no segundo fluxograma que nenhuma internação acontece em tempo real, pelos seguintes motivos:

1. O médico que atende na emergência não tem CRM, um pedido de internação em seu nome é inválido;

2. Não há operadores do SISREG trabalhando no Setor de Emergência, local onde deveria ser solicitada a internação;
3. Não há operadores trabalhando 24 horas;
4. A internet por vezes é instável, o que dificulta até mesmo o cadastramento do paciente no Cartão SUS;
5. O médico não preenche adequadamente o formulário de internação; é o operador quem busca o código do procedimento solicitado e o CID.

Se o SISREG foi criado no intuito de organizar a oferta de leitos e facilitar a internação dos pacientes, penso que em Benjamin Constant, criou-se uma falha imensa, pois há internações que por algum motivo não entram no sistema, os números que aparecem na plataforma do SISREG não são reais. O controle que se previa com a implantação do SISREG é falho, a começar pelo médico solicitante no Sistema, que não é o mesmo que solicita no formulário impresso. Tal modelo é burocrático tanto para as consultas e exames ambulatoriais, quanto para internações e transferências de pacientes.

Em caso de transferência de pacientes internados como aconteceu com Adriana – grávida brasileira, o médico plantonista pede ao operador que interne imediatamente a paciente, aguarda-se a autorização da Central Reguladora que fica na UPA no município de Tabatinga. Após internada no Sistema, é solicitada a transferência para o município referenciado que, no Alto Solimões, é Tabatinga. O tempo de resposta de transferência varia de trinta minutos a duas horas, quando o estado do paciente é crítico, o médico plantonista entra em contato via telefone com o médico da Central de Regulação⁴⁸.

⁴⁸ Ressalto que a Central de Regulação tem ciência que o médico que realiza o contato via telefone não é o mesmo que aparece como solicitante no Sistema.

1.4 ATENDIMENTO ÀS GRAVIDAS EM BENJAMIN CONSTANT

O modo de internação das grávidas varia muito dependendo da conduta dos médicos plantonistas; quando a grávida chega à emergência no estágio de período expulsivo é levada imediatamente por um técnico de enfermagem para a Sala de Parto. Quando uma grávida chega à emergência sem estar no período expulsivo, tem prioridade para passar na Sala de Triagem, onde a Ficha de Atendimento é preenchida. Logo em seguida, é encaminhada ao atendimento com médico, que a avalia e, se o útero não estiver com dilatação de no mínimo cinco centímetros, a grávida é orientada a voltar ao seu domicílio e retornar quando as contrações estiverem aumentado. Quando a grávida chega passando dos cinco centímetros de dilatação do útero, é levada ao Setor Obstétrico, deixa seus pertences no leito de internação e é encaminhada à Sala de Pré-Parto.

Observei algumas grávidas que chegaram em trabalho de parto durante os cinco dias que estive no hospital, não assisti os partos, mas fiquei quando permitida na sala de pré-parto e alojamento conjunto. Na maioria das vezes, as grávidas que chegavam com dilatação de até 05 (cinco) centímetros ficavam na clínica de internação, num intervalo de duas horas eram levadas à sala de pré-parto, quando atingiam os 09 (nove) centímetros continuavam na sala até chegar aos 10 (dez) centímetros e serem levadas à sala de parto. O tempo em que ficavam na sala de pré-parto, permaneciam apenas com suas acompanhantes, no caso das indígenas ficavam sozinhas, pois nem todas grávidas indígenas chegavam com acompanhantes. A técnica em enfermagem avaliava a paciente, fazia as anotações no prontuário e saía. Em casos de alguma alteração, acionava a enfermeira que permanecia no Posto de Enfermagem do Setor Hospitalar. Quando a dilatação do útero atingia os 10 (dez) centímetros, o médico da emergência era chamado. Algumas vezes ele aparecia, em outras o parto era auxiliado pela enfermeira, a técnica em enfermagem da ala obstétrica e mais outro técnico do Setor Hospitalar.

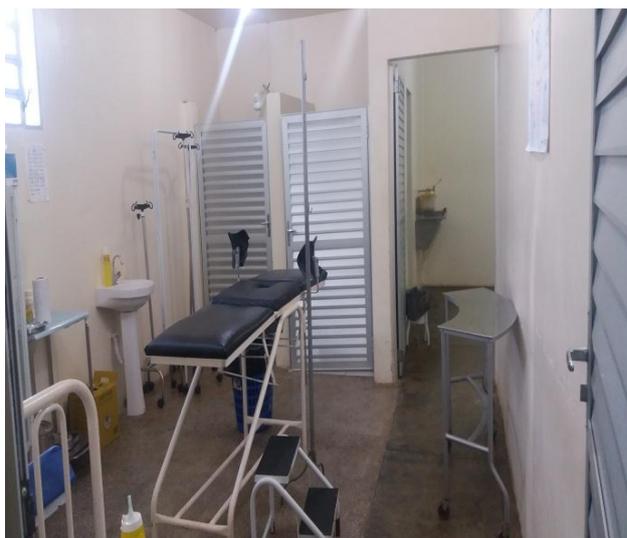
Houve dias em que as clínicas obstétricas estavam com todos os leitos ocupados, ficando difícil o trabalho para apenas 01 (uma) técnica em enfermagem. O período de internação para partos normais varia de 12 horas a 24 horas após o parto, para os partos cesáreos varia de 24 horas a 32 horas, sendo que em casos de complicações na cirurgia o tempo se estendia. Houve um dia e uma noite que não houve nenhuma admissão de parturientes e não havia leitos ocupados.

A maioria das grávidas entraram sozinhas para a sala de parto, somente em dois casos vi a enfermeira perguntando se elas desejavam acompanhamento familiar. As acompanhantes ficavam na sala de pré-parto ou no alojamento conjunto. Quando o bebê nascia, era retirado da sala de parto pelas técnicas em enfermagem e levados a sala de primeiros cuidados do Recém-Nascido, feito os primeiros cuidados não retornavam a sala de partos com as mães, eram entregues as acompanhantes.

A Organização Pan-Americana da Saúde esclarece que as práticas rotineiras de cuidado ao recém-nascido, como o banho e a antropometria, podem afetar negativamente o contato logo após o parto entre a mãe e o bebê, dificultando o aleitamento materno imediato. Tal fato foi constatado nestas observações, pois o bebê era estimulado a mamar em média uma hora ou mais, após o nascimento. Não é permitida a permanência do marido/companheiro/namorado no alojamento conjunto, pois a figura masculina tem permissão para acompanhar o parto, e fazer algumas visitas após o parto.

A ala obstétrica ou “maternidade” é uma ampliação do hospital realizada em 2010 pelo projeto Rede Cegonha. Está localizada ao lado direito do corredor que dá acesso a Sala de Parto e ao Centro Cirúrgico. São duas clínicas de internação com o total de 07 (sete) leitos. Uma clínica é exclusiva para as parturientes com parto operatório. O quarto de conforto das técnicas de enfermagem deste setor está localizado no mesmo corredor, entre as duas clínicas está localizado o “Posto de Enfermagem”, com uma mesa pequena, uma cadeira, um ventilador, relógio de parede, televisão e pastas de arquivos contendo os prontuários das pacientes. À frente das clínicas de internação, há uma varanda com vidraças com visão para o rio Solimões. Durante todo o período de pesquisa, sempre vi a varanda fechada, sem que nenhuma parturiente fosse incentivada a caminhar por aquele espaço.

Figura 7. Sala de Pré-Parto, Hospital de Benjamin Constant



Fonte: CAMPOS, Ana. 2016.

Figura 8. Cartaz com posições de parto fixado na Sala de Pré-Parto.



Fonte: CAMPOS, Ana. 2016.

As figuras de número 8 e 9 são referentes a sala de pré-parto, embora haja um cartaz que mostre as diversas posições de parir, tais informações não foram repassadas as técnicas de enfermagem, a gerente de enfermagem na época trouxe o cartaz de Manaus e afixou na parede, não houve reunião ou conversas grupais para falar do assunto.

Figura 09. Mesa de partos do Hospital de Benjamin Constant.



Figura 10. Mesa de partos do Hospital de Benjamin Constant.



Fonte: CAMPOS, Ana. 2016.

Figura 11. Sala dos Primeiros cuidados do Recém-Nascido/Hospital de Benjamin Constant.



Fonte: CAMPOS. Ana. 2016.

A figura de número 12 refere-se à Sala de Primeiros Atendimentos do Recém-Nascido, este local é externo à Sala de Parto e Sala de Cirurgia. Quando o bebê nasce imediatamente é retirado do local de nascimento, sem ter o contato imediato com a mãe, após a realização de todos os procedimentos de limpeza e aspiração, o recém-nascido é entregue a acompanhante e levado para a clínica obstétrica, enquanto a mãe permanece na sala de parto.

Figura 12. Área do Projeto Rede-Cegonha Hospital de Benjamin Constant.



Fonte: CAMPOS, Ana. 2016.

A figura acima refere-se a área externa da ampliação realizada no hospital onde funcionaria a Rede Cegonha. No local há uma varanda de vidraças com vista para o rio Solimões, mas as grávidas não são orientadas a transitar pela varanda pois, segundo alguns técnicos, a varanda fica trancada com chaves a fim de evitar a entrada de fumaça.

Na imagem abaixo, mostro as condições atuais do incinerador, onde são queimados diariamente os lixos hospitalares e os restos placentários. A fumaça do incinerador alcança a sala de cirurgia, sala de parto e clínicas hospitalares, além das residências aos arredores do hospital.

Figura 13. Incinerador do hospital, local onde são destinadas as placentas



Fonte: CAMPOS, Ana. 2016.

Desde o ano que foi inaugurada até o ano da pesquisa (2016), as clínicas apresentaram problemas, como teto com goteiras, paredes com infiltração e mofo, condicionadores de ar com defeitos. Nas duas clínicas havia um balde com capacidade de 500 litros de água, posicionados abaixo dos condicionadores de ar, que eram trocados quando já estavam cheios. Algumas vezes a maca tinha lençol do próprio hospital, outras vezes não era forrada, especialmente quando as parturientes eram indígenas. As parturientes que moravam na zona urbana da cidade traziam lençóis de casa, juntamente com o enxoval do bebê.

Desde 2010, não houve mudanças de funcionárias neste setor, são 06 (seis) técnicas em enfermagem (consideradas como “parteiras” pela direção hospitalar), que trabalham em plantões de 12 (doze) horas, com 48 (quarenta e oito) horas de descanso, apenas 01 (uma) técnica trabalha em regime de contrato. Apenas 01 (uma) técnica em enfermagem fica responsável pelo setor. Nesse período, observei que a maioria dos partos, foram assistidos por um enfermeiro plantonista, o médico plantonista e a técnica responsável pelo setor obstétrico, que ficava circulando entre a sala de parto e as clínicas obstétricas.

Friso um dado importante, durante os cinco dias em que estive no hospital, foram realizados 06 (seis) partos cesáreos, sendo que, em apenas uma noite, o médico cirurgião operou 04 (quatro) parturientes. Os partos cesáreos eram decididos conforme a avaliação do próprio cirurgião, que trabalhava no hospital especificamente às quartas-feiras, no período noturno, pois também trabalhava na maternidade em Tabatinga – AM. Assim, quando havia alguma intercorrência gestacional, nos demais dias da semana, as parturientes eram

transferidas para a Unidade de Pronto Atendimento em Tabatinga. Alguns funcionários do hospital criticaram a conduta do cirurgião e relataram sobre o alto índice de cesáreas que estavam acontecendo.

Após observar e ouvir relatos sobre os altos números de partos cesáreos no Hospital de Benjamin Constant decidi buscar a Vigilância Epidemiológica Hospitalar a fim de obter dados estatísticos sobre partos cesáreos. Abaixo apresento dados de 2012 a 2016.

Tabela 3. Quantitativo de partos normais e cesáreos no Hospital de Benjamin Constant, no período de 2012 a 2016:

Ano	Partos normais	Partos cesáreos	Total	Porcentagem de partos cesáreos
2012	642	142	784	18%
2013	594	183	777	23,50%
2014	611	184	795	23,14%
2015	593	263	856	31%
2016	604	122	726	17%

Fonte: Livro de Partos – Vigilância Epidemiológica do Hospital de Benjamin Constant, CAMPOS, Ana. 2017

Segundo o Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da Organização Mundial da Saúde, desde 1985 a Organização Mundial de Saúde declarou que a taxa ideal de cesáreas deve estar entre 10 e 15% de todos os partos, pois não há justificativas em qualquer região do mundo para que a taxa ultrapasse os 15%, sendo que a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.

No artigo “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review” de 2015, os pesquisadores apresentam dados de uma pesquisa realizada em 34 países, na qual investigaram os maltratos de mulheres durante o parto, levando em consideração as configurações geográficas e de renda. Através da análise dos dados desenvolveram uma tipologia caracterizando 07 categorias de violência as quais as mulheres são submetidas: “(1) abuso físico, por exemplo, bofetadas ou beliscar durante o parto; (2) abuso sexual, (3) abuso verbal, como linguagem áspera ou grosseira; (4) estigma e discriminação, com base em idade, etnia (5) falta de atendimento aos padrões profissionais de atendimento, (6) relação entre mulheres e prestadoras, incluindo comunicação ineficaz, falta de cuidados de suporte e perda de autonomia e (7) condições e restrições do

sistema de saúde, como a falta de recursos necessários para proporcionar privacidade às mulheres” (BOHREN MA, et al 2015).

Para os autores, essas condições poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem acesso aos serviços de saúde reprodutiva de boa qualidade e se atendentes de partos treinados estivessem presentes durante o parto.

No capítulo seguinte discorro sobre a mudança ocorrida nas práticas de assistências aos partos na região amazônica, apresento o primeiro encontro com as mulheres, durante as conversas percebi que as políticas públicas de saúde criam mecanismos dificultando o acesso ao pré-natal adequado, desde os primeiros meses de gestação as mulheres sofrem diversos tipos de violência, que são mais acentuados no período de trabalho de parto e parto.

CAPÍTULO II – Da prática tradicional ao Modelo Médico Hegemônico

Desde pequena sempre ouvi, às escondidas, minha avó falar sobre como eram os partos no “alto⁴⁹”. Uma vez ou outra ela saía de casa na madrugada, à noite, à tarde, não havia hora certa. Quando eu e umas primas perguntávamos aonde ela iria, dizia: “vou pegar uma criança⁵⁰”. Eu ficava me perguntando, como era pegar uma criança. Por volta dos dez anos, minha avó me levava às reuniões de parteiras no hospital e a esperava no lado de fora, pois não me permitiam entrar. No caminho das reuniões, conversava com ela sobre partos. Algumas vezes, me contava histórias pela metade, a que mais me fascinou, foi sua própria história.

Minha avó nasceu em 1928, aos treze anos casou-se e foi morar longe de sua mãe, numa distância de oito dias de canoa de um lugar ao outro. Passados alguns meses, engravidou, viu-se aflita, morando sozinha com o marido, sem vizinhos por perto, sendo que demorava um dia para se chegar ao vizinho mais próximo. Quando o patrão/regatão da borracha viajava, levava cartas aos familiares e minha avó escrevia⁵¹ pedindo ajuda a sua mãe. Minha bisavó Amélia esperava o patrão/regatão fazer o retorno da viagem e enviava a minha avó cartas com instruções de como fazer durante a gravidez e na hora do parto. Junto com as cartas enviava orações e mudas de plantas para usar antes, durante e depois do parto.

Minha avó recebeu a visita de sua mãe poucas vezes durante a gravidez, o parente mais próximo era sua irmã mais velha que já era mãe e foi ajudá-la no nono mês de gestação. Depois do seu parto, ela começou a ajudar algumas vizinhas que o pediam no mês de parir, assim, viajava dias antes do parto para esperar o chegado momento. Havia todo um conhecimento tradicional sobre a cosmologia, plantas medicinais, técnicas de massagem para colocar o feto na posição certa, exemplos disso são as crenças de que as fases da lua influenciam no parto; nas reparações⁵² as parteiras deduziam o sexo do bebê, dificilmente erravam... O parto estava intimamente ligado ao familiar, não era dominado apenas por mulheres, pois meu tio-avô também era parteiro⁵³.

⁴⁹ Chamavam assim as Terras Indígenas, nas quais moravam na época da extração de madeira.

⁵⁰ Era um tabu falar para as crianças como nascíamos sempre inventavam histórias.

⁵¹ Minha avó contava com orgulho que aprendeu a ler e escrever em folhas de bananeiras, sua mãe era professora.

⁵² Massagens em mulheres grávidas

⁵³ Meu tio-avô parteiro e rezador. Quando vivo, contava que havia aprendido a partejar com sua mãe, devido a longitude das moradias, pôs em praticar o que havia aprendido, assistenciou vários partos da sua esposa, irmãs, sobrinhas e de algumas vizinhas.

A demarcação das Terras Indígenas do Vale do Javari e a queda da venda de borracha foram determinantes para o deslocamento de centenas de pessoas que viviam nas Terras Indígenas para o centro urbano em busca de trabalhos para sobreviverem. Minha avó, meus tios e primos que residiam nas “colocações” mudaram-se para Benjamin Constant e, devido ao costume de viverem próximo ao rio, instalaram-se às margens do rio Javarizinho, mantendo assim os costumes ribeirinhos.

As famílias que desceram do “alto” também construíam suas casas próximas ao rio, a fim de facilitar suas atividades diárias, fizeram roçados e plantações e começaram a conviver mais próximos uns dos outros, o que facilitou a ajuda às mulheres na hora do parto.

Com a implantação do Hospital no município de Benjamin Constant- AM, na década de 50⁵⁴ (CAMPOS, 2012), houve a imposição da tecnologia associada ao modernismo contra a tradição que era ligada ao subdesenvolvimento, ao atraso. A partir da década de 80, os partos que eram realizados em casa por parteiras tradicionais, passaram gradativamente a ser uma prática hospitalar e medicalizada que, atualmente, vem buscando nas práticas tradicionais, maneiras de tornar os partos mais humanizados, resgatando o protagonismo das mulheres na gravidez, parto e pós-parto.

Compreendendo o parto como um rito de passagem, Arnold Van Gennep (2011) o define como um momento de transição entre dois estados, compondo-se de três fases: separação - a pessoa fica separada de sua estrutura; liminar/margem - a pessoa não tem estrutura e agregação - a pessoa retorna a estrutura renovada pela experiência do ritual. Van Gennep (2011) afirma que os ritos ligados ao parto mudam não só o status da mulher, mas das pessoas com quem convive socialmente, pois a grávida passa a ser mãe, a mãe dela passa a ser avó; o marido, o pai da criança e, o recém-nascido passa a ser um ser social. Em algumas sociedades, a criança só se torna um ser social quando começa a falar. Assim, os ritos do nascimento tem a função de reprodução social regulando a sociedade.

Victor Turner(1967), apoiado em Van Gennep, concentra-se nos ritos de passagem que apresentam períodos liminares. No rito de passagem da mulher grávida, o centro é seu corpo, que deixa de ser dominado por si, passando a ser objeto do poder médico. Para Turner, nesta fase, os seres transicionais não tem status, nada que os distinga estruturalmente de seus

⁵⁴ Informação coletada em entrevista com o médico Dr. Sebastião Dias da Silva Filho em 2010, pois não há registros oficiais sobre a implantação do Hospital em Benjamin Constant. Conforme apresentei no meu TCC, Dilemas da Maternidade Assistência à Grávidas na Rede Municipal de Saúde de Benjamin Constant/AM. “A Unidade Mista de Benjamin Constant foi fundada em 1950 pela Fundação SESP (Secretaria Especial em Saúde Pública). Entre os anos de 1970 a 1982 ficou sob a direção do Exército, sendo entregue para a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) no ano 1982, somente no ano de 1997, no exercício do ex-prefeito José Amauri da Silva Maia o hospital tornou-se municipalizado. (CAMPOS, 2012).

companheiros, o sujeito é fisicamente invisível, não havendo qualquer classificação. É nesta fase que Mary Douglas (1966) afirma que pode haver o risco de contaminação por aqueles que não são vacinados contra ela.

Carmen Tornquist (2004), em sua tese de doutorado, enfatiza que os discursos médicos estigmatizavam os partos realizados por parteiras tradicionais fora da Instituição Hospitalar, argumentando sobre a falta de higiene nos partos domiciliares e que os partos hospitalares seriam menos perigosos e mais higiênicos, classificando as práticas médicas como puras e as práticas das parteiras como impuras e perigosas.

Tal abordagem me remete a um estudo etnográfico que realizei com as parteiras tradicionais em Benjamin Constant, no ano de 2010, “Dona Rosa”⁵⁵ na entrevista informou que não realizava mais partos nas casas das gestantes por medo de ser presa, pois foi informada por um Agente Comunitário de Saúde que as parteiras estavam proibidas de realizar partos:

“(...) já avisei as minhas cumades que agora quando precisarem da minha ajuda vão ter que vir pra minha casa, tenho medo de ser presa na casa dos “outros”, mas, aqui na minha casa ninguém entra pra atrapalhar o trabalho de parto.” (Maria do Carmo Nascimento)

D. Maria⁵⁶ relatou que há mais ou menos trinta e oito anos, participou das reuniões de parteiras curiosas, que aconteciam uma vez por mês, ministradas pela enfermeira Gema Pontes e seu esposo Piccinini que era diretor no Campus Avançado em Benjamin Constant:

“...eu ia nas reuniões era pra conversar com as outras parteiras, aprendi mais coisas com elas do que com os médicos, tudo que o médico e a D.Gema falavam eu já sabia(...). Nós falava como fazia o parto, qual chá usava e no final das reuniões eles davam pra gente, uma bolsa com algodão, gaze, luva, tesoura que colocavam numa máquina e diziam que tava descontaminada, mas eu frevia era a minha em casa mesmo, me deram até um tal de avental e toca, onde já se viu isso...e ainda diziam pra gente que quando a mulher sentisse dor era pra nós levar pro hospital, porque lá era seguro, sem contaminação pra mãe e pra criança e que nós podia só “curiar”⁵⁷ a mulher lá. Mas minha filha, o que acontecia é que a gente ia era ensinar doutorzinho novo no hospital. Deixei de ir na reunião, porque o médico chamava a gente de “parteira curiosa” e eu não gostava de ser chamada assim” Ajudei tantos meninos a nascer, tinha parto complicado, que a criança vinha de pé, nunca morreu, graças a Deus! (D. Maria).

⁵⁵ Como é conhecida em Benjamin Constant, mas se chama Maria do Carmo

⁵⁶ Dona Maria, minha avó, aos quinze anos realizou o primeiro parto

⁵⁷ Observar

Mary Douglas (1966) enfatiza que as pessoas tentam influenciar o comportamento uma das outras através de suas noções sobre poluição, mantendo a ordem social através dos perigos que ameaçam os transgressores.

Através das narrativas observo que os discursos médicos sobre a “pureza” e “segurança” do hospital impulsionaram a mudança do local do parto domiciliar. Com isso, um novo cenário, novas técnicas e atores são inseridos no rito de passagem, como os profissionais da área da saúde que, muitas vezes, não tem sequer intimidade com as grávidas⁵⁸.

Os agentes mudam, mas a estrutura do rito continua a mesma. Para Gluckmam (1987), o indivíduo pode alterar o seu papel, aderindo a outros tipos de relações sociais. Apropriando-me das palavras de Turner, cada participante do ritual interpreta os símbolos ritualísticos a partir do seu ângulo. Logo, se antes o parto era uma prática domiciliar, houve um processo de institucionalização/medicalização pelo poder médico.

Foucault (1979) afirma que antes do século XVIII havia uma distinção entre hospital e medicina. O hospital era uma instituição ligada à religião que acolhia os pobres moribundos, não para curar-lhes as enfermidades e sim para salvar suas almas. Os médicos raramente frequentavam os hospitais, pois eram os religiosos que detinham o poder naquele espaço. No final do século XVIII, o espaço hospitalar é medicalizado, atribuído como instrumento de cura e os médicos passam a deter o poder sobre tal espaço.

Para além dos argumentos de impureza ligados ao parto domiciliar, existe outro fator que impulsionou os partos hospitalares. Os hospitais recebem do governo federal um recurso financeiro por cada procedimento realizado. Atualmente, um parto normal equivale em média a R\$ 440,00 (quatrocentos e quarenta e quatro reais), um parto cesáreo de R\$ 545,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais) a R\$ 800,00 (oitocentos reais), enquanto o parto domiciliar não recebe recurso algum⁵⁹. Desde 2010, foi implantada no hospital de Benjamin Constant uma sala de Registro de Nascimentos de Recém-nascidos no hospital, cada registro emitido recebe um recurso financeiro, desta forma, há mais uma “facilidade” que impulsiona a realização do parto hospitalar.

A partir dessas mudanças, as relações de saúde maternal se reconfiguram, transportando os partos dos domicílios para o cenário hospitalar que, atualmente, é alvo de vários debates e estudos acadêmicos, voltados para a relação entre equipe médica e mulheres no período da

⁵⁸ Antes a prática do parto domiciliar, mobilizava a vizinhança, as grávidas faziam acompanhamentos desde a gravidez com a parteira, criando laços de afinidade e amizade. A OMS recomenda que os profissionais de saúde, sobretudo o médico, envolvidos no trabalho de parto hospitalar sejam os mesmos que fizeram acompanhamento no pré-natal.

⁵⁹ No hospital de Benjamin Constant, o percentual de 90% das internações corresponde a partos.

gravidez, parto e pós-parto, onde são produzidos diversos tipos de violência, entre elas a violência obstétrica.

O termo violência obstétrica até 2011⁶⁰ não era conhecido, utilizava-se o termo violência institucional. Os trabalhos de Costa e Débora Diniz (2006) afirmam que a violência institucional é notada através da negligência assistencial, discriminação social, violência verbal ou física, uso inadequado de tecnologia, procedimentos inadequados e desnecessários, resultando em intervenções arriscadas. Acrescentado a estas práticas o desrespeito, abusos e maus tratos na gravidez, parto e pós-parto. Em 2014, a OMS fez uma declaração sobre violência obstétrica, conceituando-a como o abuso de medicalização e patologização dos processos naturais do trabalho de parto, que causem a perda de autonomia e da capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade. No mesmo ano, o termo violência obstétrica ganhou repercussão acadêmica após a Venezuela criar a Lei Orgânica sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência, tipificando a violência obstétrica como crime (CARVALHO, 2005).

O movimento em prol do parto humanizado no Brasil iniciou-se em 1993 quando foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que postula mudanças na forma de assistir o parto, enfatizando a dimensão dos direitos, tanto das mães quanto das crianças. Para Carmen Tornquist (2004), a rede introduziu elementos originados no campo dos movimentos feministas, como a ideia de que o parto está ligado aos direitos sexuais e reprodutivos de cada mulher.

A Rehuna mobilizou diversos grupos formados por mulheres que discutiam sobre o ideário do parto humanizado, entre eles destaca-se o site Amigas do Parto, criado em 2001. Através destas iniciativas inaugurou-se um processo mais amplo de humanização dos serviços conduzidos pelo Ministério da Saúde, conforme Carmen Diniz (2005).

Em 2011 foi instituída a Rede Cegonha no âmbito do SUS, que ratifica as diretrizes e princípios da Portaria de 569/GM de 01/06/2000, dando ênfase a um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. A rede cegonha disponibiliza também kits com materiais utilizados no parto para as parteiras tradicionais.

Sabendo-se que a violência institucional abrange tanto o universo masculino quanto feminino, a violência obstétrica enquadra-se, segundo Carvalho (2005), como violência de

⁶⁰ Durante a pesquisa que realizei no período de 2010 a 2012 não havia referências sobre violência obstétrica

gênero, uma vez que as perspectivas sobre o corpo feminino são naturalizadas no sentido de procriação. Sherry Ortner (1979) afirma, em sua tese, que a mulher é identificada, em cada cultura, como ligada a natureza devido ao fator biológico e a função de procriação natural, o que a desvaloriza, em oposição ao homem que está ligado a cultura. Para a autora, a cultura submete a natureza a um plano de subordinação e, uma vez as mulheres estando ligadas a ela, é natural que sejam submissas. Através desta abordagem percebemos como o corpo feminino foi naturalizado, pois uma vez que o corpo tem a função de reproduzir criou-se a naturalização da dor em parir e amamentar.

Henrietta Moore (1997) fala sobre o problema do termo “natural” utilizado de forma errônea nos discursos em diversos debates públicos, estabelecendo a diferença social entre homem e mulher pelos aspectos biológicos. A autora chama a atenção para a forma como o “natural” é culturalmente construído, e sugere desconstruirmos o “natural”. Adriana Piscitelli (1998), afirma que ao questionarmos a naturalização da distinção do gênero, somos remetidos ao exame crítico das fronteiras entre gênero e outras categorias de diferença.

Emily Martin (2006) apresenta argumentos que ajudam a pensar sobre a dominação do corpo feminino pelo saber médico. A autora afirma que no desenvolvimento do pensamento e da medicina ocidental, o corpo feminino era visto como uma máquina imperfeita e o médico figurava como o mecânico ou o técnico que a conserta. A análise de Martin nos mostra que na formação do pensamento médico ocidental, no processo de trabalho do parto, os sentimentos e angústias das grávidas não eram considerados, pois o médico cumpria a função de apenas resolver o “problema”.

Desta forma, se considerarmos que o campo da maternidade é, por excelência, onde se exercita não só a função biológica do corpo feminino, mas uma função social do papel conferido à mulher, regulado por uma construção simbólica, toda e qualquer violência neste campo é fundamentalmente uma violência de gênero (AGUIAR, 2010).

2.1 Encontro com as grávidas e as narrativas sobre o pré-natal

Os Encontros com as mulheres grávidas permitiu compreender que os atos de violência obstétrica não centram-se apenas no âmbito hospitalar, abrangem principalmente a Atenção Básica, onde as grávidas buscam o primeiro atendimento, seja pela falta de exames laboratoriais para as grávidas em Benjamin Constant, seja pela recusa de atendimento pré-natal às peruanas ou violência verbal, acometida pelos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros. Duarte et.al (2006) afirma que a comunicação tem-se mostrado de fundamental

importância na saúde da mulher como parte da assistência pré-natal, em suas dimensões biopsicossociais, além disso é importante discutir as reformas curriculares, para garantir melhor qualificação aos profissionais, conferindo um caráter mais humanizado.

As consultas pré-natais nas UBS de Benjamin Constant são realizadas principalmente pelos enfermeiros, geralmente as grávidas passam por duas consultas com o médico da UBS. Para Salcedo-Barrientos et. al. (2014) os enfermeiros são os profissionais que trabalham diretamente com mulheres e famílias, porém encontram dificuldades no atendimento de famílias vítimas de violência, pois a temática é inexistente nos cursos preparatórios.

Como relatei na introdução, as entrevistas foram realizadas com três grávidas, passarei a apresentar como foi realizado o atendimento a cada uma delas. A primeira grávida com a qual conversei foi Adriana, na época com 18 anos, brasileira, de pele clara, cabelos castanhos, filha de seringueiros. Era sua primeira gravidez e estava com oito meses, ela morava com a mãe e contou-me que parou de estudar aos dezesseis anos quando começou a namorar com um rapaz que morava no município de Atalaia do Norte. A facilidade de Adriana aceitar fazer parte da pesquisa deveu-se ao fato de conhecê-la, quando acompanhava minha mãe nas vendas de perfumes por aquele bairro⁶¹.

A casa em que morava era de madeira e palafitas - como a maioria das casas deste bairro. Ao que pude perceber a casa possuía dois quartos pequenos, onde residiam seis pessoas (a mãe, dois irmãos mais velhos e dois mais novos que ela). O meio de subsistência da família era baseado na plantação de roças, pesca e contavam com o auxílio da Bolsa Família.

Combinamos de nos encontrar duas vezes por semana, pelo turno da manhã, pois a tarde ela ressaltou que não podia perder as novelas do canal SBT. Eu chegava por volta das 9h da manhã na casa de Adriana, sempre a encontrava sozinha, pois os dois irmãos menores estavam na escola, a mãe e os irmãos estavam pescando.

Perguntei de Adriana como ela se sentia com a gravidez:

Mana, eu me sinto bem de saúde, às vezes dá tristeza sabe, porque eu penso o que vai ser da criança e de mim vivendo assim como todo mundo daqui vive, sem nada. Eu me cuidei, ia todo mês no posto tomar injeção pra não pegar filho, mas daí teve um mês que não veio. Eu nem liguei, porque eu tinha tomado injeção, depois outro mês, daí eu já fiquei engoiando, meus peito inchô, fui numa consulta e depois fiz o exame, chorei demais quando deu positivo o negócio. Falei até pro doutor me ajudar a tirar, porque bateu o desespero. Ninguém em casa achou bom não, nem o meu namorado que também é desempregado. Rum,

⁶¹ Bairro Javarizinho, um dos bairros que é mais afetado com os fenômenos naturais de seca e enchente do rio Javarizinho

Deus me perdoe, tomei tanto chá maninha, era de boldo, era de sena, coca-cola com um monte de coisa, pra ver se descia a menstruação e nada. Nada deu certo, então é porque tem de ser. As coisinhas que eu tenho de bebê foi a mãe dele que deu.

(Adriana)

A falta de apoio e orientação por parte dos profissionais médicos na prevenção da gravidez para mulheres como Adriana pode levar a situações como essa de automedicação, muitas vezes sem sucesso, podendo ocasionar complicações e mesmo risco de vida. Embora haja uma norma técnica de Atenção Humanizada ao abortamento, criada pelo Ministério da Saúde, a realização do aborto por médico só é feita legalmente em dois casos: “1) Não havendo outro meio de salvar a vida da mulher (art. 128, I); 2) A gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (art. 128, II), há uma jurisprudência nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extra-uterina, com o consentimento da mulher”, segundo o Ministério da Saúde (2005).

Perguntei se ela havia procurado alguém na UBS, para falar do ocorrido com o anticoncepcional, disse-me que, ao iniciar o Pré-Natal, conversou com a enfermeira sobre o assunto, mas a enfermeira afirmou que não tinha como isso acontecer, a não ser que tivesse tomado no dia errado, ou tomado muito antibiótico:

Mana, tu sabe como é! Tu conhece aquela entojada, nem me deixou falar direito que o problema foi a injeção, aquela mulher é toda bruta, tem conversa com ela não. Eu nem vô toda vez pra consulta por causa dela, toda vez que ela me ver, faz piada, dizendo que não me cuidei e que quero culpar o posto. Capaz duma pobre ganhar na justiça uma causa dessa. Eu deixei pra lá, mamãe disse que vai me ajudar, de fome não vamos morrer. Pra Atalaia eu também nem vou. Eu quero é que nasça com saúde mana, porque eu tomei tanta coisa pra tirar o menino que tô é com medo dele nascer aleijado ou doido. Só fiz ultrassom uma vez com seis meses, porque é uma luta e tu sabe disso porque trabalha no hospital, a gente vai lá marcar o exame e passa dois meses pra fazer. Pra completar tô com umas cocéiras e infecção nas urinas. Mas Deus é maior. (Adriana)

A maneira grosseira como Adriana foi tratada pela enfermeira em relação à falha no planejamento familiar, pois como responsável pela aplicação da medicação sequer buscou saber o que de fato ocorreu, o tratamento dispensado a ela durante o atendimento pré-natal, considero que pode ser caracterizado como violência obstétrica. Nascimento e De Melo (2014), no artigo “Esse povo não está nem aí – as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió, Alagoas”, afirmam que o tema reprodução é estigmatizado à população pobre, os profissionais adotam um caráter crítico e

culpabilizante, os interlocutores da pesquisa concebem o SUS como um programa criado para os pobres, no qual não há todos os serviços disponíveis, enquanto as pessoas com rendas maiores buscam outros serviços particulares. Os autores concluem que as dificuldades para o acompanhamento integral de suas escolhas reprodutivas, advindas da existência de uma rede pública de saúde que detém estrutura e serviços insuficientes é um dado que acentua os impasses rumo à garantia de escolhas reprodutivas livres.

Podemos dizer que a falta de um pré-natal bem orientado, acompanhado corretamente, com todos os exames laboratoriais realizados, implicaram nas intercorrências durante o trabalho de parto de Adriana, conforme veremos nas narrativas dos partos.

Thales Silva (2016), realizou uma pesquisa sobre a mobilidade das mulheres grávidas na tríplice fronteira amazônica, tendo como cenário os municípios de Tabatinga/Brasil, Letícia/Colômbia e Santa Rosa/Peru. Segundo o autor, as mulheres que vivem nesta fronteira não censuram sua prática de parir em outro país, pois são usos e costumes que permitem aproveitar as oportunidades que o espaço lhes oferece. O autor aponta que os dados estatísticos sobre partos de estrangeiras no município de Tabatinga, são maiores por partes das peruanas do que das colombianas. Diferentemente do município de Benjamin Constant, segundo o autor, as mulheres estrangeiras não buscam o município de Tabatinga para as consultas pré-natais, buscam os serviços de saúde somente no momento do parto⁶². Embora o autor não relate a recusa de atendimentos às parturientes estrangeiras em Tabatinga/Brasil, cita que os profissionais de saúde brasileiros, descrevem com mal estar o ato das peruanas e colombianas parirem no Brasil, os médicos reprovam a iniciativa e as caracterizam como uma prática desenvolvida pelas famílias que se interessam nos benefícios sociais do país.

A segunda interlocutora, Sheila, 36 anos, peruana, se identifica como ticuna, estava com a gravidez entre o oitavo e nono mês, sendo sua sexta gravidez. Pedi que a Agente Comunitária de Saúde me acompanhasse até próximo à casa onde Sheila se encontrava, pois eu não sabia como chegar ao local, tive medo quando lá cheguei, pois é uma espécie de ocupação, no terreno que fazia parte do antigo Campus Avançado⁶³. Vários barracos construídos com lonas, fios elétricos jogados no chão, vários cachorros no terreiro entre as casas, tornando o ambiente assustador para quem não está habituado com essa realidade. A

⁶² Em Benjamin Constant, há a procura por parte das mulheres peruanas ao acesso de consultas pré-natal, porém são recusadas.

⁶³ Projeto Rondon

ACS, de longe me indicou a casa e eu segui sozinha, bati à porta, saiu uma criança de uns oito anos, perguntei se a Sheila se encontrava e ela, sem nada responder, me deu às costas.

Bati novamente e saiu uma senhora, perguntei novamente por Sheila, e ela perguntou-me o porquê de estar procurando Sheila. Apresentei-me como pesquisadora, expliquei que estava fazendo uma pesquisa com grávidas peruanas e fiquei sabendo por uma ACS sobre Sheila. A senhora, falando o portunhol com um sotaque bem puxado para o espanhol, respondeu-me: “A Sheila tá aqui! É minha hermana! Mas no mora aqui todo tempo. Ela já vai ser indígena, porque mora na comunidade indígena do Brasil faz uns anos, mas ela é indígena de verdade, pero tambien é peruana, porque nasceu no Peru. Os hijo dela são brasileiro indígena” (Natália, irmã de Sheila).

A fala de Natália reflete bem o que expus no primeiro capítulo através da abordagem de Zárate (2012), sobre a mobilidade que há na tríplice fronteira, na qual as populações utilizam os laços de parentesco para desnacionalizar-se ou acessarem os serviços públicos de outros países.

Natália entrou e chamou Sheila e continuei esperando do lado de fora da casa. Em menos de um minuto apareceu na janela uma mulher sorridente, com um bebê no braço, falou “oi” e eu perguntei se era Sheila e ela respondeu sim. Apresentei-me, falei sobre os objetivos da pesquisa, fiz uma pequena entrevista e perguntei se aceitava participar da pesquisa. Ficou cabisbaixa por uns segundos e disse que sim, mas só poderia falar comigo na casa de Natália, pois ela morava numa comunidade e não queria que eu fosse até lá. Concordei e marcamos outro encontro.

No segundo encontro, pedi que ela me contasse um pouco sobre sua vida e como estava a gravidez, o pré-natal, como se sentia:

Eu tenho cinco filhos, todos tem documento brasileiro, casei cedo no Peru, em Tarapoto, tinha dezenove anos, mi marido veio trabalhar na madeira pra cá e chegamos aqui. A gente morava em Islândia, depois mudamos pra comunidade daqui mesmo. O pré-natal nunca fiz, até os partos quem faz é minha irmã. Eu vim pra cá porque ele saiu de viaje e eu to com medo, ele disse que voltaria logo e não veio ainda. (Sheila).

Perguntei de Sheila por que ela não fazia o pré-natal e qual o motivo de sua irmã fazer os partos:

Eu não gosto que me veja, sinto vergonha se otra pessoa me ver desnuda. Quando fui no posto fazer consulta a mulher de lá da comunidade brigou comigo, disse pra eu ir pra Islândia. Tá com uma semana que vim pra cá, porque to sozinha e não tem ninguém pra pegar minha irmã na canoa na hora do parto (Sheila).

Campos (2012) aponta que as mulheres peruanas que buscam atendimento médico na Atenção Básica em Benjamin Constant são orientadas a buscarem atendimento pré-natal em Islândia, pois no imaginário dos profissionais de saúde, o que as fazem buscar atendimento no lado brasileiro é o acesso a dupla cidadania ao qual o filho terá direito. Desta forma, alguns profissionais da área denominam as parturientes peruanas como “malandras”, dentre outros termos pejorativos.

Mesmo com restrições em mostrar o corpo durante as consultas pré-natais, Sheila buscou atendimento na UBS da comunidade na qual vive, enquanto algumas mulheres associam a autoatenção com a biomedicina, a recusa do atendimento fez com que Sheila tivesse acesso apenas a autoatenção durante o período gestacional.

A antropóloga Jean Landon (2009) afirma que a autoatenção ultrapassa o domínio restrito da biomedicina, reconhecendo que os processos de saúde e doença são interligados com aspectos sociais, culturais e históricos, ressaltando ainda que os sujeitos exercem agência sobre suas próprias vidas de acordo com suas experiências na vida coletiva. Para Dias-Scopel (2014) pode haver articulações entre a forma de atenção biomédica e as formas de autoatenção, envolvendo xamanismo e religiões, como ela evidenciou ao estudar os índios munduruku. A autora destaca o programa bolsa família como incentivo para as mulheres buscarem o atendimento biomédico, pois precisavam monitorar o peso e o calendário de vacinas dos filhos, o sistema de saúde juntamente com os programas sociais tem incentivado as mulheres a parirem nos hospitais.

Para Van der Sand et.,al. (2016), a autoatenção refere-se a significados e práticas utilizados em nível do sujeito e do grupo social para o enfrentamento dos processos que afetam sua saúde, sem a intervenção de especialistas, mesmo quando estes sejam referência para essa atividade.

Após a conversa com Sheila me vi aflita com a situação, não sabia se continuava a pesquisa com ela, fiquei receosa quanto à postura do marido, também havia a incerteza dela continuar em Benjamin Constant até o dia do parto, sendo que havia pedido, no primeiro encontro, que não a buscasse na comunidade.

Passados alguns dias, estive no hospital de Benjamin Constant, encontrei-me no corredor com a enfermeira responsável pela área de onde Sheila se encontrava, ao me ver a enfermeira pediu para falar comigo e disse:

Ana, a Maria me disse que te levou numa casa que tem uma peruana grávida, pois, bem, fiquei sabendo e fui lá. Queria saber quem era, já que ela se recusava a ir à UBS, tu imagina que ela é uma peruana querendo se passar por indígena? Mas tá né, fui lá,

levei o médico do Programa Saúde da Família, fiz a fichinha, o médico solicitou uns exames e uma ultrassonografia e estou vindo da sala de ultrassonografia agora e consegui agendar para a outra semana. Só fiz isso pra ti não dizer que não atendemos peruanas. Agora tu imagina uma mulher com cinco filhos, que nunca fez um pré-natal na vida, nem exame? Sei nem que essa mulher veio fazer em Benjamin (Enfermeira Lídia)

Enquanto ouvia a enfermeira, meu corpo meio que paralisou e comecei a imaginar diversas coisa como, por exemplo, o quanto a ida da enfermeira e do médico afetaria minha relação com Sheila, considerando que ela poderia imaginar que eu tinha falado com a enfermeira. Percebi que tamanha preocupação da enfermeira com Sheila não era comum em Benjamin Constant, talvez tivesse feito a visita apenas para maquiagem um problema. Perguntei se ela havia preenchido a Carteira de Gestante de Sheila e respondeu-me que não, apenas haviam feito uma consulta, com solicitação de alguns exames. Eu pensei em responder a enfermeira, mas preferi calar-me. No momento pensei: Será que a enfermeira não conseguia entender que a vinda de Sheila a Benjamin Constant não era para ter um parto hospitalar, que apenas estava buscando apoio familiar, uma vez que seu marido estava longe?

Fiquei dias imaginando o próximo encontro com Sheila, uma mistura de medo, de culpa, nem sei se havia um lado bom nessa história. Como sabia que os exames de ultrassonografia eram realizados apenas nas quartas-feiras, decidi ir à casa de irmã de Sheila na terça-feira. Começou a chover bastante, havia várias crianças tomando banho de chuva no terreiro das casas, Natália, o esposo e Sheila, estavam pregando umas lonas pelo lado de fora da casa que não era coberto por madeira. Natália pediu que entrasse, perguntei se poderia ajudar, mas disseram que não, já estavam terminando.

Fiquei sentada num tamborete de plástico esperando por Sheila, ela enxugou-se com uma blusa, balançou o filho mais novo que dormia numa rede na sala. Perguntei como ela estava e disse que estava sentindo cólicas, pedi desculpas pela ida do enfermeiro e do médico e expliquei que não havia falado com eles sobre ela, e não sabia que eles a procurariam. Ela disse que estava bem, perguntei se faria os exames solicitados, respondeu que havia feito os exames de sangue e urina, só fez porque a irmã pediu para fazer, pois não queria problema com o médico. Combinamos de nos encontrarmos no hospital no dia seguinte, no horário da ultrassonografia.

No dia seguinte, Sheila chegou ao hospital com sua irmã, o filho de um ano e dois meses nos braços e mais duas crianças que ficaram brincando no lado de fora do hospital, enquanto esperava sua vez. Conversava baixinho em espanhol com sua irmã. Havia várias mulheres grávidas na espera para realizar o exame e até chegar à vez de Sheila, demorou

quase duas horas. Sheila entrou sozinha na sala e deixou o filho com Natália, alguns minutos depois a médica saiu da sala de ultrassonografia e Sheila continuou lá dentro. A médica voltou à sala com o médico plantonista da emergência e, como eu conhecia os dois médicos, bati à porta, disse que estava acompanhando Sheila e perguntei se podia entrar. Eles autorizaram minha entrada e perguntei o que estava acontecendo. Sheila me olhava assustada, segurei em sua mão e disse que tudo ficaria bem.

A médica me disse que Sheila estava grávida de gêmeos e que estava com pouco líquido amniótico e que seria necessário interná-la e induzir o parto, antes que os bebês entrassem em sofrimento fetal. O médico plantonista, que também era peruano, falou que teria que passar a situação ao diretor do hospital, para saber se poderia internar. Enquanto resolviam a situação, Sheila ficou aguardando na sala de espera da emergência. Pedi permissão do porteiro e fui acompanhar a conversa do médico com o diretor.

O médico explicou a situação ao diretor, o qual disse que precisaria chamar a enfermeira plantonista e a assistente social, para decidir o que fazer. Enquanto aguardavam a chegada dos demais o diretor falava: *“doutor, veja se não tem como mandá-la pra Islândia”*. O médico respondeu que não: *“eu sei como é lá, não quero beneficiar ninguém, mas de lá vão mandar para cá, ou para Tabatinga, e o diretor replicou: “melhor jogar esse problema pra eles, do que pra nós”*. O diretor ainda me citou na conversa: *“Tá vendo Ana, a bomba que chega dessas peruanas aqui! E tu ainda defende elas!”*. Eu apenas ouvi e fiquei pasma, pois não tinha conhecimento que com a nova gestão hospitalar, era necessário ter um conselho interno para decidir se atenderiam ou não uma grávida peruana.

Minutos depois, entrou na sala a enfermeira e a assistente social, o diretor explicou a situação e pediu opinião. A enfermeira disse que, por ela, não havia problema, poderia atender. A assistente social disse que não concordava e sugeriu que realizassem o parto, porém não entregariam o Registro de Nascimento da criança:

Olha! A gente atende porque não tem jeito, tem que atender, mas depois a gente diz que não tem formulário de Declaração de Nascido Vivo, e não fazemos o Registro de Nascimento, se ela quiser registrar o filho, que vá para o Peru, toda vez é assim! (Sílvia, assistente social).

Após decisão dos funcionários do hospital o qual denominei como conselho interno, o médico fez a internação de Sheila.

Ainda que ocorra o atendimento às grávidas peruanas, evidenciei as manobras que condicionam tais atendimentos. O conceito enraizado de que as mulheres peruanas buscam assistência ao parto no Brasil apenas para acessar a dupla identidade, faz com que alguns

profissionais atuantes na área da saúde, que deveriam promover o acesso aos direitos legais, criem mecanismos de ocultação e recusa dos documentos legais, impedindo o recém-nascido de usufruir a cidadania brasileira, conforme expressa a Constituição Federal do Brasil. Desde o início do ano de 2017, a Sala de Registro Civil do hospital de Benjamin Constant encontra-se fechada, tal situação corrobora para tornar mais difícil o acesso ao Registro de Nascimento.

Apresento a terceira interlocutora da pesquisa, Pilar, uma mulher peruana, com 22 anos, grávida de oito meses, sendo sua quarta gravidez, indígena e seguidora da Associação Evangélica da Missão Israelita do Novo Pacto Universal, conhecida como israelita. Existe a rejeição ao atendimento às mulheres peruanas no hospital em Benjamin, tal ato ganha maior dimensão quando estas se identificam como indígenas, algumas são da etnia ticuna e outras da etnia kokama, esta última não é aceita pelos profissionais de saúde, tendo sua identidade étnica negada, sendo consideradas oportunistas. O hospital de Benjamin Constant utiliza uma intérprete indígena da etnia ticuna para emitir o parecer final, dependendo da situação de se identificar como ticuna ou do conhecimento prévio das redes de relações da parturiente peruana (que passa por um breve interrogatório). O aval da intérprete legitima ou não sua identidade, na maioria das vezes a identidade indígena é negada, pois nem mesmo os indígenas de outras etnias aceitam a existência de kokamas na região.

O fato das mulheres peruanas que se identificam como indígena falarem apenas o espanhol, faz com que não sejam consideradas como indígenas nas instituições de saúde. No pensamento dos funcionários de saúde em Benjamin Constant, todas as pessoas que se identificam como kokama são peruanos, durante a pesquisa, conversei com um técnico em enfermagem do Setor de Emergência sobre a admissão de indígenas kokamas:

Há mais de vinte anos não existe kokama por aqui, agora esses peruanos pilantra tão invadindo aqui, acharam um jeito de tirar documento mais fácil, e ainda vão ganhar terra pra eles, pergunta se falam a língua deles? Pergunta se falam português, pode até falar, mas se for investigar a fundo, saberemos que veio tudo do Peru. (Técnico em enfermagem da Emergência)

O antropólogo José Maria Trajano Vieira, em entrevista ao Jornal da Unicamp em 2016, aborda questões de sua tese de doutorado “A luta pelo reconhecimento étnico dos

kokama na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru”. Segundo o autor, o povo Kokama encontra-se dividido em termos de nacionalidade, entre brasileiros, peruanos e colombianos. “Nas últimas décadas eles vêm procurando conhecer, resgatar e valorizar sua cultura tradicional, promovendo uma incessante busca de suas raízes como forma de conquistar visibilidade étnica diante de um Estado que historicamente os tem excluído das políticas indigenistas oficiais” (Vieira, 2016). Em relação as/os indígenas peruanas/os, o autor observa:

Nos municípios brasileiros de fronteira como Benjamin Constant, Atalaia do Norte e Tabatinga (AM), os kokama – chamados de “índios peruanos”, “kokama peruanos” ou simplesmente “peruanos” – que transitam através das fronteiras, sobretudo no sentido do Peru para o Brasil, são tratados como invasores “estrangeiros” por setores das esferas públicas nacional, estadual e municipal; pela população local não indígena; por indígenas dos demais povos que compõem o contexto interétnico do alto Solimões/vale do Javari; e, no nível intraétnico, por pessoas do seu próprio povo, pertencentes a outras comunidades e/ou associações kokama (VIEIRA, 2016).

Desta forma, segundo Vieira, os atores sociais e instituições negam a existência de kokama na tríplice fronteira amazônica, taxando-os de peruanos oportunistas que buscam se passar por indígenas para obter supostas regalias usufruídas pelos demais povos indígenas que habitam o território brasileiro.

Pilar identifica-se como kokama brasileira, tem residência em Islândia e em Benjamin Constant, atravessa a fronteira quase todos os dias para fazer entrega de mercadoria em alguns comércios. Em uma quarta-feira, fui ao comércio do irmão de Pilar em busca de informações, o mesmo informou que ela estava trabalhando em um comércio no bairro Bom Jardim.

Localizei o pequeno comércio que havia sido montado na garagem de uma casa de madeira. Ao entrar no comércio, avistei uma menina de uns dois anos brincando com um gato e uma senhora sentada atrás de um balcão, perguntei se ela era Pilar e respondeu-me que sim. Apresentei-me como pesquisadora, falei dos objetivos da pesquisa e perguntei se ela aceitava participar. Ficou calada por alguns segundos, disse que teria que pedir permissão ao esposo, pediu que eu voltasse no outro dia, pois ele estava trabalhando na construção de uma casa. Perguntei se moravam naquele local e ela relatou-me:

Vivimos acá y en Islândia, eu empresté dinero de un amigo peruano que vive acá, entonces aquilei metade da casa, o dono também é peruano, vive aí, eu vivo en Islândia y aqui, aqui é Terra indígena Kokama, somos kokama desde siempre. Todos os dias venimos para cá. En Islândia há muchos comércios casí não vende, aqui neste barrio não tinha ningún (Pilar).

No outro dia cheguei ao comércio por volta das 7h30 min., Pilar já estava com o estabelecimento aberto, havia três pessoas fazendo compras e, ao lado dela, por trás do balcão, estava o esposo. Conforme diminuía o fluxo no balcão eu me aproximava, cumprimentei os dois e o esposo de Pilar falou em português: *A senhora que quer acompanhar o parto dela?* Respondi que sim. E ele continuou: *“não sei não, a senhora sabe como é, as pessoas olha estranho pra gente, somos do bem, mas tudo aqui pensa que somos mau, a senhora é da federal, e se a federal prender a gente?”* Respondi que não havia risco disso acontecer, pois manteria o nome deles em sigilo e que, de forma alguma, a pesquisa era uma denúncia, apenas queria observar como eram ofertados os serviços obstétricos às grávidas peruanas em Benjamin Constant. *“Ah é? A senhora tem certeza que não vai prender a gente? A gente trabalha honesto, sei não”*.

Eu não sabia mais o que falar, então pensei que se falasse que minha sogra era peruana⁶⁴ talvez me ajudasse. Então falei: *“Não sou da polícia, já trabalhei no hospital, estou afastada por conta do mestrado, o senhor deve conhecer minha sogra que também é peruana, ela tem um pequeno comércio em Islândia, mas mora em Benjamin”*. Citei o nome da minha ex-sogra e ele disse que a conhecia, perguntou de quem eu era esposa e respondi. Ele sorriu e disse que conhecia. Olhou para a esposa e disse que estava bem, a deixava participar da pesquisa, mas não permitia gravar nada e nem tirar fotografias. Em seguida, ele saiu em uma motocicleta velha. Dada a autorização, marquei novos encontros. Pilar escolheu os horários vespertinos, pois nas manhãs havia mais movimento no comércio. Perguntei se poderia acompanhá-la no dia que fosse a UBS para consulta, ela disse que não, pois tinha medo que gerasse algum problema.

Pedi que falasse como estavam sendo as consultas de Pré-Natal em Benjamin Constant, ao que relatou:

Quando el sangre no veo, yo imaginei que estaba embarazada, primero fui en hospital de Islândia mismo, fiz examene e despues a dotora falou que era embarazo, fiquei feliz, um hijo é bendito. Pero queria fazer consulta en Islândia e Benjamin, pues não sei donde estaré cuando chegar o dia. Esperé passar dois mês e fui no posto com a filha mais pequena, (ela y meu otro menino nasció aqui). Lá a mujer dice que não podia. Olhô feo pra mim e mandô eu ir pro Peru. Eu ia salindo e otra mujer chamou, preguntó onde morava e eu dei la dirección de mi hermano. Esperé todos ser atendido, y entré con el doctor, ele fala espanhol, pero não é peruano. Ele preguntó se eu tomaba banho todos los dias, eu dice que si. Só olhô, escreveu no papel y dice para mi hacer examenes en Islândia y volver otra semana. Notra semana eu fui, despues de todos mi llamaran. No era ele, o doctor, era otra mulher, ela de cara fea, dice pra eu tirar a ropa, eu tiré, y

⁶⁴ De fato minha sogra é peruana.

ela dice para tirar el véu, yo no queria quitar. La mulher dice que yo deberia cortar el cabello, de mi vagina también. Despues ela medió mi barriga, mi coloco en balança, preguntó como foi mio otros parto, escribió e mi deu la cartera de gravida. Depues dice para eu volver otro mês. (Pilar)

A mobilidade de estar lá e aqui, de ir e vir, fez com que Pilar procurasse realizar o pré-natal nos dois países, pois tinha conhecimento que seria cobrado a carteira de gestante brasileira caso buscasse atendimento obstétrico no lado brasileiro. Pilar cita, ainda, os estigmas e preconceito que sofre devido a religião que segue. Se nas relações sociais existentes na tríplice fronteira os peruanos são estigmatizados, ser peruano, indígena e da religião israelita ou da Santa Cruz⁶⁵, os coloca numa escala maior de preconceitos, discriminação, xenofobia e estigmas.

Pilar retratou sua experiência enquanto mulher israelita nos sistemas de saúde brasileiro e peruano, nos quais sempre são associadas a noção de higiene e limpeza corporal, sendo interpretadas como sujas, devido ao fator religioso. Relatou a recusa no primeiro atendimento no hospital de Benjamin Constant quando teve o primeiro filho e, ao ser atendida no período expulsivo, passou por vários tipos de violência obstétrica; o não acompanhamento familiar, agressão verbal, física e constrangimentos:

É normal, aqui e lá, toda mujer como eu sufrí mismo, no fico triste... En Islândia también mi miram feo, dicen que no tomamos baño, pero si, apenas no uso perfume, é vaidade, no puedo cortar el pelo. No é bueno, tiene hermanos que corta, eu não. Não quero desobedecer la ley divina. De la niña cuando llegó el día, me vení a Benjamin, mi cunhada me llevó en hospital, pero como eu no tenía la cartera brasilera de embarazo, no me dejaron entrar. Entonces con muchas dolores me quedé na casa de mi hermano, no queria volver a Islândia, Pasé dos días sufriendo, ya no aguentava e de madrugada fuímos no hospital. Mi hermano mi llevó en carrocinha, no aguantava más. No recuerdo bien, me llevaron solita para la sala de parto, me quedé sola en la sala, yo gritava pedindo ayuda e nada. Hasta que apareceu dos hombre y ayudó. Pedí para que eu calarse la boca, y ayudasse haciendo fuerza, despues empezó a empujar mi barriga con el brazo dele y la niña no nacia. Pasó mucho tiempo, y diceran que iban me operar. Y eu fui operada, pasaran la lamina nos pelos de bacho todo, quitaran el véu, yo tuve verguenza, mientras cortaba mi pelo eu llorava, pero yo no podria hacer nada, necesitava está aí” (Pilar).

Pilar ficou muito emocionada ao lembrar o parto de sua filha, falou-me do medo em ter que passar por outra cirurgia diante de tudo que sofreu em suas experiências anteriores.

⁶⁵ Durante a pesquisa presenciei algumas cenas em que as mulheres seguidoras da Santa Cruz sofrem estigmas por não usarem anticoncepcional e assim ter vários filhos.

2.2 OS PARTOS

A gravidez e o parto são eventos ligados aos direitos sexuais e reprodutivos de cada mulher, tais eventos abrangem as esferas biológicas, psicológicas e sociais, a biomedicina ver o parto como complicado, tenso, algo que precisa de interferências para ser resolvido logo (MARTIN, 2006).

Antes da expansão da biomedicina tínhamos as parteiras tradicionais, para elas os partos são considerados como normal, natural, um processo que flui de acordo com as condições emocionais e psicológicas da parturiente. Diferentemente dos profissionais que atuam na rede de saúde institucionalizada seja pública ou privada - as parteiras não estigmatizavam / categorizavam as grávidas por etnia, nacionalidade ou classe social, elas facilitavam as condições emocionais, psicológicas, espirituais, físicas, dando confiança e tranquilidade para que o parto fluísse de maneira natural, contrário as aparelhagens, controle, limpeza e o domínio do modelo médico hegemônico que não facilita o parir.

2.2.1 Peruana né! Por que não foi pra Islândia?

O primeiro parto que assisti foi o de Sheila. Como mencionado no subtítulo anterior, após o exame de ultrassonografia e decisão da direção do hospital, foi realizada a internação. Por volta das 18h40, o médico plantonista foi até a Sala de Espera da Emergência, comunicou⁶⁶ à Sheila que ela seria hospitalizada, pois induziriam o parto e, caso não desse certo, iriam operá-la. Sheila conversou com a irmã e pediu que fosse para casa com as crianças e voltasse depois. Em seguida, Sheila entrou caminhando com o médico para o Setor Hospitalar. A técnica-2 estava conversando com outros funcionários no Posto de Enfermagem do Setor Hospitalar, o médico entregou o prontuário de internação à ela e enfatizou que a paciente era peruana, estava grávida de gêmeos e orientou a aplicar o soro intravenoso com ocitocina e solicitou alguns exames. A técnica saiu do Posto de Enfermagem, leu o prontuário, olhou para Sheila que aguardava no corredor e disse:

Peruana né! Por que não foi pra Islândia? Ou direto pra Tabatinga, mania de só vim parar aqui! Cinco filhos, recebe quanto de bolsa família? Se duvidar ainda vai dizer que é indígena. Oh meu Deus! Tava tão bom o plantão, vamos lá e vamos ver se sai normal, porque com cinco filhos tem que ter uma passagem boa (Técnica-2)

⁶⁶ Falando em espanhol

Sheila nada respondeu à técnica e seguiu caminhando vagarosamente para a ala obstétrica. A técnica pediu que ela entrasse na Sala de Pré-Parto, a acomodou numa maca, aplicou o soro com medicação, aferiu a pressão, ouviu os batimentos cardíacos dos bebês, fez toque vaginal, anotando tudo no prontuário, em seguida perguntou pela acompanhante, ao que Sheila respondeu que chegaria mais tarde. A técnica saiu da sala e Sheila ficou sozinha na maca, com o olhar tão distante, parecia que somente seu corpo estava ali, perguntei se estava sentindo alguma coisa, ela respondeu que sentia falta de ar.

Passados vinte minutos, a técnica entrou na sala com uma parturiente e sua acompanhante, pediu para Sheila deitar-se na maca ginecológica e solicitou que a outra grávida se acomodasse na maca. A técnica aferiu a pressão arterial, ouviu o BCF, fez o toque vaginal e informou à acompanhante que estava tudo bem. Às 19h houve a troca de funcionários, uma nova técnica em enfermagem entrou na sala, perguntou se estava tudo bem e Sheila respondeu que sim, ela repetiu todos os procedimentos anteriores e falou que o trabalho de parto não estava evoluindo. Disse que comunicaria ao médico plantonista assim que ele chegasse ao Hospital. Sheila conversava pouco comigo, eu ficava andando pela sala ou sentada no degrau da maca. A outra parturiente, uma jovem de 17 (dezesete) anos, ficou caminhando pelo corredor da ala obstétrica.

Passando às 20h, Natalia entrou na Sala de Pré-Parto trazendo consigo uma sacola plástica com roupas de Sheila e de recém-nascido, em seguida o enfermeiro e a técnica-4 entraram na sala, sem comunicar o que fariam, pediram para Sheila abrir bem as pernas, o enfermeiro fez o toque, verificou que estava com 08 (oito) centímetros de dilatação, ouviu o batimento cardíaco dos bebês e disse que estava alto e concluiu que estavam entrando em sofrimento fetal. Ele olhou para Sheila e disse:

Minha senhora, a senhora vai ter que fazer força pra parir, porque senão seus filhos vão morrer, se levante! E vamos pra aquela sala, vamos fazer o que pode ser feito, a senhora nem deveria ter vindo pra cá, porque não foi direto pra maternidade de Tabatinga? (Enfermeiro A).

A técnica-4 olhando seriamente para Sheila disse: “É verdade! Só acham de trazer problema pra cá, agora vamos lá! Não acredito que uma mulher que teve 05 (cinco) filhos vai dá problema agora. Faça força, porque a senhora sabe como é, né! Já chegou outra grávida do beiradão⁶⁷, tá no leito esperando esvaziar aqui, tá puxado!”

⁶⁷ Comunidade ribeirinha

Natália ajudou Sheila a se levantar da maca ginecológica e, segurando em sua mão, a levou para a sala de parto. Ao entrar na Sala de Parto e ajudar Sheila a deitar-se na mesa de parto, o enfermeiro pediu que Natália saísse da sala.

Sheila ficou deitada na mesa, apoiando-se com os cotovelos, tentando manter-se numa posição um pouco inclinada, o enfermeiro sentado no banco de frente para a vagina de Sheila pedia que fizesse força. Ela seguia as orientações e ele dizia que não estava funcionando. Ele olhou para a técnica-4, falou com um sorriso preocupado: “nós vamos ter que parir por ela esses meninos” a técnica respondeu: “entendi! Vai lá você, eu acho melhor acionar o cirurgião, tá difícil!” A técnica-4 saiu da sala e eu fiquei com o enfermeiro e Sheila na sala de parto. Após a saída da técnica-4, o enfermeiro levantou-se do banco, olhou para Sheila e disse: “eu vou dá um empurrão, pra ver se desce logo”, Sheila confirmou balançando a cabeça.

O enfermeiro posicionou-se ao lado de Sheila, colocou seu braço direito abaixo dos seios dela e com muita força fez movimentos⁶⁸ para baixo, Sheila gritou, dizendo que estava doendo e o enfermeiro dizia com uma voz ofegante: “É assim mesmo!” com o rosto suado, deu uma parada nas manobras, enxugou o rosto com papel toalha, foi até a sala de pré-parto e voltou com a técnica-4.

Sheila, chorando, começou a reclamar de dores no ventre, pediu para ver a irmã e a técnica-4 disse que teria que ser bem rápido, pois iria levá-la para a sala de cirurgia. Ao sentar-se, Sheila começou a vomitar, sempre referindo dores no ventre. Natalia entrou na sala lagrimando, pedindo que a irmã se acalmasse, pois tudo daria certo.

Em 30 (trinta) minutos, os técnicos em enfermagem que trabalham no Centro Cirúrgico chegaram, em seguida chegou o cirurgião, pediu que levassem Sheila urgente para a sala de cirurgias. Chamou-me e perguntou se eu estava preparada para assistir um parto cesáreo, respondi que não⁶⁹. Ele olhou para Natalia e disse que Sheila entraria sozinha e pediu que ficasse tranquila, pois tudo daria certo.

Enquanto Sheila estava na Sala de Cirurgia, Natalia e eu ficamos à espera no corredor da ala obstétrica, a técnica-4 pediu que Natalia deixasse a sacola de roupas no leito onde Sheila ficaria. Em seguida, a técnica encaminhou para a sala de pré-parto a grávida que havia chegado da comunidade ribeirinha com o Agente Comunitário de Saúde, que logo em seguida foi embora. Nesse momento, a técnica-4 estava sobrecarregada de serviços, pois havia uma

⁶⁸ Manobra de Kristeller

⁶⁹ Tive que trabalhar muito meu psicológico para assistir partos normais, depois do parto traumatizante que tive. Assistir uma cesárea era muito arriscado. Meu nervosismo poderia atrapalhar a equipe cirúrgica, caso eu sofresse algum desmaio na hora.

parturiente na sala de cirurgia e duas em trabalho de parto na sala de pré-parto, além de uma puérpera de parto cesáreo e duas de parto normal.

Meia hora após Sheila entrar na sala de cirurgia, a técnica circulante saiu, perguntei por Sheila e os bebês, ela respondeu que os bebês estavam na sala de primeiros cuidados de Recém-Nascido e pediu que Natalia e eu fôssemos até lá, para levá-los para o leito. Informou que Sheila faria transfusão sanguínea, pois estava tendo uma hemorragia devido à manobra de kristeller.

Natalia e eu fomos até a sala onde estavam os bebês sob os cuidados da técnica responsável pela ala obstétrica e do enfermeiro, enquanto isso, o médico da emergência estava na sala de parto, com a parturiente ribeirinha. A outra parturiente estava sentada na maca da sala do pré-parto. Terminados os primeiros cuidados, entregaram um bebê para Natalia e outro para mim, os levamos para o alojamento conjunto e os colocamos nos berços. Depois de quase uma hora de cirurgia, Sheila foi levada para o alojamento conjunto de cesáreas. O enfermeiro entrou na sala e pediu que Natalia colocasse os bebês para mamar. Sheila, imóvel devido a anestesia, perguntava em espanhol da irmã se as crianças estavam bem.

Fui até o Posto de Enfermagem do Setor Hospitalar e conversei apressadamente com o cirurgião, perguntei como havia sido o parto, ele disse que havia sido rápido, o que complicou foi uma hemorragia no fígado devido a um erro do enfermeiro. Ele afirmou que não conseguia acreditar que uma pessoa recém-formada utilizasse uma técnica ultrapassada que põe em risco a parturiente e o bebê. Ele pediu que o procurasse outra hora para conversar, pois faria outro parto cesáreo naquele momento.

Retornando para ala obstétrica perguntei da técnica- 2 pela parturiente de 17 (dezessete) anos que estava em trabalho de parto e ela disse-me:

“Mana, tá puxado, ela vai ser operada! Ela e a do beiradão que tá demorando muito, o cirurgião avaliou e disse que é melhor operar as duas, eu concordo, daqui a pouco chega outra e não vai ter como cuidar de tanta mulher parindo, é eu sozinha aqui!”
(Técnica-4).

2.2.2 Ai mãezinha! Coitadinha mãezinha! Vai ser operada, tão jovem!

Na tarde do segundo dia em que estava no hospital, Adriana chegou em trabalho de parto. Estava na sala de conforto da ala obstétrica, era 13h14 quando o vigia/porteiro⁷⁰ bateu na porta avisando que havia chegado uma grávida. Cheguei à Emergência, a técnica em enfermagem me avisou que a grávida estava no consultório médico. Sentei-me na cadeira que ficava próxima à porta do consultório, alguns minutos depois, o médico saiu e chamou um técnico em enfermagem, o técnico se aproximou e o médico, falando em espanhol, pediu para que o técnico entrasse na sala e informasse à paciente que ela retornaria para casa e voltaria depois quando estivesse com mais dilatação. Ele disse ao técnico que falava com a paciente, mas ela não o entendia.

O técnico entrou na sala - a porta ficou entreaberta- e fez o que o médico pediu. A grávida saiu da sala em silêncio, enquanto a mãe, que a acompanhava, reclamava porque o médico não a entendia e ela não o entendia. Para minha surpresa, era Adriana e sua mãe Neuza, cumprimentei-as e perguntei desde que horas Adriana havia entrado em trabalho de parto. Dona Neuza respondeu-me que às 6h da manhã ela começou a sentir contrações e perder líquido desde as 10h. Alguns minutos depois, a enfermeira avisou que a ambulância estava esperando-as para as levar em casa. Antes de irem, combinei de acompanhar o trabalho de parto na casa dela.

Assim que elas saíram na ambulância, peguei um moto-táxi e fui à casa de Adriana, cheguei primeiro que elas. Ao chegar em casa Adriana deitou-se numa rede que estava na sala. Pegou o celular para avisar ao namorado que estava em trabalho de parto, mas não passava ligação. Até que ela pediu ao irmão mais velho que fosse num *cybercafé* e avisasse através do *whatsapp* ou *facebook* para seu namorado vir urgente para Benjamin. Enquanto isso, Dona Neuza foi à casa da vizinha buscar orientação. Voltou para casa com a vizinha e um chá de pimenta do reino. Dona Neuza estava mais nervosa que Adriana. Pedia para que a filha tomasse o chá! Adriana tomou fazendo careta e disse que estava sentindo muitas dores. Levantou-se da rede e pediu para tomar banho. – Meu filho! Gritou Dona Neuza. – Vá pegar uma panela de água no rio pra sua irmã banhar! Que não tem água no trapixo e ela não vai mais pro rio! Rapidamente o rapaz trouxe uma panela grande com água, colocou numa bacia e voltou para pegar mais água.

⁷⁰ O vigia no hospital desempenha a função de porteiro, recepcionista, ajudante de motorista, maqueiro, dentre outras funções. Como o conhecia e tinha afinidades com todos eles, pedi que me avisassem quando alguma grávida chegasse na emergência. Assim eles faziam, quando eu não estava na emergência, eles iam até o setor hospitalar e pediam para alguém me avisar. Outras vezes, quando não podiam ir, pediam para algum funcionário passar o recado.

Enquanto Adriana tomava banho, Dona Neuza, a vizinha e eu conversávamos. Dona Neuza contava-me com alegria que todos os seus filhos foram “pegos” por minha avó. Quando começou a contar as histórias, comecei a lagrimar, pois era como se pudesse presenciar a cena e a fala de minha avó contada por Dona Neuza. A vizinha de Dona Neuza também falou que seus filhos tinham sido “pegos” pela “comadre Maria”. Em seguida, Dona Neuza perguntou-me se sabia a oração da Nossa Senhora do Bom Parto, respondi que sim, mas que não podia falar a elas, apenas falaria a um homem e este homem passaria a oração para elas, pois minha avó sempre me orientava a fazer isso para não quebrar a força da oração. Dona Neuza chamou o filho, ditei a oração, ele escreveu e deu para a mãe.

Adriana voltou do “trapixo” enrolada numa toalha, deitou-se na rede gemendo, falando que estava com dores na cabeça e no quadril, tomou mais um gole do chá e pediu água. Dona Neuza foi à cozinha e cozinhou uns peixes. Depois que almoçamos, o irmão mais velho chegou, avisando que havia falado com Diego⁷¹ e ele já estava a caminho. Adriana sorriu, mostrou-se mais animada com a notícia. Vez ou outra ela pedia para ir ao banheiro com vontade de defecar, o sanitário ficava afastado da casa, tinha que passar por uma ponte, Dona Neuza pedia para Adriana usar o penico no quarto, ela evacuou apenas uma vez, as outras vezes, apenas permanecia sentada. Uma hora e meia depois, Diego chegou com sua mãe, os dois entraram, nos cumprimentaram. Adriana, ao ver o namorado, começou a chorar, abraçaram-se e foram conversar por alguns minutos no quarto. Ele sempre dizendo que tudo daria certo.

Por volta das 16h, Adriana pediu para voltar ao hospital, pois estava com muitas dores. Diego foi de moto chamar a ambulância que demorou uns 35 (trinta e cinco) minutos para chegar. Dona Neuza acompanhou na ambulância, Diego e a mãe deslocaram-se de moto e eu de moto-táxi.

Chegando à emergência, Adriana dirigiu-se para a sala de triagem, e logo em seguida a técnica a encaminhou para o consultório médico, Dona Neuza entrou com ela. Passados alguns minutos, saíram junto com o médico que era o mesmo do atendimento anterior. Perguntei da Dona Neuza o que havia falado e ela disse-me: “nada! Falou foi nada! Só fez o toque e eu falando que a menina tá com muita dor e perdeu todo água da bolsa, ele só escrevia num papel”.

O médico dirigiu-se ao técnico, informou que Adriana seria internada para parto. Perguntei do técnico como estava o estado clínico de Adriana. Informou que ela estava com

⁷¹ Nome fictício

05 (cinco) centímetros de dilatação e o médico havia passado uma medicação para acelerar o trabalho de parto. Aplicaram soro endovenoso em Adriana e, em seguida, entrou caminhando com a mãe para a ala obstétrica. A técnica-1 a recebeu acomodou-a no leito e pediu que avisasse caso sentisse alguma coisa. Dona Neuza falou: - Sentindo ela tá desde cedo! Mas o médico fica nesse negócio de mandar a gente embora pra casa! A técnica-1 retrucou: “É porque aqui toda hora é parto, ninguém pode é deixar quem chega aqui ficar. Melhor vir só na hora mesmo de parir.”

Adriana, perguntou a técnica-1 se o namorado podia entrar para ficar com ela, respondeu que não. Só quando estivesse parindo ou quando o bebê tivesse nascido, ele entraria na hora em que quisesse, por alguns minutos, sem muita demora, pois havia outras parturiente na sala que poderiam se incomodar. No Alojamento conjunto estavam duas indígenas com seus recém-nascidos e Adriana. A técnica-1 entrou, entregou um comprimido para Dona Neuza e pediu que ela desse à Adriana dentro de 10 (dez) minutos. Dona Neuza avisou que não tinha relógio e Adriana, com voz tremula, avisou a mãe que olharia a hora no celular. Em seguida, a enfermeira plantonista do Setor Hospitalar entrou para realizar os exames de HIV e VDRL.

Por volta das 20h, a médica entrou no alojamento conjunto, chamou Adriana para sala de pré-parto, pediu que tirasse a calcinha e deitasse na mesa ginecológica colocando os pés nos suportes da mesa. A médica aferiu a pressão, anotou no prontuário, auscultou o Batimento Cardíaco Fetal (BCF) e fez o toque. Informou que o colo uterino estava grosso e solicitou uma ultrassonografia de urgência, devido a quantidade de líquido que havia perdido.

A técnica-1 pegou a solicitação de ultrassonografia e me falou: “Tá vendo como é! Eu fico aqui sozinha cuidando das grávidas que pariram, das que vão parir e ainda tenho que ir na emergência solicitar ultrassonografia, explicar que é de urgência! Quem tinha que fazer isso? O médico ou a enfermeira, né!”, em seguida saiu caminhando para a Emergência.

Adriana ficou caminhando na sala de pré-parto, Dona Neuza acompanhando a caminhada segurando o soro. A médica foi ao Posto de Enfermagem verificar os prontuários dos pacientes internados, a técnica-1 retornou e administrou medicamentos na parturiente que havia sido operada.

Às 22h16 a ajudante da médica que fazia ultrassonografia entrou na sala de pré-parto e pediu que Adriana fosse à sala de ultrassonografia no Setor da Emergência. A técnica-1 pegou uma cadeira de rodas, pediu que Adriana sentasse e a levou para fazer o exame de ultrassonografia. Dona Neuza acompanhou a filha durante o exame. A técnica-1 voltou para a

ala obstétrica e pediu para que o porteiro levasse Adriana para o leito assim que saísse da sala de ultrassonografia. Ao sair da sala de ultrassonografia, Adriana conversou um pouco com seu namorado e a sogra que estavam na sala de espera da emergência. Dona Neuza entregou o laudo da ultrassonografia para a médica que estava no Posto de Enfermagem do Setor Hospitalar, em seguida foi para a sala de pré-parto.

Alguns minutos depois a médica entrou na sala de pré-parto e chamou Dona Neuza em particular no corredor enquanto continuei na sala de pré-parto com Adriana. Dona Neuza entrou chorando e falou para a filha que ela seria operada em Tabatinga, pois não havia cirurgia no município⁷². Adriana nada respondeu, apenas gemia sentada na maca. A técnica-1 pediu que caminhasse até o leito do alojamento conjunto⁷³ e tentasse descansar, pois fariam de tudo para que fosse transferida imediatamente. Adriana pediu novamente para falar com o namorado, teve o pedido aceito, ele entrou na sala de pré-parto e ficou uns 05 (cinco) minutos conversando com ela, disse que deixaria a mãe na casa de uma tia, mas voltaria e aguardaria notícias na emergência.

Adriana queixava-se de falta de ar, cólicas, não conseguia ficar deitada ou sentada, estava inquieta. Às 2h25 a assistente social entrou na sala, pediu os documentos de Adriana e de Dona Neuza, informou que faria a internação no sistema e, em seguida, solicitaria a transferência, mas adiantou que não sabia se daria certo, pois a internet não estava boa. Explicou que para ser feita uma transferência, a central em Tabatinga teria que aceitar a paciente pelo sistema e liberar a ambulância fluvial do SAMU. Dona Neuza reclamou: “Como que é? Quer dizer que não é certeza levar ela pra Tabatinga? Vão deixar ela e a criança morrer aqui?”. A assistente social respondeu:

“Estou fazendo o possível, a culpa não é minha, é do sistema, não passa ligação de celular, o telefone que fazíamos contato com Tabatinga está cortado, a internet própria do sistema o governador cortou, estamos usando a internet da prefeitura, mas que também não está boa. Se ao menos o telefone estivesse funcionando eu tentaria a remoção pela vaga zero.”
(Assistente social no hospital de Benjamin Constant)

Adriana pediu para que a mãe não brigasse, que apenas rezasse para que tudo desse certo. O soro de Adriana havia acabado e Dona Neuza saiu para avisar à técnica-1, que logo em seguida entrou com outro soro e medicações injetáveis, além de um comprimido. Dona Neuza perguntou que pílula era aquela e a técnica-1 respondeu: “é a que o médico passou pra pressão”. A técnica-1 avisou que descansaria um pouco, qualquer coisa era para chamá-la. Um

⁷² O único cirurgião estava de plantão na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Tabatinga.

⁷³ Havia uma parturiente com recém-nascido e sua acompanhante.

silêncio tomou conta, ouvíamos somente os pingos que caíam do ar-condicionado num balde plástico que ficava no alojamento. A acompanhante da outra parturiente estava sentada numa cadeira plástica, nos assustou falando que havia visto o mosquito da Zica.

Por volta das 4h30, a enfermeira plantonista e a técnica-1 entraram na sala e pediram que Adriana fosse à sala de pré-parto, fizeram o toque vaginal, aferiram a pressão-arterial e ouviram o BCF, a enfermeira anotou os dados no prontuário e avisou que Adriana seria transferida pela manhã, pois dava para esperar. Dona Neuza, muito aflita, falou à enfermeira: “A senhora veja bem o que tá fazendo, se acontecer alguma coisa aqui, eu não respondo por mim não. Toda hora é uma coisa, é o diacho do telefone que num funciona, a internet que não presta, a pessoa morre aqui por causa desse negócio. A senhora der uma certeza logo, por que se não nós pega nosso peque-peque e vamos por conta própria pra Tabatinga.” A enfermeira pediu que se acalmasse e disse que tudo seria resolvido.

Às 06h30, a médica entrou no alojamento conjunto e pediu que Adriana aguardasse a ambulância terrestre do SAMU na emergência, informou que um médico colombiano a acompanharia até a maternidade em Tabatinga⁷⁴. Enquanto aguardávamos, Adriana ficou conversando com o namorado. O médico que acompanharia a remoção sentou do lado de Dona Neuza, lendo o termo de transferência perguntou: “A que horas ella tomó la medicacion?”, Dona Neuza respondeu: “An? Fale mais alto”. O médico olhou pra mim e perguntou o que ela havia falado, então traduzi as duas falas para ambos. Em seguida, Dona Neuza falou: “Olha doutor, o médico é o senhor, o senhor tá com o papel lendo aí e não sabe que hora foi eu não sei não, sei nem que remédio tão dando pra minha filha.”. Neste instante, o SAMU havia chegado com um paciente idoso com parada cardíaca, a equipe de enfermagem correu para prestar atendimento, porém, a médica plantonista havia ido embora, sem que o outro médico assumisse o plantão. Então, o enfermeiro chamou o médico que acompanharia a remoção de Adriana, que se recusou a ajudar, falando que não era seu plantão, que dentro de 05 (cinco) minutos o outro médico chegaria.

Após estabilizarem o paciente, a equipe do SAMU fez a remoção de Adriana. Pedi autorização do enfermeiro chefe do SAMU para acompanhar a remoção, o que foi permitido. Na ambulância terrestre, na parte de trás, uma técnica acompanhou Adriana. Dona Neuza e eu fomos na cabine da frente com o motorista e o médico. A todo instante, a técnica em enfermagem do SAMU verificava os sinais vitais da Adriana, anotava numa ficha e ligava para o SAMU em Tabatinga passando as informações. Chovia bastante, ao sairmos da

⁷⁴ Neste momento me bateu um desespero, pois eu sabia que era um risco acompanhá-la sem ter a autorização da maternidade. Tentei ligar para orientadora, não consegui, peguei minha mochila de roupas e decidi ir.

ambulância terrestre a equipe do SAMU rapidamente transportou Adriana imobilizada na maca para a ambulância fluvial. O namorado de Adriana estava à espera no portobrás, comunicou a Dona Neuza que iria para Tabatinga na baleeira. A chuva não amenizava, o motorista da ambulância fluvial teve que parar por alguns minutos para poder continuar. Adriana quase não falava, apenas gemia, a técnica do SAMU a cada minuto verificava os sinais vitais e comunicava a base do SAMU em Tabatinga, demoramos 50 minutos para chegar em Tabatinga. Ao chegarmos, o SAMU terrestre estava a espera.

Resolvi não ir na ambulância, pois não havia pedido permissão da base em Tabatinga, peguei um moto-táxi e fui para a Maternidade Celina Villacrez que é anexa à UPA. A porta de entrada da UPA estava interditada, desta forma a única porta de entrada dos pacientes era pela porta da maternidade. Quando cheguei na maternidade, Diego estava aguardando na recepção e minutos depois a ambulância do SAMU chegou com Adriana. Enquanto os socorristas do SAMU retiravam-na da ambulância, o médico do hospital de Benjamin Constant pediu para falar com o médico obstetra da UPA. O obstetra, para minha surpresa, era o cirurgião do hospital de Benjamin Constant. Ele conversou com o outro médico, pediu os termos de transferência e solicitou à equipe do SAMU que colocassem Adriana na Sala de Ultrassonografia. O médico de Benjamin Constant despediu-se do obstetra e foi embora.

Cerca de 10 (dez) minutos depois, o obstetra-cirurgião chamou uma técnica em enfermagem e pediu que preparasse Adriana para uma cirurgia de urgência. Enquanto Adriana estava na sala de ultrassonografia, perguntei na recepção a quem precisava pedir autorização para acompanhar Adriana na sala de pré-parto. A recepcionista me dirigiu para a Gerente de Enfermagem, apresentei-me como pesquisadora⁷⁵ e falei dos objetivos da pesquisa. A gerente disse que poderia fazer o acompanhamento até a hora que Adriana entrasse na Sala de Cirurgia, depois não poderia ultrapassar um passo.

Chegando à sala de pré-parto, a enfermeira identificou-se para Adriana e Dona Neuza, chamando Adriana de “mãezinha” e Dona Neuza de “vizinha”. Perguntou se eu era irmã de Adriana, respondi que não e expliquei os motivos pelos quais a estava acompanhando. Após ter me identificado como antropóloga, a enfermeira começou a conversar: “Querida! Nós somos referência em partos humanizados no Alto Solimões, somos treinadas para acolher a mãe e o bebê da melhor forma possível, estão até construindo um alojamento para as grávidas indígenas.”

⁷⁵ Um dia antes uma amiga havia me falado que um antropólogo chileno estava fazendo pesquisa sobre partos na maternidade de Tabatinga, peguei o contato dele, liguei e perguntei como ele havia feito a negociação da pesquisa, ele me disse que havia entregue um Ofício e em seguida recebeu a autorização.

Em seguida, afinou a voz num tom manhoso e colocando uma bata em Adriana falou: “Ai mãezinha! Coitadinha mãezinha! Vai ser operada, tão jovem!”. Adriana nada respondeu, dona Neuza o tempo todo segurando a mão de sua filha e lacrimejando. Uma técnica em enfermagem entrou na sala e informou que coletaria sangue para realizar o exame de VDRL e HIV. Dona Neuza avisou que ela já havia feito em Benjamin Constant. A técnica disse que mesmo assim teria que refazer, pois não confiavam nos exames realizados em Benjamin Constant e acrescentou: “Coleguinha, eu vou furar aqui pra sair um pouco de sangue e refazer os exames de HIV e VDRL, não vai doer nada coleguinha! Não se preocupe aqui você será tratada com amor!”

Em seguida, a enfermeira pediu que Adriana deitasse na maca e falou: “Mãezinha, abra bem as pernas, vou fazer uma assepsia na sua pepeca! Mãezinha você vai sentir um leve incômodo, mas não doi... vizinha a senhora sente alí rapidinho enquanto eu faço isso” (Enfermeira).

A enfermeira responsável pelo bloco cirúrgico avisou que poderiam levar Adriana para sala de cirurgia e perguntou quem entraria como acompanhante. Dona Neuza perguntou se poderia entrar ela e o pai da criança, a enfermeira respondeu que apenas uma pessoa, então Dona Neuza decidiu entrar. Quando Adriana entrou para a sala de cirurgias fui até a recepção avisar ao Diego e, em seguida, retornei para o corredor do Centro Cirúrgico, até a zona permitida. Passados 16 minutos, ouvi o choro do bebê, a enfermeira circulante saiu e me avisou que havia nascido. Quarenta minutos depois, o cirurgião passou por onde estava e me disse que Adriana e o bebê estavam bem: “Ana, eles estão bem! A mãe e o bebê, eu já tenho mais três cesáreas para fazer ainda hoje, a diferença de trabalhar aqui é que trabalhamos com equipe completa, tem anestesista, pediatra, uma equipe técnica grande, em Benjamin eu faço tudo sozinho, sou anestesista, cirurgião e pediatra” (Médico cirurgião).

Após levarem Adriana para a Sala de Recuperação Cirúrgica, a enfermeira me chamou e disse que poderia entrar e acompanhar Adriana. Ao entrar na sala vi Dona Neuza, de cócoras, cochilando próxima ao berço onde estava o bebê, Adriana estava adormecida. Alguns minutos depois, o bebê começou a chorar, Dona Neuza despertou, chamou a enfermeira e pediu ajuda para colocar o neto para mamar. Ela disse que desde quando o menino nasceu não tinha mamado. Quando o bebê começou a sugar o peito, Adriana abriu os olhos, pôs a mão direita sobre o filho, deu umas leves batidinhas nas costas dele, perguntou da mãe se ele estava bem, pediu para abraçá-lo! Em seguida, pediu que a mãe pedisse permissão para Diego entrar.

Quando Diego entrou na sala, Dona Neuza e eu saímos e ficamos esperando no corredor, perguntei da Dona Neuza como havia sido o parto.

“Minha filha foi muito rápido, ela entrou primeiro e eu depois porque tinha que colocar outra roupa, quando entrei sentei na cabeceira da cama dela e fiquei alisando o rosto, um homem começou a sovar a barriga dela, sovava empurrando pra baixo, depois tacou mercúrio no pé da barriga dela, olhou praquela negócio que tava apitando e disse pro doutor “bora, agora” daí minha filha ele tacou o bisturi, quando eu vi o sangue eu fechei meu olho bem apertado, pedi proteção a Deus para minha filha e meu neto, o médico colocou uma música num aparelho lá e começou a cantar uma música doida da língua dele e eu chorando de olho fechado, alisando a cabeça da minha filha, quando ouvi o choro do menino abri o olho, quando vi que iam cortar o umbigo fechei de novo os olhos. Abri de novo o olho e aquele homem magro, branco que fala peruano ou colombiano já tava com o neném e saiu com ele pra outro canto. Daí eu ficava só olhando pro rosto dela, dizendo que estava tudo bem, pra ela ter fé em Deus.” (Dona Neuza)

Transcorrida duas horas, Adriana e seu filho foram levados para o Alojamento Conjunto, onde havia quatro puérperas com recém-nascidos e acompanhantes (todas mulheres). Dona Neuza e Diego entraram com Adriana, a enfermeira orientou que ela amamentasse, falou da importância do leite materno e disse que estava proibido o uso de chupetas e mamadeiras dentro da maternidade. Ressaltou que a saúde, crescimento e bem-estar da criança era responsabilidade exclusiva da mãe, através do leite materno. Informou que apenas um acompanhante permaneceria no alojamento, sendo que o pai poderia entrar na hora em que quisesse, mas não poderia permanecer se Dona Neuza continuasse. Adriana escolheu a mãe como acompanhante. A enfermeira informou-me que não poderia mais acompanhá-la devido a haver outras puérperas no alojamento conjunto. Busquei na direção da UPA e Maternidade autorização de entrevista com alguns profissionais de saúde, mas não obtive êxito, consegui apenas alguns dados estatísticos.

Meses depois, retornei ao campo e conversei com Adriana a respeito do parto.

2.2.3 Não te disseram no pré-natal que você tem que chegar “peladinha” aqui?

O segundo e o terceiro dia da semana que estive no hospital foram dedicados à acompanhar Sheila e no retorno de Tabatinga (anoitecendo) eu estava exausta, não conseguia me manter acordada, cheguei no Hospital sem condições, resolvi descansar em casa, avisei

aos funcionários de plantão que me informassem caso chegasse alguma grávida com o nome de Pilar. Eu tinha dois chips da única operadora móvel que funcionava na cidade, embora poucas pessoas utilizassem. O porteiro plantonista era um primo meu, entreguei um chip da claro à ele, deixei meu número da mesma operadora e insisti que me ligasse, enviasse mensagem, caso Pilar aparecesse. Eu tinha esperança que ela não entrasse em trabalho de parto naquele dia.

O celular tocou às 05h10, o porteiro do hospital avisou-me que Pilar estava na emergência, mas não acreditei, por ele ser meu primo e uma pessoa muito brincalhona. Pedi que me falasse a verdade, disse que não estava brincando. Arrumei-me mais que depressa, peguei a moto, enfrentei uma neblina até chegar ao hospital. Pilar estava na sala de observação com uma prima, perguntei como se sentia, respondeu-me que estava com muitas dores, Pilar estava sentada à beira da maca, sem soro, relatava queimadura no rosto e frio ao mesmo tempo.

Sai da sala e perguntei ao técnico que estava na mesinha do corredor da emergência sobre a avaliação médica de Pilar. Ele informou que ela estava com 2cm de dilatação, colo grosso e BCF normal. Passados alguns minutos, o técnico chamou Pilar e disse que a levaria para a ala obstétrica, chegando ao local, a técnica-4 pegou o prontuário, leu e disse que não aceitaria a paciente, pois estava com 2 centímetros de dilatação e o protocolo do hospital é “aceitar”/internar a parturiente na ala obstétrica a partir de 3 a 4 centímetros de dilatação.

Voltamos para a clínica de observação, sendo que o técnico pediu que Pilar fosse para sua casa e retornasse quando as contrações estivessem fortes. Ela disse que ficaria no hospital mesmo, pois estava chovendo e seria difícil para voltar. Desta forma, Pilar permaneceu no hospital e, das 5h30 às 7h foram feitos três toques vaginais, um pelo técnico em enfermagem; um pela médica e outro pela enfermeira.

Entraram na Sala o técnico em enfermagem e a enfermeira, abaixo descrevo o diálogo entre eles:

- Técnico em enfermagem: Deite aí, abra a perna, abra bem larga a perna mesmo, vamos ver se já atingiu os 04cm pra senhora se internar, porque tá chegando gente aqui com vômito e diarreia e não vai ter leito aqui fora!

Enquanto falava, sem olhar para Pilar, enfiou dois dedos enluvados na vagina e com a outra mão mexia na barriga de Pilar, enquanto fazia isso, olhava para o teto. Pilar franzia o rosto de dor. A enfermeira olhou rapidamente para a vagina de Pilar, mudou o olhar para a parede, fez o toque e disse que estava com 03 centímetros mesmo. A enfermeira e o técnico

em enfermagem saíram da sala, Pilar levantou-se lentamente, com uma toalhinha de rosto se abanava e andava dentro da clínica de observação. Outra paciente entrou na sala com seu acompanhante, estava com dores abdominais. Quando estes entraram na sala, Pilar sentou-se no seu leito e conversava baixinho em espanhol com sua prima Lita⁷⁶. Às 6h50, a enfermeira chamou Pilar para ser avaliada no consultório médico da emergência enquanto Lita e eu ficamos esperando no corredor. Depois de uns três minutos, saiu o médico e Pilar da sala e ele pediu que a encaminhasse para a ala obstétrica. O técnico em enfermagem pegou o prontuário enquanto Lita pegava uma mochila com as roupas de Pilar e do bebê.

Chegando à ala obstétrica, a técnica-4 perguntou do técnico em enfermagem se ele tinha certeza que havia chegado aos quatro centímetros de dilatação, ele disse que certeza não tinha, pois foi o médico que havia feito o último toque.

Eu nunca era invisível, tanto para as grávidas, quanto para os funcionários do hospital, quando íamos no corredor para a ala obstétrica a técnica-4 falou “Tá vendo Aninha! Aí vem mais uma peruana, ninguém pode falar nada né! Porque tem o SUS que ampara, mas, vai lá em Islândia pra ver, tu precisa ver é a condição de higiene que as “ISRAELITAS” chegam aqui.” Eu olhava para a técnica-4 e não falava nada. Quando chegamos à ala obstétrica havia três parturientes indígenas que haviam parido, depois de acomodada no leito, a técnica-4 entrou na sala e comunicou às parturientes que às 07h30 a “mulher da vacina” passaria para vacinar os bebês. Pediu que as mulheres tomassem banho e tomassem café quando a “mulher da cozinha” passasse, com exceção de Pilar que não poderia comer nada. Às acompanhantes tomariam café no refeitório.

Às 07h30 entrou na sala a técnica-5 que assumiu o plantão, falou bom dia e saiu, em seguida entrou uma turma de oito estagiários com jalecos que os identificava como “técnicos em nutrição”. Não cumprimentaram ninguém, olharam para as mulheres riram e saíram. Minutos depois, a copeira entrou, deixou um pão e um copo de café para as parturientes e saiu. Pilar falava à Lita que estava com fome.

Das três mulheres indígenas que estavam internadas, somente uma estava com acompanhante, as outras haviam chegado ao hospital com ACS da comunidade. Os banhos dos recém-nascidos foram dados pela intérprete indígena, pois a técnica-5 estava na outra sala onde havia três parturientes que haviam tido parto cesáreo. Enquanto a intérprete dava banho

⁷⁶ Nome fictício, Lita mulher Israelita de 23 anos, na época tinha 02 filhos todos nascidos no Hospital de Benjamin Constant. Lita, diferente das outras mulheres peruanas que conheci no hospital, tinha um certo empoderamento e força quando falava. Usava no mesmo tom de voz que as técnicas em enfermagem, falava em espanhol apenas com Pilar, comigo e as outras pessoas usava em português sem sotaque.

na pia que fica na própria clínica de internação, conversava com as mulheres na língua tikuna, as mulheres riam, os bebês choravam e Pilar permanecia deitada na maca.

Em seguida, entrou na sala a técnica em enfermagem que trabalhava na Rede de Frio⁷⁷, para vacinar os recém-nascidos, entregou a carteira de vacina para as mães, informou que elas deveriam procurar a UBS para realizar o teste do pezinho e manter em dias as vacinas.

Entrou na sala um técnico em enfermagem, olhou para Pilar e perguntou: “Você é kokama?” e riu. Pilar, de cabeça baixa, balançou a cabeça com sinal de sim. O técnico disse: “é não manazinha, você é peruana, né Vilma⁷⁸? Vilma, limpando a pia respondeu: “Agora todo peruano que ser kokama, porque mora em Bom-Jardim”, e o técnico continuou: “Tá vendo Ana como é o negócio! Indígena são essas daí que falam gíria, mas que todo ano tem filho, porque agora tem mais essa de que indígena não pode ser laqueada⁷⁹.” Pilar estava sozinha, pois Lita havia ido tomar café no refeitório. Por volta das 08h uma mulher indígena que trabalhava na Secretaria de Saúde Indígena – SESAI, entrou na sala com uma prancheta, perguntou o nome das grávidas, com exceção de Pilar, anotou, disse em português que às 10h a kombi viria para buscá-las.

Às 09h, a técnica-5 entrou na sala, chamou Pilar para a sala de pré-parto, pediu que ela deitasse na mesa ginecológica e avisou que o médico viria para examiná-la, demorou quinze minutos para o médico chegar à sala, enquanto aguardávamos eu caminhei até o Setor Hospitalar a fim de saber o que o médico fazia. No Setor Hospitalar estava sentado conversando sobre as festas da cidade com os outros técnicos, voltei para a Sala de pré-parto, Pilar referia fortes dores na região pélvica, embora não demonstrasse.

Quando o médico entrou na sala colocou luvas nas mãos, pediu que Pilar levantasse o vestido e abrisse as pernas, em seguida colocou uma mão entre as pernas de Pilar⁸⁰, com a outra mão pressionou a barriga dela e falou que estava com seis centímetros de dilatação, colo grosso e alto. Pilar gritou no momento do exame de toque, porém o médico nada perguntou, fez o toque e saiu da sala. A técnica-5, que estava na sala, segurou a mão de Pilar para ela se levantar e descer, perguntou se havia doido muito, Pilar respondeu sim, a técnica-5 disse: “Ele tem a mão muito pesada mesmo”. Lita falou: “esse daí é bruto, eu lembro de como foi meu

⁷⁷ Setor Central onde são armazenadas todas as vacinas do município de Benjamin Constant

⁷⁸ Intérprete indígena, nome fictício.

⁷⁹ Criou-se no hospital de Benjamin Constant um discurso de que as mulheres indígenas não podem fazer esterilização / laqueadura das trompas, quando uma mulher indígena busca acesso ao procedimento cirúrgico, são orientadas a apresentarem uma declaração expedida pela Funai.

⁸⁰ Todas as vezes em que presenciei o exame de toque vaginal, me mantive na posição lateral das grávidas, ao lado de sua cabeça, nunca fiquei no ângulo que os médicos, enfermeiros ou técnicos ficavam durante os exames de toque.

parto com ele, ram! Bom mesmo era aquela doutora morena do cabelo de homem, que me deu até banho alí naquele banheiro.”

Voltamos para o leito de Pilar, as outras puérperas estavam saindo da sala, a enfermeira entrou, realizou uns testes rápidos em Pilar, não falou nada e saiu. Permaneceu na sala, Pilar, Lita e eu. Pilar sentou-se numa cadeira de plástico, eu em outra e Lita deitou-se num leito. Pilar falou: *“Dona Ana, hay otra persona para examinar? Una mujer?”*. Eu disse que não sabia, pois desde 2015 não tinha contato com os funcionários do hospital, perguntei o motivo da pergunta, e ela respondeu-me: *“Esse dotor molesta demais, me dói tanto! En sério Dona Ana, ele no tem pena, é duro a mão! Se pudesse queria una mujer. Ele me dañá, no me gusta fazer esse examene”*.

Pilar queixava-se de muito calor, o condicionador de ar não funcionava, Lita sugeriu que Pilar saísse para caminhar pelo corredor à frente da ala obstétrica, as portas da varanda estavam fechadas, a fumaça do incinerador que fica há poucos metros de distância chegava até ao corredor. Pilar caminhou por quase uma hora de um lado para o outro, entrava na clínica obstétrica, sentava um pouco e voltava a caminhar. Às 11h20, a copeira avisou que Lita poderia ir almoçar no refeitório, Pilar informou que estava com fome, a copeira informou que geralmente os médicos não liberam comida para quem está em trabalho de parto. Eu pedi um copo de sopa da copeira, tomei as pressas no corredor e entrei para a sala novamente.

Fomos para a sala de pré-parto, a técnica-5 ajudou Pilar a deitar-se na mesa ginecológica, colocou as luvas, levantou o vestido de Pilar⁸¹, olhou para as partes íntimas dela, fez uma expressão de susto⁸², olhou de novo e falou: “Não acredito nisso! Dois médicos e uma enfermeira examinaram a mulher e não viram que ela tá com condiloma! Meu Deus, eles não olham nada mesmo, só chega e enfia os dedos nas pacientes.”

Em seguida, a técnica-5, avisou a Pilar que faria o toque e pediu que ela fizesse força de fazer cocô. A técnica-5 balançou a cabeça com sinal de negativo e disse que a dilatação não estava evoluindo. A técnica-5 pediu para que voltássemos ao leito, enquanto ela comunicaria o quadro da paciente ao médico plantonista do Setor Hospitalar.

Quando estávamos na clínica obstétrica, o porteiro bateu na porta e entregou uma sacolinha preta para Pilar que o marido acabara de deixar na portaria. Pilar perguntou do porteiro se o marido podia entrar, pois ela desejava falar com ele, o porteiro respondeu:

- Senhora, é ordem da Direção não deixar entrar homem pra cá, até que o bebê nasça, quando nascer ele pode vir aqui rapidinho pra ver o filho, mas agora não. Não sou eu, são

⁸¹ Pilar já estava sem calcinha desde a emergência

⁸² Eu imaginei que fosse devido aos pelos pubianos

ordens que cumpro. Pilar, lagrimando, pediu que o porteiro avisasse ao marido que ela seria operada. Quando o porteiro saiu, Lita abriu a sacola e disse à Pilar: “Gracias a Dios, el trouxe o óleo com ervas.”

Lita pediu que Pilar deitasse de lado na cama, levantou o vestido até a altura dos seios e começou a massagear as costas de Pilar, neste momento a técnica-5 entrou na sala e pediu para Lita parar: “Pode parar de fazer isso, ela vai ser operada, não pode passar nada, nada mesmo, meu Deus, vocês não colaboram com a gente. Venha aqui na sala que o doutor vai fazer uma ultrassonografia.”

Seguimos para a sala de pré-parto, Pilar deitou-se na mesa ginecológica, Lita escorou-se na parede, eu fiquei em pé ao lado de Lita, o médico entrou sorridente na sala, enquanto ligava o aparelho de ultrassonografia conversou em portunhol com Pilar:

- Médico: Quantos anos você tem?

- Pilar: 22

- Médico: Quantos filhos?

- Pilar: 04 com essa dotor!

- Médico: Eu te vi em Islândia! Tu não tem televisão em casa não? (risos do médico).

- Pilar: Tenho uma dotor!

- Médico: Certeza tu vai ser operada, tu tem que implorar para o cirurgião ligar tuas trompas pra não ter mais filhos, chora, grita, implora!

- Pilar: No quero ligar dotor, no puedo!

- Médico: Ah é! Agora é indígena vai ganhar bolsa família e outras coisas...

O médico passava o aparelho na barriga de Pilar e falava para a técnica-5 que anotava as informações.

- Médico: O BCF tá 119, tá baixo, não tá encaixado, tá com sofrimento fetal, aciona urgente o cirurgião!

- Técnica-5: Doutor, o cirurgião de sobreaviso hoje não vem assim não, não passa ligação, acho melhor o senhor pedir pra enfermeira ir na ambulância na casa dele, eu não posso tá saindo daqui não. Tô cuidando as parturientes que tão operada aí.

O médico disse que resolveria e pediu que a técnica deixasse Pilar preparada para a cirurgia. A técnica-5 pediu que Pilar sentasse e informou que seria necessário que ela tirasse a roupa e o véu, Pilar olhou para Lita e falou: “Senhor, ayudarme, no es mi voluntad, hago por mi hija, tu sabes”.

A técnica-5 vestiu em Pilar uma bata verde de pano brim, com abertura na costa, pediu que Pilar deitasse, Lita aproximou-se de Pilar, trançou o imenso cabelo negro de Pilar, enquanto trançava cantava baixinho uma música em espanhol. A técnica-5 pediu que Lita enrolasse a trança e entregou uma touca para colocar na cabeça de Pilar. Após aplicar o soro endovenoso em Pilar, a técnica-5 saiu e voltou com a enfermeira.

A enfermeira pediu que Pilar colocasse as pernas no suporte da mesa ginecológica, informou que colocaria uma sonda, ao olhar para a vagina de Pilar fez uma cara de susto e falou: - Meu Deus! O que é isso? Não te disseram no pré-natal que você tem que chegar “peladinha” aqui? Senhor, tá com condiloma também, deve ser por causa dessa moita de cabelo aí! Me dá esse barbeador que está aí! (falando com a técnica-5).

Lita falou para a enfermeira que devido a religião elas não podem cortar os cabelos do corpo, e perguntou se ela tiraria tudo (referindo-se aos pelos da vagina):

-Sim, já estou depilando tudinho! Não tem jeito tá! Esses cabelos podem causar infecção, ela vai ser operada e tem que depilar, e mesmo se não fosse operada tem que chegar aqui pelo menos com os pelos aparadinhos! (Enfermeira)

Pilar lagrimava enquanto a enfermeira a depilava sem calma, de repente entraram na sala quatro estagiários de técnico em enfermagem, ficaram no ângulo onde estava a enfermeira, nada falavam, olhavam para a vagina de Pilar e depois um olhava para o outro e riam, permaneceram na sala até a enfermeira terminar a depilação e fizesse a sondagem na bexiga de Pilar.

Terminado tais procedimentos a enfermeira colocou a mangueira de oxigênio no nariz de Pilar, enquanto colocava falava: “Aproveita que vai ser operada e pede pra ligar logo! Tá entendendo? Já vai ter quatro filhos com esse, 22 anos, com 30 anos vai ter quase dez filhos! Tudo brasileiro né? Quando o cirurgião chegar eu mesma vou falar com ele pra fazer a laqueadura”.

Lita interferiu: “Não doutora, não pode fazer não! Ela não quer! Tem que ver com o esposo também” A enfermeira saiu da sala com os estagiários sem falar nada. Lita, Pilar e eu permanecemos na sala, às 15h08 a enfermeira saiu na ambulância até a casa do cirurgião para comunicá-lo sobre o estado de Pilar.

Enquanto aguardávamos o cirurgião, o porteiro foi até Lita e comunicou que a tia de Pilar estava na emergência em busca de notícias, Lita foi até a emergência e retornou rapidamente, em seguida conversou com a enfermeira pedindo para a tia entrar, pois ela

estava cansada e precisava ir em casa ver os filhos dela e de Pilar, a enfermeira negou a troca, alegando que estava fora do horário estabelecido.

Às 16h25 o cirurgião chegou ao hospital, mas a equipe de técnicos do bloco cirúrgico não estava completa⁸³, às 17h16, o técnico do bloco cirúrgico entrou na sala de pré-parto e levou Pilar para a sala de cirurgia, antes de entrar na sala Pilar pediu para Lita orar por ela, o técnico pediu para que ela ficasse calma, pois tudo sairia bem.

Lita e eu ficamos aguardando no corredor do Centro Cirúrgico, a técnica-5 pediu que Lita levasse os pertences de Pilar para o Leito da outra sala, pois como ela seria operada não poderia ficar no mesma sala. Lita rapidamente fez a mudança e voltou para o corredor.

Às 17h45 a técnica da equipe cirúrgica saiu da sala com a filha de Pilar, ela chamou pela enfermeira que não estava na sala, a técnica-5 que estava no Posto de Enfermagem da ala obstétrica entrou correndo para a anti-sala da sala de cirurgias, colocou luvas nas mãos, pegou a criança e levou para a Sala de Primeiros Cuidados do Recém-Nascido, Lita e eu ficamos na porta da sala observando, enquanto a técnica-5 aspirava o RN, uma acompanhante de uma parturiente entrou às pressas na sala pedindo ajuda, pois a parturiente estava com muitas dores de cabeça e vômito. A técnica-5 pediu que a acompanhante fosse até o Setor Hospitalar e pedisse ajuda de alguém.

Depois de realizar os primeiros procedimentos no RN, a técnica-5 pediu de Lita uma roupinha, o vestiu e o entregou a Lita, pediu que ela o colocasse em um berço ao lado do leito onde Pilar ficaria. O bebê não parava de chorar, Lita o pegava no colo tentava acalantar, Lita preocupou-se ao perceber que o bebê estava ficando roxo, pediu que eu chamasse a técnica-5 para verificar o bebê, neste momento às 18h25 levaram Pilar para o leito, Pilar tentou falar com Lita, mas a técnica-5 pediu que ela não falasse por enquanto, Lita falou com a técnica-5, a mesma disse que o choro do bebê poderia ser de fome, então pediu que Lita o colocasse para mamar.

Lita pegou o bebê colocou nos braços de Pilar, depois abriu a bata e colocou-o no seio da mãe, enquanto o bebê tentava sugar o peito, Lita tirou da sacola plástica o véu de Pilar e quando estava colocando-o na cabeça de Pilar a enfermeira falou: “Não coloque isso agora! É melhor trazer um limpo, pra evitar contaminação, infecção”. Lita então guardou o véu, o bebê não conseguia sugar o peito, de repente começou a vomitar um líquido escuro, a enfermeira pegou-o levou novamente para a sala de cuidados de RN, Lita e eu continuamos no

⁸³ Alguns técnicos em enfermagem que trabalham no Bloco Cirúrgico fazem sobre-avisos.

alojamento conjunto junto com Pilar, Pilar se agoniou querendo saber o que estava acontecendo, Lita pedia que a prima se acalmasse, a tensão e angústia se fez presente na sala.

Cerca de 20 minutos depois o médico plantonista entrou na sala, se dirigiu até Pilar e falou: Senhora! Sinto muito em lhe informar, peço que a senhora se acalme pois não há mais nada para ser feito, a sua filhinha foi a óbito!

- Pilar disse: Como assim?

- Médico: Ela virou anjinho, ela bebeu muita água na hora que estava sofrendo dentro da barriga, teve problema respiratório e uma parada cardíaca agora.

Pilar começou a chorar, Lita aproximou-se da prima e acariciava o rosto e o braço dela.

Uma dor e tristeza invadiu meu ser, eu não conseguia acreditar no que estava acontecendo, a técnica-5 entrou na sala aplicou uma medicação no soro de Pilar, disse que sentia muito pelo ocorrido. Lita conversou em espanhol com Pilar, disse que sairia para que a tia delas entrasse, disse ainda que levaria o corpo do bebê para sua casa.

Despedi-me de Pilar junto com Lita, não sabia o que fazer naquele momento, mas uma vez vivenciei que não há neutralidade no campo, eu fiquei devastada em presenciar o sofrimento de Pilar.

2.3 O Reencontro com Adriana

Em maio de 2017 procurei as três mulheres que acompanhei e localizei apenas Adriana. Segundo os familiares de Pilar, ela havia mudado para o município peruano de Santa Rosa. Procurei informações de Sheila na casa de sua irmã em Benjamin Constant e ela informou que Sheila havia mudado para o município de Tabatinga, mas não sabia o endereço exato.

Passados um ano e três meses do parto de Adriana, a localizei na mesma residência, na tarde chuvosa de uma quarta-feira, enquanto embalava seu filho na rede no cômodo da sala. Conversamos a respeito do seu parto, perguntei como ela avaliava a atenção ao parto que teve no Hospital de Benjamin Constant e na maternidade em Tabatinga. Relatou-me o seguinte:

Olha mana, não foi fácil não! Eu nem gosto muito de lembrar porque me volta os sofrimentos, mas te digo uma coisa, o pessoal do hospital daqui não tratam a gente bem não, aqueles médicos tudo doido, chega aqui não se esforça pra falar brasileiro, quer que a gente entenda a língua deles, não olham nem pra gente direito, a gente fica naquela sala de internação só com acompanhante mesmo como a senhora viu, além de não ser fácil a dor que a gente sente, não tinha cirurgião, daí tem que ir pra Tabatinga, quando eu estava no barco indo, eu implorava pra Deus pra dá tempo chegar em Tabatinga e dá tudo certo, só Deus

sabe o que se passa pela cabeça da gente, o balanço do barco, as contrações, o medo, tudo se misturou ali, parecia que eu estava morrendo, eu me fazia de forte! Quando cheguei na maternidade eu me aliviei mais, porque eu sabia que lá tinha o cirurgião, eu senti muito medo na hora da cirurgia...

Nas narrativas de Adriana observei que mesmo na maternidade em Tabatinga, contando com os profissionais recomendados pelo Ministério da Saúde: neonatologista, anestesista, enfermeiro obstetra, cirurgião e técnicos em enfermagem na sala de parto, a autoridade médica se sobressaiu, quando o médico colocou a sua música para ouvir e quando seu companheiro não teve autorização para acompanhá-la após o parto:

Hum, da sala de cirurgia eu não lembro de tudo, o homem que aplicou a anestesia me disse que eu ia dormir com um calmante, eu só lembro bem da música que colocaram pra tocar na sala, eu queria dizer pra tirarem aquilo, porque eu não queria ouvir música, era tipo música de festa, lembro da minha mãe passando a mão na minha cabeça, depois não lembro nem a hora que o bebê saiu... Quando eu voltei a consciência queria que o meu namorado ficasse comigo na sala, mas não deixaram. (Adriana).

Indaguei se ela tinha conhecimento sobre violência no parto e se reconhecia algum tipo de violência sofrida durante o trabalho de parto e parto.

Eu só sei da violência que o homem bate na mulher, que tem até a Lei Maria da Penha, eu nunca ouvi falar que a gente pode sofrer violência dentro dos hospitais, mas é assim né, a gente sofre essas coisas e nem sabe que tá errado o que eles fazem. Eu acho que eu e um monte de mulher sofre muito no hospital, porque se é pobre é tratada diferente, quando é alguém que tem uma condição melhor o atendimento é vip (Adriana).

A falta de divulgação sobre os diversos tipos de violências na esfera obstétrica impede as mulheres se reconhecerem como vítimas, tal situação favorece a invisibilidade de denúncias registradas. Deixo aberta uma lacuna para possíveis pesquisas sobre os casos registrados de violência obstétrica e processos judiciais em Benjamin Constant.

2.4 Síntese dos partos

Após análise dos dados constatei o quanto a autoatenção se fez presente na gestação e trabalho de parto das interlocutoras desta pesquisa, a falta de acompanhamento pré-natal bem assistenciado faz com que as mulheres em geral busquem alternativas que aliviem e solucione suas angústias, como no caso de Adriana que, por falha no programa de planejamento

familiar, engravidou e não teve apoio no sistema de saúde público, buscou solução para interromper a gravidez, recorrendo a autoatenção, porém não obteve o resultado esperado, outro momento em que recorreu a autoatenção foi durante o trabalho de parto em casa, fazendo uso de chás. A recusa de consultas pré-natais de Sheila, o uso “escondido” de óleos e ervas no trabalho de parto de Pilar no hospital, também retratam o uso da autoatenção.

Segundo Dossey (1989), a imposição da biomedicina nos obriga a curarmos com medicamentos químicos e não naturais, nos impedindo de irmos onde estão os curadores sem títulos⁸⁴, pois esta prática é tida como superstições. Evidenciamos que a autoatenção médica, nem sempre deve-se ao fato das políticas do modelo médico hegemônico não alcançarem toda a população, desta forma a autoatenção torna-se grupal e social nas regiões mais afastadas das grandes metrópoles, estando ligada ao saber tradicional e cultural, que apesar da grande imposição da biomedicina ainda resiste.

“Convertirse en chamán jamás há sido una mera cuestión de cultivar pericia intelectual. Se trata más bien de ejercitar la totalidad del ser: el cuerpo, la mente, la psique y el espíritu. En cambio, convertirse en médico moderno es algo distinto. Consiste en aprender una cantidad descomunal de datos y hechos objetivos, sin los cuales uno no puede funcionar como doctor com una orientación científica. Debemos recupera el alma del curandero, ya que eso es lo que hemos perdido” p. 78

Através da abordagem de Dossey (1989), constatamos que as parteiras tradicionais exercem o poder xamânico por compreender as mulheres em sua totalidade. Para a autora, o que falta nos médicos é o resgate da alma que se perdeu, onde o que prevalece no seu exercício é apenas o saber científico.

O conhecimento e a relação das pessoas com a natureza, a confiança nos conhecimentos: das ervas, dos saberes tradicionais, centenas de anos de cura sem a biomedicina, os saberes tradicionais eram e são eficazes, tudo isso dá segurança sobre os procedimentos utilizados que são contrários as políticas do modelo médico hegemônico.

Desta forma, percebemos que a categoria de autoatenção está relacionada nos cuidados da gravidez, parto e pós-parto, seja quando as grávidas não realizam o pré-natal, quando o próprio sistema de saúde não supre todas as diretrizes do pré-natal, ou mesmo quando realizam o pré-natal completo, mas não abrem mão da medicina alternativa.

De acordo com Martin (2006), a saúde geral da mulher e de seu filho ou filha está ligada no nível mais fundamental, à posição econômica. O modelo médico hegemônico, por tratar as pessoas como fragmentos, não consegue compreender além do biológico as esferas

⁸⁴ Saberes tradicionais.

sociais e culturais, Evidencieis nas narrativas dos três partos que a etnia, a nacionalidade, a classe social e religião, são os mecanismos dominante que levam ao tratamento diferenciado às parturientes, afetando profundamente a experiência do parto na nossa sociedade.

Evidenciei que mesmo as grávidas em trabalho de parto atingindo a média mínima de 03 cm de dilatação para internação hospitalar, a assistência e responsabilidade pelo acompanhamento do trabalho de parto centra-se na acompanhante. O número reduzido de funcionários lotados no setor obstétrico algumas vezes não supre a demanda de grávidas que chegam em trabalho de parto, somado a este fator, existe a rotina laboral mecânica que os funcionários estão incumbidos, pois mesmo tendo apenas uma grávida em trabalho de parto, os funcionários entram na clínica obstétrica apenas nos horários da medicação, ou para realizar o exame de toque vaginal, deixando a grávida aos cuidados da acompanhante, exceto quando a grávida apresentava ter um status social mais elevado.

Adriana, Sheila e Pilar tiveram parto cesáreo, devido à intercorrências apresentadas durante o trabalho de parto, relacionado a estas intercorrências estão às falhas na assistência ao pré-natal, caracterizada como violência institucional; recusa ao atendimento pré-natal, falta de exames laboratoriais, maus-tratos, etc.

Para Martin (2006) a ciência médica transformou o corpo feminino em objeto, tratando como máquina, pressupondo o controle e conserto, impondo modelos de parturição, exemplo: todas as mulheres que buscam atendimento no hospital de Benjamin Constant, não escolhem a posição de parir, são submetidas a posição horizontal com pernas, devendo estar com a região púbica depilada. Pilar sofreu diversos tipos de violência obstétrica por ser mulher, peruana, se identificar como indígena e pelo fator religioso. Mesmo não havendo dor física com a tricotomia, Pilar sofreu danos morais e psicológicos devido o discurso de higiene imposto pelo modelo médico hegemônico. A justificativa de depilação da área pubiana como prevenção de possíveis infecções não se aplica aos excessos de exame de toque vaginal aos quais as mulheres são submetidas, principalmente quando há a presença de alunos estagiários de cursos técnicos em enfermagem e medicina.

Pelo fato de Sheila e Pilar serem parturientes múltiplas⁸⁵, os funcionários esperavam uma evolução do trabalho de parto mais rápida. Este mesmo fator fez com que estas mulheres passassem por situações constrangedoras, por diversas vezes foram “orientadas” a realizarem o procedimento de laqueadura de trompas. Conforme a fala da técnica-2, durante o trabalho de parto de Sheila “Não acredito que uma mulher que teve 05 (cinco) filhos vai dá problema

⁸⁵ Mais de um parto

agora.”, as mulheres multíparas que apresentam intercorrências na gravidez e trabalho de parto, são tidas como “problemáticas”.

No trabalho de parto de Sheila identifiquei o imaginário dos funcionários do hospital em Benjamin Constant sobre as mulheres que apresentam um trabalho de parto demorado, na fala do enfermeiro constatamos tal afirmação: “Nós vamos ter que parir por ela esses meninos.” Alguns funcionários afirmam que as mulheres não sabem parir, tal argumento é utilizado para justificar a manobra de kristeller, Segundo a jornalista e administradora do Blog Mães de Peito - Giovanna Balog - a manobra passou a ser contra indicada pelo Ministério da Saúde em 2017, passando a ser considerada uma forma de violência obstétrica; o excesso de toque vaginal, exemplo os realizados em Pilar; a falta de explicação sobre os procedimentos e medicamentos com as três mulheres.

São recorrentes os discursos dos médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem legitimando sua autoridade perante as grávidas brasileiras e peruanas. Através das falas as identidades e espaços de poder são demarcados, de um lado o poder da equipe médica, impondo os protocolos institucionais, do outro as mulheres tendo suas vozes silenciadas, remetidas as mais diversas situações de violência: institucional; gênero e xenofobia.

Para Pierre Bourdieu (2008), fazemos uso da língua como sistema para legitimação de poder, a língua é tida como recurso semiótico, assim as trocas linguísticas, são relações de poder simbólico. Austin dialoga com Wittgenstein, o qual descreve que cultura são formas de vidas e jogos de linguagem. Nessas premissas, identifiquei que a linguagem tanto dos pacientes quanto dos profissionais médicos, são marcadores sociais manipulando a naturalização da violência, mostrando que quem detém o poder da fala, demarca espaços de inclusão ou exclusão social.

O poder da fala também se faz presente na criação de normativas hospitalar, como por exemplo, a não liberação do acompanhamento familiar na sala de parto, restrições nos horários de visita do pai do recém-nascido, tais normativas ferem as recomendações da OMS sobre o direito ao acompanhamento familiar em todo o processo de trabalho de parto e pós-parto. A estrutura burocrática administrativa gera uma tensão sobre a verdadeira relação vital entre as pessoas envolvidas no nascimento de uma nova vida, a preocupação com dados estatísticos, o corpo feminino configurado em máquina com problema, a afirmação de identidade cultural, nacionalidade, status social, faz com que os profissionais que atuam diretamente na assistência obstétrica / maternal, esqueçam o processo emocional e vital que a parturiente e as pessoas com quem ela se relaciona sentem.

Contrariando a lei de n.º 11.108/2005, as normas do hospital de Benjamin Constant, trata o companheiro das parturientes não como acompanhantes e sim como visitantes, com horários de visitas estabelecidos, sendo a direção do hospital, a falta de estrutura física dificulta a permanência de um corpo masculino nas clínicas obstétricas, seguindo a metáfora de Martin (2006) percebemos que a mudança do parto da esfera domiciliar para o hospitalar trouxe a mudança da mulher enquanto ser social para objeto, afastando-a do seio familiar, restringindo ao máximo o contato com eles.

Tania Salém (1983), ao escrever o Ideário do “Parto Sem Dor”: Uma leitura antropológica, cita a importância do acompanhamento do pai da criança desde a gestação, tal conceito vem inserindo-se no contexto do parto humanizado, onde o papel do pai assemelha-se ao da mãe no compartilhamento do cuidado da criança desde o período gestacional. A justificativa dada por parte dos profissionais do hospital para a proibição do acompanhante durante o parto refere-se aos riscos de contaminação, porém tal situação não é analisada quando vários estagiários entram na sala de parto, sem a permissão prévia da parturiente, tendo assim sua privacidade violada e por vezes exposta.

O fato das parturientes desconhecerem seus direitos gera o que Tornquist classifica como campo de batalha; de um lado o poder médico e de outro as mulheres leigas.

CAPÍTULO III - Discursos e práticas da equipe médica no Hospital de Benjamin Constant

Neste capítulo apresento os discursos e práticas da equipe médica na assistência aos partos no Hospital de Benjamin Constant que busco analisar a partir das reflexões sobre biomedicina de Foucault (1979), Menendez (2003), Langdon (2009), Tornquist (2004), Teixeira (2012). As concepções dos profissionais sobre políticas de atendimento em saúde e maternidade enquanto agentes do Estado estão embasadas numa leitura local do modelo médico hegemônico que tento apresentar a partir das entrevistas realizadas.

Entre os autores que discutem o *modus operandi* da biomedicina, Menéndez (2003), a partir de sua experiência no México, considera que a biomedicina pode ser analisada como um mercado competitivo de saberes e técnicas, incluindo processos ideológicos, sociais, tendo como predominante o modelo médico hegemônico, caracterizado pelo biologismo, individualismo, eficácia pragmática, orientação curativa, relação médico/paciente assimétrica e subordinada, exclusão do saber do paciente, profissão formalizada, identificação ideológica com racionalidade científica, saúde/doença como mercadoria, tendência à medicalização dos problemas, etc.

A biomedicina surge com o discurso higienista articulando normas governamentais de ação e legitimidade de princípios e atribui aos profissionais em ação a responsabilidade pelos fracassos da prática (TEIXEIRA, 2012). Para a Antropologia, a biomedicina é também um sistema cultural que emergiu através de um contexto histórico e cultural, com métodos particulares, mas não os únicos para lidar com a doença (LANGDON, 2009).

Com o capitalismo, a medicina se desenvolveu da esfera privada para a coletiva (FOUCAULT, 1979). Desta forma, a medicalização do parto surge como parte do projeto de modernização, ligada à ideia de civilização, iniciando-se na cidade em direção ao campo, sendo que as áreas rurais e zonas periféricas são as mais resistentes às práticas não-medicalizadas ou parcialmente medicalizadas. Estes territórios são marcados pela manutenção e padrões de vida comunitária e pela não-oferta de serviços públicos adequados (TORNQUIST, 2004)

Foucault (1979) aponta a medicina como uma estratégia bio-política. Enfatiza que o desenvolvimento do capitalismo, no início do século XIX, socializou o corpo enquanto força de trabalho e de produção, originando assim o controle da sociedade sobre os indivíduos, ou seja, a sociedade capitalista investiu através do biológico. Desta forma, segundo o autor, o corpo é uma realidade bio-política.

Pellizzaro (2013) observa que o conceito de biopoder foucaultiano é uma ampla estratégia de governo da qual fazem parte o poder disciplinar voltado ao controle dos corpos e a biopolítica exercida através do controle das populações a partir de uma série de estratégias, como o controle de nascimentos, doenças e mortes da população em geral, fazendo da vida um fato político. Este autor destaca que a forma de governar através do biopoder ultrapassa a aplicação de leis, pois são criadas estratégias sintetizadoras das leis, direcionando e sujeitando a disciplina dos corpos. O biopoder, através das estratégias governamentais de Estado, condiciona ainda o controle das populações, conduzindo e influenciando a ação sobre o outro, tal ação incita e induz certos comportamentos e condutas, o que mantém ativa a prática do poder Estatal que é móvel e reversível.

Pode-se dizer que o modelo médico hegemônico é uma estratégia governamental do biopoder, a qual modificou a assistência aos partos, referenciando-os ao hospital. Para Foucault (1979), é tido como uma instituição de dominação, controle do corpo, controle do pensamento, controle do sentir. Desta forma, percebi que quando as parturientes buscam atendimento no hospital de Benjamin Constant-Amazonas, elas entram num ambiente hostil, onde se apropriam do seu corpo, da sua dor, da sua posição de parir, eliminando qualquer possibilidade do parto fluir naturalmente. Esta situação de atendimento abrange todas as parturientes, havendo um grau de assistência inferior quando se trata de mulheres peruanas e indígenas.

A legitimação do poder na assistência médica obstétrica se estabelece através da comunicação entre profissionais de saúde e mulheres em situação gestacional, segundo Langdon (2009). O médico não precisa, nem deve, abandonar seu conhecimento, mas precisa ouvir o outro.

Para Menéndez (2003), a maneira como os médicos se relacionam com os pacientes está ligada a sua formação acadêmica, geralmente distanciada da busca do entendimento sobre os processos sociais e culturais. Embora haja a preocupação na mudança da grade curricular dos profissionais que atuam na área da saúde, há a rejeição dos acadêmicos pela implementação de disciplinas antropológicas, por exemplo. Langdon (2009), em entrevista à Revista Brasileira de Enfermagem, afirmou que há resistência dos acadêmicos de medicina nas abordagens antropológicas sobre a relação entre saúde, cultura e sociedade. Segundo a autora, a perspectiva antropológica surge como uma ameaça à visão hegemônica da biomedicina que é tida como a verdadeira ciência dos processos de saúde e doença.

Entre as limitações nos atendimentos, Menéndez (2003) observa que, progressivamente, o tempo de consulta médica tem sido reduzido, no intuito de diminuir cada vez mais as palavras tanto dos médicos quanto dos pacientes, ao mesmo tempo em que há uma negação ou subordinação da palavra do paciente.

Desta forma, torna-se impossível para os médicos chegarem a um diagnóstico exato, trabalhando em muitos casos com suposições. Outro fator determinante apontado pelo autor são as estatísticas de atendimentos que os médicos e os demais profissionais de saúde são obrigados a informar, assim a história clínica dos pacientes perde a importância, seja pelo pouco tempo de atendimento ou pelos dados estatísticos que precisam ser informados.

Acrescento outro fator evidenciado durante esta pesquisa, conforme descrito no segundo capítulo - o idioma dos médicos e pacientes⁸⁶ que dificulta o diálogo entre ambos, reduzindo ainda mais o tempo de consulta. Menéndez (2003) afirma que há uma corrente liderada por médicos com formação em antropologia, que propõe possibilitar aos pacientes narrarem suas histórias e, sobretudo, o médico deve aprender a decodificar culturalmente o significado das narrativas.

A seguir, apresento os discursos dos profissionais que entrevistei. Participaram da entrevista quatro médicos. O médico 1 é colombiano com diploma revalidado no Brasil, exerce a função de cirurgião no hospital de Benjamin Constant e Maternidade de Tabatinga; o médico 2 é peruano e trabalha irregular no Hospital de Benjamin Constant e no hospital de Islândia; a médica 3 é brasileira trabalha na UBS e Hospital de Benjamin Constant; o médico 4 é brasileiro, trabalha no hospital de Benjamin Constant e Hospital de Guarnição de Tabatinga⁸⁷. Entrevistei dois enfermeiros brasileiros, um do sexo feminino e outro masculino e seis técnicas em enfermagem, brasileiras, todas do sexo feminino. Cinco das seis técnicas em enfermagem trabalham há mais de quinze anos no Hospital. Desde 2010 quando o hospital passou por reforma na sala de parto, centro cirúrgico e ampliação do que seria a Rede Cegonha, elas foram designadas para trabalhar com partos na Casa da Mãe Gestante⁸⁸, que foi cedida ao município para realizar somente os procedimentos de partos até terminar a reforma.

Até início de 2017, a divisão de funcionários por plantão de 12 horas estava organizada da seguinte forma: um médico clínico geral responsável pelos atendimentos na Emergência, Setor Hospitalar e Sala de Parto; duas Técnicas em Enfermagem na

⁸⁶ Médicos brasileiros, cubanos, peruanos, colombianos/pacientes brasileiros, indígenas e peruanos.

⁸⁷ O local de trabalho dos médicos é correspondente ao ano em que foi realizada a entrevista.

⁸⁸ Uma imóvel de propriedade da igreja católica que tinha como objetivo acolher as mulheres ribeirinhas que buscavam abrigo ao adentrar os nove meses gestacional.

Emergência; duas Técnicas em Enfermagem no Setor Hospitalar; uma Técnica em Enfermagem na Ala Obstétrica; um enfermeiro na Emergência e outro no Setor Hospitalar ; um médico cirurgião de sobreaviso (as vezes não havia sobreaviso devido a escala coincidir com o horário de trabalho em outro município), três Técnicas em Enfermagem no Bloco cirúrgico que trabalhavam em regime de sobreaviso, em casos de cirurgias, sendo que de segunda a sexta-feira apenas uma Técnica em Enfermagem ficava no referido setor.

A análise das falas foi dividida em quatro eixos: Mulheres grávidas e o atendimento em Benjamin Constant; Discursos, preconceito e discriminação no atendimento a estrangeiras peruanas e a indígenas; Dimensões da violência obstétrica e Considerações sobre o parto humanizado.

3.1 Mulheres grávidas e o atendimento em Benjamin Constant

Se, de um lado, a biomedicina impulsiona o uso de recursos tecnológicos, fragmentando o corpo humano por especialidades médicas, do outro lado, os avanços não estão disponíveis para todos os municípios brasileiros e nem para todos os grupos sociais. A carência de profissionais especializados é um dos argumentos utilizados pela equipe médica do Hospital de Benjamin Constant para justificar a forma como desenvolvem seu trabalho, pois contam apenas com um médico cirurgião. Segundo seu relato, “Num sistema de saúde que se tem em Benjamin Constant é quase impossível, não há pediatra, não há anestesista, não há médico-obstetra, o cirurgião e a equipe técnica tem que trabalhar rápido, eu acabo fazendo o trabalho de outros especialistas, esta é a realidade atual daqui” (Médico 1).

De acordo com as Diretrizes do Parto Normal (2017), a assistência ao parto e nascimento de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetrix, a presença desses profissionais relaciona-se à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres durante o trabalho de parto. É enfatizado, ainda, que os gestores de saúde devem proporcionar condições para a implementação desse modelo assistencial.

Entretanto, o que observei é que quanto mais as populações se afastam dos grandes centros, os benefícios e garantias são limitados, demoram mais a chegar e dependem de

questões políticas. Fundamentalmente, divulgar os direitos às grávidas não gera bens econômicos e não gera votos⁸⁹, enfraquecendo as políticas sociais de fronteira.

No discurso da médica 3 observei que há uma aproximação com a fala do médico 1 quando responsabiliza o atendimento precário que é oferecido à população da fronteira. Entretanto, consegue realizar uma avaliação mais ampla:

As condições sociais das grávidas influem bastante; as mães jovens solteiras, temos uma população flutuante de mulheres peruanas indígenas, que estão aqui e ao mesmo tempo estão do outro lado, as que não tem condições de fazer exames laboratoriais particular... Não há ações voltadas somente para as grávidas, encontros coletivos. Por mais que se tenha um profissional capacitado não há como mudar muita coisa... Nem sempre o município oferece todos os exames pré-natais. Enfatizo que se não mudarmos as ações na Atenção Básica de Saúde nada mudará. É o Agente de Saúde que não verifica se a gestante está fazendo o pré-natal, são os exames que não são oferecidos, a sobrecarga que médicos e enfermeiros tem nas UBS. (Médica 3).

Em particular, pode-se perceber pela sua fala, as limitações para prestação de serviços em saúde específicos para as populações indígenas, como é o caso da maior parte das mulheres atendidas. Outro ponto salientado é a dificuldade para que o atendimento ocorra em todas as instancias, desde a atenção básica até o momento em que as mulheres vão para o hospital. Isso se deve à carência de profissionais, a falta de planejamento e de uma ação integrada para os atendimentos, segundo seu ponto de vista.

De acordo com a Enfermeira 1, a falta de infraestrutura e de profissionais capacitados são as causas para a precariedade dos atendimentos. Sua fala vai ao encontro da avaliação dos médicos:

Falta muita coisa aqui, não temos médico obstetra, pediatra, anestesista, nutricionista exclusivo para a maternidade. A única coisa exclusiva da maternidade são as técnicas. Há enfermeiros com especialização em obstetrícia, o secretário de saúde tem conhecimento, mas não os colocam para trabalhar exclusivamente na ala obstétrica... Na maioria das vezes não dá tempo mesmo de fazer tudo que o Ministério da Saúde recomenda, a gente fica aqui no Setor Hospitalar né, só vai lá na maternidade quando a técnica vem chamar, daí quando vamos, a grávida na maioria das vezes já está deitada e a gente não lembra de mexer na cabeceira, porque tem que ouvir o BCF, fazer toque, aferir pressão arterial, eu penso que a rotina do trabalho acaba fazendo a gente esquecer... (Enfermeira 1).

⁸⁹ Durante a pesquisa realizada em pleno ano eleitoral, pude constatar tais evidências, pois as populações são medidas por quantos votos elas são capazes de colocar a um candidato ou outro para a Prefeitura do município.

As Diretrizes do Parto Normal, atualizada em 2017, questiona a presença do profissional médico na assistência, com o fortalecimento das enfermeiras obstétricas e obstetizas como atores importantes no processo assistencial na sala de parto. Em Benjamin Constant, desde 2010 evidencio que a maioria dos partos são assistenciados somente pelas técnicas em enfermagem, pois o reduzido número de enfermeiros escalados por plantão dificulta, na maioria das vezes, a presença dos profissionais na sala de parto. Há enfermeiros obstetras no quadro de funcionários do Hospital em Benjamin Constant, mas devido às falhas de comunicação e conflitos internos existentes entre funcionários e chefias, como constatei em minhas observações, a atenção aos pacientes fica em segundo plano. Por mais que os enfermeiros tenham conhecimento e falem aos médicos sobre as possibilidades de mudança na atenção aos partos, eles não são ouvidos, prevalecendo a hierarquia entre os funcionários de acordo com a formação e posição que ocupam.

Ao contrário do médico 1 e da enfermeira 1 que responsabilizam a falta de profissionais especializados para o atendimento e as limitações da atenção básica, o médico 2 atribui os problemas à falta de orientação para as mulheres grávidas, aproximando-se da fala da médica 3:

Os funcionários falam o tempo todo que a limitação de um bom atendimento é a estrutura, mas eu digo que a limitação não é essa! Dá pra fazer partos aí em qualquer posição, ocorre que essas mulheres não recebem informação alguma no pré-natal, a maioria chega aqui com duas ou três consultas pré-natal, desse jeito não dá, a mulher chega aqui sem saber técnicas de respiração, chega gritando, não colabora com nada. (Médico 2).

Os enfermeiros e principalmente as técnicas em enfermagem, pontuaram a falta de organização e distribuição dos serviços dentro das categorias profissionais. Conforme a técnica 3:

Eu gosto muito de trabalhar neste setor, tem dias que é uma calma, mas tem dias que ninguém consegue piscar! O que dificulta nosso trabalho é a própria equipe de funcionários, cada um sabe das suas responsabilidades, mas ninguém faz. Os que mais ganham não fazem nada, de noite quando tem gestante aí, a enfermeira vem rapidinho faz os testes rápidos e dorme, a gente não, só vai no descanso quando não tem gestante para parir. Eles que estudam sobre os partos, ganham mais que a gente (Técnica-3).

A falta de investimento em cursos de aperfeiçoamento, oficinas, reuniões entre os funcionários e o quadro funcional da área obstétrica limitado são situações que, segundo eles, afetam diretamente na qualidade dos serviços de saúde oferecidos, dificultando as melhorias na assistência aos partos. Segundo a Enfermeira 1, não há investimento na formação continuada dos profissionais: “A gente vai buscando aprender por conta própria, mas sozinhos somos incapazes. As parturientes deveriam conhecer a sala de parto durante o pré-natal”.

Isso também é percebido pelo Enfermeiro 2, especialmente em relação as técnicas de enfermagem:

Tu vês as meninas da maternidade, elas concluíram o técnico há mais de dez anos, isso a mais nova entre elas, porque as outras concluíram há uns quinze anos ou mais, muita coisa mudou, muda o tempo todo e ninguém se atualiza (Enfermeiro 2).

Entre as técnicas, também é apontada a falta de condições em termos de formação e consideram que o mesmo não acontece com os enfermeiros. O interessante de sua fala é que assinalam o quanto o aprendizado necessário acontece prioritariamente no cotidiano do trabalho, já que elas acabam assumindo a maior parte do trabalho:

Eu gosto muito do meu trabalho na obstetrícia, mesmo a gente não tendo tido curso de aperfeiçoamento, só temos a técnica prática do dia a dia, os enfermeiros que tem especialização mas não põe em prática, em todos os partos nós estamos auxiliando (...)Talvez melhore o atendimento a partos, quando montarem uma equipe exclusiva para a ala obstétrica e quando criarem uma maternidade. (Técnica-5)

Outro dado importante citado pelos profissionais de saúde é a forma como a assistência aos partos inicia-se na Atenção Básica em Benjamin Constant, uma vez que não há um sério investimento na preparação para o parto, segundo eles. Para a técnica-5, a falta de orientações no pré-natal, tanto para a grávida quanto para quem vai acompanhá-la, dificulta os partos, pois as grávidas chegam ao hospital sem saberem as etapas do trabalho de parto, não há um controle emocional e psicológico, o que leva a ansiedade e aflição:

Hoje as mulheres não querem mais parir, querem que a gente faça o trabalho por elas, tem mulher que se fecha, que não faz a força para empurrar o bebê, fica pinotando na mesa de parto, daí dificulta, tem vezes que o médico não deixa nem o acompanhante entrar, porque só piora a situação, eu penso que os acompanhantes deveriam ajudar, mas tem uns que só atrapalham, começam a chorar, daí a gestante ver a mãe, irmã ou tia chorando, começa a chorar também e vira o caos. Por isso que eu digo, tem que ter todo um preparo principalmente as primigestas. Chegam aqui sem saber nada sobre o trabalho de parto. (Técnica-5).

Os profissionais enfatizam que as intercorrências em partos, o não “controle” emocional e psicológico da parturiente ocorre devido à falta de orientação, ao desconhecimento em relação aos equipamentos e técnicas para partejamento: “As parturientes deveriam conhecer a sala de parto durante o pré-natal, saber as técnicas de respiração, serem orientadas sobre a demora do trabalho de parto. As consultas pré-natais estão limitadas a aferir pressão, pesar e fazer anotações na carteira da gestante” (Enfermeiro 2).

O pré-natal também é reconhecido como essencial para evitar doenças transmissíveis pela mãe que poderiam ser tratadas se recebessem os cuidados da atenção básica de saúde:

As gestantes chegam aqui com condilomas⁹⁰ até no canal vaginal, infecção urinária alta, outras doenças que deveriam ser tratadas durante o pré-natal, isso gera risco ao bebê na hora do parto, mana se eu falar a recorrência de casos que tem aparecido aqui, tu não vai acreditar, volta e meia as mulheres da cidade, até essas metidinhas aparecem com condiloma, o médico indica logo cesárea, não é por outra coisa não. As que não fazem cesáreas, quando o bebê nasce pegam infecção. Se não mudarem isso na atenção básica, nunca teremos uma boa assistência em partos (Técnica-4).

Cinco técnicas em enfermagem trabalham há mais de quinze anos no Hospital, como observei no primeiro item deste capítulo. Elas enfatizaram que houve uma significativa mudança em termos de atendimento às mulheres grávidas em 2010, quando os partos passaram a ser realizados na Casa da Mãe Gestante. Durante as entrevistas, comparam os dois cenários – o atual e aquele em que os partos saíram do cenário hospitalar, percebendo a mudança positiva que permaneceu por um curto período. Para elas, a assistência aos partos no Hospital de Benjamin Constant deveria seguir o modelo criado na Casa da Mãe Gestante:

Eu acho que o atendimento aos partos era bem melhor na Casa da Mãe Gestante, pois eram só as grávidas, não tinha outros pacientes além delas, tinham médicos, enfermeiros e a gente daqui, o médico avaliava criteriosamente a paciente. Quando a reforma acabou nós voltamos pra cá e voltou tudo como era antes, a equipe se desfez e a responsabilidade maior dos partos é nossa. (Técnica-3).

Segundo as técnicas em enfermagem, a Casa da Mãe Gestante⁹¹ de propriedade da igreja católica tinha como objetivo acolher as mulheres ribeirinhas que buscavam assistência em saúde materna no município. O local abrigava as mulheres que não podiam retornar no mesmo dia para as comunidades em que residiam.

⁹⁰ Doença Sexualmente Transmissível.

⁹¹ Atualmente o local foi cedido para a prefeitura onde funciona o Centro de Referência de Ação Social - CRAS

Toda estrutura hospitalar foi instalada na Casa da Mãe Gestante, como observa a Técnica 2:

Eu queria que os trabalhos fossem como era na Casa da Mãe Gestante, lá cada profissional sabia o que fazer, não ficavam esperando por nós! A equipe de médico, enfermeiro e técnico entrava na Sala de Parto e tudo saía bem, os enfermeiros acompanhavam de perto o trabalho de parto das mulheres, tinha espaço para o pai da criança acompanhar o tempo todo a mulher (Técnica-2).

Na Casa da Mãe Gestante, quando havia alguma complicação no parto eram transferidas para Tabatinga, quando não havia tempo eram submetidas à cesariana em uma sala improvisada no hospital ao meio da reforma. Além das seis técnicas, havia médicos e enfermeiros. Terminada a reforma, as mesmas técnicas continuaram até os dias atuais trabalhando diretamente na assistência aos partos, com a diferença de que não há mais médicos e enfermeiros exclusivos aos partos como na Casa da Mãe Gestante. A comparação com o momento atual e o que viveram nessa Casa aparece nos discursos deles como uma referência ao que seria um atendimento adequado, especialmente em termos da composição da equipe técnica: “Talvez melhore o atendimento a partos, quando montarem uma equipe exclusiva para a ala obstétrica, como era na Casa da Mãe Gestante e quando criarem uma maternidade” (Técnica-5).

As seis técnicas em enfermagem que atuam diretamente na ala obstétrica eram consideradas parteiras pela direção do hospital, eu mesma enquanto funcionária do hospital, no ano de 2014, ao redigir as escalas de serviços, indagava ao diretor o porquê de intitulá-las como parteiras. O mesmo respondeu que cabia a elas receber as grávidas em trabalho de parto, avaliar (aferir pressão arterial, fazer exame de toque vaginal), acionar enfermeiros para realizar os testes rápidos, realizar partos (mesmo com a presença de enfermeiros ou médicos, deveriam estar presentes na sala).

Na ausência do enfermeiro, deveriam realizar os primeiros procedimentos de limpeza e aspiração no recém-nascido (pois não há pediatras), acompanhar no pós-parto, transcrever informações no prontuário, dar banho nos recém-nascidos, acionar médicos ou enfermeiros quando houvesse “complicação no trabalho de parto”. Desta forma, as técnicas em enfermagem eram e são até os dias atuais as responsáveis na assistência direta aos partos. Somente em casos de partos cesáreos as técnicas em enfermagem da ala obstétrica não assistiam os partos, porém assistenciavam com os primeiros cuidados do recém-nascido e no pós-operatório da parturiente.

Referenciados pelo modelo biomédico hegemônico, os profissionais do hospital enumeram os fatores impeditivos para um atendimento adequado que, como observa Menéndez (2003), pautam-se mais na eficácia pragmática do que propriamente na relação médico/paciente simétrica. A exclusão do saber do paciente e a tendência à medicalização dos problemas impede que formas mais coletivas e colaborativas sejam viabilizadas.

Na perspectiva da medicalização e de considerar saúde/doença como mercadoria (MENENDEZ, 2003), um dado preocupante no hospital de Benjamin Constant são as cesáreas, pois no período de 2012 a 2016 a meta estabelecida pela OMS foi ultrapassada, conforme demonstrado no primeiro capítulo. Em 2015, a porcentagem chegou a 31%, superando a média recomendada de 10 a 15%. Deixo um parêntese aberto sobre os partos cesáreos e as condutas médicas para futuras pesquisas, pois precisa ser aprofundado.

Conversei com um médico brasileiro, a respeito do elevado índice de partos cesáreos no Hospital, ele argumentou:

Olha Ana, esses casos de partos cesáreos se formos analisar são desnecessários, pois, é importante esperarmos pela evolução do trabalho de parto. Uma das cirurgias mais arriscadas que existe é a cesárea. O que vemos aqui é um médico que aprendeu a fazer cirurgias recentemente. Não se pode entrar numa sala de cirurgia cronometrando em quanto tempo irá terminar, são vidas que estão ali. Posso dizer claramente, pois isso acontece na maternidade de Tabatinga também, o cirurgião de sobreaviso noturno, para não ter o sono interrompido, chega aqui, ver quantas grávidas em trabalho de parto tem, e opera as que provavelmente iriam parir pela madrugada. Dessa forma ele consegue um descanso pela madrugada.” (Médico 4).

Fiquei muito instigada ao saber sobre o índice elevado de cesáreas no hospital, pois quando estava trabalhando, até início de 2015, não ouvia tais relatos. Retornando como pesquisadora, consegui perceber como um dado alarmante passou a ser naturalizado. Conversei com uma técnica de enfermagem que trabalha no Setor Hospitalar sobre o assunto. Ela respondeu-me:

Mana, a maioria dos casos de cesáreas são desnecessárias, se você pegar o prontuário da paciente e olhar as prescrições médicas e o controle de batimento cardíaco do bebê está tudo normal, não há nada que justifique as cesáreas. O que acontece é que as mulheres que fazem pré-natal particular com o médico X⁹², nunca tem parto normal, pois os partos cesáreos são negociados na clínica. Não há orientação nenhuma sobre os partos normais, mas isso também se aplica as consultas pré-natais nas UBS, se quisermos mudança no ambiente hospitalar, temos que começar pela Atenção Básica... Eu vou falar porque alguém precisa falar sobre isso. Outra justificativa para as

⁹². É notório, tanto nos discursos dos pacientes quanto no de alguns profissionais da área da saúde, que os médicos colombianos são mais comprometidos com os pacientes do que os médicos peruanos e os brasileiros.

cesáreas são quando os alunos de medicina que estão na Bolívia chegam de férias aqui, pedem autorização de estágio não sei com quem, e acompanham especialmente os plantões do médico cirurgião. (Técnica-5)

Não foi fácil ter uma conversa com o médico 1 sobre os partos, pois ele ia ao hospital somente duas vezes por semana no turno da noite, quando chegava atendia alguns pacientes no setor hospitalar e se dirigia à sala de cirurgias, terminadas as cirurgias, ia embora. Certo dia, em meio a uma crise de labirinte, consegui uma consulta rápida no hospital com o médico 1, fui atendida na sala de Pré-Parto, pois ele estava entrando para a sala de cirurgia ao lado. Terminada a rápida consulta, perguntei do médico o que achava sobre a humanização de partos e partos cesáreos, ele respondeu-me:

A humanização que tanto falam está somente no papel, desumano é não ter um laboratório que realize os exames básicos das grávidas. Você sabe quantas internações teve de grávidas com infecção do trato urinário? Por que isso acontece? Porque não temos uma atenção básica boa. Esses tipos de intercorrências geram complicações na gravidez, levando a cesáreas, dentre outras coisas. O problema não está aqui, tem que haver mais empenho desde o início do pré-natal. Tem médico que não tem sensibilidade, espera tanto pela evolução do trabalho de parto normal, que acaba levando o feto à óbito, ou as vezes nascem e vão a óbitos horas depois, ou ficam com sequelas (Médico 1).

O diálogo com o médico 1 me fez lembrar de um fato ocorrido com minha prima em janeiro de 2015, não que isso justifique o elevado número de cesáreas, mas ilustra outro problema relacionado a atenção aos partos. Minha prima estava na quarta gravidez, teve dois partos cesáreos e um parto normal, sendo o terceiro parto com óbito fetal. Neste parto, estava internada há cinco dias no hospital de Benjamin Constant, pois estava passando da data provável e não apresentava sinais de trabalho de parto. Foi avaliada por um cirurgião⁹³ que pediu para ela aguardar e afirmou que teria um parto normal. Mesmo relatando o histórico dos outros partos e pedindo para ser operada porque temia perder seu filho, não foi ouvida.

Com a troca de médico no sobreaviso cirúrgico, as coisas pioraram, pois o médico dizia que não operaria porque não era paciente dele e sim do outro cirurgião. Em suma, com dez dias de internação, o feto não apresentou mais sinal de vida, ela teve que ser transferida para a maternidade em Tabatinga, foi submetida à cesárea, reviveu mais uma vez a dor de gerar um filho e perdê-lo dentro de si.

Esses acontecimentos me fazem questionar sobre até quando a medicina exercerá o controle sobre os nossos corpos? A partir de que momentos seremos ouvidas? Eu vivi isso

⁹³ Na época havia três cirurgiões que trabalhavam em regime de sobreaviso. Eram solicitados pelo médico ou enfermeiro plantonista, em caso de alguma cirurgia de urgência.

com o médico prevendo a hora que eu pariria, mesmo meu corpo dando sinais de que não teria um parto normal. Eu não era ouvida! Tudo que falei durante o trabalho de parto foi tido pela equipe médica como drama, que fiz isso para não sentir dores, como se o parto cesáreo nos diminuísse como mulher.

A assistência ao parto se relaciona intimamente com a lógica do processo de trabalho do profissional de saúde e da organização hospitalar – que não é só uma, mas muitas, dependendo do hospital e da forma como ele se insere no sistema (MAIA, 2008). As técnicas em enfermagem são as que mais atuam diretamente nos partos, por vezes realizam os partos sem a presença de outros profissionais, reconhecem que sabem muito pouco sobre teorias de partos, sabem o que vivenciam na prática. Enfatizam que há acomodação dos enfermeiros e médicos que não querem auxiliar nos partos, esperando que elas façam os serviços.

A falta de organização e distribuição dos serviços dentro das categorias de profissionais, a falta de investimento em cursos de aperfeiçoamento, oficinas, reuniões entre os funcionários, e o quadro funcional da área obstétrica, dificultam as melhorias na assistência aos partos. Em um dado momento em 2010, os partos saíram do hospital para um ambiente exclusivo para partos. As técnicas em enfermagem relatam o quanto era diferente a assistência na Casa da Mãe Gestante, elas apenas auxiliavam, enquanto os médicos e enfermeiros assistenciavam os partos.

Considero que temos na fronteira a conjuntura das piores políticas de saúde do Brasil; Peru e Colômbia, uma conjugação de pobreza e ausência de políticas do Estado que atendam às necessidades da população mais vulnerável.

3.2 Discursos, preconceito e discriminação no atendimento a estrangeiras peruanas e a indígenas

Numa pesquisa realizada na região sobre a mobilidade das mulheres buscando assistência obstétrica nos três países, Silva (2016) centrou-se em responder como e por que as mulheres acionam os serviços maternos nas instituições de saúde da fronteira no momento do parto. O autor afirma que a dinâmica interacional nesta região é ancestral, pois as populações vivem e usam os espaços além da fronteira. Em sua pesquisa constatou uma demanda maior pela procura dos serviços obstétricos no município de Tabatinga/Brasil por peruanas e colombianas, embora houvesse registros de brasileiras nos centros de saúde de

Leticia/Colômbia e Santa Rosa/Peru. Em Letícia/Colômbia não constatou a procura dos serviços privados pelas peruanas.

Em Benjamin Constant, segundo a médica 3, atualmente a procura de serviços em saúde por partes de estrangeiros se caracteriza apenas por peruanas:

Hoje vivemos um confronto de atendimentos das populações flutuantes, porque as pessoas daqui não conseguem entender que há tikunas e kokama que estão transitando o tempo todo entre Brasil, Peru e Colômbia, o que passa é que essa população se torna invisível para as políticas públicas, tanto é verdade que o Sis-Fronteira que poderia estar funcionando não existe mais. Eu não me preocupo em olhar a nacionalidade da mulher, atendo como atendo todas (Médica-3).

A médica-3 apresenta uma sensibilidade e conhecimento maior sobre a mobilidade humana na região. Observei, em alguns dias, sua conduta ao prestar assistência às grávidas peruanas, não a vi recusando atendimento ou questionando sua admissão na unidade hospitalar. Talvez o condicionante de tal assistência se dê por ela ser mulher, de nacionalidade peruana, porém naturalizada brasileira e ser concursada como médica na esfera municipal de Benjamin Constant e Estadual do Amazonas, ao contrário do médico-2 que é peruano e trabalha ilegalmente, por contrato, em Benjamin Constant:

A maioria das peruanas que chegam aqui eu conheço de Islândia, sou bom em fisionomia, elas chegam parindo aí na porta da emergência, eu mesmo peruano sou contra, porque dá pra parir em Islândia, tem vezes que o diretor até chama a gente para conversar com a paciente para ela voltar e ter no Peru (Médico 2).

Conquanto os médicos digam que atendem sem distinção as peruanas, há resistência de alguns deles em prestar assistência a elas. Os médicos peruanos do sexo masculino são os que mais recusam parturientes peruanas, alegam que elas tem condições de serem atendidas em Islândia. Um dos médicos justificou o seu posicionamento por trabalhar ilegalmente no hospital de Benjamin Constant e porque teme ser acusado de facilitar os partos de estrangeiras e assim perder o vínculo empregatício, embora reconheça que em casos de complicações no trabalho de parto o hospital referência de Islândia se torna mais longe do que Benjamin Constant que pode ser acessado a poucos minutos.

Por mais que o hospital de Benjamin Constant apresente uma melhor oferta nos serviços de saúde comparados aos oferecidos em Islândia, o discurso de oportunismo por dupla nacionalidade encontra-se enraizado entre os profissionais de saúde, transformando os peruanos em inimigos internos em Benjamin Constant, como afirma a enfermeira 1:

As peruanas, senhor! São muitas que chegam aqui sem nenhuma consulta pré-natal, semana passada uma chegou parindo aí, só deu tempo deitá-la na maca, nem luva coloquei porque não deu tempo, é um risco muito grande que a gente corre. Eu acho que alguma providência deve ser tomada. Elas correm risco só para terem uma futura naturalização no Brasil. (Enfermeira 1).

O enfermeiro 2 também salienta o interesse das peruanas pela documentação brasileira que poderia ser obtida com o nascimento e registro da/o filha/o no Brasil. Conforme o Capítulo III, Artigo 12, são brasileiros natos “os nascidos na República Federativa do Brasil, ainda que de pais estrangeiros, desde que estes não estejam a serviço de seu país”, conforme mencionado no primeiro capítulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a Constituição Federal de 1988 e alguns princípios do SUS que amparam o atendimento médico a estrangeiros.

Na fala do enfermeiro 2 percebo o quanto a propagação dos direitos de acesso aos atendimentos altera e empodera as ações das parturientes peruanas na zona de fronteira:

Quanto as mulheres peruanas, serei bem sincero, dão entrada em período expulsivo, para pegarem documentos brasileiros pros filhos e posteriormente os delas, quando não sabiam da lei que a gente pode atender estrangeiros em caráter de urgência, elas não vinham tanto assim, mas tinham o mecanismo de fraudar documentos no cartório... Elas tem que sofrerem calada mesmo, já que vieram parir aqui ainda querem papariação? Elas só vem aqui pelo registro, então tá bom demais. (Enfermeiro 2).

Ainda que os atendimentos às mulheres peruanas sejam realizados, sempre há o discurso de xenofobia lançado diretamente a elas, o que as remete a um grau de violência maior se comparadas às brasileiras não indígenas, como na fala da técnica 2:

Rum, essas daí ninguém sabe mais se são peruanas, se são indígenas, ainda bem que a gente tem a intérprete aqui deles que sabe dizer se são indígenas mesmo! É complicado, elas chegam sem pré-natal algum, quase toda semana tem alguma peruana parindo aqui, quase todo ano as mesmas estão aqui, daí eu penso, será que o Agente de Saúde não ve isso não, não fazem planejamento familiar. Mas tem uma leva de “ISRAELITAS” né, que não pode evitar gravidez, daí vem parir aqui quase todo ano (Técnica-2).

Silva (2016) compartilha do mesmo pensamento que os profissionais de saúde do hospital de Benjamin Constant, afirma que a procura das parturientes peruanas ocorre com intuito de obter dupla nacionalidade e assim ter acesso aos serviços sociais, como o bolsa família e à educação brasileira, deixando em segundo plano a qualidade dos serviços oferecidos.

Na visão dos profissionais, a noção de estrangeiro não é no sentido habitual, em relação àquele que vem hoje e amanhã se vai, mas como o que vem hoje e amanhã pode permanecer – porque era possível se mover e, embora não siga adiante, ainda não superou completamente o movimento do ir e vir (SIMMEL, 2005).

Em suma, os funcionários do Hospital de Benjamin Constant ao admitirem parturientes peruanas em trabalho de parto, não as veem como mulheres que buscam melhores condições de serviços médicos para si e para a nova vida que está a caminho. Esse imaginário gera um campo de batalha entre os profissionais detentores do poder e as parturientes peruanas que são punidas com diversos tipos de violência ao buscarem assistência no Brasil.

Em termos de partos de indígenas em Benjamin Constant, as informações da Vigilância Epidemiológica do Hospital Geral Doutor Melvino de Jesus, indicam que 80% das internações hospitalares são referentes a partos, 60% destes partos são de mulheres indígenas, 10% mulheres peruanas e 30% mulheres brasileiras não indígenas.

Observei que a maioria das grávidas indígenas admitidas para partos chegaram ao hospital acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde da comunidade em que residiam, exceto quando as grávidas eram menores de idade, que vinham acompanhadas de algum familiar. A ACS acompanhava a grávida até o alojamento conjunto e ia embora, no outro dia, pela manhã, uma auxiliar da Assistente Social da SESAI, aparecia na ala obstétrica com uma prancheta, anotava o nome da paciente e saía. Por volta das 8 h da manhã, à técnica em enfermagem⁹⁴, funcionária da SESAI, fazia visitas nas clínicas obstétricas, conversava na língua tikuna e saía⁹⁵. Segundo Teixeira (2012) caberia aos agentes comunitários a mediação entre a comunidade indígena e os profissionais de saúde, especialmente com o objetivo de articular as práticas tradicionais indígenas com as da biomedicina.

Os diálogos da equipe médica com as pacientes indígenas são curtos e quase inexistentes. Evidenciei que há um discurso discriminatório de quando uma indígena é admitida em trabalho de parto, várias vezes ouvi: “Tá prenha de novo? Esse daí vai se chamar

⁹⁴ Não sei ao certo se ela é técnica, pois chegou ao hospital como intérprete indígena, mas atualmente desenvolve atividades de técnica em enfermagem.

⁹⁵ Teixeira (2012, p.571) explica que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é parte do Sistema Único de Saúde brasileiro, mas sua organização é diferenciada: “Estrutura-se em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que não estão restritos aos limites das unidades federativas (estados ou municipalidades), mas consideram principalmente fronteiras étnicas e estendem-se por vastos territórios. Dentro de cada DSEI estão previstos, para o atendimento à saúde dos indígenas, 1. profissionais de saúde, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento para o serviço de atenção básica à saúde e às condições de saneamento (água, esgoto, lixo etc.); e 2. postos nas aldeias, polos-base por grupos de aldeias e Casas de Saúde Indígena (Casai) para encaminhamento dos casos de média e alta complexidade ao SUS, além dos conselhos de saúde locais e distritais para o exercício do chamado “controle social” das metas do plano distrital e desempenho das ações de saúde, da definição e da aplicação orçamentária”.

fogão ou motor rabeta?” Tal discurso é baseado no Auxílio Maternidade a que as mulheres indígenas têm direito. Para algumas pessoas da equipe médica do Hospital de Benjamin Constant, os filhos das indígenas são vistos como objetos/eletrodomésticos. Diziam que as indígenas engravidavam apenas para receberem o auxílio do Governo Federal e, assim, comprarem os eletrodomésticos que precisavam. Por vezes, as piadas eram feitas perante as indígenas, as pessoas que compartilhavam do assunto gargalhavam sem se importar com a presença das mulheres indígenas. Elas mantinham-se caladas, como se não entendessem o que falavam. Eu me compadecia da situação, mas não podia interferir, minha vontade era de chamar a atenção e pedir que tivessem mais respeito pelas mulheres, mas me continha para não prejudicar a pesquisa. Uma das técnicas em enfermagem que entrevistei falou o seguinte:

“Ah! Lá vem outra tikuna, hoje vai encher aqui. Quem acha bom são os prestamistas que vão vender as coisas pra eles quando sair o dinheiro do auxílio maternidade. Sabe como que eles chamam os filhos? Esse aqui é o fogão, aquele é a geladeira, o outro televisão, o motor rabeta e assim vai... é melhor que trabalhar duro como nós aqui. Por isso que esses peruanos todos querem ser indígenas agora. Não fazem nem planejamento familiar e dizem que tem uma lei que indígena não pode fazer laqueadura agora. São muito esperto esses ticunas.” (Técnica-2).

Nos dias que presenciei a admissão de parturientes indígenas, não vi nenhuma pessoa da equipe médica chamá-las pelo nome, sempre as identificavam como “a indígena” ou “a ticuna”. Segundo Teixeira (2012, p.569),

Tais relações estão no cerne do manejo político da diversidade cultural concebido e vivido por diferentes atores (governamentais e não governamentais) como parte dos mecanismos de construção da cidadania indígena. relações como estas caracterizam o manejo político da diversidade cultural concebido e vivido por diferentes atores (governamentais e não governamentais) como parte dos mecanismos de construção da cidadania indígena.

Comparando as descrições de assistência ao parto às mulheres indígenas com as falas de Langdon (2009) e Teixeira (2012), evidencio que nada mudou nos discursos e condutas dos profissionais de saúde, conforme a fala da técnica-2 que veremos no próximo subcapítulo: “são tudo agressivas. São muito difíceis de lidar, na hora de parir querem ficar de cócoras no chão, ou sentada no vaso...”

3.3 Dimensões da Violência obstétrica

Durante os cinco dias de observação na ala obstétrica, chamada pelos funcionários do hospital de “maternidade”, presenciei alguns casos de conflito e não aceitação de práticas que fogem da racionalidade biomédica. Por meio do caso que vou descrever, considerando o que foi apresentado no segundo capítulo e as falas dos profissionais que atuam no hospital, reflito sobre como as violências no atendimento as mulheres ocorrem.

Durante as observações de campo, certo dia, por volta de 1h e 25 min da manhã, uma parturiente foi admitida no setor obstétrico. Um técnico em enfermagem da Emergência levou a parturiente, com soro na veia, na cadeira de rodas, até a sala de pré-parto – uma senhora de uns 56 (cinquenta e seis) anos veio acompanhando a parturiente. Neste horário estávamos conversando no Posto de Enfermagem do Setor Hospitalar.

A técnica-1 foi até a sala de conforto do Setor Hospitalar, acordou a enfermeira e comunicou que havia chegado uma grávida em trabalho de parto, a enfermeira dirigiu-se até a sala de pré-parto, fez o toque e avisou à técnica que o parto ainda demoraria, pois a grávida estava com 06 (seis) centímetros de dilatação. A enfermeira voltou para o conforto, a técnica-1 avaliou duas puérperas que estavam internadas, avisou que descansaria um pouco. Eu fiquei andando pelo corredor que dá acesso à sala de pré-parto e clínicas obstétricas. A grávida ficou com sua acompanhante na sala de pré-parto, o tempo todo a porta ficou semiaberta, eu me aproximava da porta a fim de conversar com elas, mas senti receio.

Conseguia visualizar a grávida deitada numa maca e a acompanhante sentada numa cadeira ao lado abanando a grávida com uma toalha. Decorrida 01 (uma) hora a técnica-1 entrou na sala de pré-parto, pediu para a grávida deitar na mesa ginecológica, fez o toque e disse que havia dilatado apenas 02 (dois) centímetros. Fiquei do lado de fora da sala e perguntei como estava o trabalho de parto, ela disse que estava evoluindo bem e que antes do amanhecer o bebê nasceria, já que era a terceira gravidez daquela mulher.

Quando a técnica-1 saiu da sala, a acompanhante da grávida a chamou para caminhar pelo corredor. Com as mãos no quadril e franzindo o rosto, ela começou a caminhar com sua acompanhante que segurava o soro⁹⁶. Uns 40 (quarenta) minutos depois, elas voltaram para a sala de pré-parto, a técnica-1 estava sentada no posto de enfermagem do mesmo setor assistindo televisão.

Eu ficava indo e vindo pelo corredor, resolvi sentar um pouco juntamente com a técnica-1, minutos depois ela foi avaliar a grávida, ouvi uns gritos da técnica-1 na sala de pré-parto e resolvi ver o que estava acontecendo. A porta estava entreaberta, vi a grávida deitada

⁹⁶ Os suportes de soro não possuem rodinhas para facilitar a locomoção das parturientes. As acompanhantes retiravam o soro do suporte imóvel e segurava-os na posição do braço acima do ombro.

na mesa ginecológica, a acompanhante e a técnica-1 ao lado. A técnica-1 gritava com a acompanhante pedindo que ela se retirasse da sala, a grávida pedia que não, e a acompanhante, num tom alto de voz, disse que não sairia, pois era parteira e avó da grávida. “Enfermeira, eu não vou deixar minha neta sozinha aqui. Vocês deixam a gente aqui e vão dormir, desse jeito a criança vai nascer sem ajuda de vocês e minha neta vai ficar sozinha aqui.” (Parteira). A técnica-1 ficou com raiva, foi até o conforto da enfermeira plantonista, as duas vieram à sala de pré-parto e a enfermeira falou:

A senhora vai ter que se retirar daqui da sala, a senhora não tem ciência do grave erro que cometeu quem lhe autorizou a fazer o toque nela? Eu não quero nem saber se a senhora é parteira, você não tem noção do risco de contaminação que expôs a ela. Se a senhora queria fazer o parto pra que trouxe ela pra cá. Pode sair, saia agora! (Enfermeira 1).

Mesmo a parteira comunicando que havia passado álcool nas mãos antes de fazer o toque, ela continuou sendo repreendida, porém se contrapôs argumentando que havia feito o toque, pois estavam sozinhas na sala e a técnica em enfermagem estava demorando muito para ver sua neta:

Eu sou parteira e não sou de ontem não minha senhora, eu sei o que estou fazendo, tá vendo aquele litro de álcool alí? Eu passei na minha mão, eu só não tive estudo, mas sei das coisas, já fiz muito partos na vida. Errado é deixar a gente sozinha aqui. Vocês que contaminam a mulher, porque coloca uma luva, depois vão no corredor e volta com a mesma luva. Eu não saio daqui (Parteira).

A grávida, deitada e gemendo, não falava nada. Após ouvir a parteira, a enfermeira decidiu que ela esperaria no alojamento conjunto até o nascimento do bebê. Porém, a mesma ficou no corredor, olhando sua neta pela porta, quando a técnica-1 saía da sala de pré-parto, ela entrava rapidinho, ficava alguns minutos e saía novamente. Assim, por volta das 5h30, quando a dilatação do útero chegou aos 10 (dez) centímetros, a grávida entrou sem acompanhante para a sala de parto, onde teve assistência do médico, enfermeira e a técnica-1.

A partir de observações como essa e das experiências de minhas interlocutoras, percebo que a violência obstétrica alcança todas as mulheres que buscam atendimento no Hospital de Benjamin Constant, sendo que a diferença de nacionalidade, etnicidade e classe social são fatores que condicionam os graus de violência. O que também difere é a forma como cada profissional pratica essa violência.

A fala do médico 1 atribui a violência também a falta de infraestrutura, como já apresentei no item anterior, desresponsabilizando-se pelo que ocorre no hospital. Para ele,

“Violência obstétrica? Humm, é trazer as mulheres para parirem num hospital que não dá condições, uma estrutura que não condiz com nada de parto humanizado”.

Já o médico 2, não considera que a forma de tratamento para as parturientes seja violenta, caracteriza-a como autoridade necessária para o andamento dos serviços no hospital e responsabiliza as mulheres pelo que considera como uma conduta não adequada:

As vezes falamos firme, quando a mulher não colabora na mesa de parto, falamos firme para que ela entenda que a autoridade naquele momento é o médico. Porque se o bebê morrer somos nós que pegaremos a culpa. Daí não tem como ficar paparicando a paciente, se torna uma corrida contra o tempo, atende sala de parto, atende paciente no Setor Hospitalar. (Médico 2).

A médica 3 reconhece que no atendimento às mulheres grávidas a violência faz parte do cotidiano da instituição e não há disposição para refletir sobre isso:

A violência obstétrica ocorre o tempo todo, mas é algo silenciado, tu imagina que há quase dez anos não temos o exame de secreção vaginal no município, agora pega os dados de internação de recém-nascidos que contraiu infecção vaginal, que é contraída pela passagem vaginal ao nascer (Médica 3).

Outra questão levantada pela médica 3 refere-se às ações para um parto normal, natural e humanizado que devem acontecer desde a Atenção Básica, nas consultas pré-natais. Ao mesmo tempo, a médica enfatiza uma das questões levantadas por Menéndez (2003) sobre o tempo reduzido para os atendimentos, reconhecendo que não dispõe de tempo suficiente para avaliar corretamente as grávidas: “Digo, por experiência própria, eu não tinha tempo de examinar os seios das gestantes, de ensinar algumas coisas, porque o que interessa para o município são os dados estatísticos de quantas consultas fazemos, então é tudo muito rápido, fazemos o básico mesmo” (Médica 3).

A entrevista com o médico 2 me chamou a atenção por ele ter um conhecimento teórico sobre atenção a partos, mas presenciei uma conduta contrária na Sala de Pré-parto em 2016. Indaguei o porquê de não ter perguntado à parturiente a posição na qual ela se sentiria confortável durante o trabalho de parto, respondeu-me que geralmente não indaga devido a correria em atender outros pacientes.

Entre os médicos entrevistados há diferentes posturas sobre o atendimento realizado no hospital de Benjamin Constant. O médico 1 e a médica 3 reconhecem que há atos de violência durante a assistência aos partos, seja pela falta de infraestrutura, seja pelo hospital que não condiciona uma assistência adequada durante o período da gravidez e durante o parto.

Já o médico 2 afirma a necessidade de manter sua “autoridade” que “deve ser imposta” na assistência ao parto, retirando a voz das parturientes, obedecendo aos parâmetros da racionalidade biomédica (LEWKOWICZ, 2016).

Entre as/os enfermeiros/as há um discurso mais direto e referenciado pelo seu cotidiano de trabalho que indica o quanto as práticas de atendimento são marcadas por atos de violência. O enfermeiro 2 conceitua o que seria a violência obstétrica qualificando-a de forma ampla, ao mesmo tempo em que aponta quais seriam as causas disso. No seu discurso há referência a especificidade das mulheres indígenas em termos de práticas de partejamento:

A violência obstétrica é a conduta que desrespeita a gestante no momento do parto, sejam verbais ou físicas, isso ocorre demais aqui. Existem vários fatores que contribuem para isso: excesso de carga horária; a rotina do trabalho; falta de capacitação e reciclagem... De cem mulheres indígenas que eu assisti os partos, somente cinco pariram de cócoras, essas brigaram feio mesmo com os médicos e as técnicas, eu falava para deixarem elas parir como quisessem, mas os médicos ficavam com raiva, pedindo para que eu não atrapalhasse. O que fazer diante disso? Eu sozinho não faria nada! Até que alguém denuncie isso não vai mudar... (Enfermeiro 2).

A enfermeira 1, por exemplo, descreve os diferentes momentos do atendimento nos quais o que denomina como conduta de assistência ao parto não é seguida:

A violência ocorre desde a mesa de parto, a posição é agressiva, deve-se levantar a cabeceira da mesa de parto, para que a mulher fique mais inclinada... Todos sabemos que as condutas de assistência aos partos não são certas, mas o que vemos é falta de interesse da própria secretaria de saúde, em não oferecer treinamentos e capacitação... Quanto ao acompanhante, é uma regra criada pela direção do hospital, pois, como são muitas mulheres parindo não dá pra permitir que um homem fique no alojamento conjunto o tempo inteiro (Enfermeira 1).

Nas narrativas dos enfermeiros, é notório o reconhecimento de que as práticas adotadas e executadas no hospital de Benjamin Constant condicionam as mulheres a sofrerem violência obstétrica. Somado a isso, o fato da maioria dos funcionários que trabalham diretamente na ala obstétrica serem contratados gera medo, receios e silenciamentos dos atos de violências que ocorrem no local de trabalho.

Através das narrativas dos médicos e enfermeiros comprovamos que ambos identificam as ações que geram a violência obstétrica, exceto o médico 2, quando afirma que a autoridade na hora do parto é do médico, retirando a própria autoridade que as mulheres detém sobre o seu corpo.

Entre as técnicas de enfermagem se torna mais evidente o desconhecimento ou uma vaga ideia do que seja violência obstétrica. Diferentemente dos médicos e enfermeiros, penso que as técnicas em enfermagem cometem os atos de violência as vezes inconscientemente, por não terem uma base teórica de estudos ou qualquer outro tipo de informações sobre o assunto (embora as mesmas apresentem resistência em obter conhecimento sobre o assunto alegando que se tivesse curso de aperfeiçoamento não fariam por não ganharem aumento salarial), como pode ser percebido na fala da Técnica 1: “Violência obstétrica é uma coisa muito ampla, tem aquela agressão né que o médico pede para as mulheres abrir a perna, um dia desses eu vi aí na televisão a mulher falando de violência no parto, mas saber mesmo o que é eu não sei não! Ai meu Deus!”

O fato das mulheres indígenas resistirem à mesa de parto e a falta de conhecimento do que é violência obstétrica, faz com que a Técnica-2, as veja não como vítimas de violência, mas como causadoras de violência. Outra desculpa utilizada para não atenderem aos direitos das mulheres é a falta de uniformes disponibilizados pelo hospital, ou seja, a falta de estrutura para o atendimento:

Violência a gente sofre aqui, a maioria das mulheres que vem parir são indígenas, a maioria mesmo mana são tudo agressivas. São muito difíceis de lidar, na hora de parir querem ficar de cócoras no chão, ou sentada no vaso, daí o médico vem, não quer se abaixar pra fazer o parto, a gente pede pra deitarem e não querem, até já me bateram... Não é que a gente não queira fazer o parto de cócoras, mas a gente vem com uma roupa de trabalho, aqui não dão uniformes, a gente se senta, coloca o joelho no chão, se suja de sangue e tudo, como que vamos continuar trabalhando com a roupa suja, nem lençol o hospital tem pras macas, taí as condições! Todo dia tem indígena parindo aqui, elas são muito tímidas, mas na hora que tá parindo umas se transformam mesmo, gritam, chutam a gente, é um Deus nos acuda. (Técnica 2).

Para a técnica-4, a falta de orientações no pré-natal, tanto para a grávida quanto para quem vai acompanhá-la durante o parto, dificulta os partos, pois as grávidas chegam ao hospital sem saberem como é o trabalho de parto, não há um controle emocional e psicológico, o desconhecimento das etapas do trabalho de parto, impulsiona a ansiedade e aflição:

É muito parto aqui, hoje as mulheres não querem mais parir, querem que a gente faça o trabalho por elas, tem mulher que se fecha, que não faz a força para empurrar o bebê, fica pinotando na mesa de parto, daí dificulta, tem vezes que o médico não deixa nem o acompanhante entrar, porque só piora a situação, eu penso que os acompanhantes deveriam ajudar, mas tem uns que só atrapalham, começam a chorar, daí a gestante ver a mãe, irmã ou tia chorando, começa a chorar também e vira o caos. Por isso que eu digo, tem que ter todo um preparo principalmente as

primigestas. Chegam aqui sem saber nada sobre o trabalho de parto. (Técnica-4).

Nesse sentido, segundo a técnica 1, a realização do pré-natal é essencial para resolver os problemas durante os partos:

Acontece muitos atos de violência mana e sabe por quê? Porque a mulher chega aqui já querendo cesárea, não teve uma orientação boa no pré-natal, fica se fazendo de mole, aí a gente tem que falar sério, explicar os riscos de uma cirurgia. Mas também, tu deve lembra Ana, daquele caso que o médico colocou uma toalha na boca da adolescente que tava parindo, pedindo para ela parar de gritar, dizendo que na hora de fazer não gritou, esse foi o pior caso que já vi aqui. O bebê nasceu morto, porque invés do médico ajudar, fazia era gritar com a menina, mandando ela ficar sentada na cadeira. A menina depois entrou em depressão. Não gosto nem de lembrar (...). O que a gente sabe sobre atenção aos partos foi o que estudamos bem rápido no curso técnico de enfermagem, mas muita coisa mudou né, muda e a gente fica sem saber⁹⁷ (Técnica-1).

O fato de não haver denúncias sobre casos de violência obstétrica contra o Hospital de Benjamin Constant ou de alguma paciente dizer que estava sofrendo violência faz a técnica-5 acreditar que há tempos isso não acontece em Benjamin Constant, seu conhecimento sobre violência obstétrica está ligado apenas ao uso de fórceps. Ela relata o acúmulo de funções não condizentes para o número de pacientes (parturientes e recém-nascidos) que ficam aos seus cuidados. Enfatiza, ainda, o uso recorrente da manobra de kristeller e a violência que as mulheres indígenas sofrem por parte dos médicos:

Eu não ouvi falar em violência obstétrica, não sei o que é, porque ninguém nunca chegou e disse, isso é violência (...) um ato de violência que eu sempre via aqui mas que não existe mais era o uso de fórceps, que era tipo uma concha que puxava o bebê pelo pescoço e deixava a criança com muitas sequelas... A demanda de parturientes aqui é alta. A gente tem que preencher formulário, fazer medicação nas puérperas cesariadas (...) Se tem três puérperas, não significa três pacientes, é o dobro, são seis, pois temos que verificar periodicamente os sinais vitais da mãe e do RN... Eu entendo as indígenas quando querem parir de cócoras ou em pé, eu já pari também, mas o médico obriga que elas deitem na mesa de parto, se elas se recusam eles gritam com elas, daí elas deitam as vezes o bebê não desce, e é preciso chamar algum homem para empurrar com o braço o bebê. É um sofrimento! (Técnica-5)

⁹⁷ Não lembro bem o ano em que aconteceu este caso, mas o episódio narrado me fez relembrar toda a história. A enfermeira que estava de plantão incentivou a mãe da adolescente a fazer uma denúncia, o hospital e o médico receberam notificação, mas não sei dizer como terminou o processo. Meses depois, o médico foi afastado do hospital e ouvíamos os comentários pela cidade de que ele era um falso médico brasileiro que havia forjado o CRM.

3.4 Considerações sobre o Parto humanizado

Não se ouve falar em parto humanizado no Hospital de Benjamin Constant, o termo é conhecido apenas entre médicos e enfermeiros e, por mais que estes profissionais tenham o conhecimento teórico sobre as condutas de parto humanizado, a maioria não as coloca em prática culpabilizando o sistema de saúde por falta de condições estruturais e de recursos humanos.

Segundo Carneiro (2000), nos anos 2000 cresce no Brasil a mobilização e a expectativa em torno do parto humanizado, caracterizado pela intervenção nula ou mínima e sem cesárea. Diniz (2005, apud CARNEIRO, 2000) observa que o termo humanização tem vários sentidos, ou seja, é “polissêmico”. Carneiro (2000, p. 19), o conceitua da seguinte forma:

(...) parto humanizado é aquele onde o desejo das parturientes e dos casais se veem respeitados e no qual, muitas vezes, o que não se quer é o excesso de intervenção e tecnologia. A cesárea é nesses espaços, muito ao contrário, vista como uma violência e uma violação de direitos sobre o próprio corpo e da criança. Enquanto ideário e articulação social conjugam mulheres, casais e profissionais de saúde provenientes de camadas médias, que se organizam, difundem informações e se comunicam mediante blogs, listas ou redes sociais na internet, ainda que também se movimentem politicamente em espaços de reivindicação como passeatas, marchas e audiências públicas.

No que diz respeito à atenção ao parto, o Ministério da Saúde estabeleceu através da Portaria 569/GM de 01/06/2000 diretrizes e princípios essenciais para o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, segundo os quais todas as unidades integrantes do SUS têm responsabilidades, tais como atender a todas as gestantes; garantir a internação das gestantes atendidas e que dela necessitem; garantir a presença de pediatra na sala de parto; realizar o exame de VDRL na mãe; admitir a visita do pai sem restrição de horário. A portaria define, ainda, que os municípios devem garantir às mulheres o pré-natal, do início até o quarto mês gestacional, com o mínimo de seis consultas, realizando todos os exames complementares necessários.

De acordo com a OMS, para o parto se tornar humanizado os profissionais em saúde deveriam seguir algumas recomendações desde o pré-natal, planejando com a grávida o local e o médico que realizaria o parto, avaliando os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher, oferecer líquidos ao longo do processo de parto, respeitando a escolha do local do parto, dando liberdade para as posições e

movimentos que elas desejam. O diálogo constante, a monitoração fetal e o respeito à privacidade, devem fazer-se presente durante todo o processo de parto e parto. Incentivando, ainda, o uso de massagem e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto e parto.

É recorrente o discurso de que o parto humanizado é apenas uma medida governamental para conter gastos, como o médico 1, cirurgião geral, apresenta no seu discurso. Também discorre sobre a necessidade de prestar a assistência básica as mulheres:

Humm, parto humanizado é uma invenção do governo para conter gastos, economizar com soro, o que deveria ser feito é investimento na atenção básica, porque se você ver as grávidas que são operadas a maioria tiveram algum problema durante a gravidez, o que falta é pegar os dados estatísticos não só de cesáreas, mas as intercorrências na gravidez e investigar o que leva a isso. Parto humanizado vem de humano, se colocar na posição de sofrimento do outro. Até mesmo numa cesárea tem que haver humanização (Médico 1).

O médico 1 que atendia no hospital de Benjamin Constant, foi o mesmo médico que realizou a cesárea de Adriana na Maternidade no município de Tabatinga. Conforme descrito no capítulo II, o fato da maternidade Enfermeira Celina Villacrez Ruiz, contar com toda equipe médica de profissionais recomendados para a atenção aos partos (médicos obstetras, cirurgiões, anestesista, neonatologistas, enfermeiros e técnicos em enfermagem), faz com que os próprios profissionais criem os discursos de que os partos são humanizados, contudo não houve humanização no parto de Adriana, onde prevaleceu a música que o médico queria ouvir, sua identidade foi reduzida a pejorativos de “mãezinha”, não houve o contato imediato entre mãe e filho, entre outros problemas.

A teoria do médico 2 sobre parto humanizado contradiz sua conduta, pois tem consciência de algumas práticas tidas como violência obstétrica, porém pelo fato das mulheres não se reconhecerem como vítimas de violência obstétrica não adéqua suas condutas. Enfatiza que o simples fato de não usarem mais soro fisiológico e ocitona já transforma o parto em humanizado:

O parto humanizado deve ser um parto sem dor, ou menos dor possível, o mais cômodo possível para a paciente, acompanhada com quem ela desejar, o parto deve ser o mais fisiológico possível. Quando parir colocar no peito, pele a pele por um momento. O toque deve ser feito em fase ativa do trabalho de parto. Violência obstétrica é todo o oposto do parto humanizado. Não perguntar a posição que a mulher quer ficar também é violência... A gente já faz parto humanizado sim! Sabe antigamente a gente colocava soro, medicamentos, hoje já não colocamos mais ocitona no soro. Tu Ana, sabe o que é parto

humanizado e violência obstétrica, 99% das mulheres que parem aqui não sabem, então pra elas tá tudo bem! (Médico 2).

A médica 3 narrou sua própria experiência de dois partos realizados num hospital particular em Manaus, enfatizou que todas as mulheres deveriam ter a mesma assistência que ela, porém, na sua perspectiva, o sistema de saúde público condiciona a maioria das mulheres a sofrerem violência na hora do parto:

Parto humanizado é o parto que todas as mulheres deveriam ter, uma assistência acolhedora que começasse desde o pré-natal, não é o parto sem dor, porque dói mesmo, mas a mulher deve sentir-se segura, acolhida, se você perguntar para alguns funcionários daqui o que é parto humanizado, eles dirão que é o parto vaginal, normal. Mas eu tive dois partos cesáreos totalmente humanizados, uma equipe excelente, com obstetra, pediatra, me senti segura e acolhida. Eu havia me preparado para um parto normal, mas em nenhuma gravidez entrei em trabalho de parto (Médica 3).

Nas narrativas dos enfermeiros, constatei o conhecimento teórico sobre o assunto, ao mesmo tempo em que justificam suas condutas contrárias, culpabilizando as condições de trabalho:

O parto humanizado é um sonho distante, o atendimento humanizado de forma em geral não acontece neste hospital. Era para respeitarmos o tempo da mulher parir sem intervenções, mas nem sempre nós e os médicos temos duas horas no mínimo exclusiva para as grávidas, porque nós temos outras demandas de pacientes, quem fica com elas lá são as técnicas, uma por plantão, imagina só! Nem elas tem tempo para ficar direto com a parturiente, porque sempre tem alguma puérpera com recém-nascido, não há uma equipe exclusiva para a ala obstétrica (Enfermeiro 2).

Para o parto ser humanizado, a primeira abordagem de atendimento deve ser de boa qualidade, explicar os procedimentos à parturiente e ao acompanhante, não utilizar a episiotomia. (Enfermeira 1).

Para a técnica-1, o parto humanizado acontecia com os partos realizados pelas parteiras sem intervenções, enfatiza que nem sempre as premissas seguem a mesma perspectiva, pois é recorrente o corte no períneo nas parturientes de primeira gravidez: “Parto humanizado é aquele com parteira né, que não pode colocar soro, medicamento, não pode cortar o períneo. Mas as vezes quando é primigesta ainda tem que cortar que é pra ajudar pro bebê sair logo” (Técnica-1).

A técnica-3 faz referência ao cartaz com as ilustrações de posições para parir, ensejou sua indignação por não haver cursos de aperfeiçoamento e perda salarial no período de 2013 a 2015. As técnicas atuantes na ala obstétrica recebiam um incentivo salarial no valor

aproximado de R\$200,00 (duzentos reais). A retirada de tal incentivo desmotivou todas as técnicas. A mesma vê como um sonho distante as mudanças nas condutas para um parto humanizado no hospital de Benjamin Constant:

Parto humanizado é tipo o que tem naquele cartaz na sala de pré-parto, a maioria dos partos são de indígena. isso é só um pensamento distante, porque nem o nosso curso que prometeram fizeram, sabe o que fizeram diminuiram nosso salário, mas mesmo assim quero trabalhar aqui (Técnica-3).

A técnica-5 relatou a falta de conhecimento teórico sobre partos humanizados. Citou a enfermeira Silene como colaboradora e incentivadora de técnicas que condicionam uma assistência mais cômoda e adequada às grávidas:

A gente não sabe muito bem o que é parto humanizado assim falando né. Porque muita coisa mudou dos anos que a gente estudou o técnico. Mas eu acho que já fiz tipo parto humanizado, um parto de cócoras de uma indígena, foi bom! A gente aprende muito quando a enfermeira Silene está aqui, ela faz massagem, chama a gestante para tomar um banho morno. Aquela ducha que tem no pré-parto, quase ninguém usa, porque se a gente entrar lá no chuveiro com a gestante, a gente se molha toda, tem que ter tempo disponível, e nós não temos (Técnica-5).

Mesmo desconhecendo as diretrizes para a humanização dos partos e sem conseguir verbalizar e explicar o que isso significa, em dados momentos há algum tipo de conduta inconsciente por parte das técnicas em enfermagem que vai ao encontro de práticas mais humanizadas e respeitadas com as mulheres em trabalho de parto:

Parto humanizado acontece quando a mulher tem um pré-natal bem feito, isso acontecia antes, até mesmo com as idas nas parteiras. Eu lembro da tua avó que realizou dois partos meus na minha casa, um ela me acompanhou até eu ter no hospital, entrou na sala de parto daqui comigo. Hoje em dia não se ouve mais falar em parteira, todo mundo vem para o hospital, não há esclarecimento do que é um trabalho de parto. As mulheres chegam aqui com quatro centímetros de dilatação e em meia hora já querem está parindo, daí elas se agoniam, se estressam, tudo complica (...) Eu acho que fiz um parto humanizado de uma menina de doze anos, ela sofreu mais de oito horas, eu não sou de fazer toque vaginal, isso pra mim machuca muito e ajuda a engrossar o colo uterino. Eu dizia pra menina que quando a contração viesse, era pra ela fazer força de fazer cocô, eu sai da sala, passou um tempo voltei lá, quando vi a menina tava sentada no vaso sanitário, a acompanhante falou que desde quando eu falei pra ela fazer a força de cocô ela foi pro vaso e não saiu mais de lá, quando eu vi maninha, tava coroadando, puxei numa velocidade o colchão da cama até o banheiro, pedi pra acompanhante segurar ela por trás e o bebê desceu naturalmente, foi muito lindo, não teve nenhuma dilacerção! (Técnica-6).

Todos os profissionais de saúde que atuam na ala obstétrica criticam o modelo de atenção às grávidas na Atenção Básica de Saúde do município, apontam como fio condutor dos problemas que enfrentam na sala de parto, a falta de informação e conhecimento que as grávidas não adquirem nas consultas pré-natais. Outra vez, vemos a culpabilização da administração pública pela escassez de recursos materiais para os funcionários, limitando a exploração de espaços tanto para os pacientes quanto para os funcionários.

Somado a isto, enumeram a falta de estrutura, de recursos humanos, capacitação dos profissionais de saúde. Evidenciei, ainda, que a falta de conhecimento sobre seus direitos por parte das grávidas, a rede de relações em quem estão ligadas (pode político local), favorece que os profissionais de saúde continuem com condutas inapropriadas, silenciando assim os atos de violência.

Há também o sentimento de repulsa nos atendimentos às mulheres indígenas e peruanas, sempre essas mulheres são remetidas ao discurso de desobediência e falta de higiene, o que segundo alguns profissionais de saúde, compromete a evolução do trabalho de parto. Teixeira (2012), no artigo “A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira”, cita Langdon como suporte na abordagem do discurso higienista que, no decorrer dos anos, tem modificado o modo assistencial na saúde indígena:

Nas atividades de prevenção e cura, é frequente ouvir os profissionais em saúde manifestando preconceitos comuns sobre os índios, caracterizando-os ou condenando-os como sujeitos, ignorantes sobre as noções em relação à saúde e à doença, pacientes desobedientes ou resistentes às indicações do tratamento e incapazes de compreendê-los (LANGDON, 1999, apud TEIXEIRA, 2012, p. 568).

A autora chama a atenção para a fronteira da diferença tolerada, que expressa sentimentos emoções e sensações corporificados, cujos interlocutores são domesticados em sua alteridade, no qual os que nos provocam repugnância são sempre os outros (...) o nojo se constitui em uma diversidade e constitui uma diversidade que ofende os sentidos e se expressa no corpo, o faz por meio de processos cognitivos e intersubjetivos que indicam as fronteiras da própria ordem moral incorporada (TEIXEIRA, 2012).

4.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pondero que a delimitação da fronteira entre Benjamin Constant/Brasil e Islândia/Peru não é somente o espaço geográfico, há uma série de relações que são tecidas por fora das estruturas sociais, de poder, relações institucionais, sociais, podendo ser comparada como uma microfísica das relações/de poderes, manejos diferentes entre os Estados. Essas relações estabelecem mercados, linguagens, música, culinárias, idiomas, etc., tais concepções se tecem num emaranhado de relações que não são medidas pela fronteira delimitada, são construídas no cotidiano, fluindo na direção dos direitos e oportunidades. Não vivemos em conflito permanente, há os momentos de aliança onde se produz uma convivência coletividade, como por exemplo, no futebol, onde brasileiros torcem pelo Peru e Colômbia, Peru torce pelo Brasil e Colômbia e Colômbia torce pelo Brasil e Peru, porém isso não elimina as hierarquias e preconceitos referentes a direitos e benefícios, ocorrendo à fricção interétnica tecidas em momentos de convivência ou tensão.

As observações realizadas nesta pesquisa me permitiram evidenciar duas questões que considero como as principais contribuições deste trabalho. A primeira delas diz respeito ao fato de que as parturientes não conhecem seus direitos e, portanto, na maioria das vezes não se reconhecem como vítimas de violência obstétrica. Nas observações sobre seu atendimento no hospital constatei as várias violências físicas e psicológicas que sofrem e que já estão banalizadas na rotina dos profissionais de saúde, sendo que as próprias mulheres são responsabilizadas pelo descaso e violência a que são submetidas e, dependendo de sua origem social, os maus tratos podem ser acentuados.

Em segundo lugar, identifiquei que os profissionais que atuam diretamente na ala obstétrica alegam não ter conhecimentos sobre parto humanizado e os médicos e enfermeiros que, por sua vez, teriam mais acesso a tal conhecimento, não o colocam em prática na rotina laboral, especialmente devido aos preconceitos arraigados sobre o corpo feminino, sua nacionalidade, religião ou etnia. Prevalece, nos atendimentos, uma concepção hegemônica da biomedicina que fragmenta os corpos e prioriza os aspectos físicos e as hierarquias institucionais, econômicas ou sócio-políticas.

As políticas públicas assistenciais do Governo Federal brasileiro aparecem como marcadores sociais de diferença uma vez que quem os acessa, como as mulheres urbanas não indígenas e sem renda salarial, são acusadas de engravidar propositalmente para aumentarem o valor do Bolsa Família. No caso das indígenas, são estigmatizadas tanto por acessarem o

programa Bolsa Família quanto pelo Auxílio Maternidade após o parto. A busca de atendimento aos partos pela peruanas é pensado apenas para obter acesso a dupla cidadania e aos Programas Sociais. Nas três situações, em nenhum momento são pensados os direitos sexuais e reprodutivos, nas ações da assistência básica de saúde no município de Benjamin Constant e, no caso específico das estrangeiras não são ponderadas as condições de assistência em saúde no país vizinho.

É evidente que o modelo médico hegemônico somado ao poder político impulsiona cada vez mais os partos para as instituições hospitalares, seja pelo controle que se exerce pelo discurso higienista, seja pelo recurso financeiro gerado pelos atendimentos. Em contrapartida, oferecem “facilidades e comodidades” para a retirada do Registro Civil na instituição hospitalar, pois antes os registros de nascimentos tanto de crianças nascidas no hospital quanto em domicílio eram feitos num único cartório da cidade, onde às vezes precisavam esperar numa longa fila para o atendimento, recordo bem quando minha sobrinha foi registrada em 2010 a dificuldade que os pais tiveram para registrá-la devido o parto ter sido em casa, foi necessário apresentar à parteira (minha avó, que teve que assinar um termo de veracidade) e mais duas testemunhas a fim de comprovar o parto, ao contrário do parto hospitalar onde apresentavam apenas a Declaração de Nascido Vivo emitida pelo hospital e os documentos dos pais. Esse mecanismo somado ao do fato dos hospitais receberem R\$ 5,00 (cinco reais) por cada registro emitido impulsionam tanto as mulheres a buscarem os hospitais quanto às políticas públicas em incentivarem os partos hospitalares, onde as pessoas são números estatísticos e os procedimentos feitos a elas valores financeiros.

Na assistência aos partos observamos como os poderes de gestão de fronteira são produzidos, percebemos que os profissionais de saúde de Benjamin Constant, mesmo tendo o discurso de proteção a vida, criam repulsa à assistência ao parto de mulheres peruanas, o preconceito e o estigma destinado aos peruanos impede de se analisar a precariedade existente no Sistema de Saúde em Islandia. Desta forma o dispositivo de identificação dos peruanos, instaura a necessidade de identificar nacionalidade e etnia no sistema de saúde local, para subordiná-las e puni-las. O grau de desrespeito e violência que os agentes destilam sobre as mulheres, combinado com a segurança que eles sentem para falar, os fazem banalizar a dor, indo além da correspondência da categoria jurídico-política como violência obstétrica.

A forma operante na assistência em saúde em Benjamin Constant está subordinada a pobreza, a xenofobia, a racismo, etnias e as mais variadas formas de violência.

5.0 REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

AUSTIN, J.L (1962). How to do things whit words. Oxford: Clarendon Press (tradução pela Artes Médicas, 1990

BAUERMANN, Cesar Luis. Fronteiras do Brasil: a experiência do projeto sis - fronteiras no município de santa helena – paraná. UNIOESTE – Campus Marechal Cândido Rondon, 2014.

BECKER, Sandra Greice et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. Revista Brasileira de Enfermagem, São Paulo, v. 62, p.323-326. 2009

BITENCOURT, S. M. Maternidade e Carreira: Reflexões de Acadêmicas na Fase do Doutorado. 1. ed. Jundiaí: Paco Editorial, 2013.

Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, Aguiar C, Saraiva Coneglian F, Diniz AL, Tuncalp O, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLoS Med. 2015;12:e1001847. discussion e1001847.

BOURDIEU, P. A economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer. São Paulo: EDUSP, 1998.

BRAGA, Celdo. Barroncas, Eliberto. Música:Voltando pra casa/Grupo Raízes Caboclas, 1994. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/raizes-caboclas/461033/>. Acessado em 10 de dezembro de 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n.º 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 21 set. 1955. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L2604.htm>. Acesso em: 03 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial [da] União. Brasília, Distrito Federal. Brasília: MS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede

Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial [da] União. Brasília, Distrito Federal; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Lei nº 11.108 de 07, de abril de 2005. Altera a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial [da] União, número 67, seção 1, p. 1. Brasília, Distrito Federal; 2005.

BRASIL. Lei 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial [da] União, seção 1, p. 2. Brasília, Distrito Federal; 2007

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il.

CAMPOS, Ana Maria. Dilemas da maternidade: assistência a grávidas na rede municipal de saúde de Benjamin Constant/AM. Trabalho de conclusão de curso em Antropologia Social, Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Natureza e Cultura. Benjamin Constant: UFAM/INC, 2012.

Carneiro RG. Em nome de um campo de pesquisa: antropologia (s) do parto no Brasil contemporâneo. Vivência Rev Antropol [Internet]. 2014 [citado 02 Abr 2014]; 1(44):11-22. Disponível em: <http://www.periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/7020>. [Links]

CARVALHO, Clarissa Souza de. Violência Obstétrica: Etnografia de uma comunidade no Facebook. Eventos Livera, 2015.

CIMI REGIONAL NORTE I, Notícias. Audiência Pública confirma caos na saúde indígena do Amazonas. 10 de julho de 2013. Disponível em: <https://www.cimi.org.br/2013/07/35042/>

COSTA, S. e DINIZ, D. Direitos de pacientes na tomada de decisão. In: COSTA, Sergio e DINIZ, Débora. Ensaios: Bioética. São Paulo. Editora: Letras livres, 2006.

DA MATTA, Roberto. “O ofício do etnólogo ou como ter anthropological blues”. In: Publicações do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, 1974.

DAS, Veena. “Fronteiras, violência e o trabalho do tempo: alguns temas wittgensteinianos”. RBCS, v. 14, n. 40, jun. 1999.

DIAS-SCOPEL. Raquel P. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os Índios Mundurucu. Tese de doutorado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.

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

DOUGLAS, Mary. Pureza e Perigo. “Ensaio sobre as noções de Poluição e Tabu”. Lisboa, Edições 70 (col. Perspectivas do Homem, n.º 39), s.d. (trad. por Sônia Pereira da Silva, 1966).

DOSSEY, Larry 1989 "La Vida Interior del Curador. Importancia del Chamanismo para la Medicina Moderna", en HARNER, op cit.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; OLIVEIRA DE ANDRADE, Sônia Maria ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 10, núm. 1, abril, 2006, pp. 121-125. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715303016>

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1977.
_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. (1979).

GENNEP, A. V. Os ritos de passagem. 2. ed., Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes, 2011.

GLUCKMAM, Max. Análise de uma situação social na Zululândia moderna. in: FELDMAMBIANCO, Bela. *Antropologia das Sociedades Contemporâneas – Métodos*. São Paulo: Global, 1987, pág. 227-344.

HALL, Stuart. Quem precisa da identidade? In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Trad. de Tomaz Tadeu da Silva. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 103-133.

KRUNO, Rosimery Barão; SILVA, Tatiane Osvaldt da; TRINDADE, Patrícia Taís de Oliveira. A VIVÊNCIA DE MULHERES NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO. *Saúde (Santa Maria)*, [S.l.], p. 22-30, maio 2017. ISSN 2236-5834. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/17736>>. Acesso em: 01 dez. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/2236583417736>.

LANGDON EJ. Medicina tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. Em: Haverroth M. *Etnobiologia e saúde dos povos indígenas*. Estudos Avançados. Recife: NUPEEA; 2013. Pp. 15-35

LEWKOWICZ. RB. A hora certa para nascer: um estudo antropológico sobre o parto hospitalar entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

MAIA, MB. Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Editora Fiocruz (no prelo) 2009.

MARIANI, Adriana Cristina, NETO, José Osório do Nascimento. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. CAD. ESC. DIR. REL. INT.(UNIBRASIL)| VOL. 2, Nº 25, JUL/DEZ 2016, P. 48-60.

MARTIN, Emily. A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução. Tradução de Júlio Bandeira. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, F.C. NASCIMENTO, R.T.do, OLIVEIRA, M.E.S. de. A imigração peruana para o Alto Solimões: relatos etnográficos da mobilidade humana numa região de fronteira. In: Antropologia no Alto Solimões 2. São Paulo: Alexa Cultural, 2015.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-208, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher: manual técnico. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento: manual Técnico. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 306 de 28 de março de 2016 – regulamenta as diretrizes de atenção a gestante: a operação cesariana. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2016. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-PortariaSAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>

MIRAGLIA, Paula . Aprendendo a Lição uma etnografia das Varas Especiais da Infância e da Juventude. Novos Estudos. CEBRAP , v. 72, p. 79-98, 2005.

MOORE, Henrietta. Compreendendo Sexo e Gênero. (do original em inglês: “understanding sex and gender”. In: Tim Ingold (ed.) Companion Encyclopedia of Anthropology. London, Routledge, 1997. (Tradução Julio Assis exclusivamente para uso didático)

NOGUEIRA, Wilson. Novas Fronteiras - A formação de uma sociedade transnacional na Amazônia. Somanlu: Revista de Estudos Amazônicos, [S.l.], v. 9, n. 1, p. p. 137-141, jun. 2012. ISSN 2316-4123. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufam.edu.br/somanlu/article/view/298>>. Acesso em: 12 agosto. 2017. doi: <https://doi.org/10.17563/somanlu.v9i1.298>.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, O sistema único de saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p.365-393

OLIVAR, J. M.; CUNHA, F.; ROSA, P. Presenças e mobilidades transfronteiriças entre Brasil, Peru e Colômbia: o caso da “migração peruana na Amazônia brasileira”. *Revista TOMO*, no26, jan/jun, 2015, pp.123-163. [Links]

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. (2000), “Os (des)caminhos da identidade”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 42, São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Maternidade Segura, assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996. Disponível em < <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/2107manhMaternidadeSeguraTerezaKindra.pdf> >. Acesso em: 03 mar. 2017

_____. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf >. Acesso em: 03 mar. 2017.

ORTNER .S. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? IN: ROSALDO, Michelle Z; LAMPHERE, Louise (Orgs.). *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1979, p. 95-120.
ReVEL, vol. 7, n. 13, 2009 [www.revel.inf.br]

PEITER, P.C. A geografia da saúde na Faixa de Fronteira Internacional do Brasil na passagem do milênio. Tese de Doutorado em Geografia – IGEO, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2005.

PELLIZZARO. Nilmar. Michel Foucault: Um estudo do Biopoder a partir do conceito de Governo. *PERI - Revista de Filosofia*. V. 05 . nº 01.2013. pp. 1 5 5 - 1 6 8

PEREIRA, Marina Santos. Estudos sobre as parteiras tradicionais do Maranhão. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências Biológicas e Naturais. UFM.2009.

PISCITELLI, Adriana. Nas fronteiras do natural. *Revista Estudos Feministas*, n.2, 1998.

ROSALDO, Michelle. A Mulher, a cultura e a Sociedade: uma revisão teórica. In: _____ e LAMPHER, Louise (org). *A mulher, a cultura e a sociedade*, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979, p. 95-120.

POUTIGNAT, Phillippe e STREIFF-FERNART, Jocelyne. Teorias da etnicidade. Seguidos de grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrik Barth. São Paulo: UNESP, 1998.

SÁEZ, Oscar Calavia. Esse Obscuro Objeto da Pesquisa: um manual de método, técnicas e teses em Antropologia. O que é antropologia. Ed. do autor, 2013.

Saénz, David Adan Teixeira . Os “ISRAELITAS” : religião, cultura e migração em espaços amazônicos : o caso da AEMINPU em Benjamin Constant, Amazonas. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. UFRGS.2014.

Salcedo-Barrientos, D., Miura, P., Macedo, V. & Egry, E. (2014). Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22 (3), 448-453. doi: 10.1590/0104-1169.3108.2436.

SILVA, Dos Santos Thales W. Tener El Hijo “Al Frente” en la Triple Frontera de Brasil, Colombia y Perú. Dissertação de mestrado. Estudios de Población. Tijuana, 2016.

SILVA NETO, Antonio Levino da. Caracterização geográfica, epidemiológica e da organização dos serviços de saúde na tríplice fronteira Brasil/Colômbia/Peru [Tese de Doutorado]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

SIMMEL, George. O Estrangeiro. RBSE. (Tradução de Mauro Guilherme Pinheiro Koury)Vol. 4. Nº 12.dezembro de 2005.

SOUZA, Alex Sandro Nascimento. A cidade na fronteira: expansão do comércio peruano em Benjamin Constant no Amazonas - Brasil / Alex Sandro Nascimento de Souza. - Manaus, 2014.

SOUZA, Alex Sandro Nascimento. OLIVEIRA, J.A. O comércio peruano em Benjamin Constant no Amazonas, Brasil. *Novos Cadernos NAEA*. V. 18. N.2. p. 111-134. jun-set. 2015

TEIXEIRA, C. C. “A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira”. *Revista de Antropologia USP*, no prelo. 2012.

TORNQUIST. Carmen Susana. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC, 2004.

VAN DER SAND. ICP; RESSEL LB, MONTICELLI M; Schirmer J. Autoatenção na gravidez para mulheres residentes no campo: um estudo etnográfico. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2016 [citado 2017 jul 12]; 25(4): e2510015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2510015.pdf

VELHO, Gilberto. Individualismo e Cultura: Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

VIEIRA, Trajano J.M. Na fronteira do extinto, do miscigenado e do aculturado. *Jornal da Unicamp*. Nº 669. Campinas, 19 de setembro, 2016.