

MULHERES INDÍGENAS E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO (SUS): UM PROCESSO DE DESCOLONIALIDADE FRENTE AOS ATENDIMENTOS VOLTADOS A MATERNIDADE E MATERNAGEM

INDIGENOUS WOMEN AND BRAZILIAN SINGLE HEALTH SYSTEMS: A DECOLONIALITY PROCESS IN FRONT OF MATERNITY AND MATERNITY CARE

Rosângela Angelin

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Brasil

Gabrielle Scola Dutra

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil

Marigley Leite da Silva de Araujo

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Brasil

DOI: <http://dx.doi.org/10.31512/rdj.v25i51.1746> Recebido em: 18.02.2024 Aceito em: 22.05.2025

Resumo: A temática da presente pesquisa circunda os processos de maternidade e maternagem de mulheres indígenas de algumas etnias no Brasil sob a perspectiva crítica dos direitos humanos, com ênfase no direito humano à saúde. A investigação tem o objetivo geral de refletir sobre os direitos humanos e o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) das mulheres indígenas no que se refere aos processos de maternidade e maternagem. Os objetivos específicos são: 1) compreender e situar as diferenças nos processos de maternagem nos moldes hegemônicos e sua intersecção com o patriarcado; 2) contextualizar a maternagem em algumas culturas indígenas brasileiras, buscando refletir sobre as diferenças culturais e localizar a influência do patriarcado; e 3) demonstrar como o SUS brasileiro tem garantido o direito humano ao acesso à saúde para mulheres indígenas no processo de maternidade e maternagem e como os atravessamentos do patriarcado e da colonialidade ainda se fazem presentes. A metodologia é articulada a partir do método dedutivo, instruído por uma análise bibliográfica e documental. Diante disso, questiona-se: o Sistema Público de Saúde (SUS) brasileiro tem garantido o acesso à saúde para mulheres indígenas no processo de maternidade e maternagem, superando aspectos patriarcais e decoloniais? Em que pese o SUS seja reconhecido enquanto um modelo de saúde pública a nível mundial, constata-se que existem déficits estruturais fundados no patriarcado e na colonialidade que obstaculizam o acesso à saúde para mulheres indígenas durante os processos de maternidade/maternagem.

Palavras-chave: Direito Humano à Saúde. Maternidade. Maternagem. Mulheres Indígenas. Sistema Único de Saúde.



Abstract: The topic of this research revolves around the motherhood and maternity processes of indigenous women of some ethnic groups in Brazil from the critical perspective of human rights, with emphasis on the human right to health. The research has the general objective of reflecting on human rights and access to the Unified Health System (SUS) of indigenous women with regard to motherhood and maternal processes. The specific objectives are: 1) understand and situate the differences in maternal processes within hegemonic molds and their intersection with patriarchy; 2) contextualize motherhood in some Brazilian indigenous cultures, seeking to reflect on cultural differences and locate the influence of patriarchy; and 3) demonstrate how the Brazilian SUS has guaranteed the human right to access to health for indigenous women in the process of motherhood and maternity and how the intersections of patriarchy and coloniality are still present. The methodology is articulated based on the deductive method, guided by a bibliographic and documentary analysis. Faced with this, the question arises: has the Brazilian Public Health System (SUS) guaranteed access to health for indigenous women in the motherhood and maternity process, overcoming patriarchal and decolonial aspects? Although the SUS is recognized as a public health model at a global level, it appears that there are structural deficits based on patriarchy and coloniality that prevent indigenous women's access to health during the maternity/maternity processes.

Keywords: Human Right to Health. Maternity. Maternal care. Indigenous Women. Unique Health System.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os direitos humanos remetem ao Estado, do qual a sociedade civil faz parte, responsabilidades e compromissos sociais e jurídicos voltados para a construção de um espaço de convívio que seja sustentável e bom para todas as pessoas, respeitando a diversidade e os modos existenciais de ser/estar/agir no mundo. Porém, mantendo a atenção voltada para que as ações e legislações não se percam em relativismos culturais. Essa pauta também se faz importante e desafiadora em todas as áreas do conhecimento, em especial, nas que contribuem para reflexões sobre diferenças culturais que destoam dos costumes hegemônicos, como o caso dos povos indígenas, e afetam seus direitos humanos. Sob essa perspectiva, a criticidade dos direitos humanos é significada por processos emancipatórios e democráticos em que indivíduos, grupos e coletividades empreendem com o objetivo de terem acesso aos bens comuns da humanidade e, por fim, dar concretude a um projeto civilizatório rumo a um novo horizonte de civilização e de vida calcado no respeito à diversidade e a dignidade humana.

Nesse escopo, apresenta-se a temática dos processos de maternidade e maternagem das mulheres indígenas no Brasil sob a perspectiva crítica dos direitos humanos, com ênfase no direito humano à saúde. Por conseguinte, a presente investigação busca refletir sobre direitos humanos e o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) das mulheres indígenas no que se refere aos processos de maternidade e maternagem. A proposta estabelece uma intersecção entre mulheres e saúde como um bem comum da humanidade, a partir do reconhecimento de que existem processos forjadores que patriarcalizam a estrutura do sistema público de saúde brasileiro impedindo o pleno acesso às ações e serviços de saúde pública pelas mulheres indígenas, durante

a experiência da maternidade/maternagem, situação que viola, generalizadamente, seus direitos humanos. Em que pese o SUS seja um modelo de saúde pública no contexto mundial, apresenta déficits estruturais de gestão que acabam incitando o não reconhecimento da superdiversidade de biografias e cartografias femininas incutidas no horizonte de vivências/experiências das mulheres indígenas.

Por si só, o tema envolvendo a maternidade e a maternagem já é polêmico, por estar alicerçado em construções culturais permeadas de relações de poder e de naturalizações de papéis sociais, as quais são sustentadas pelo sistema patriarcal de domínio e exploração de vidas humanas e acabam refletindo no mundo jurídico e afetando os direitos humanos das mulheres. Por sua vez, mais polêmico ainda tem sido o tema quando envolve a maternagem de culturas distintas, como a dos povos indígenas, que ainda mantém atravessamentos de costumes e de tradições distintas às hegemônicas, assumidas pelo Estado, assim como seguem sendo permeadas por processos coloniais que povoam cotidianos e totalizam a experiência civilizatória, reduzindo-a a uma lógica hegemônica e patriarcal.

Dado o exposto e, a partir de um estudo dedutivo, alicerçado em pesquisas e produções científicas, legislações pátrias e de políticas públicas, assim como frente a premissas críticas dos direitos humanos, questiona-se: o Sistema Público de Saúde (SUS) brasileiro tem garantido o acesso à saúde para mulheres indígenas no processo de maternidade e maternagem, superando aspectos patriarcais e decoloniais?

Para responder tal questionamento condutor do estudo, este encontra-se dividido em três partes. Inicialmente, o estudo se atém em compreender e situar as diferenças nos processos de maternagem nos moldes hegemônicos e sua intersecção com o patriarcado. Num segundo momento, a pesquisa busca contextualizar a maternagem em algumas culturas indígenas brasileiras, buscando refletir sobre as diferenças culturais e localizar a influência do patriarcado. Por fim, o estudo ocupa-se em demonstrar como o SUS brasileiro tem garantido o direito humano ao acesso à saúde para mulheres indígenas no processo de maternidade e maternagem e como os atravessamentos do patriarcado e da colonialidade ainda se fazem presentes.

2 PATRIARCADO E MATERNAGEM: APONTAMENTOS HISTÓRICOS E SOCIOLÓGICOS DE UM RETRATO HEGEMÔNICO OCIDENTAL

O patriarcado se constitui como uma força ideológica que tem perpassado povos e culturas, se incorporando como um atravessamento da vida das pessoas e de diversas culturas sob várias formas, em especial, diante da visão binária de gênero (homem/sexo masculino e mulher/sexo feminino) e da imposição de comportamentos baseados em relações de poder que são, por sua vez, justificadas pela biologia dos corpos. É nesse sentido que se adentra aos estudos da maternidade e da maternagem, buscando desmistificar a naturalização da maternagem como uma atribuição específica às mulheres, imposta por relações patriarcais que permeiam as relações

humanas em várias culturas. Para tal intento, busca-se auxílio de áreas do conhecimento, como a história, a arqueologia, a sociologia e o direito.

A maternidade é uma característica única das fêmeas, ou seja, das pessoas com aparelho reprodutor feminino. É no corpo delas que se desenvolve a vida de outros seres humanos e isso faz parte da natureza humana, constituindo-se no que se chama de “maternidade”, caracterizada por relações consanguíneas que são firmadas ao gestar, parir e alimentar a criança com o leite materno. Já, a “maternagem” se ocupa com os processos de cuidado, no afeto e na socialização dessas crianças por parte de uma mãe, que não precisa ser necessariamente consanguínea e, isso abarca uma conotação cultural, ou seja, não é uma tarefa natural das fêmeas que gestaram, mas pode ser assumida por outra mulher, bem como por homens e/ou partilhada com outras pessoas. (KITZINGER, 1978).

Dentro da história da humanidade, se tem diversas formas de maternar, marcado por recortes culturais, de gênero, de renda, raciais e étnicos. Na obra “O cálice e a espada: nosso passado, nosso futuro”, Riane Eisler (2007) faz uma retomada da história da humanidade a partir de uma releitura de descobertas arqueológicas nos períodos neolítico e paleolítico, destacando evidências bastante contundentes de um período em que a maternidade era venerada e as mulheres tratadas como deusas, diante do poder de gerarem vidas humanas. Foi nesse espaço que o lugar das mulheres na sociedade era valorizado, sendo exercidas relações de parceria e cooperação entre homens e mulheres. Elisabeth Bandinter (1986) explica que a divisão sexual do trabalho, no início da humanidade não fazia das mulheres seres menos prestigiados ou mais fracos, como por um longo período se acreditou. As mulheres exerciam a função de genitoras e maternavam enquanto os homens saíam para caçar. Essa tarefa exigia delas o desafio de manter a prole viva, alimentando-a e protegendo-a, o que exigia, além de agilidade, muita inteligência diante dos perigos do entorno.

Corroborando com o debate, a obra “A origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado”, de Friedrich Engels (2005), evidencia as mudanças das organizações familiares e, por conseguinte, as mudanças nas formas de maternar. O autor pondera que, no início da humanidade não existia o casamento monogâmico e que a forma de família existente era a matrilinear, atribuindo a maternagem para o círculo familiar envolvendo a genitora. Mais adiante surgem as famílias *punaluanas*, baseadas na união de pessoas por grupos, compostos por vários homens e várias mulheres, que mantinham relações sexuais, possivelmente, permeadas também por afetos. Devido ao instinto de preservação da espécie, Engels pondera em seus estudos que, mais adiante, tais uniões entre parentes consanguíneos foram evitadas, adotando-se o que ele denominou de relações pré-monogâmicas. Nelas as relações poderiam se dissolver, mas a prole permanecia com a mulher.

Dado o exposto acerca de evidências do início da humanidade e, não sendo o objetivo de uma retomada minuciosa da história das famílias e da maternagem, seguem ponderações breves sobre o tema, atentando-se para os registros existentes, neste caso, da civilização ocidental,

voltados, na sua maioria, para relatos de classes mais abastadas da sociedade, a exemplo da organização familiar romana patriarcal – Roma antiga e clássica – onde houve a solidez de laços matrimoniais monogâmicos, chefiadas pelos homens, mudando, portanto, a organização matrilinear da prole, para a patrilinear. Nesse período, as famílias viviam em grandes grupos de casais monogâmicos pertencentes a uma mesma origem familiar e a maternagem era destinada às mulheres solteiras da família (COELHO, 2002), já denotando uma certa desvalorização da atividade de maternar.

Muito embora se tenha uma crença social de que as mulheres foram destinadas naturalmente à maternagem, nem sempre existiu o denominado “amor materno”. Essa ideia foi desenvolvida somente a partir do século XVIII, conforme destacam os estudos de revisões bibliográficas realizadas por Moura e Araújo:

Na verdade, diversas revisões históricas acerca da instituição familiar (Ariés, 1981, Badinter, 1985, Chodorow, 1990, Donzelot, 1986) sugerem que a exaltação ao amor materno é fato relativamente recente dentro da história da civilização ocidental, constituindo-se esse tipo de vínculo, tradicionalmente descrito como “instintivo” e “natural”, em um mito construído pelos discursos filosófico, médico e político a partir do século XVIII. (MOURA; ARAÚJO, 2004, p. 45).

No período da Idade Média a maioria das famílias, em especial, as abastadas, eram construídas com base em interesses econômicos e não afetivos. A maternidade e a maternagem eram desvalorizadas; os bebês eram entregues aos cuidados de camponesas pobres que serviam como amas de leite. A ausência e/ou negação do ato de maternar, nesse período, se justificava com o argumento de que o bebê era muito frágil e, por conseguinte, não mereceria atenção. (GRADVOHLL; OSIS; MAKUCH, 2014). Assim, percebe-se que a maternagem acabava sendo de responsabilidade de um coletivo fora do círculo familiar biológico. Somente no século VII inicia-se algumas transformações que passam a valorizar as crianças e, no século XVIII cria-se a ideia de “amor materno”, conforme versa Moura e Araújo:

O foco ideológico desloca-se progressivamente da autoridade paterna ao amor materno, pois a nova ordem econômica que passa a vigorar com a ascensão da burguesia enquanto classe social impunha como imperativo, entre outros, a sobrevivência das crianças.

Após 1760, inúmeras publicações passaram a exaltar o “amor materno” como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade, incentivando a mulher a assumir diretamente os cuidados com a prole. (MOURA; ARAÚJO, 2004, p. 46).

A mudança acima mencionada referente a maternagem, ocorrida no início do capitalismo, apresenta um fortes recortes de gênero e econômico, ou seja, foi relegado às mulheres o papel único e de destaque da maternagem da sua prole, valorizando o cuidado com o desenvolvimento das crianças a partir do “amor materno”, com o real intuito de manter as crianças vivas para que, futuramente, servissem como força de trabalho na indústria e, que esse cuidado fosse um

trabalho gratuito e realizado “por amor”. Aliado a isso, houve outro discurso que ratificou os interesses da época e ia ao encontro do “amor materno”:

Articulando-se aos interesses econômicos do Estado, um outro discurso proferido por médicos, moralistas, administradores e chefes de polícia reforçava a necessidade de a mulher ocupar-se com os filhos. Tal discurso baseava-se, principalmente, no argumento de que essa seria a forma “natural” de cuidados com a criança e, por isso, a mais adequada; uma vez que só a mulher era capaz de gestar e parir, seriam, pois, concernentes apenas à “natureza feminina” a educação e os cuidados com a prole. (MOURA; ARAÚJO, 2004, p.46).

Com as guerras mundiais, as mulheres foram convocadas ao mercado de trabalho, já que os homens estavam lutando nos campos. Isso fez com que as mulheres, além de assumirem a maternagem, agora também precisavam adentrar ao mundo público, porém, com salários mais baixos dos que eram recebidos pelos homens. Nesse ínterim, não se pode olvidar que as mulheres em situação de vulnerabilidade econômica, já trabalhavam fora do espaço privado, a muito tempo. (ANGELIN; HAHN, 2019).¹

O capitalismo globalizado gerou um aumento das desigualdades sociais, em especial, no âmbito econômico, impactando diretamente na vida doméstica, espaço esse de responsabilidade hegemônica das mulheres. Nesse sentido, diversos estilos de vida e de maternagem foram sendo desenvolvidos; porém, a influência dos ditames patriarcais que fazem elas crer que são as exclusivas responsáveis por essa tarefa, tem trazido sentimentos controversos, quando as mesmas precisam ou optam por trabalhar fora de casa. Além do sentimento de culpa, elas acabam acumulando as atividades do emprego e da maternagem, aliada a tarefas domésticas, gerando uma dupla jornada de trabalho, conforme alerta Scavone:

As contradições inerentes ao processo de industrialização e a forma como as mulheres ingressaram no mercado de trabalho, marcadas por profundas desigualdades sociais e sexuais, revelam os impactos desse processo na mudança dos padrões da maternidade. No momento em que as mulheres das famílias operárias, no séc. XIX, começaram a associar, de forma crescente, trabalho fora do lar e maternidade (leia-se, também, como trabalho no lar), instaurou-se a lógica da dupla responsabilidade, que se consolidou no séc. XX, com o avanço da industrialização e da urbanização, recebendo por parte das análises feministas contemporâneas a designação de “dupla jornada de trabalho”. (SCAVONE, 2001, p. 49).

Assim, as mulheres que vivenciam as jornadas duplas de trabalho, não logram mais dar a atenção anteriormente dispensada para a maternagem. Como punição social, a partir de um olhar patriarcal, as mulheres são acusadas de serem as responsáveis pelo aumento da violência social. Nesse sentido, versa Lagarde y de Los Ríos:

1 Frente a isso, sabe-se que os movimentos feministas não foram unânimes quanto a seu posicionamento sobre a maternagem. Por um lado, as feministas radicais associavam a maternagem à opressão dos homens, pregando a livre escolha da maternidade; enquanto isso, as feministas maternalistas acreditavam ser a maternagem algo intrínseco à natureza das mulheres, buscando o reconhecimento e remuneração do trabalho doméstico. (GRADVOHLL; OSIS; MAKUCH, 2014).

Se argue, por ejemplo, que el aumento de la violencia social se debe a la ausencia de las madres de sus hogares (por motivos laborales) y que su ausencia ocasiona ruptura y pérdida del tejido social. Ni siquiera se analiza la ausencia de los padres. Se justifican crímenes contra las mujeres por su creciente emancipación, que disminue la autoestima de los hombres y por ende las dañan. (LAGARDE Y DE LOS RÍOS, 2011, p. 27)

Além disso, as mulheres que inserem-se ao mundo do trabalho foram dos limites do lar têm passado por situações bastante difíceis devido a sua ligação naturalizada com a maternagem, dificultando a ascensão profissional, bem como lograr postos de trabalho, uma vez que algumas empresas preferem homens para os cargos, já que estes não se ausentarão do trabalho quando um filho ou filha adoça. Portanto, percebe-se que “o patriarcado, com seu poder de dominação sobre outros seres humanos, os coisifica e, ao mesmo tempo, dita valores, cria (pré)conceitos, normas de comportamentos sociais e normas jurídicas.” (ANGELIN; HAHN, 2019, p. 82).

Na atualidade, a maternidade e a maternagem assumem formas diversas. Como exemplo, cita-se o caso das tecnologias reprodutivas que acabam por separar a reprodução da sexualidade, e das famílias sociais – heterossexuais ou homossexuais - que assumem o papel da maternagem sem que os filhos e filhas sejam, necessariamente, biológicos. Além disso, existe uma crescente adesão à chamada “paternagem participativa”, onde os homens se co-responsabilizam pelo cuidado e educação das crianças. Ao mesmo tempo, não se pode olvidar da maternagem coletiva ou, “terceirizada”, bastante comum na atualidade. Essa maternagem é constituída pelo cuidado das crianças por outras pessoas, como familiares ou espaços destinados a este fim, como creches, escolas de arte, escolas de esporte, entre outras, que tem a finalidade de ocupar as crianças e, ao mesmo tempo, garantir uma formação que atenda as preocupações da família sobre o futuro profissional dessas. (GRADVOHLL; OSIS; MAKUCH, 2014).

Diante do brevemente exposto, compreende-se que a maternidade e a maternagem no mundo ocidental passou por modificações bastante significativas, tendo em vista recortes temporais, sociais e de relações de poder patriarcais, ocasionando períodos de valorização e outros de desvalorização da maternagem. Neste momento, afastando-se do foco de maternagem ocidental hegemônica, cabe, a partir dessa perspectiva, compreender distintos processos de maternagem de alguns povos indígenas brasileiros, refletindo peculiaridades culturais mantidas e como o patriarcado tem influenciado nesse campo.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROCESSOS DE MATERNIDADE E MATERNAGEM DOS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS EM UMA SOCIEDADE PATRIARCAL

A colonização do Brasil por europeus, juntamente com interesses econômicos, teve uma atuação fortemente voltada para “civilizar” os povos originários, com sua cultura servindo como alicerces de dominação e exclusão, conforme ponderam Almeida, Angelin e Veronese:

O colonialismo e a questão do paradigma Moderno também foram determinantes nos processos de dominação e exclusão. No contexto da América Latina, a colonização foi avassaladora, especialmente em relação aos povos tradicionais, imprimindo um método civilizatório à luz de premissas europeias, brancas e masculinizadas, noções incorporadas na formação e desenvolvimento das sociedades colonizadas. (ALMEIDA; ANGELIN; VERONESE, 2023, p. 929).

A dominação se deu, em especial, pela colonização por meio da religião, com a chegada da Companhia de Jesus, dos padres jesuítas. A serviço da coroa portuguesa e, convictos de que os povos indígenas eram potencialmente europeus, iniciaram uma jornada de busca de “civilizar” esses grupos:

Os ameríndios são semelhantes aos europeus em natureza apenas na medida em que estes são potencialmente europeus, ou, na verdade, potencialmente cristãos [...] Las Casas não pode enxergar além da visão eurocêntrica da América, na qual o ponto mais alto da generosidade e da caridade seria colocar os ameríndios sob o controle e tutela da verdadeira religião e de sua cultura. Os nativos são europeus subdesenvolvidos em potencial. (HARDT; NEGRI, 2000, p. 133).

Esse processo de imposição cultural pela catequização, afetou diretamente a cultura dos povos que estavam sob seu domínio e foi carregada da ideologia dominante patriarcal e colonizadora europeia. Mesmo diante da hibridação cultural ocorrida nesse processo histórico e do holocausto contra povos indígenas, muito se manteve da cultura originária dos diversos povos. Dado o exposto, esta parte do texto busca vislumbrar, em algumas etnias indígenas², formas diferentes envolvendo a maternidade e a maternagem, mantidas por algumas culturas indígenas brasileiras que vivem em diferentes medidas integradas no contexto da sociedade patriarcal hegemônica.

Corroborando com o tema sobre a maternidade e a maternagem indígena na atualidade, a antropóloga Daniela de Lima (*apud* DREHER) destaca a diversidade cultural que envolve as etnias indígenas, ressaltando a importância de se considerar o espaço físico onde se encontram, como, se vivem próximas às cidades, se vivem nas cidades, em terras demarcadas ou não, a beira das estradas, entre outros lugares:

Para entender o modelo de maternidade de cada mulher, é preciso considerar se o povo ao qual ela pertence tem suas terras demarcadas ou não; se mora longe, perto ou até mesmo dentro da cidade; se vive em beira de estrada, defendendo-se de bala de capanga de latifundiário; se dentro da sua comunidade ela tem lugar de destaque; se é ama-de-leite; se é esposa ou filha de liderança; se ela mesma é liderança; se é mais velha ou mais nova; quantos filhos ela tem; se trabalha fora da aldeia ou fica em casa; se a sua etnia ainda fala a própria língua ou majoritariamente o português. (DREHER, 2016, s.p.).

2 O Censo Demográfico do IBGE 2010, “Brasil registra 274 línguas indígenas diferentes faladas por 305 etnias”. (MINISTÉRIO DOS POVOS INDÍGENAS, 2022, s.p.). Importante destacar que esse trabalho não tem o intuito de pesquisar todas as tribos indígenas existentes, mas trazer formas de vivências de maternagem de algumas delas a título exemplificativo.

Ainda que o estudo não se atenha em realizar um apanhado detalhado do fator espacial, é importante sempre se ter presente os aspectos temporais, locais e o contato com a sociedade não indígena. Assim, inicia-se lançando um olhar às mulheres do povo *Tapayuna*³, morador da aldeia da Terra Indígena Wavi, no Mato Grosso. Elas primam por parir por meio de parto normal e afirmam que o leite chega mais rápido. As crianças ficam no colo das mães, amarradas com uma espécie de tipoia e mamam livremente, enquanto as mães se ocupam de seus afazeres. Elas costumam amamentar até cessar o leite. No processo de maternagem existe uma rede de cuidados onde as crianças são amparadas por familiares próximos. (DREHER, 2020).

De forma semelhante as *Tapayuna*, a maternidade é exercida junto às mulheres da etnia *Jamamandi*⁴. A antropóloga Lúcia Helena Rangel conta que “[...] mãe e criança quase se fundem em um mesmo corpo”, sendo que a “[...] a mãe cumpre um papel-chave na formação dos vínculos sociais e de pertencimento à família e a um povo”. Nessa etnia, as funções desempenhadas por homens e mulheres são diferentes e se complementam, não significando que exista, necessariamente, a submissão das mulheres, igual aos moldes da sociedade envolvente. Às mães cabe a tarefa de educar os filhos para a vida adulta. (RANGEL, 2011, p. 01).

Dreher apresenta alguns dos costumes da maternidade em etnias indígenas brasileiras, corroborando com o já apresentado e trazendo novos elementos, em especial, acerca do tema do aleitamento materno, que faz parte do processo de maternidade desses povos:

“Como o parto é normal, o leite chega mais rápido para nós”, explica Gisele Fontes (Umussy), da aldeia Dessana próxima a Manaus “Chega muito leite, então a criança mama o quanto ela quiser” [...]. “Elas vão fazer artesanato, tirar roupa do varal, isso e aquilo, geralmente com a criança no peito. As Tapayuna também têm um hábito de amamentar até escassear o leite. As Kayapó utilizam uma espécie de sling para carregar as crianças enquanto trabalham [...]. As crianças Kaingang mamam no peito de mais de uma mãe, segundo a tradição, e até quando quiserem. “Eu vejo que a gente não tenta colocar todo mundo na mesma caixa. Cada um é um. E cada um é diferente ente si”, explica Joziléia Daniza Jacodsen (Yakixo), antropóloga Kaingang. Ela explica que algumas crianças já param de mamar com menos de um aninho enquanto outras podem mamar até os seis anos. (DREHER, 2020, p. 2).

Joziléia Daniza Jacodsen, antropóloga *Kaingang*⁵, confirma essa relação de proximidade entre mãe e sua prole, acrescentando que a mãe carrega a criança nas costas, quando esta já se

3 “Os Tapayuna viviam originariamente na região do rio Arinos, próxima ao município de Diamantino, no Mato Grosso. Havia em seu território tradicional uma diversidade de recursos naturais, como seringueiras, minérios e madeiras, e por este motivo foi usurpado inúmeras vezes por seringueiros, garimpeiros e madeiros, entre outros invasores não indígenas. [...] Os Tapayuna vivem desde meados da década de 1980 no Parque Indígena do Xingu e nas terras indígenas Wawi e Capoto-Jarina, esta última território dos Mebengôkrê (mais conhecidos como Kayapó).” Se autodenominam de *Kajkwakratxi*. (TAPAYUNA, 2018, s.p.).

4 “Os Jamamadi fazem parte dos povos indígenas pouco conhecidos da região dos rios Juruá e Purus que sobreviveram aos dois ciclos da borracha, em meados do século XIX. Nos anos 1960, foi previsto seu desaparecimento como grupo diferenciado, mas a partir daquela época os Jamamadi conseguiram se recuperar, tanto em termos demográficos quanto culturais. Este verbete apresenta as informações esparsas de que dispomos sobre esta etnia.” (RANGEL, 2011, p. 1).

5 “O contato dos Kaingang com a sociedade envolvente teve início no final do século XVIII e efetivou-se em meados do século XIX, quando os primeiros chefes políticos tradicionais (*Pó'i* ou *Rekakê*) aceitaram aliar-se aos

encontra um pouco maior de tamanho. Em alguns povos *kaingang* a maternagem é dividida com todos os membros da família extensiva que colaboram no cuidado e no desenvolvimento da criança. Jacobsen destaca a importância do cuidado e do materno coletivo nas aldeias: “[...] você sabe que é importante para o seu filho que a avó leve ele para tomar banho, que outras mães deem comida, que ele se relacione com os diversos irmãos...porque isso é um apoio.” Desde muito cedo as meninas da aldeia aprendem a materno, cuidando dos irmãos, sobrinhos, etc. (DREHER, 2020, p. 4).

A inserção de etnias indígenas a cultura e a economia da sociedade envolvente, quando vivem nas cidades ou em regiões próximas, tem sido significativas e afeta, diretamente, as mulheres indígenas, em especial, as que passaram a trabalhar em fábricas, como no caso do povo *Kaingang*, pois as mulheres não puderam mais amamentar seus filhos e filhas como outrora. Frente a essa realidade, as redes de apoio da família extensiva têm amparado as mães que reconhecem as mudanças que estão vivendo e as aceitam com certa naturalidade: “[...] a nossa vida não era como antes e temos que nos adaptar às necessidades.” (DREHER, 2020, p. 4).

Esse contato amplia e aprofunda as raízes patriarcais que já estão dentro das tribos. O afastamento das mães indígenas de suas tribos para trabalhar as coloca em contato mais estreito com a cultura patriarcal dominante e, acabam sofrendo situações semelhantes às enfrentadas por mulheres não indígenas; porém, com o agravante étnico de seres indígenas, acrescido aos recortes de gênero e econômico, a exemplo de receberem salários menores que os pagos aos homens. Nesse sentido, destaca-se que a trajetória das mulheres brasileiras pertencentes a diferentes grupos sociais, têm sido distintas.

Tal observação é importante para não ceder ao relativismo e afirmar que as mulheres brasileiras são todas iguais, porque não são. Não há como negar que, “Mulheres indígenas, mulheres negras escravizadas, mulheres brancas pertencentes a camadas mais pobres e mulheres brancas pertencentes à classe dominante passaram por caminhos bem distintos de discriminação [...]” (CHAKIAN, 2019, p. 65). Nesse sentido, Julio pondera:

Vemos que índias de diferentes épocas e regiões da América colonial foram inseridas numa sociedade que esperava delas o papel de mães, esposas, concubinas, donas de casa e força de trabalho – papéis que efetivamente desempenharam. A inserção dessas mulheres numa sociedade patriarcal não raro as colocou em situações de violência física, simbólica e sexual. Porém, uma interpretação que aborde apenas essas situações de fragilidade e de desempenho de papéis vistos como estritamente “femininos” não dá conta da complexidade dos significados do que era ser uma mulher indígena na América Latina colonial e pós colonial. (JULIO, 2015, p. 11).

conquistadores brancos (*Fólg*), transformando-se em capitães. Esses capitães foram fundamentais na pacificação de dezenas de grupos arredios que foram vencidos entre 1840 e 1930 [...] Os Kaingang vivem em mais de 30 Terras Indígenas que representam uma pequena parcela de seus territórios tradicionais. Por estarem distribuídas em quatro estados, a situação das comunidades apresenta as mais variadas condições.” Essa etnia vive nos Estados Federados do Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. (KAIN GANG, 2021, s.p.).

Rita Segato (2012) corrobora com o olhar em relação às mulheres indígenas e a influência do patriarcado sobre suas vidas, afirmando que não se pode negar a existência de um patriarcado de baixa densidade entre esses povos, que antecedeu o período colonial. Por sua vez, a colonização implementou uma estrutura binária de gênero, semelhante com o do mundo europeu, o que afetou, por conseguinte, também nos processos de maternidade e maternagem desses povos. A exemplo do explicitado, menciona-se os estudos realizados por Jean Tiago Baptista, Camila Azevedo de Moraes Wichers e Tony Willian Boita sobre as Reduções Jesuíticas de São Miguel Arcanjo, no Estado do Rio Grande do Sul (Brasil), onde refletem sobre o silenciamento das mulheres *Guarani-Mbya*⁶ que viviam nesse espaço. Registros históricos da época evidenciam a imposição da cultura patriarcal europeia sobre elas, a partir da exaltação da naturalização da maternidade, da fragilidade das mulheres e da consequente necessidade de que a missão jesuítica a proteja.

Assim sendo e, frente ao desafio de trazer presente formas de maternidade e maternagem de etnias indígenas brasileiras, com enfoque na interferência do patriarcado ocidental, percebe-se a existência de semelhanças entre as etnias abordadas referente ao papel importante da mãe biológica no processo de maternidade, por meio do aleitamento; ao mesmo tempo e, apesar da influência da sociedade envolvente, a maternagem possui a participação e a rede de cuidado é bem mais ampliada. Isso leva a supor que a maternagem coletiva possa ser uma característica primitiva desses povos.

Diante dos desafios enfrentados pelas diversas etnias indígenas dentro de uma sociedade que nem sempre busca incluir, mas sim, integrar, se faz importante lançar um olhar sobre a maternidade e a maternagem dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro, tema que é abordado, na sequência.

4 O DIREITO HUMANO À SAÚDE DAS MULHERES INDÍGENAS DURANTE OS PROCESSOS DE MATERNIDADE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Sabe-se que o reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental e bem comum da humanidade instiga a imprescindibilidade de concebê-la em sua dimensão ampla e transdisciplinar, à medida em que se apresenta como um desafio, uma aposta e também, uma possibilidade de (re)pensá-la no âmbito sócio jurídico para que todos os seres humanos tenham acesso a esse *locus* comum e contemplem uma vida digna de ser vivida. A saúde é elevada ao *status*

6 “Os Mbya estão presentes em várias aldeias na região oriental do Paraguai, no nordeste da Argentina (província de Misiones) e no do Uruguai (nas proximidades de Montevideo). No Brasil encontram-se em aldeias situadas no interior e no litoral dos estados do sul – Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul – e em São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo em várias aldeias junto à Mata Atlântica. Também na região norte do país encontram-se famílias Mbya originárias de um mesmo grande grupo e que vieram ao Brasil após a Guerra do Paraguai, separaram-se em grupos familiares e, atualmente, vivem no Pará (município de Jacundá), em Tocantins numa das áreas Karajá de Xambioá, além de poucas famílias dispersas na região centro-oeste. No litoral brasileiro suas comunidades são compostas por grupos familiares que, historicamente, procuram formar suas aldeias nas regiões montanhosas da Mata Atlântica - Serra do Mar, da Bocaina, do Tabuleiro, etc.” (LADEIRA, 2023, s.p.).

de Direito Humano fundamental no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, o qual define a noção de que todo o ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. (DUDH, 1948).

No âmbito brasileiro, foi no ano de 1986, durante a 8ª Conferência Nacional da Saúde realizada em Brasília, capital brasileira, que houve a consolidação do direito universal à saúde no plano nacional, ampliando a perspectiva para que todas as pessoas em território nacional pudessem ser atendidas por um sistema público de saúde de qualidade que contemplasse todas as demandas da população e a complexidade de suas especificidades humanas. Desde a década de 1980, as discussões no campo da saúde pública giram em torno da necessidade de evidenciá-la enquanto ponte para a efetivação dos direitos humanos fundamentais, bem como de estimular a sensibilidade dos gestores no que se refere à relevância da saúde como um bem comum da humanidade e de seus determinantes sociais.

O percurso histórico constitucional revela que no período pré-promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988, a saúde estava atrelada ao sistema social de seguro e era somente reconhecida enquanto benefício complementar vinculado à previdência social. Logo, apenas os trabalhadores formais que contribuem continuamente com a previdência possuíam acesso ao sistema sanitário. Portanto, a assistência à saúde estava relacionada com dinâmicas previdenciárias, à medida em que “o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não-previdenciários.” (BRASIL, 2003). Essa estruturação das atividades de atenção e assistência à saúde era terreno fértil para a produção de processos de vulnerabilidade social, tendo em vista que “além das evidentes discriminações dela decorrentes, determinava uma lógica de divisão de papéis e competências dos diversos órgãos públicos envolvidos com a questão de saúde.” (BRASIL, 2003).

Nos moldes da estruturação das atividades de atenção e assistência à saúde da época, a sistemática ocorria da seguinte maneira:

O Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios desenvolviam, fundamentalmente, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação desses entes públicos na prestação de assistência à saúde era bastante limitada, restringindo-se às ações desenvolvidas por alguns poucos hospitais próprios e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e dirigidas à população não-previdenciária – os chamados indigentes. Estes indigentes tinham ainda, por uma atividade caritativa, acesso a serviços assistenciais de saúde prestados por instituições de caráter filantrópico como as chamadas Santas Casas. Já na assistência à saúde, a grande atuação do poder público se dava pela Previdência Social – inicialmente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e depois do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. As ações desenvolvidas pelo INAMPS – que tinham caráter contributivo – beneficiavam apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes,

os chamados previdenciários. Não havia, portanto, caráter universal na atuação desta autarquia. O INAMPS aplicava nos Estados, por intermédio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de 14 introdução conass. progestores beneficiários existente e a assistência prestada se dava por meio de serviços próprios (Postos de Assistência Médica e Hospitais próprios) e uma vasta rede de serviços, ambulatoriais e hospitalares, contratados para a prestação de serviços. (BRASIL, 2003).

Em razão de tal atmosfera de potencialização de vulnerabilidade social provenientes da desarticulação dos serviços de saúde e as obstaculizações à efetivação do direito humano fundamental à saúde percebidas no modelo vigente à época, movimentos comunitários e de profissionais da saúde, de sanitaristas e da sociedade começaram a emergir, com o objetivo de fundamentar tanto a necessidade de uma reforma sanitária quanto a mudança de paradigmas relacionados ao sistema de saúde que operava na época. Atendendo esses conjuntos de reivindicações, o INAMPS tomou um arranjo de articulações que estreitaram movimentos em prol de uma cobertura universal de acesso à saúde, como por exemplo, o término da existência da carteira do INAMPS para atendimento de saúde. Impulsionado por tais medidas, houve a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), executado por intermédio da pactuação de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais, no entanto, a participação das Secretarias estaduais de saúde e do Governo do Estado ainda era facultativa (BRASIL, 2003).

Paradoxalmente, tal celebração de convênio denota uma contribuição muito relevante, especificamente, “pelo fato de iniciar um sistema de saúde de caráter universal, por outra, parece ter criado uma certa confusão entre SUDS e SUS, que viria logo a seguir, e de entendimento sobre as verdadeiras regras legais que constituem o SUS.” (BRASIL, 2003, s.p.). Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) o SUS deu início à consolidação de seus objetivos, princípios⁷ e diretrizes com o cunho de que a totalidade das demandas em saúde fossem contempladas de forma adequada e de maneira integral, articulações que estavam em conformidade com os processos de reivindicações incorporados no cerne do Movimento da Reforma Sanitária. Em síntese, tais dinâmicas no campo da saúde brasileira culminaram na criação do SUS, ou seja, a Lei nº 8.080 do ano de 1990 instituiu o Sistema Único de Saúde no Brasil. A Lei do SUS “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.” (BRASIL, 1990).

7 Os princípios do SUS são universalização, equidade e integralidade. Dessa forma, tais princípios são fundamentados nas seguintes compreensões: “Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Sobre isso, o artigo 5º do referido diploma legal estabelece os objetivos que norteiam a operacionalização do SUS em território brasileiro, quais sejam:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados. (BRASIL, 1990).

A proposta do SUS vem de encontro com as diretrizes⁸ estabelecidas no artigo 198, incisos I, II e III da CF/1988: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.” (BRASIL, 1988). Inclusive, o artigo 2º da Lei nº 8.080/90 refere sobre a responsabilidade compartilhada entre Estado, pessoas, arranjos familiares, empresas e sociedade em geral para a promoção de condições indispensáveis em benefício do completo exercício do direito à saúde. Outrossim, o aludido diploma legal, em

8 De acordo com o artigo 7º da Lei nº 8.080/90, “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013” (BRASIL, 1990).

seu artigo 2º, parágrafo 1º, evidencia o papel estatal na garantia da saúde a partir da constituição “e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

É cediço que pactos comuns compartilhados são pugnados para que a saúde seja perfectibilizada em toda a sua dimensão valorativa. Destarte, “o modelo sanitário brasileiro reconhece a responsabilidade compartilhada do Poder Público, em níveis local, regional e nacional, de forma a garantir o acesso amplo e igualitário a todos.” (GIMENEZ; MARTINI, 2021, p. 124). Outrossim, a Lei 8.142/1990 é um importante arsenal jurídico que fundamenta a estrutura do SUS e “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.” (BRASIL, 1990a). Ademais, o SUS é reconhecido globalmente como um dos maiores e melhores sistemas de saúde pública do mundo.

Com a implementação do SUS, a concepção a respeito da saúde foi (res)significada, ao passo que transcendeu a noção saúde-doença e ingressou na dimensão ampla sobre saúde ao contemplar a perspectiva de que os níveis de saúde e as condições de vida do ser humano são influenciados por processos de complexidade que se concentram em multifacetadas eixos de determinantes sociais, econômicos, culturais, ambientais, políticas, entre outros. No mesmo sentido, o artigo 3º da Lei do SUS corrobora a visão ampla e transdisciplinar sobre a saúde ao estabelecer que os níveis de saúde são vislumbrados a partir da organização social e econômica, “tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 1990).

A importância do Sistema Único de Saúde brasileiro é tanta que sua estrutura contempla o atendimento de mais de 190 milhões de pessoas, “o equivalente a 80% delas dependem, exclusivamente, dos serviços públicos para qualquer atendimento. Todos podem usar o SUS, gratuitamente. Dessa forma, pode-se dizer que 100% dos brasileiros utiliza, utilizou ou utilizará os serviços do sistema.” (UNA-SUS, 2021). A título conceitual, o SUS é uma “instituição-organismo de Direito Público que reúne os instrumentos necessários para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades necessárias para a garantia do Direito à saúde no Brasil.” (AITH, 2019, p. 49). Igualmente, o Sistema Único de Saúde “representa a mais importante instituição jurídica do Direito Sanitário brasileiro na medida em que integra e organiza diversas outras instituições jurídicas.” (AITH, 2019, p. 49).

A ideia do SUS é dispor de uma inclusão universal, fato que corrobora a ideia da saúde como um bem comum da humanidade. No que concerne ao direito humano à saúde indígena no âmbito do SUS, sabe-se que “a Secretaria de Saúde Indígena - SESAI é responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todo o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).” (BRASIL, 2024).

A SESAI é composta por “mais de 22 mil profissionais de saúde, sendo que destes, 52% são indígenas, e promove a atenção primária à saúde e ações de saneamento, de maneira participativa e diferenciada, respeitando as especificidades epidemiológicas e socioculturais destes povos.” (BRASIL, 2024). Na perspectiva do direito à saúde das mulheres indígenas, compreende-se que a atenção à saúde é articulada “pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no âmbito do SasiSUS, é realizada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) diretamente nos territórios indígenas.” (BRASIL, 2021).

O cuidado em saúde indígena é desenvolvido a partir da proposta da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), estabelecendo a prioridade de potencialização do reconhecimento dos saberes e práticas indígenas, com ênfase no protagonismo das mulheres e das famílias indígenas no cuidado da saúde das mulheres e crianças. Para incrementar a qualificação e estruturação das equipes que atuam nessa esfera, as demais políticas do Ministério da Saúde são percebidas como referência: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). (BRASIL, 2021).

Alguns programas e estratégias prioritárias implementadas pelas equipes multidisciplinares na perspectiva do direito humano à saúde das mulheres indígenas são: Qualificação da atenção à saúde das gestantes e puérperas e ampliação do acesso às consultas de pré-natal e aos exames preconizados; Prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama; Promoção, prevenção e o controle das infecções sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina; Desenvolvimento de ações de prevenção e de atenção das mulheres em situação de violência; Orientar e ofertar acesso ao planejamento familiar. (BRASIL, 2021). Em que pese os processos de maternidade e maternagem sejam contemplados na ótica do direito humano à saúde das mulheres indígenas no âmbito do SUS, sabe-se que a patriarcalização do sistema público de saúde a partir da existência de déficits estruturais⁹, fato que obstaculiza a efetivação plena do direito humano à saúde das mulheres indígenas no percurso dos processos de maternidade e maternagem, à medida em que a produção dos efeitos das políticas públicas de saúde é enrijecida pela sistemática patriarcal.

Sobretudo, apesar da existência de inúmeros programas voltados para o acesso das mulheres indígenas ao SUS, isso não significa que efetivamente isso ocorre. Estudos sobre o perfil das gestantes indígenas no Brasil mostram que 72% dos nascimentos ocorrem em hospitais; porém, 25% delas comparecem a menos de 4 consultas do pré-natal, quando o ideal é de 13

9 No ano de 2018, a Organização Pan-Americana em Saúde (OPAS) desenvolveu o Relatório “30 anos de SUS”, com o intuito de produzir um conjunto de recomendações, estratégias e metas a serem perseguidas a partir de uma Agenda de cooperação técnica até o ano de 2030. O relatório aponta a imprescindibilidade do enfrentamento de incoerências estruturais que acometem o sistema público de saúde brasileiro, quais sejam: o subfinanciamento e a fragmentação do SUS por lógicas de privatização, as incongruências desiguais na distribuição de profissionais, o déficit entre a formação profissional e as demandas registradas dos serviços e atendimentos à saúde, a desumanização no atendimento, entre tantas outras que acometem patologicamente o sistema (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

visitas obstétricas. Somente 40% delas comparecem a mais de 7 consultas obstétricas. (LEITE, 2021).

Nesse sentido, o documentário “Mulheres Indígenas: Vozes por Direitos e Justiça, que faz parte do projeto Voz das Mulheres Indígenas, implementado pela ONU Mulheres, com a Embaixada da Noruega como promotora, trabalha com vistas de fortalecer as vozes das mulheres indígenas e aumentar sua atuação em espaços de decisão no âmbito de suas comunidades e fora delas. Dentro da perspectiva do documentário, é possível observar a força do patriarcado na vida dessas mulheres. Além disso, destacam-se as dificuldades do acesso de mulheres indígenas ao SUS. Jaqueline Gonçalves, integrante do Grupo Guarani e Kaiowá, MS, assevera os maiores problemas que as mulheres de reservas indígenas enfrentam quanto ao acesso à educação e a saúde. Corroborando com o exposto, a agente de saúde do mesmo grupo acima mencionado, Aparecida da Silva, ressalta que não vem carro para transportar as pessoas que estão doentes na aldeia, sendo um problema maior para as gestantes que atrasam o pré-natal (ONU MULHERES BRASIL, 2018).

Como visto anteriormente, os partos normais ou vaginais são os preferidos pelas mulheres indígenas, dado a forma milenar adotada de parir, dando-se ênfase no protagonismo das mulheres indígenas que resulta na sua autonomia dessas mulheres por meio de sonhos e do conhecimento do próprio corpo, Nesse sentido que se apresentada necessidade de uma formação específica dos profissionais da área da saúde para atender as mulheres indígenas no momento do parto, de maneira mais humanizada, onde aspectos fisiológicos, psicológicos e culturais sejam considerados, a fim de garantir a liberdade de escolha delas, assim como esclarecer dúvidas e aumentar a relação de confiança entre as parturientes e a equipe de saúde. (KAMINSKI *et al.*, 2022). No contexto em voga, conforme já abordado nesse estudo, o que ocorre é um sistema de saúde voltado para os partos cesáreos e, afetando, dessa forma, aspectos culturais das mulheres indígenas. Essa vem a ser uma marca do patriarcado não somente para mulheres indígenas, mas para todas mulheres, no que se refere a retirada da autonomia de decisão sobre seus corpos, ressalvadas as circunstâncias médicas de cada uma delas que, por muitas vezes, pode, de fato, ensejar um parto por cesárea.

Tentando refletir sobre a problemática dos partos de mulheres indígenas e da garantia da autonomia dessas mulheres, a III, IV e V Conferência Nacional de Saúde Indígena passaram a integrar as indígenas no debate acerca da saúde. Foi na III Conferências que houve a manifestação pela construção de um denominado “novo Modelo de Assistência à Saúde às Mulheres Indígenas”, no qual, indica a importância do Ministério da Saúde, em parceria com a Funasa, integrar mulheres indígenas nas equipes multidisciplinares do SUS, bem como a atividades voltadas para saúde da mulher e da criança, oferecendo formação à essas mulheres. Além disso, o Relatório Final da Conferência prevê a contratação pelo Estado de “parteiras tradicionais, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saúde bucal do sexo feminino, para as equipes multidisciplinares indígenas.” (III CNSI, 2006, p. 26).

Diante dos limites e possibilidades de efetivação do direito humano à saúde, deve-se considerar que as mulheres indígenas estão inseridas no contexto dos grupos vulneráveis e vulnerabilizados, especialmente, durante os seus respectivos processos de maternidade e maternagem. O direito à saúde detém peculiaridades para ser efetivado em contextos de precariedade de vida e vulnerabilidade. Nessa narrativa, “o conceito de vulnerabilidade está relacionado a grupos sociais marginalizados, excluídos dos benefícios e direitos que deveriam ser comuns a todos.” (AITH; SCALCO, 2015, p. 49). Dito isso, o Brasil é um país que concentra um significativo número de pessoas que restam em condições de precariedade e são acometidas por processos de vulnerabilidade, motivo pelo qual a sistemática do SUS deve vislumbrar a atenção especial à saúde dessa população.

Dado o exposto, se torna fundamental a participação ativa das mulheres indígenas nos processos decisórios do SUS, por meio do protagonismo de mulheres indígenas que, organizadas em movimentos sociais, buscam apresentar suas demandas étnico culturais. Um exemplo foi o Encontro organizado pela Fundação Nacional do Índio (Funai) sobre Políticas Afirmativas, em Manaus, no ano de 2002, que teve por finalidade de trazer em pauta, assim como apontar diretrizes para implementação de políticas públicas de saúde voltada às mulheres indígenas. Nesse espaço, mulheres indígenas oriundas de diversos Estados brasileiros dialogaram e refletiram acerca da “diversidade dos seus problemas no âmbito da saúde, educação, preservação dos costumes e do meio ambiente, trabalho, situação econômica [...] e experiências relativas à maternidade e criação dos filhos” (SEGATO, 2003, p. 4).

Ademais, para que o acesso à saúde e a efetivação de tal direito humano fundamental sejam plenos na dimensão da dignidade humana, o Sistema Único de Saúde deve considerar, de forma fraterna, a interseccionalidade das especificidades humanas e a diversidade territorial no âmbito brasileiro. Tal noção também enfatiza a percepção de que alguns locais do país (municípios, estados, regiões, etc.) precisam de mais atenção dos gestores públicos sanitários do que outros, no momento da operacionalização do sistema sanitário em prol da facilitação do acesso às ações e aos serviços de saúde no SUS. Destarte, “no Brasil, país com dimensões continentais, a diversidade geográfica, econômica, social e cultural da população é de grande relevância e impacta fortemente as necessidades de saúde de cada região.” (AITH; SCALCO, 2015, p. 48).

Por isso, “as políticas públicas de saúde organizadas pelo Estado vêm trabalhando fortemente com o conceito de grupos em condição de vulnerabilidade.” (AITH; SCALCO, 2015, p. 48). Afinal, a própria compreensão sobre a saúde apenas pode ser estabelecida quando se conceber o plano concreto da sociedade, em que os seres humanos tanto atuam como protagonistas da constituição de “seus contornos gerais, quanto do controle de sua fixação em cada caso particular.” (AITH; SCALCO, 2015, p. 46). Um grande desafio posto na esfera da superação dos déficits estruturais que corroem as frágeis camadas do SUS e atuam em detrimento das mulheres indígenas durante os processos de maternidade e maternagem, é a construção de

estratégias de enfrentamento à patriarcalização do sistema público de saúde brasileiro, as quais podem iniciar a partir de investimentos em saúde indígena feminina no contexto do orçamento público, na colocação das mulheres indígenas nos processos decisórios, no reconhecimento das especificidades das mulheres indígenas durante os processos de maternidade e maternagem, na humanização do SUS, na qualificação dos profissionais de saúde que atendem tais demandas, na participação da sociedade civil e do Estado em prol da construção de espaços comuns compartilhados de efetivação do direito humano à saúde, entre outras articulações que caminham no sentido de combater o sistema patriarcal de domínio e exploração de vidas humanas que tanto produz vítimas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do intuito desse estudo em refletir sobre a maternidade e a maternagem de mulheres indígenas no Brasil, averiguando se o Sistema Público de Saúde (SUS) brasileiro tem garantido o acesso à saúde dessas mulheres, superando aspectos patriarcais e decoloniais, é possível constatar que a maternidade e a maternagem das mulheres indígenas e não indígenas, na atualidade, perpassam pela influências coloniais e patriarcais. Ao que pese o fato de os povos indígenas originários terem se constituído sob a influência de um patriarcado primitivo, menos agressivo, com a colonização do Brasil, vários desses povos foram submetidos a um reforço ainda maior das questões patriarcais que, de forma direta, buscam conceituar a maternidade e a maternagem como algo inerente à natureza das mulheres, fato que foi desmistificado a partir de estudos sobre períodos históricos diversos, denotando que a maternagem é uma construção social.

Porém, no contexto das mulheres indígenas estudadas, percebe-se que a maternagem ainda carrega consigo aspectos que podem ter sido forjados na história dos povos primitivos onde, a exemplo da responsabilidade do coletivo no cuidado das crianças, fazendo com que tal atributo não seja algo específico das mulheres. Mesmo assim, os efeitos da colonização patriarcal seguem presentes, denotando às mulheres indígenas um acréscimo maior dessa força, ou seja, além de serem mulheres, existe o recorte étnico - são indígenas. Diante disso e, buscando aplicar a igualdade isonômica apregoada na Constituição Federal de 1988, políticas públicas voltadas a esse público foram criadas, a exemplo do acesso à saúde.

À título de conclusão, no que se refere à efetivação e o acesso ao direito humano à saúde das mulheres indígenas durante os processos de maternidade e maternagem no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), constata-se que em que pese exista um arsenal jurídico protetivo e a articulação de políticas públicas de saúde que contemplam serviços sanitários para tal população feminina vulnerável, o SUS brasileiro não tem garantido, de forma plena, o acesso à saúde das mulheres indígenas durante o período de maternagem e maternidade. Tal violação ao direito humano à saúde dessas mulheres tem ocorrido, principalmente, diante da presença de processos

forjadores em operacionalização inseridos na lógica do sistema público de saúde para impedir que a saúde seja reconhecida enquanto um bem comum da humanidade, ou seja, possível de ser acessada por todos e todas. Aspectos patriarcais e coloniais povoam o horizonte estrutural e de gestão do SUS e provocam a desumanização e a precarização no/do SUS em detrimento das mulheres indígenas. Logo, entre limites e possibilidades, percebe-se que a superdiversidade de cartografias e biografias das mulheres indígenas produz uma amálgama plural e complexa, tal acontecimento performático precisa ser reconhecido pelo SUS para que seja possível contemplar todas as suas necessidades vitais e garantir a efetivação e o acesso ao direito humano à saúde.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando Mussa Abujamra. *Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde*. Brasília, DF: CONASEMS, 2019.
- AITH, Fernando Mussa Abujamra; SCALCO, Nayara. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. In: *Revista USP*. São Paulo. Nº 107. p. 43-54. outubro/novembro/dezembro. 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115112/112817>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- ALMEIDA, Jaqueline Reginaldo; ANGELIN, Rosângela; VERONESE, Osmar. *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, Vol.14, N.02, 2023, p.915-938. 2023.
- BADINTER, Elisabeth. *Um é o Outro: relações entre os homens e mulheres*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- BADINTER, Elisabeth. *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- CHAKIAN, Silvia. *A construção dos direitos das mulheres: histórico, limites e diretrizes para uma proteção pela eficiente*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.
- BAPTISTA, Jean Tiago; WICHERS, Camila Azevedo de Moraes; BOITA, Tony Willian. “Mulheres Indígenas nas Missões: patrimônio silenciado”. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 27, n. 3, e56150, 2019.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 13 fev. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças Indígenas*. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/atencao-a-saude-das-mulheres-e-criancas-indigenas>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Indígena*. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 13 fev. 2024.

BRASIL. *Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988*. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 13 fev. 2024.

BRASIL. *Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990*: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 13 fev. 2024.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 13 fev. 2024.

COELHO, Fábio Ulhoa. *Curso de Direito Civil: família e sucessões*. v. 5. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS (DUDH). *Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948*. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 13 fev. 2024.

DREHER, Andressa. *Maternidade Indígena: como os indígenas vivenciam o parto, a amamentação e a criação dos Filhos*. 2020 Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/maternidade-indigena/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

EISLER, Riane. *O cálice e a espada: nosso passado, nosso futuro*. Tradução Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2007.

ENGELS, Friedrich. *A origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*. Texto Integral. 2 ed. São Paulo: Escala, 2005.

GIMENEZ, Charlise Paula Colet; MARTINI, Sandra Regina. Limites E Possibilidades Da Mediação Sanitária Como Política Pública Em Tempos De Transpandemia COVID-19. In: *Formas consensuais de solução de conflitos [Recurso eletrônico on-line]*. Organização CONPEDI Coordenadores: Adriana Silva Maillart; Valter Moura do Carmo – Florianópolis: CONPEDI, 2021. Disponível em: <http://site.conpedi.org.br/publicacoes/276gsltp/b1owv69o/88815jZ68X05E8Zf.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2024.

GRADVOHLL, Silvia Mayumi Obana; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Yolanda. Maternidade e Formas de Maternagem desde a Idade Média à Atualidade. *Pensando Famílias*. 18(1). Porto Alegre/RS. jun. 2014. p. 55-62. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a06.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2024.

- HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. *Império*. Tradução de Berilo Vargas. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- III Conferência Nacional de Saúde Indígena. *Relatório Final*. Brasília. 2001. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf. Acesso em: 15 abr. 2024.
- JULIO, Suelen Siqueira. Mulheres indígenas na América Latina Colonial. *XXVIII Simpósio Nacional de História*. Lugares dos Historiadores: velhos e novos desafios. Florianópolis/SC, 2015.
- KAINGANG. *Povos Indígenas no Brasil*. ISA 2021. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kaingang#Contato_direto. Acesso em: 14 fev. 2024
- KAMINSKI, Leydyane Silva. Práticas de mulheres indígenas mediante seu processo gestacional, pré-natal, parto e puerpério. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 10, e541111032200, p. 1-9, 2022.
- KITZINGER, S. *Mães: Um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa: Presença, 1978.
- Scavone, L. (2001). *Maternidade: Transformações na família e nas relações de gênero*. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, 5(8), 47-60.
- LADEIRA, Maria Inês. *Guarani Mbya*. Povos indígenas no Brasil. ISA. 2023. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guarani_Mbya. Acesso em: 11 fev. 2024.
- LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela. *Los cautiverios de las mujeres: Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Madrid: Romanyà Vakks, 2011.
- LEITE, Gabriela. Maternidade indígena, tradição e desigualdade. Saúde Indígena. *OutraSAÚDE*. Em defesa do SUS, da saúde e da ciência. 2021. Disponível em:
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 13 fev. 2024.
- MINISTÉRIO DOS POVOS INDÍGENAS. *Brasil registra 274 línguas indígenas diferentes faladas por 305 etnias*. Fundação Nacional de Povos Indígenas. 27/10/2022. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2022-02/brasil-registra-274-linguas-indigenas-diferentes-faladas-por-305-etnias#:~:text=Brasil%20registra%20274%20l%C3%ADnguas%20ind%C3%ADgenas%20diferentes%20faladas%20por,etnias%20Publicado%20em%2027%2F10%2F2022%2009h43%20Foto%3A%20M%C3%A1rio%20Vilela%2FFunai>. Acesso em: 12 fev. 2024.
- MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAÚJO, Maria de Fátima. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 2004. 24 (1), p. 44-55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3sCV35wjck8XzbyhMWNhrzG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?*. 2018. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/06/serie-30-anos-sus.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

RANGEL, Lúcia Helena. *Elo e sentido na maternidade indígena*. Entrevista online para Patrícia Fachin. Instituto Humanistas Unisinos, Edição 359, 2011, p. 1. Disponível em: <https://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/3804-lucia-helena-rangel->. Acesso em: 14 fev 2024.

SEGATO, Rita Laura. Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico decolonial. *e-cadernos CES*. Epistemologias feministas: ao encontro da crítica radical. 2012. Disponível em: <https://journals.openedition.org/eces/1533#tocfrom1n1>. Acesso em: 15 fev. 2024.

SEGATO, Rita Laura. *Uma Agenda de ações afirmativas para as mulheres indígenas no Brasil*. Série Antropologia. Brasília: Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, 2003.

TAPAYUNA. *Povos Indígenas no Brasil*. ISA 2018. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Tapayuna#Nomes>. Acesso em: 14 fev. 2024.

UNA-SUS. *Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos*. 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 25 jul. 2023.