



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA S/C LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ÍRIS INGRID MANSO DA SILVA
JÉSSICA PORTO DE MATOS
JUCIANE PAIGO MUNDURUKU

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
DOMICILIAR NAS ALDEIAS PERTENCENTES AO DSEI RIO
TAPAJÓS, PARÁ, BRASIL**

ÍRIS INGRID MANSO DA SILVA
JÉSSICA PORTO DE MATOS
JUCIANE PAIGO MUNDURUKU

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
DOMICILIAR NAS ALDEIAS PERTENCENTES AO DSEI RIO
TAPAJÓS, PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
de Graduação de Enfermagem da Faculdade de
Itaituba, em cumprimento a exigência para obtenção do
grau de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Profª Ma. Juliane de Almeida Lira

Itaituba - Pará
2021

ÍRIS INGRID MANSO DA SILVA
JÉSSICA PORTO DE MATOS
JUCIANE PAIGO MUNDURUKU

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO
DOMICILIAR NAS ALDEIAS PERTENCENTES AO DSEI RIO
TAPAJÓS, PARÁ, BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade
de Itaituba, em cumprimento a exigência para
obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Ma. Juliane de Almeida Lira

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Prof.^a Ma. Juliane de Almeida Lira

Avaliador(a): _____ Nota: _____

Prof.^a

Avaliador(a): _____ Nota: _____

Prof.

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba-PA, de março de 2021.

Dedico esta conquista ao meu querido e amado filho Luis Augusto, ele foi minha maior inspiração para persistir e superar os desafios (I.I.M.S).

A minha mãe Jacqueline Moura Porto e meu pai Osmair Estevos de Matos pelo apoio para que eu chegasse até aqui (MATOS, J.P.).

Ao meu avô Martinho Boro Munduruku e minha mãe Jacirene Boro Munduruku pelo constante apoio, dedicação e amor que me ofereceram. Sem vocês nada eu seria. Dedico-lhes essa conquista com gratidão e carinho (MUNDURUKU, J.P.).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sua proteção divina.

Aos meus pais **Antônio** e **Creuza** por todo apoio, suporte e me ajudaram a realizar este sonho, sem vocês eu não conseguiria.

As minhas irmãs **Gleiciane**, **Gleicivania** e **Antônia** por me aguentar nesses 5 anos de vida acadêmica, sou muito grata por vocês fazerem parte da minha vida.

Ao meu filho **Luís Augusto**, por ele ser o meu maior incentivo de batalha.

Ao meu esposo **Augusto** que sempre esteve ao meu lado, me incentivando a ser melhor a cada dia.

Agradeço a minha amiga de faculdade e da vida, **Jéssica Porto**, por todo apoio em sala de aula, agradeço por cada contribuição que acrescentou em minha vida, sou muito grata por Deus ter colocado você em minha vida.

Aos meus professores por cada aprendizado que tive durante esses 5 anos de vida acadêmica.

Agradeço as minhas amigas e parceiras de TCC, **Jéssica Porto** e **Juciane Paigo**, por todo suporte e paciência.

Agradeço aos demais por toda contribuição seja direta ou indiretamente, para conclusão deste trabalho (I.I.M.S).

Agradeço a Deus por me permitir concluir o curso.

Aos meus pais Jacqueline e Osmair por sempre me apoiarem e me ajudarem pagando a minha faculdade, por nunca deixarem faltar nada para mim.

Aos meus irmãos Janaina, Marcelo e Ricardo por me ajudarem imprimindo meus trabalhos, ajudando com TCC e me apoiando.

Ao meu noivo Lucas por sempre me incentivar a estudar, a correr atrás das coisas, por me ajudar nas apresentações de trabalho sempre me motivando dizendo que eu iria conseguir apresentar pois eu tinha bastante dificuldade, por me fazer pensar no futuro e o que quero para minha vida a partir do dia que me formar.

Agradeço também as minhas amigas de tcc Iris Ingrid e Juciane Paigo por estarem esses anos todos me ajudando com tudo na Faculdade (MATOS, J.P.).

Primeiramente a Deus, por me permitir chegar até aqui.

A minha mãe Jacirene Borum Munduruku, pelo apoio incondicional.

Ao meu avô Martinho Borum Munduruku e meu pai Carlos Paygo Munduruku, por acreditarem no meu potencial.

Ao meu marido Josué da Silva Pinheiro, pelo companheirismo, compreensão e apoio.

A minhas amigas Larissa Laiana Pereira de Almeida e Rosicleia Sousa de Alcântara por estarem sempre comigo, por me incentivarem e me ajudarem durante toda essa trajetória.

Ao meu professor enfermeiro Wewerton Ferreira de Andrade, pelos ensinamentos.

A minha orientadora Juliane Lira por toda dedicação, paciência e compromisso, durante essa caminhada.

E a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão deste trabalho, o meu muito obrigada ((MUNDURUKU, J.P.)).

“O conhecimento nos faz responsáveis.”

Che Guevara

RESUMO

Nas populações indígenas, o parto é rodeado de práticas de cuidados fortemente ligadas aos aspectos culturais. A padronização da parturição não leva em consideração as especificidades culturais das mulheres e impossibilita que estas vivenciem integralmente este evento. O presente estudo tem como objetivo geral analisar a atuação do enfermeiro na assistência ao parto domiciliar nas aldeias pertencentes ao Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós, localizado no sudoeste do estado do Pará. Conforme a metodologia, trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, que teve como instrumento para coleta de dados a aplicação de questionário para cinco enfermeiros e a utilização do método análise de conteúdo que possibilitou a divisão em seis eixos temáticos. A assistência de enfermagem no parto domiciliar indígena constitui uma gama de desafios e demanda dos enfermeiros práticas de saúde que levem em consideração a atenção à saúde diferenciada das populações indígenas. Dos 05 profissionais entrevistados, 80% são do sexo feminino, na faixa etária entre 37 e 56 anos, com tempo de trabalho no DSEI Rio Tapajós de 1 a 12 anos, com média de trabalho de 5,4 anos. Em relação a naturalidade, os profissionais são pertencentes aos estados da região Norte e Nordeste. Evidenciou-se a importância deste estudo para a construção da assistência a mulher indígena em todo o período gravídico-puerperal, pautada na inclusão de práticas e saberes tradicionais nas condutas realizadas por toda a equipe multidisciplinar a fim de legitimar o direito à atenção diferenciada destas nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Parto domiciliar; Populações Indígenas.

ABSTRACT

In indigenous populations, childbirth is surrounded by care practices strongly linked to cultural aspects. However, the standardization of parturition does not take into account the cultural specificities of women and makes it impossible for them to fully experience this event. The present study aims to analyze the role of nurses in home birth assistance in the villages belonging to the Rio Tapajós Special Indigenous Sanitary District, located in the southwest of the state of Pará. According to the methodology, it is a field research, of qualitative approach, of the descriptive-exploratory type, which had as a tool for data collection the application of a questionnaire to for five nurses and as a tool for data analysis the content analysis method that made it possible to divide into six thematic axes. The importance of this study was evidenced for the construction of assistance to indigenous women throughout the pregnancy-puerperal period, based on the inclusion of traditional practices and knowledge in the conducts carried out by the entire multidisciplinary team in order to legitimize their right to differentiated care in health services.

Keywords: Nursing; Home birth; Indigenous Populations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organização do DSEI e Modelo Assistencial.	20
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados	35
Quadro 2 - O papel do enfermeiro na assistência a mulher indígena em trabalho de parto	36
Quadro 3 - As principais dificuldades na assistência a mulher indígena no parto domiciliar	38
Quadro 4 - As condutas da enfermagem em um parto indígena de alto risco	39
Quadro 5 - Capacitações para assistência ao parto indígena	40
Quadro 6 - A importância da interculturalidade no parto indígena	41

LISTA DE SIGLAS

AIS Agente Indígena de Saúde
AISAN Agente Indígena de Saneamento
BVS Biblioteca Virtual de Saúde
CASAI Casa de Saúde do Índio
CIMI Conselho Indigenista Missionário
CNSI Conferência Nacional de Saúde Indígena
DSEI Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
EVS Equipes Volantes de Saúde
FUNAI Fundação Nacional do Índio
FUNASA Fundação Nacional de Saúde
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNASPI Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SASI-SUS Subsistema de Atenção à Saúde Indígena-SUS
SESAI Secretaria Especial da Saúde Indígena
SIASI Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SPDM Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SPI Serviço de Proteção ao Índio
SUS Sistema Único de Saúde
SUSA Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE INDÍGENA.....	15
2.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SAÚDE INDÍGENA.....	17
2.2.1 Secretaria Especial Indígena	17
2.2.2 Subsistema de atenção à saúde indígena	18
2.2.3 Distrito Sanitário Especial Indígena.....	18
2.3 SAÚDE INDÍGENA: DA GESTAÇÃO AO PUÉRPERIO	20
2.4 ATENÇÃO PERINATAL: BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	23
2.5 MORTALIDADE MATERNA E PERINATAL	24
2.6 ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PARTO DOMICILIAR.....	27
2.7 O ENFERMEIRO E A INTERCULTURALIDADE NA SAÚDE INDÍGENA	29
3 METODOLOGIA	31
3.1 TIPO DE PESQUISA	31
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	31
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	32
3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	32
3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS.....	33
3.7 CUIDADOS ÉTICOS.....	34
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	35
4.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A MULHER INDÍGENA EM TRABALHO DE PARTO.....	36
4.3 OS DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA A MULHER INDÍGENA NO PARTO DOMICILIAR	37

4.4 CONDUTAS DE ENFERMAGEM EM UM PARTO DE ALTO RISCO NA SAÚDE INDÍGENA.....	38
4.5 CAPACITAÇÕES PARA ATUAR NO PARTO INDÍGENA	40
4.6 A INTERCULTURALIDADE NO PARTO INDÍGENA	41
5 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES.....	55
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES	57
ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	57
ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA.....	58

1 INTRODUÇÃO

Nas populações indígenas, o parto é rodeado de práticas de cuidados fortemente ligadas aos aspectos culturais. Contudo, a padronização da parturição não leva em consideração as especificidades culturais das mulheres e impossibilita que estas vivenciem integralmente este evento (MOLITERNO *et al*, 2013).

Segundo Sanfelice *et al.* (2014), o parto domiciliar tem como intuito resgatar valores como o protagonismo, a individualidade, privacidade e autonomia das mulheres, envolvendo práticas consideradas benéficas que tem por objetivo a promoção de partos saudáveis, sem a utilização de intervenções desnecessárias.

Os dados referentes a mortalidade materna têm constituído o melhor indicador de saúde da população feminina, sendo essencial para a elaboração de políticas públicas voltadas para a diminuição deste agravo (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011). O que fica evidente é que os índices de mortalidade materna são consideravelmente altos em todo o mundo. Aproximadamente 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto, principalmente em países subdesenvolvidos e por motivos que poderiam ser evitados (OPAS/ OMS, 2018).

De acordo com um estudo realizado no ano de 2017 cujo objetivo era analisar o perfil de nascidos vivos e mães, constatou que 62,3% dos nascimentos no Brasil são de mulheres de raça/cor negra, porém, o índice das mães indígenas tem apresentado baixo nível de nascimentos, indicando possível influência pelo tamanho da população (BRASIL, 2019).

No estudo realizado por Estima e Alves (2019), 8,7% dos óbitos que acometeram mulheres indígenas no período de 2006 a 2012, no estado de Pernambuco, eram provenientes de causas maternas como complicações durante a gravidez, parto e puerpério. O autor reitera que quando comparado a população em geral, os números relacionados aos óbitos maternos nas populações indígenas são elevados.

Atualmente, 81% dos óbitos infantis ocorridos no Brasil concentram-se no 1º mês de vida, principalmente no período neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), sendo que fatores maternos e perinatais constituem a principal causa de óbitos em menores de 1 ano, respondendo a 52% desses óbitos. Crianças de mães indígenas apresentam as maiores taxas de mortalidade infantil, correspondendo a 23,2 óbitos para cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2019). Diante do exposto, é utilizada a seguinte questão

norteadora: Qual a atuação do enfermeiro na assistência ao parto domiciliar nas aldeias pertencentes ao DSEI Rio Tapajós, localizada no sudoeste do estado do Pará?

Evidencia-se a importância desta pesquisa devido ao alto número de óbitos maternos e perinatais das populações indígenas, estes que certamente desencadearam na sociedade problemas sociais, econômicos e culturais. Portanto, faz-se necessário que a atuação do enfermeiro na assistência perinatal seja de qualidade, a fim de contribuir com a promoção da saúde indígena. Neste contexto, visa-se através deste estudo a elaboração de medidas para a diminuição deste problema de saúde pública e possíveis avanços na assistência obstétrica brasileira.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a atuação do enfermeiro na assistência ao parto domiciliar nas aldeias pertencentes ao DSEI Rio Tapajós, localizada no sudoeste do estado do Pará e como objetivos específicos verificar as capacitações dos enfermeiros na assistência ao parto indígena, investigar as condutas do enfermeiro em um parto de alto risco na saúde indígena e elucidar a importância da interculturalidade no parto indígena.

Conforme a metodologia, trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, que teve como instrumento para coleta de dados a aplicação de questionário aos enfermeiros, pertencentes ao Distrito Especial Indígena Rio Tapajós, que atuam na assistência aos povos indígenas.

O trabalho está dividido em cinco capítulos, sendo o primeiro denominado de introdução. O segundo capítulo está relacionado a fundamentação teórica em que serão abordados os seguintes temas: aspectos históricos da saúde indígena, fases do parto, morbimortalidade materna e perinatal, estrutura organizacional da saúde indígena, dentre outros.

O terceiro refere-se a metodologia aplicada a pesquisa, o quarto consiste nos resultados e discussão dos dados da pesquisa subdivididos em categorias de acordo com os dados coletados e o quinto compreende na conclusão do trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAÚDE INDÍGENA

De acordo com a Lei 6.001, de 19 de dezembro de 1973, índio é definido como “todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional” (BRASIL, Art. 3, p. 1, 1973). Ainda de acordo com essa Lei, comunidade indígena é definida como “um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem contudo estarem neles integrados” (BRASIL, Art. 3, p. 1, 1973).

Os indígenas são considerados povos com diferenças socioculturais marcantes, fortemente ligados a medicina tradicional, pertencentes a diferentes etnias e falantes de diversas línguas (GARNELO; PONTES, 2012). Assim, o modo como estes compreendem os processos de saúde e doença são bastante diversos, o que dificulta a implantação de políticas de saúde que consigam responder as multiplicidades de concepções de mundo (SCHWEICKARDT *et al.*, 2020).

Desde o período colonial, que se deu início com a invasão dos portugueses, até o início do século XX, o Estado brasileiro se absteve de realizar ações de saúde voltadas para as populações indígenas (BRASIL, 2016). Ao contrário, as políticas implementadas desde o período colonial destinavam-se à integração ou ao extermínio de diferentes populações (CIMI, 2013).

A partir de 1910, foi criado o primeiro órgão responsável pela proteção das populações indígenas, o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), órgão este vinculado ao Ministério da Agricultura, que tinha por objetivo além da proteção dos índios, a sua inclusão na sociedade e o de suas terras no sistema produtivo nacional (FUNASA, 2009).

Criado na década de 50, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), promovia ações diagnósticas, preventivas e de tratamento as doenças endêmicas, que acometiam os povos indígenas e também a população rural, sendo de grande relevância para a redução de mortalidade por epidemias (QUADROS, 2016).

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI), criada em 1967, é definida como o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro, sendo vinculada ao Ministério da Justiça,

é a coordenadora e principal executora da política indigenista do Governo Federal (DADOS MJ, 2020). A FUNAI, após extinção do SPI, foi responsável pela articulação das Equipes Volantes de Saúde (EVS), caracterizadas pelo atendimento esporádico, tendo altos custos e sem impactos significativos na saúde indígena (BRASIL, 2016).

A I Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 1986 foi essencial para a articulação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), além disso, através desta conferência, pela primeira vez, diversas lideranças indígenas, representantes do Governo e da sociedade civil se reuniram para discutir questões relacionadas a atenção à saúde indígena (BRASIL, 2016).

A Constituição Federal de 1998, representou um importante marco no que concerne à garantia dos direitos indígenas (BRASIL, 2016). Ela dispõe de um capítulo específico sobre os povos indígenas, em que assegura o dever do Estado no tocante ao respeito as especificidades socioculturais destes povos. Assim, no capítulo VIII, artigo 231, lê-se:

“São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens” (SANTOS *et al.*, p. 25, 2012).

Os princípios que sustentam o Sistema Único de Saúde (SUS) configuram-se como o ponto de partida para o avanço de políticas públicas de saúde que integrassem a todos os brasileiros, incluindo as minorias populacionais, caracterizadas por possuírem especificidades culturais e necessidades diferenciadas do restante da população (BENEVIDES *et al.*, 2014).

O surgimento da nova legislação garantiu que seria de responsabilidade do SUS todas as ações relacionadas a saúde dos povos indígenas e que a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão executivo do Ministério da Saúde, estaria responsável pelo gerenciamento de toda a estrutura referente a atenção à saúde indígena, tendo como exemplo as unidades de saúde, os funcionários, as funções de confiança e os recursos orçamentários (FUNASA, 2009).

Diante disso, é reforçada a ideia da criação de um sistema para a atenção à saúde indígena, de responsabilidade federal, com o modelo assistencial baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Assim, foi criado em 1999 o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que representou um avanço substancial referente a igualdade e justiça para os povos indígenas, por proporcionar a

participação indígena em todas as etapas do planejamento, implantação e funcionamento dos DSEIs (BENEVIDES *et al.*, 2014).

A PNASPI foi criada em 2002 pelo Ministério da Saúde com o intuito de garantir o direito à saúde aos povos indígenas, em que sejam reconhecidas as necessidades especiais de assistência à saúde, levando em consideração o aspecto geográfico que estes povos estão inseridos, as práticas de cuidado que possuem e os conhecimentos tradicionais sobre saúde e doença (BRASIL, 2016).

Assim, a PNASPI conta com diretrizes que integram ações e serviços de saúde indígena, sendo inicialmente administrada pela FUNASA e em 2010 esta responsabilidade foi delegada para a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI) criada pelo MS no mesmo ano (SCHWEICKARDT *et al.*, 2020).

Atualmente, a saúde indígena encontra-se rodeada de desafios, tendo destaque a atenção diferenciada idealizada pela PNASPI (SCHWEICKARDT *et al.*, 2020). Os povos indígenas presentes no Brasil contabilizam cerca de 817, 9 mil indivíduos, pertencentes a 305 etnias e falantes de 274 línguas, correspondendo a 0,4% da população do país (IBGE, 2012)

2.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SAÚDE INDÍGENA

2.2.1 Secretaria Especial Indígena

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), instituída pela Lei 12.314, de 19 de agosto de 2010, e pelo Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, constitui-se na unidade pertencente a estrutura do Ministério da Saúde, responsável pela coordenação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e pela execução de todas as ações relacionadas a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SasiSUS) em todo o território brasileiro (BRASIL, 2015).

A SESAI tem como finalidade a garantia do acesso à saúde a esses povos de acordo com os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo os preceitos da interculturalidade, no qual visa abordar os agravos de saúde mais presentes na comunidade, oferecendo diversos serviços, tendo em conta as especificidades socioculturais dessa minoria populacional (ABATI *et al.*, 2018).

De forma a tornar possível a implementação do modelo assistencial adotado no SasiSUS, as ações da SESAI são realizadas por intermédio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), tendo em conta a diversidade das medicinas tradicionais

indígenas, garantindo a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, além de ter papel importante na logística de transporte, comunicação e gestão de insumos e medicamentos (BRASIL, 2019).

Dentre as estimativas do Ministério da Saúde, a SESAI foi responsável por cerca de 17 milhões de atendimentos entre os anos de 2014 a 2018, contando com uma equipe multidisciplinar composta por 13 mil profissionais, que prestam assistência a 737.262 indivíduos pertencentes a 597 terras indígenas (BRASIL, 2018).

2.2.2 Subsistema de atenção à saúde indígena

O Subsistema de atenção à saúde indígena (SASI) foi implantado no ano de 1999, tendo como papel a prestação de serviços a toda população que estivesse aldeada em terras indígenas, sendo organizado mediante a implantação dos DSEIs (GARNELO; PONTES, 2012). Posto isso, o SASI é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo fundamental na garantia da atenção diferenciada à saúde indígena, tendo em conta as especificidades culturais dos índios (ARAÚJO *et al.*, 2006).

Algumas especificações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo destaque a sua pluriétnicidade, conferem aos envolvidos a constante necessidade de reverem suas práticas, conceitos e costumes com o intuito de implementar condutas pautadas no respeito as diferenças e especificidades que se manifestam nessa relação intercultural (BENEVIDES *et al.*, 2014).

Ainda de acordo com Garneiro e Pontes (2012), o SASI deve ser entendido como um subproduto do SUS, no qual as ações e serviços de saúde são voltadas para atenção integral e diferenciada as comunidades indígenas, com vistas a suprir as necessidades desta população.

2.2.3 Distrito Sanitário Especial Indígena

O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) é caracterizado por um modelo organizacional com espaço etno-cultural, geográfico, populacional e administrativo com limites bem definidos, que fornece uma gama de ações técnicas, visando a qualidade de atenção à saúde (FUNASA, 2002).

Os critérios usados para a criação dos 34 DSEIs existentes levaram em consideração questões relacionadas a população, a área geográfica e o perfil

epidemiológico, assim como a disponibilidade de serviços ofertados, os recursos humanos e a infraestrutura, as rotas de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS, dentre outros critérios (BENEVIDES *et al.*, 2014).

Dentre as competências dos DSEIs, estão a coordenação, supervisão e execução das ações do SasiSUS, nas respectivas áreas de atuação, sendo responsáveis por ações de prevenção de agravos e promoção e recuperação da saúde dos indígenas no nível de atenção primária (BRASIL, 2016).

As prestações de serviços de saúde nos DSEI são realizadas por equipes multidisciplinares, sendo formadas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde (AIS), entre outros profissionais (BENEVIDES *et al.*, 2014).

A estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (AISAN); pelos Pólos - Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade (BRASIL, 2004).

Vale destacar que a saúde indígena tem como característica um controle social fortemente atuante, que juntamente com a EMSI, representam a base para a organização dos serviços de saúde nas comunidades indígenas. Além disso, a Portaria N. 1.317 de 2017 do MS ressalta que a composição mínima da EMSI deve ser composta por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e os AIS (SCHWEICKARDT *et al.*, 2020).

O SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena) configura-se como outro instrumento de suma importância para melhor assistência das comunidades indígenas, sendo um sistema próprio alimentado por dados oriundos da assistência prestada pelos EMSI na atenção primária à saúde (ALBUQUERQUE; VITENTI, 2020).

O SIASI foi elaborado a partir de 1999, tendo sido implantado no ano de 2000 visando o acompanhamento das ações do Sasi-SUS, sendo de fácil manuseio e de uma interface simples, em que tem disponível em sua base de dados, informações relevantes para melhorar a qualidade da assistência aos povos indígenas (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).



Figura 1- Organização do DSEI e Modelo Assistencial. Fonte: BRASIL (2017)

2.3 SAÚDE INDÍGENA: DA GESTAÇÃO AO PUÉRPERIO

A gestação, o parto e o puerpério compreendem uma experiência única na vida da mulher e de seu parceiro, envolvendo também suas famílias e a comunidade que estão inseridos. Todo esse período deve ser voltado para as necessidades da mulher, levando em consideração suas especificidades socioculturais, éticas, educacionais e psíquicas (MARTINS *et al.*, 2012).

As estratégias voltadas para o fortalecimento da assistência à saúde das crianças e mulheres indígenas tem como intuito promover a nutrição e desenvolvimento saudáveis mediante a implementação de um modelo que leve em consideração os saberes e práticas indígenas desde a gestação até a infância (BRASIL, 2019).

O acompanhamento pré-natal compreende uma série de ações educativas e preventivas que envolvem aspectos psicossociais que objetivam garantir o desenvolvimento da gestação, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável e que não cause danos à saúde materna (BRASIL, 2012).

Para a população indígena, minoria marcada por maior vulnerabilidade, caracterizada por alta fecundidade e elevada razão de mortalidade materna (RMM), preconiza-se que a assistência pré-natal seja implantada pelos DSEI, unidades operacionais do SASI, vinculadas ao SUS (GARNELO *et al.*, 2019).

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizam a realização de seis consultas de pré-natal, com o intuito de prevenir e detectar oportunamente complicações e agravos maternos e fetais (BRASIL, 2019). Nas comunidades indígenas, a gestante é acompanhada por sua família e por especialistas tradicionais como parteiras, pajés, rezadores e raizeiros. As parteiras tradicionais indígenas constituem mulheres de grande valia dentro da comunidade, sendo reconhecidas como de suma importância durante todo o processo de gestação e parto (BRASIL, 2016).

A avaliação do quadro clínico e nutricional das gestantes são essenciais para a identificação precoce de grávidas com ganho de peso baixo ou excessivo, gestações de alto risco e recém-nascidos com inadequações de peso, mediante isso, as intervenções poderão ser realizadas de forma adequada e em tempo oportuno (BRASIL, 2019).

Nas aldeias de difícil acesso, as consultas de pré-natal podem apresentar problemas para serem realizadas conforme a frequência preconizada pelo Ministério da Saúde, dessa forma, é essencial que a equipe de saúde realize um planejamento adequado para que quando forem feitas viagens para as aldeias, tenham como prioridade a realização do pré-natal (BRASIL, 2016).

A assistência pré-natal é realizada de acordo com os manuais e protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), sendo que a maioria das orientações direcionadas aos profissionais possuem uma visão centralizada no modelo biomédico. No entanto, dependendo do profissional, estes podem estar mais abertos a outros tipos de práticas de cuidado direcionadas às mulheres indígenas (GIRARD; LOPÉZ, 2020).

A parturição e o nascimento representam um evento biológico único associado a diversos fatores psicoemocionais, culturais, sociais e econômicos, porém, no decorrer do tempo, este evento passou a ser visto como patológico e cada vez mais relacionado as práticas intervencionistas, descaracterizando a naturalidade deste momento (SILVA; SANTIAGO, 2017).

As regras no momento do parto divergem muito entre as comunidades indígenas. No entanto, é comum que a mulher seja acompanhada pela mãe, irmãs e sogra, além disso, as parteiras podem utilizar remédios com o intuito de dilatar o útero e romper a bolsa. A presença do marido neste momento é vetada em algumas sociedades e permitida em outras (BRASIL, 2016).

Os tipos de parto devem ser realizados de acordo com as condições de gravidez das mulheres a fim de evitar complicações para estas e para os bebês. Quando comparado a cesárea, o parto normal ou vaginal apresenta uma série de vantagens como fato de ser natural, possuir menor custo e proporcionar a mulher uma recuperação mais rápida, tornando-se a maneira ideal de parir (BRASIL, 2013).

Segundo o Coren (2016), o parto normal sem distócia configura-se como aquele que ocorre com a gestante com idade gestacional entre 37 a 41 semanas e 06 dias, com risco habitual e com apresentação cefálica fletida. O parto cesariano consiste em uma intervenção cirúrgica que tem por finalidade diminuir os riscos de complicações maternas e fetais durante a gravidez e o trabalho de parto (ALMEIDA, 2014).

O parto domiciliar assistido por parteiras representa um risco por não estar incluído no SUS e ainda não ser reconhecido como uma ação de saúde que se desenvolve na comunidade, sendo fundamental a sua inclusão dentre as estratégias para a atenção integral à saúde da mulher e da criança e para a redução da morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2013).

Segundo Scopel (2014), atualmente nota-se um aumento gradativo de medicalização na saúde indígena e nos cuidados relacionados a gestação, parto e puerpério. Para Pinheiro e seus colaboradores (2019) o que se observa é a prevalência dos partos no âmbito hospitalar, caracterizados por intervenções cirúrgicas e tratamentos medicamentosos constantes.

É comum que os cuidados realizados nos serviços de saúde direcionados ao trabalho de parto sigam métodos específicos, tais como: o uso de instrumentos obstétricos, exames vaginais constantes, isolamento, “banho frio”, no período anterior e posterior ao parto, administração de medicamentos, episiotomia, entre outros, sendo estes desconhecidos para grande parte das mulheres indígenas e frequentemente rejeitados, uma vez que são considerados desnecessários e invasivos (YAJAHUANCA *et al.*, 2013).

A maioria dos saberes e das práticas de saúde das comunidades indígenas relacionadas aos cuidados com a gestação e o parto são difundidos e compartilhados pelos integrantes da comunidade. No entanto, algumas dessas práticas de cuidado são de responsabilidade das próprias gestantes e de seus familiares, sem que haja a necessidade de se recorrer à intervenção especializada, no entanto, outros cuidados só podem ser realizados pelos pajés ou pelas parteiras (FERREIRA, 2013).

Os cuidados vivenciados pelas mulheres indígenas durante o parto são realizados de forma natural, levando em consideração os costumes de seu povo, como a utilização de ervas, chás, dieta alimentar, banhos, aspectos ambientais e rituais. Dentre os cuidados utilizados por essas mulheres com o intuito de proporcionar maior conforto durante essa etapa, destaca-se a forma escolhida para parir. As principais posições são a semi-sentada, em pé, de joelhos e de cócoras (PINHEIRO *et al.*, 2019).

Em algumas sociedades indígenas a placenta tem um significado importante para os familiares, uma vez que o enterro da placenta simboliza e significa proteção e força para o novo integrante da família, assim, após o nascimento da criança, a parteira realiza os cuidados com a puérpera, atendendo para que a placenta expulsada tenha o destino correto (YAJAHUANCA *et al.*, 2013).

O período do puerpério constitui uma das primeiras semanas após o nascimento do bebê. Nessa fase, a família segue algumas regras como uma dieta diferenciada que não faça mal à saúde dos pais e da criança, sendo que marido e mulher estão proibidos de ter relações sexuais por períodos que podem se estender até dois anos após o nascimento da criança, dependendo das regras de cada povo (BRASIL, 2016).

O trabalho da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) no acompanhamento das mulheres durante a gestação, parto e puerpério é realizado em conjunto com as parteiras tradicionais. O Agente Indígena de Saúde (AIS) tem papel fundamental nesse processo, trabalhando como facilitador na interrelação entre diferentes culturas (BRASIL, 2016).

2.4 ATENÇÃO PERINATAL: BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

O parto realizado no ambiente hospitalar é caracterizado pela adoção de diversas medidas e procedimentos tecnológicos, visando a garantia de segurança da mãe e da criança durante esse processo. Se por um lado o avanço da obstetrícia contribuiu na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatais, em contrapartida, possibilitou a padronização do parto, em que mulheres e recém-nascidos são submetidos rotineiramente a altas taxas de intervenções (BRASIL, 2017).

Em 2017, foram registrados 2.923.535 nascimentos no Brasil, sendo que 55,7% foram realizados através de cesáreas (BRASIL, 2019). Segundo dados da

Organização Mundial da Saúde, o Brasil configura-se como um dos países que possuem os maiores índices de cesáreas do mundo, uma vez que mais da metade dos partos realizados no país são através de intervenções cirúrgicas (RODRIGUES *et al.* 2016). Ou seja, esses dados evidenciam a institucionalização e a medicalização excessiva em todo o processo de parir (SANFELICE *et al.*, 2014).

Com o intuito de promover orientações no tocante as condutas necessárias e as não indicadas na assistência ao parto normal, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas ao redor do mundo (OMS, 1996).

Algumas práticas comuns nos partos tradicionais têm se apresentado como benéficas no parto e nascimento, sendo inclusive comprovadas cientificamente, tais como o incentivo ao parto vertical ou de cócoras, redução das intervenções realizadas pela equipe de saúde e o uso da rede para apoio das gestantes (BRASIL, 2014).

A classificação realizada pela OMS, foi dividida em quatro categorias que discorriam desde ao uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, como chás e ervas, uso rotineiro de episiotomia, amniotomia precoce, restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto e o clampeamento precoce do cordão umbilical (OMS, 1996).

2.5 MORTALIDADE MATERNA E PERINATAL

A mortalidade materna representa uma das maiores violações dos direitos humanos das mulheres, uma vez que possui causas evitáveis em 92% dos casos e geralmente apresenta maior prevalência nos países subdesenvolvidos, tornando evidente que esta pode ser um indicador da eficácia da implantação das políticas públicas de assistência à saúde para esse público-alvo (BRASIL, 2009).

A taxa de mortalidade materna, infantil e perinatal é caracterizada como uma referência da qualidade dos cuidados prestados a mãe e ao feto e da saúde da sociedade em geral. Com a finalidade de reduzir as taxas dessa problemática ao redor do mundo, foram realizadas diversas medidas lideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelas Nações Unidas, tendo mostrado resultados favoráveis nos últimos anos, porém, as populações vulneráveis ainda sofrem com índices elevados desse problema de saúde pública (CARLO; TRAVERS, 2016).

De acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS, a morte materna é caracterizada como aquela que atinge a mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o parto, independentemente da duração ou da localização da gravidez, sendo relacionada a qualquer intercorrência associada ou agravada pela gravidez ou por condutas tomadas em relação a ela (DIAS *et al.*, 2015).

Os dados referentes a mortalidade materna têm constituído o melhor indicador de saúde da população feminina, sendo essencial para a elaboração de políticas públicas voltadas para a diminuição deste agravo (VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011). No Brasil, a redução da mortalidade materna constitui um grande desafio para as instituições de saúde e para a sociedade em geral. Os altos índices identificados representam um grave problema de saúde pública, abrangendo de forma desigual as regiões brasileiras, tendo maior prevalência entre mulheres com menor poder aquisitivo (BRASIL, 2009).

Os estudos realizados a respeito da morte materna têm como finalidade identificar a qualidade dos serviços ofertados para a promoção da saúde das mulheres. Esses estudos têm como indicador utilizado a Razão de Mortalidade Materna (RMM), responsável por verificar o risco de uma mulher morrer no período gravídico puerperal (BITTENCOURT, 2013).

Em um estudo realizado por Rodrigues e seus colaboradores (2019), entre os anos de 2006 a 2017, ocorreram 20.229 óbitos maternos no Brasil, tendo como RMM 62,3 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos. Dentre as regiões brasileiras, o Norte (71,9) e Nordeste (74,7) apresentaram índices superiores a média brasileira, em contrapartida, as regiões Sudeste (54,7), Sul (50,5) e Centro-Oeste (61,5) apresentaram valores considerados menores, porém ainda elevados quando comparados a meta proposta pela OMS.

Em países da Europa, a RMM está entre 4 e 10 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, representando resultados significativos do desenvolvimento social e médico-científico. No entanto, esses índices apresentam alta prevalência em países da América Latina e principalmente na África Subsaariana e em parte da Ásia, podendo ultrapassar 1.000 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos (BITTENCOURT, 2013).

Embora tenham ocorrido avanços nos serviços de saúde, algumas dificuldades persistem como a prevalência de mortes maternas causadas por abortos inseguros e

pelo crescente número de cesáreas. A medicalização excessiva no processo de parto e de nascimento apresentam um aumento significativo, sendo cada vez mais inserido nas práticas cotidianas dos indivíduos (NERY; ALMEIDA, 2015).

A mortalidade infantil configura-se como um grave problema de saúde pública mundial. As taxas relacionadas a essa problemática apresentam diferenças significativas nas regiões brasileiras e ao redor do mundo, resultado das disparidades socioeconômicas que dificultam o acesso e uso dos serviços de saúde por parte da população (SANDERS *et al.*, 2017).

A mortalidade infantil refere-se à morte de crianças com idade inferior a um ano de vida. É dividida em dois componentes: a mortalidade neonatal e a pós-neonatal. A neonatal representa o intervalo entre o nascimento até o 27º dia de vida, podendo ser dividido em neonatal precoce que corresponde desde o período do nascimento até o sexto dia de vida e neonatal tardio que ocorre do sétimo ao 27º dia de vida. Já o período pós-neonatal se inicia a partir do 28º e vai até o 364º dia de vida (BITTENCOURT, 2013).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é associada ao índice de mortes de menores de 1 ano de idade para cada 1.000 crianças nascidas vivas, assim a TMI representa a estimativa da probabilidade de uma criança nascida viva vir a óbito antes de completar 1 ano de idade (BITTENCOURT, 2013).

No Brasil, as maiores taxas de mortalidade infantil são observadas em crianças de mães indígenas (23,2 óbitos para cada mil nascidos vivos) seguidas de crianças de mães pretas e pardas (TMI de 14,4 e 12,6, respectivamente), sendo assim, crianças de mães indígenas possuem risco maior de morrerem com menos de 1 de idade (BRASIL, 2019). Na pesquisa realizada por Marinho e seus colaboradores (2019), resultados semelhantes foram encontrados, uma vez que as mortes de crianças menores de um ano foram 60% mais frequentes entre as indígenas, comparadas às demais crianças brasileiras.

Dentre as principais causas de mortalidade infantil entre crianças indígenas, no período de 2003 a 2006, segundo a CID-10, foram as doenças do aparelho respiratório, as causas mal definidas, as doenças infecciosas e parasitárias e as afecções originadas no período perinatal (GARNELO; PONTES, 2012).

O óbito de crianças indígenas deixa explícito que tanto os aspectos históricos, socioculturais, ambientais e de sustentabilidade tem forte influência no processo saúde doença da criança, assim como no seu acesso e qualidade de atenção à saúde,

interligado as estratégias ineficazes de prevenção de mortalidade (PÍCOLI *et al.*, 2019).

2.6 ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PARTO DOMICILIAR

O enfermeiro é considerado um profissional de suma importância na assistência ao parto, proporcionando a parturiente uma escuta qualificada, com conforto e segurança, respeito as diferenças e com práticas de cuidado visando a diminuição da ansiedade, com o intuito de possibilitar um acompanhamento livre de preconceitos e de possíveis danos, com o uso mínimo de intervenções (ALMEIDA, 2015).

Atualmente, o retorno do parto domiciliar tem sido alvo de discussões na enfermagem obstétrica, sendo considerado um elemento de grande relevância na promoção e humanização da assistência ao parto e nascimento. Assim, ao serem implantadas as práticas de enfermagem obstétrica pautadas na humanização e acolhimento nos serviços de saúde, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, busca proporcionar as parturientes o conhecimento profissional específico e qualificado (MARTINS, 2012).

É notório que a parturição no âmbito hospitalar tem apresentado relevância na diminuição da taxa de morbimortalidade materna e perinatal, no entanto, esta prática está permeada de problemas: aumento do número de cesáreas eletivas e de crianças prematuras, bem como a falta de acolhimento e desrespeito as decisões e necessidades da mulher (BRASIL, 2016).

Conforme evidenciado mediante o avanço dos conhecimentos científicos e tecnológicos nos últimos anos, o ambiente domiciliar passa a ser reconhecido novamente como um local propício para parir, tendo o enfermeiro um papel de destaque nesse processo, uma vez que utiliza métodos favoráveis para a evolução natural do trabalho de parto e técnicas não farmacológicas para alívio da dor (MATTOS *et al.*, 2016).

A escolha pelo parto domiciliar vem se ampliando nas zonas urbanas do Brasil. No entanto, as mulheres que optam por essa modalidade devem arcar integralmente com os custos que envolvem esse procedimento, já que não existe financiamento no SUS para esse tipo de parto. Na zona rural, principalmente nas regiões norte e nordeste do país, os partos domiciliares nem sempre são planejados, seja pela

difficuldade de acesso ou pela escolha das mulheres de serem atendidas por parteiras tradicionais (COLACIOPPO *et al*, 2010).

A mulher deve ter autonomia para a tomada de decisões no período correspondente a gestação, parto e puerpério. Assim, torna-se importante a elaboração de um plano de parto em que sejam especificados seus desejos e anseios e que esteja seja constantemente informada sobre as intervenções realizadas, tendo assim garantia de ter seus direitos respeitados (NERY; ALMEIDA, 2015).

A atuação do enfermeiro obstetra é caracterizada pela promoção da assistência humanizada a mulher no período de parto, colocando esta como personagem principal, proporcionando sua autonomia e independência na tomada de decisões e fornecendo segurança e cuidados especializados a ela e ao recém-nascido (SILVA; SANTIAGO, 2017).

A humanização significa ofertar uma assistência de qualidade, sendo esta interligada ao uso de tecnologias, com vistas a valorizar a troca de conhecimentos, inclusive entre pacientes e seus familiares, tendo em conta suas necessidades. A assistência humanizada ao parto tem em consideração uma série de fatores, com a finalidade de promover a saúde e a prevenção de morbimortalidades materna e perinatal (SILVA; SANTIAGO, 2017).

Diante do exposto, o enfermeiro representa o profissional que possui uma visão holística das práticas de cuidado direcionadas as mulheres indígenas durante o parto, uma vez que a sua assistência é pautada no diálogo e no respeito a vontade da mulher indígena, conciliando o tratamento científico com a medicina tradicional (LANA *et al.*, 2020).

É importante ressaltar que o tipo de parto pode apresentar riscos e benefícios, avanços e retrocessos, assim como complicações que podem repercutir no futuro da mãe e bebê. No decorrer dos séculos, ocorreram diversas transformações no tocante a assistência ao parto, no qual este passou de um evento que era realizado de forma solitária pelas mulheres, geralmente de cócoras, a um processo institucionalizado e patológico realizado por profissionais médicos (MIRANDA *et al.*, 2008).

A parturição representa uma etapa complexa, rodeada de diversos aspectos, sejam eles fisiológicos, econômicos ou emocionais, que são responsáveis por influenciar no período do parto, assim como no comportamento e nas experiências vividas pela parturiente. O papel do enfermeiro está relacionado na oferta de cuidados

a mulher e o recém-nascido, levando em consideração as suas necessidades, uma vez que o parto não é igual para todas as mulheres (ALMEIDA, 2014)

Assim, dentre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, o enfermeiro é considerado o protagonista na assistência ao parto intra-hospitalar às mulheres indígenas, em que a assistência à saúde é direcionada ao reconhecimento das individualidades e singularidades étnicas e no respeito aos hábitos, crenças, costumes e códigos culturais específicos (LANA *et al.*, 2020).

2.7 O ENFERMEIRO E A INTERCULTURALIDADE NA SAÚDE INDÍGENA

Os povos indígenas são caracterizados pela grande vulnerabilidade aos agravos de saúde, assim como apresentam diversas dificuldades no acesso aos seus territórios e no respeito as suas particularidades não só no âmbito da saúde, mas também na educação, saneamento básico, alimentação e outras (ABADI *et al.*, 2018).

A saúde indígena compreende uma gama de desafios e necessita do empenho de toda a equipe multidisciplinar para que os serviços de saúde sejam realizados com excelência, levando em consideração as especificidades culturais dos povos indígenas (FRONTELMO, 2016).

De acordo com Luciano (2006), a interculturalidade é caracterizada pela interrelação entre culturas diferentes, no qual ocorrem trocas de saberes e costumes entre os indivíduos, seja através do diálogo ou pela utilização de expressões culturais. É um tema que vem apresentando grande visibilidade em conferências distritais e nacionais de saúde indígena, com a finalidade de garantir a implantação da medicina tradicional aos serviços de saúde ofertados as populações indígenas (Institute of Development Studies, 2009).

A proposta intercultural visa a construção de uma sociedade em que os indivíduos articulem com outras culturas e que se beneficiem mutualmente nessa interação entre identidades socioculturais múltiplas e diversificadas, deixando para trás a ideia de inferiorização dos saberes do outro (URQUIZA; CALDERONI, 2017).

A interculturalidade tem como finalidade o desenvolvimento de interrelações entre pessoas, conhecimentos, práticas, lógicas, racionalidades e princípios de vida culturalmente diferentes, na tentativa de que o próximo possa ser caracterizado como um indivíduo com identidade própria, diferenças socioculturais, mas com contribuições significativas para a sociedade em geral (SCHWEICKARDT *et al.*, 2020).

A interculturalidade está intrinsecamente associada aos cuidados realizados pelos profissionais de saúde, principalmente aqueles ofertados pelos profissionais de enfermagem. As práticas realizadas por esses profissionais quando feitas de maneira culturalmente competente, vai além do respeito às populações indígenas, envolve a comunicação contínua, através do uso de linguagens verbais e não verbais, do conhecimento de significados e práticas provenientes das visões de mundo, da compreensão do processo saúde-doença e dos valores culturais (SANTOS *et al.*, 2020).

As práticas de cuidados em saúde tradicionais realizadas por pajés, rezadores, parteiras e outros especialistas em medicina natural fazem parte do dia a dia de diversas populações. Em contrapartida, esses conhecimentos e práticas perderam espaço devido ao processo de colonização e aculturação que teve início no século XVI, porém, estas práticas continuam exercendo forte influência na vida dos indivíduos (SCHWEICKARDT *et al.*, 2020).

O conhecimento cultural fornece ao profissional de enfermagem condições necessárias para que este consiga realizar a assistência à saúde aos povos indígenas de maneira efetiva, ao levar em consideração as especificidades socioculturais destes, seja na avaliação individual, durante o exame físico ou no diagnóstico de uma situação de saúde da comunidade (SANTOS *et al.*, 2020)

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, sendo considerada do tipo descritiva e exploratória, no tocante aos seus objetivos e pesquisa de campo, segundo os procedimentos técnicos usados.

A abordagem qualitativa compreende aquela em que o levantamento dos dados é realizado levando em consideração as opiniões e expectativas do sujeito estudado, suas visões de mundo, assim como sua capacidade de entender e interpretar comportamentos (GIL, 2010). A pesquisa descritiva, como o seu nome deixa explícito, visa a descrição dos fatos e características através da observação e registro, sem que ocorra interferências por parte do pesquisador (PRODANOV, 2013).

Dentre os objetivos da pesquisa exploratória, encontra-se a busca por informações visando uma melhor percepção do problema, através da descrição elaborada dos aspectos e causas pelas quais ele é originado ou mediante a criação de hipóteses acerca da problemática (GIL, 2010). Para Gonçalves (2005), a pesquisa de campo é caracterizada como aquela em que o pesquisador precisa entrar em contato com o espaço onde os fenômenos ocorrem ou ocorreram, ou seja, buscar as informações diretamente com a população pesquisada.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na sede do Distrito Sanitário Especial Indígena Rio Tapajós (DSEI RT), localizada na Avenida Santa Catarina, 10ª rua, nº 96, Bairro Bela Vista, no município de Itaituba, no sudoeste do estado do Pará.

De acordo com os dados da SESAI, este distrito possui a população de 13.279 indivíduos, pertencentes a 10 etnias, distribuídos em 157 aldeias, 11 polos-base, 25 unidades básicas de saúde e 4 Casas de Saúde do Índio, que abrangem quatro municípios do estado do Pará: Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso e Santarém.

A maioria das aldeias são de difícil acesso, estando impossibilitada de serem feitas entradas por via terrestre, no qual grande parte são feitas através de transportes fluviais ou aéreos, além de longas caminhadas pela mata. Os principais meios de comunicação usados são internet, rádio e telefone. Contudo, algumas aldeias do DSEI Rio Tapajós encontram-se localizadas na zona urbana.

Dentre as responsabilidades do DSEI estão o controle de materiais, medicamentos e insumos, assistência aos indígenas na atenção básica e

encaminhamento quando necessário para serviços de saúde referências de alta e média complexidade, que estão articuladas com o SUS.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa é constituída por 05 (cinco) enfermeiros que prestam assistência nas aldeias pertencentes ao DSEI Rio Tapajós e que se encontram na cidade de Itaituba durante a entrevista, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo.

O fechamento do tamanho da amostra foi realizado por saturação, que consiste na interrupção da inclusão de novos participantes na pesquisa devido a repetição dos dados obtidos (FONTANELLA *et al.*, 2008). A amostra é do tipo não-probabilística, uma vez que os participantes foram escolhidos deliberadamente para participação do estudo (PRODANOV, 2013).

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Participaram desta pesquisa cinco enfermeiros atuantes no DSEI Rio Tapajós, de ambos os sexos e faixa etária e que estavam presentes na sede do distrito em Itaituba no período da entrevista.

Segundo os critérios da exclusão, não participaram deste estudo os profissionais em situação de licença ou férias ou que recusaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Na etapa de coleta de dados, estes foram obtidos mediante a aplicação de questionários aos enfermeiros, de acordo com o roteiro entregue aos profissionais (APÊNDICE B). O questionário pode ser entendido como um instrumento em que são obtidas as informações por escrito acerca de determinado tema pelos participantes do estudo (GIL, 2010).

O questionário é formado por cinco questões abertas com a finalidade de analisar a atuação do enfermeiro na assistência ao parto domiciliar nas aldeias pertencentes ao DSEI Rio Tapajós, localizada no sudoeste do estado do Pará. Além disso, com o intuito de caracterizar os entrevistados, foram coletadas informações como idade, sexo, cargo, tempo de trabalho no distrito e naturalidade.

As questões abertas apresentaram por base os seguintes aspectos abordados: o papel do enfermeiro na assistência a mulher indígena em trabalho de parto, as principais dificuldades na assistência a mulher indígena em um parto domiciliar, capacitações dos enfermeiros na assistência ao parto indígena, as condutas do enfermeiro no parto domiciliar de alto risco na saúde indígena e a importância da interculturalidade no parto indígena.

A pesquisa foi desenvolvida e vivenciada durante os meses de janeiro a março de 2021, sendo enfatizada a importância da interrelação entre pesquisador e participantes do estudo, bem como a coleta do material para serem analisados e discutidos.

O embasamento teórico da pesquisa foi realizado por meio de artigos científicos, monografias, dissertações, teses, livros e revistas de enfermagem impressos ou por meio de pesquisa na internet. Além de pesquisas em artigos, revistas, publicações, relatórios e manuais do MS (Ministério da Saúde), Funasa (Fundação Nacional de Saúde), Scielo (Biblioteca Científica On line) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), relacionados ao tema proposto.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Após a realização da entrega dos questionários foi submetida a técnica análise de conteúdo, que compreende em um método científico utilizado para a identificação de comunicações verbais e não verbais, dividindo-os em temas ou categorias (MORAES, 1999).

A análise foi elaborada por meio das propostas metodológicas de Bardin (2016), dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise foi realizada através da leitura das respostas dadas pelos entrevistados.

A exploração do material envolveu a análise dos conteúdos, em que os temas do trabalho foram divididos de acordo com as respostas obtidas diante da coleta de dados. Os temas obtidos foram: caracterização dos entrevistados; o papel do enfermeiro na assistência a mulher indígena em trabalho de parto; os desafios na assistência a mulher indígena no parto domiciliar; condutas de enfermagem em um parto de alto risco na saúde indígena; capacitações para atuar no parto indígena e a interculturalidade no parto indígena.

3.7 CUIDADOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada em consonância com as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas que envolvem seres humanos definidas na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Segundo esta resolução a pesquisa com seres humanos consiste naquela que dispõe da presença destes de forma individual ou coletiva, seja direta ou indiretamente, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manuseio de informações ou materiais (BRASIL, 2012).

Os entrevistados apresentaram a concordância em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), realizada de maneira individual, no qual foram esclarecidos os riscos e benefícios desta pesquisa, bem como a garantia da confidencialidade da identidade dos participantes.

Os riscos associados a esta pesquisa são mínimos como a dificuldade em responder algumas perguntas, que foram minimizados por meio de orientações realizadas pelos pesquisadores. Dentre os benefícios da participação nesta pesquisa, estão a obtenção de informações que possam ser úteis para melhorar a assistência às mulheres indígenas em trabalho de parto a fim de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão evidenciados e discutidos todos os dados coletados através dos questionários aplicados aos enfermeiros, sendo estruturados pelos seguintes eixos temáticos: caracterização dos entrevistados; os desafios na assistência a mulher indígena no parto domiciliar; condutas de enfermagem em um parto de alto risco na saúde indígena; capacitações para atuar no parto indígena e a interculturalidade no parto indígena.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Dos 05 profissionais entrevistados, 80% são do sexo feminino, na faixa etária entre 37 e 56 anos, com tempo de trabalho no DSEI Rio Tapajós de 1 a 12 anos, com média de trabalho de 5,4 anos. Em relação a naturalidade, os profissionais são pertencentes aos estados da região Norte e Nordeste.

A predominância de indivíduos do sexo feminino neste estudo está interligada a profissão de enfermagem, uma vez que segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (2011), dos 1.449.583 profissionais inscritos no Brasil, 87,24% são do sexo feminino.

Diferente aos achados deste estudo, a caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa realizada por Martins e seus colaboradores (2020) é composta por indivíduos com a faixa etária entre 26 e 39 anos, sem predominância relevante entre os sexos.

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados

IDENTIFICAÇÃO	GÊNERO	IDADE	NATURALIDADE	TEMPO DE TRABALHO DSEI (ANOS)
Entr 1	Feminino	37	Pará	3
Entr 2	Feminino	39	Maranhão	12
Entr 3	Masculino	41	Amazonas	1
Entr 4	Feminino	39	Maranhão	1
Entr 5	Feminino	56	Pará	10

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

4.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA A MULHER INDÍGENA EM TRABALHO DE PARTO

Quando questionados a respeito do papel dos enfermeiros na assistência a mulher indígena em trabalho de parto, as informações repassadas pelos entrevistados baseavam-se na realização da anamnese, acolhimento da parturiente, prestando uma assistência humanizada e o acompanhamento do trabalho de parto, desde que respeitadas suas diferenças culturais e as recomendações tradicionais das parteiras, conforme evidenciado no relato a seguir:

"Prestar assistência humanizada, respeitando sua cultura e todas as recomendações tradicionais das parteiras, se colocando à disposição de contribuir com o momento para que o parto seja um sucesso levando em consideração todos os procedimentos de monitoramento." (Entr. 4)

Quadro 2 - O papel do enfermeiro na assistência a mulher indígena em trabalho de parto

ENTREVISTADOS	PERGUNTA 1: Qual seu papel na assistência a mulher indígena em trabalho de parto?
Entr 1	"Realizar anamnese da paciente acolher e apoiar a gestante em todo trabalho de parto. monitorar os sinais vitais e sintomas da evolução do parto ponto orientar e oferecer os métodos para alívio da dor utilizando a medicina tradicional quando necessário ou a pedido da indígena."
Entr 2	"Acompanhante, uma vez que as parteiras são responsáveis por tal ação."
Entr 3	"Primordial, respeitando a interculturalidade sempre, e nem ficando prováveis riscos e atuando para que esses riscos não terminem em óbito fetal ou materno."
Entr 4	"Prestar assistência humanizada, respeitando sua cultura e todas as recomendações tradicionais das parteiras, se colocando à disposição de contribuir com o momento para que o parto seja um sucesso levando em consideração todos os procedimentos de monitoramento."
Entr 5	"Fazer o acolhimento, anamnese, respeitando seus princípios culturais, sempre com ajuda de um interprete."

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

No estudo realizado por Moliterno *et al* (2013), nas terras indígenas dos povos Kaingang, as parturientes costumam realizar os partos de cócoras, sozinhas ou auxiliadas por mulheres mais velhas e experientes. Porém, não são relatados a respeito da presença do enfermeiro e de outros profissionais de saúde neste período.

No âmbito hospitalar, o papel do enfermeiro direcionado à parturiente indígena, baseia-se no respeito as especificidades culturais desta, tendo como princípio a união

da medicina tradicional e do tratamento biomédico. No entanto, muitas das vezes ocorre a sobreposição das condutas dos profissionais em face da cultura indígena (LANA, 2016).

É importante que os profissionais de saúde respeitem as especificidades da mulher indígena, sempre tratando esta com cuidado, levando em consideração seus desejos, utilizando técnicas não farmacológicas para alívio da dor e permitindo que tenha um acompanhante de sua preferência (BRASIL, 2016).

Segundo Lana *et al* (2020), o enfermeiro é o profissional qualificado para atuar na prestação da assistência direcionada as parturientes indígenas, na qual esta é pautada no diálogo e no respeito a vontade da mulher indígena, conciliando o tratamento científico com a medicina tradicional.

4.3 OS DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA A MULHER INDÍGENA NO PARTO DOMICILIAR

Para os profissionais entrevistados, dentre as principais dificuldades na assistência a mulher indígena no parto domiciliar destacam-se a falta de materiais específicos para parto com distócia, embate entre medicina tradicional e ocidental, uma vez que os familiares e parteiras apresentam resistência às intervenções da enfermagem, assim como a dificuldade de comunicação entre a equipe multidisciplinar e a comunidade indígena.

“As principais dificuldades é conciliar a cultura ocidental com a tradicional, pois as parteiras e os familiares não aceitam a intervenção de enfermagem durante o parto, somente após o parto.” (Ent. 5)

De acordo com os achados de Silva (2020), os partos domiciliares das mulheres indígenas Kambiwá eram realizados exclusivamente por mulheres, em muitos dos casos sem apoio, ou com auxílio de mulheres mais experientes, que possuíam algum vínculo com a parturiente. No entanto, atualmente algumas dessas mulheres tem optado pelo parto em ambiente hospitalar, uma vez que o local conta com assistência profissional especializada e infraestrutura adequada para atuar em casos de média e alta complexidade.

Quadro 3 - As principais dificuldades na assistência a mulher indígena no parto domiciliar

ENTREVISTADOS	PERGUNTA 2: Quais as principais dificuldades na assistência a mulher indígena em um parto domiciliar?
Entr 1	"Em algumas situações é a falta de material específico caso a parturiente tem um parto com distócia ou hemorragia pois a saúde indígena é atenção básica não se tem medicações de nível hospitalar outra situação se caso precise fazer uma episiotomia ou uma episiorrafia nem todo enfermeiro possui habilidade uma vez que só tem respaldo é enfermeira obstetra."
Entr 2	"Embate entre a medicina tradicional e a medicina ocidental."
Entr 3	"Geralmente fica reclusa na cultura e só aciona a equipe em último estágio onde muitas vezes não há mais o que fazer."
Entr 4	"Um dos principais impasses é a língua materna que por vezes dificulta a compreensão de ambas as partes, no decorrer da assistência pautada pela EMSI. Em alguns momentos há recusa para não ser acompanhada pela EMSI, uma vez que foi classificada gesta de alto risco. "
Entr 5	"As principais dificuldades é conciliar a cultura ocidental com a tradicional, pois as parteiras e os familiares não aceitam a intervenção de enfermagem durante o parto, somente após o parto."

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Diferente do observado nesse trabalho, no estudo elaborado por Girardi e López (2020), todos os partos indígenas são realizados em âmbito hospitalar, nos quais as gestantes são conduzidas para receber assistência fora das aldeias, sendo constantemente negligenciadas, submetidas a práticas intervencionistas e sem poder de decisão.

Dentre as principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro na assistência a parturiente indígena, no estudo realizado por Lana (2016), destacam-se a barreira linguística e o despreparo das equipes de saúde.

Vale ressaltar que a medicalização inoportuna e a frequente institucionalização do parto das mulheres indígenas quando relacionada a atenção diferenciada estão sendo constantemente debatidas, uma vez que podem ocasionar grandes consequências na autonomia e identidade destas (SILVA, 2017).

4.4 CONDUTAS DE ENFERMAGEM EM UM PARTO DE ALTO RISCO NA SAÚDE INDÍGENA

Em relação as condutas dos enfermeiros em um parto de alto risco na saúde indígena, os entrevistados salientaram que deve ocorrer a transferência para uma unidade de referência mais próxima em tempo hábil e oportuno, com

acompanhamento integral, monitorização frequente dos sinais vitais, além da avaliação realizada pela parteira e pajé, respeitando os costumes e tradições dessa minoria étnica.

“Se a conduta for em uma aldeia: tranquilizar a mãe e os familiares, fazer o controle dos sinais vitais, se necessário fazer um acesso venoso para hidratar e manter o acesso, realizar referência para encaminhamento solicitar frete aéreo. Caso a gestante ainda não esteja em trabalho de parto encaminhar para CASAI 15 dias antes do parto, lembrando sempre de pedir para chamar a parteira na hora do parto para ela acompanhar.” (Entr 1)

Quadro 4 - As condutas da enfermagem em um parto indígena de alto risco

ENTREVISTADOS	PERGUNTA 3: Quais as condutas em um parto de alto risco?
Entr 1	“Se a conduta for em uma aldeia: tranquilizar a mãe e os familiares, fazer o controle dos sinais vitais, se necessário fazer um acesso venoso para hidratar e manter o acesso, realizar referência para encaminhamento solicitar frete aéreo. Caso a gestante ainda não esteja em trabalho de parto encaminhar para casai 15 dias antes do parto, lembrando sempre de pedir para chamar a parteira na hora do parto para ela acompanhar.”
Entr 2	“Transferência para unidade mais próxima.”
Entr 3	“Encaminhar a gestante o mais precoce possível para uma zona de maior suporte de vida, assim é guardando tanto a vida da mãe quanto do feto.”
Entr 4	“Acompanhamento integral da gestante assegurando a conduta de remoção em tempo hábil para unidade hospitalar de referência para parto seguro e avaliação médica especializada.”
Entr 5	“Primeiramente deve ser avaliada pela parteira, pajé, de acordo com seus costumes, tradições, valores e crenças respeitando suas decisões. Em seguida, a EMSI toma todas as precauções possíveis como monitoramento dos sinais vitais, controle do BCF do feto, após deverá ser referenciada para cuidados cabíveis na rede hospitalar.”

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Semelhante aos resultados desta pesquisa, no estudo realizado por Carvalho e Silva (2019), quando são detectados riscos gestacionais, o acompanhamento das gestantes não é mais realizado pelas parteiras, passa a ficar sobre o encargo exclusivo dos enfermeiros e médicos e quando necessário é realizada a transferência para uma unidade de saúde de referência.

Vale ressaltar que na atenção pré-natal de alto risco, o enfermeiro identifica os riscos reais e potenciais das gestantes, a fim de elaborar um planejamento das ações comprovadas cientificamente que serão realizadas para uma melhor assistência a essa clientela (ERRICO *et al.*, 2018).

4.5 CAPACITAÇÕES PARA ATUAR NO PARTO INDÍGENA

No tocante as capacitações para assistência ao parto indígena, alguns dos profissionais entrevistados afirmam que estão disponíveis em plataformas digitais para todos os profissionais de saúde. No entanto, o Entrevistado 1 afirma que carecem de capacitações específicas para o parto indígena:

“Não, porém existe capacitações nas plataformas em EAD disponibilizados a todos os profissionais de saúde, porém nenhuma específica voltada ao parto indígena.”

Quadro 5 - Capacitações para assistência ao parto indígena

ENTREVISTADOS	Pergunta 4: São realizadas capacitações dos enfermeiros na assistência ao parto indígena? Se sim, com qual frequência?
Entr 1	“Não, porém existe capacitações nas plataformas em EAD disponibilizados a todos os profissionais de saúde, porém nenhuma específica voltada ao parto indígena.”
Entr 2	“Foram realizadas duas atividades baseadas em troca de saberes e o ato de partejar.”
Entr 3	“Sim, o governo federal dispõe de vários meses de capacitação, não só nessa área de obstetrícia, mas em muitas outras áreas, a frequência e disponibilidade do servidor.”
Entr 4	“Sim, hoje contamos com várias plataformas digitais que nos permitem uma rotina de capacitação mensais.”
Entr 5	“Sim, através da educação permanente, pela plataforma de ensino, por exemplo: UNASUS, Avasus, dentre outras.”

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Na literatura nacional são muitos os artigos que discorrem sobre a educação continuada de enfermeiros na saúde indígena. Contudo, carecem de estudos que retratem especificamente a respeito das capacitações de enfermeiros nos partos domiciliares indígenas (DIEHL; FOLLMANN, 2014).

Nos achados de Lana (2016), as falas dos entrevistados evidenciam a falta de capacitações profissionais das equipes na promoção à saúde dessa clientela. Assim, é indiscutível que os gestores deixam a desejar no que concerne à oferta de cursos, palestras, seminários, oficinas e outros que discorram sobre a temática.

Para Quadros (2016), embora sejam necessários e essenciais investimentos em especializações em enfermagem obstétrica, partos humanizados e domiciliares para melhor assistência aos povos indígenas, faz-se necessário que antes disso,

sejam implementadas condições adequadas para que os profissionais realizem as capacitações, bem como toda uma estrutura para a realização de partos.

4.6 A INTERCULTURALIDADE NO PARTO INDÍGENA

Os enfermeiros deixam explícito através de seus argumentos quanto a importância da interculturalidade no parto indígena, uma vez que constitui em um mecanismo essencial para a troca de saberes e conhecimentos, seja mediante a comunicação verbal ou não-verbal, utilizando práticas e remédios tradicionais indígenas durante a assistência, com o intuito de promover maior conforto e qualidade de vida para esse público alvo.

"Com seus cuidados tradicionais e relativos a todo o processo de gestação e período expulsivo, para o monitoramento da EMSI na assistência prestada no território, respeitando seus saberes e práticas tradicionais para compreensão de todo conhecimento presente na saúde indígena." (Entr 4)

Quadro 6 - A importância da interculturalidade no parto indígena

ENTREVISTADOS	PERGUNTA 5: Para você qual a importância da interculturalidade no parto indígena?
Entr 1	"De suma importância uma vez que se tem a troca de conhecimento, é um parto humanizado uma vez que o profissional acompanha toda evolução, acompanha os remédios tradicionais extraídos das plantas para facilitar o parto, segundo a parteira o Biribá ajuda no parto, a raiz do açaí para indígenas que tem hemorragia entre outras plantas, todo ensinamento em território onde não se tem uma saúde estruturada é válido. Quando digo "saúde estruturada" estou dizendo que a saúde indígena é atenção básica e não média e alta complexidade.
Entr 2	"É de fundamental importância ao respeito cultural e qualidade de vida desse povo."
Entr 3	"Como profissional temos que respeitar e esperar que nos acionem para podermos atuar, lembrando que um bom pré-natal é o início de tudo, a fronteira entre o parto normal sem risco, e consequentemente a identificação de provável risco e alto risco."
Entr 4	"Com seus cuidados tradicionais e relativos a todo o processo de gestação e período expulsivo, para o monitoramento da EMSI na assistência prestada no território, respeitando seus saberes e práticas tradicionais para compreensão de todo conhecimento presente na saúde indígena."
Entr 5	"A comunicação é fundamental entre a equipe multidisciplinar e as usuárias principalmente dentro do território indígena, respeitando seus valores, identidade, crenças, cultura e tradições."

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Segundo Santos e seus colaboradores (2019), a interculturalidade tem como princípio a sensibilização dos enfermeiros quanto a diversidade cultural dos diferentes povos, seja relacionado a língua falada, como ao processo saúde-doença, dessa forma, pressupõe que a assistência prestada por esses profissionais seja realizada a fim de promover cuidados culturalmente competentes.

5 CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem no parto domiciliar indígena constitui uma gama de desafios e demanda dos enfermeiros práticas de saúde que levem em consideração a atenção à saúde diferenciada das populações indígenas. Dos 05 profissionais entrevistados, 80% são do sexo feminino, na faixa etária entre 37 e 56 anos, com tempo de trabalho no DSEI Rio Tapajós de 1 a 12 anos, com média de trabalho de 5,4 anos. Em relação a naturalidade, os profissionais são pertencentes aos estados da região Norte e Nordeste.

Quando questionados a respeito do papel dos enfermeiros na assistência a mulher indígena em trabalho de parto, as informações repassadas pelos entrevistados baseavam-se na realização da anamnese, acolhimento da parturiente e o acompanhamento do trabalho de parto, desde que respeitadas suas diferenças culturais e as recomendações tradicionais das parteiras.

Para os profissionais entrevistados, dentre as principais dificuldades na assistência a mulher indígena no parto domiciliar destacam-se a falta de materiais específicos para parto com distócia, embate entre medicina tradicional e ocidental, assim como a dificuldade de comunicação entre a equipe multidisciplinar e a comunidade indígena.

Em relação as condutas dos enfermeiros em um parto de alto risco na saúde indígena, os entrevistados salientaram que deve ocorrer a transferência para uma unidade de referência mais próxima em tempo hábil e oportuno, com acompanhamento integral, monitorização frequente dos sinais vitais, além da avaliação realizada pela parteira e pajé, respeitando os costumes e tradições dessa minoria étnica.

No tocante as capacitações para assistência ao parto indígena, alguns dos profissionais entrevistados afirmam que estão disponíveis em plataformas digitais para todos os profissionais de saúde. No entanto, outros entrevistados afirmam que carecem de capacitações específicas para o parto indígena.

Os enfermeiros deixam explícito através de seus argumentos quanto a importância da interculturalidade no parto indígena, uma vez que constitui em um mecanismo essencial para a troca de saberes e conhecimentos, seja mediante a comunicação verbal ou não-verbal, utilizando práticas e remédios tradicionais indígenas durante a assistência, com o intuito de promover maior conforto e qualidade de vida para esse público alvo.

Evidenciou-se a importância deste estudo para a construção da assistência a mulher indígena em todo o período gravídico-puerperal, pautada na inclusão de práticas e saberes tradicionais nas condutas realizadas por toda a equipe multidisciplinar a fim de legitimar o direito à atenção diferenciada destas nos serviços de saúde. Diante disso, faz-se fundamental a elaboração de outros estudos a respeito da temática, bem como a educação continuada dos profissionais de saúde que atuam com essa clientela.

REFERÊNCIAS

ABATI, Paulo Afonso Martins; ROCHA, Maria Carolina Pereira da; JUNQUEIRA, Fábio Miranda. **Saúde indígena: os desafios da atenção primária em saúde na lógica da interculturalidade e da atenção diferenciada.** Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2018. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/saude-indigena-os-desafios-da-atencao-primaria-em-saude-na-logica-da-interculturalidade-e-da-atencao-diferenciada/>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

ALBUQUERQUE, Fernando Pessoa de; VITENTI, Livia Dias Pinto. **Suicídio em povos indígenas no Brasil: dados epidemiológicos do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, fatores sócio-históricos e decoloniais** In: SCHWEICKARDT, Júlio Cesar (org.); et al. **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural.** 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. Disponível em: <<http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/SAUDE-INDIGENA-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

ALMEIDA, Olivia Souza Castro; GAMA, Elisabete Rodrigues; BAHIANA, Patricia Moura. **Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros.** **Revista Enfermagem Contemporânea.** Bahia, v.4, n.1, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.456>>. Acesso em: 25 out. 2020.

ALMEIDA, Priscila Correia. **Parturição: descrição e análise dos principais aspectos envolvidos no processo do parto.** 2014. 85f. Monografia (Graduação em Enfermagem) –Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2014. Disponível em: <https://www.ucv.edu.br/fotos/files/TCC_2014-2_Priscila.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2021.

BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Jorge Alberto Cordón; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. **A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema.** **Tempus, actas de saúde colet,** Brasília, 8(1), 29-39, mar, 2014. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1450>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo (Org.) **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade.** Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013. Disponível em: <http://ensp.fiocruz.br/vomif/assets/pdf/material/livro_texto.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Universidade Estadual do Ceará. Ministério da Saúde, 2014. 465 p (Cadernos HumanizaSUS;v.4). Disponível em: <https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 6001 de 19 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre o Estatuto do Índio.** Diário Oficial da União, Brasília (1973 dez.21). Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm>. Acesso em: 12 out. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de saúde e atenção primária no Brasil e na saúde indígena.** Área Temática I-AIS e AISAN. Promoção da Saúde no Território Indígena. Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicas_saude_primaria_brasil_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/Saude-Brasil-2019-imunizacao.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Saúde indígena: um direito constitucional.** 1 ed. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório de Gestão do Exercício de 2014.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/07/RELATORIO-GESTAO-2014-SESAI-FINAL.pdf>. Acesso em: 24 out. 2020.

BRASIL. Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004. **Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.** Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0070_20_01_2004.html>. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal.** 2017. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

CARLO, Waldemar A; TRAVERS, Colm P. Mortalidade materna e neonatal: hora de agir. **J. Pediatr.** (Rio J.), vol.92 n.6, 2016. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000700543&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02 jan. 2021.

CARVALHO, J.S; SILVA, P.S. **Registros do corpo (des)territorializado**: em busca de fundamentos para pensar a produção de cuidado em Roraima. In: Ferla, AA; Schweickardt, KHSC; GAI, Noal, D; Schweickardt, JC. (Orgs). **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**. 1ª ed. 2019. Rede UNIDA.

CIMI. CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **A Política de Atenção à saúde indígena no Brasil**: Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Brasília, DF, 2013. Disponível em:<https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3258177/mod_resource/content/1/Brasil%20Cartilha%20Sa%C3%BAde%20Ind%C3%ADgena.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

COLACIOPPO, Priscila Maria; KOIFFMAN, Márcia Duarte; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez; SCHNECK, Camilla Alexandra; OSAVA, Ruth Hitomi. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**. III Série. n.2, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIln2/serIIIln2a09.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Comissão de Business Intelligence. **Produto 2**: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais, 2011. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 20

COREN. PARECER COREN – BA Nº 020/2016. **Assistência ao parto prematuro**. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-020-2016_54447.html#:~:text=Entende%2Dse%20por%20parto%20normal,dias%2C%20com%20apresenta%C3%A7%C3%A3o%20cef%C3%A1lica%20fletida>.

DADOS MJ. **Fundação Nacional do Índio**. 2020. Disponível em: <http://dados.mj.gov.br/organization/about/funai>. Acesso em: 23 out. 2020

DIAS, Júlia Maria Gonçalves; OLIVEIRA, Ana Patrícia Santos de; CIPOLOTTI, Rosana; MONTEIRO, Bruna Karoline Santos Melo; PEREIRA, Raisia de Oliveira.

Mortalidade materna. **Rev Med Minas Gerais** 2015; 25(2): 173-179. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771#:~:text=A%20morte%20materna%20%C3%A9%20definida,da%20gravidez%2C%20devida%20a%20qualquer>>. Acesso em: 03 jan. 2021.

DIEHL, Eliana Elisabeth; FOLLMAN, Helga Bruxel Carvalho. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. **Texto contexto - enferm.** vol.23 n.2, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072014000300013>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

ERRICO, LSP; BICALHO, PG; OLIVEIRA, TCFL; MARTINS, EF. trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1257-64. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

FERREIRA, L.O. **Folhas, rezas e dietas: a emergência da medicina tradicional e do pré-natal indígena.** In: Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, pp. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/f48w3/pdf/ferreira-9788575415108-08.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02>>. Acesso em: 02 dez. 2020.

FRONTELMO, Clarice Souza. **O papel do enfermeiro na assistência à população indígena no âmbito da atenção primária em saúde.** Monografia (Licenciatura em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. – Niterói: [s.n.], 2016. 47 f.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde.** - Brasília: Funasa, 2009. 112 p. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro-lei-arouca-10anos.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

GARNELO, Luiza; HORTA, Bernardo L.; ESCOBAR, Ana Lúcia; SANTOS, Ricardo Ventura; CARDOSO Andrey Moreira; WELCH, James R.; TAVARES, Felipe Guimarães; COIMBRA JR, Carlos E. A. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cad. Saúde Pública**, vol.35, 2019. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001505001#:~:text=O%20Primeiro%20Inqu%C3%A9rito%20Nacional%20de,\(86%2C6%25\)%20delas.>](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001505001#:~:text=O%20Primeiro%20Inqu%C3%A9rito%20Nacional%20de,(86%2C6%25)%20delas.>). Acesso em 02 jan. 2020.

GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia. **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.280 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIRARDI, Francieli; LÓPEZ, Laura Cecilia. **As práticas de atenção à saúde das mulheres Kaingang no período gravídico puerperal na aldeia indígena Kondá/SC**. In: SCHWEICKARDT, Júlio Cesar (org.); et al. **Saúde indígena**: práticas e saberes por um diálogo intercultural. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. Disponível em: <<http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/SAUDE-INDIGENA-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

GONÇALVES, Hortência de Abreu. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 1 ed. São Paulo: Avercamp, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**: características gerais dos indígenas: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

INSTITUTE OF DEVELOPMENT STUDIES; Saúde Sem Limites; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Diagnóstico situacional do Subsistema de Saúde Indígena** – relatório inicial (revisado). Brasília: Consórcio Institute of Development Studies/ Saúde Sem Limites/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; 2009.

LANA, Vitória Cruz; PIRES, Bruna Hellen Vaz; SILVA, Paulo Sérgio da; CASIMIRO, Cintia Freitas. **Parto indígena**: contribuições de enfermeiros para pensar a produção de cuidado no contexto hospitalar. In: SCHWEICKARDT, Júlio Cesar (org.); et al. **Saúde indígena**: práticas e saberes por um diálogo intercultural. 1.ed. Porto Alegre:

Rede UNIDA, 2020. Disponível em: <<http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/SAUDE-INDIGENA-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

LUCIANO, Gersem dos Santos. **O índio brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/indio_brasileiro.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

MARINHO, Gerson Luiz; BORGES, Gabriel Mendes; SANTOS, Ricardo Ventura. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** v.72 n.1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100057>. Acesso em: 04 jan. 2021.

MARTINS, CA.; ALMEIDA, NAM; DE MATTOS, DV. Parto domiciliar planejado: assistido por Enfermeiro Obstetra. **Enfermería Global**, nº 27 Jul, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/pt_ensayo2.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020.

MARTINS, Juliana Cláudia Leal; MARTINS, Cleide Lavieri; OLIVEIRA, Lavínia Santos de Souza. Atitudes, conhecimentos e habilidades para o trabalho do enfermeiro no Parque Indígena do Xingu. **Rev. Bras. Enferm.** vol.73 n.6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020000600184&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 mar. 2021.

MATTOS, Diego Vieira de; VANDENBERGHE, Luc; MARTINS, Cleusa Alves. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(2):568-75, fev., 2016. <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10991/12343>>. Acesso em: 02 jan. 2021

MOLITERNO, A. C. M.; BORGHI, A. C.; ORLANDI, L. H. S. F.; FAUSTINO, R. C.; SERAFIM, D.; CARREIRA, L. Processos de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 22(2):293-30, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200004#:~:text=As%20mulheres%20Kaingang%20foram%20culturalmente,serem%20realizados%20em%20ambiente%20hospitalar.>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: <

http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html>. Acesso em: 20 dez. 2020.

NERY, Jaqueline Maria; ALMEIDA, Monique Soares de. **A Importância do Enfermeiro no Processo de Aceitação ao Parto Normal**: uma revisão bibliográfica. Monografia (Curso de Enfermagem). Universidade São Francisco. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/2674.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2021.

OMS- Organização Mundial da Saúde. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros**: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf;jsessionid=551772750F4B4933527AC194B8BF99B3?sequence=5>>. Acesso em: 07 out. 2020.

OMS- Organização Mundial da Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996. Disponível em: <<http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Boas-Pr%C3%A1ticas-ao-Parto-e-Nascimento-1.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2021.

OPAS/OMS Brasil. **Folha informativa-Mortalidade materna**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso em: 15 out. 2020.

PÍCOLI, Renata Palópoli; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves. Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.9, p. 3315-3324, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n9/3315-3324>. Acesso em: 04 jan. 2021.

PINHEIRO, Pedro Oliveira; PINHEIRO, Cleoneide Paulo Oliveira; MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz; SILVA, Raimunda Magalhães da; BRASIL, Bruna Michelle Belém Leite; SAMPAIO, Luis Rafael Leite. Protagonismo da mulher indígena e cuidados no momento do parto: revisão integrativa. **Atas CIAIO**, 2019.

PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho. Livro digital. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2020.

QUADROS, Fátima Alice de Aguiar. **Análise das práticas dos(as) enfermeiros(as) indígenas das etnias Guarani, Kaiowá e Terena na perspectiva do cuidado cultural**. 2016. 168 p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330955/1/Quadros_FatimaAliceAguiar_D.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020.

RODRIGUES, A.R.M, CAVALCANTE, A.E.S; VIANA, A.B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **ReTEP [Internet]**, v. 11, n. 1, p:3-9. 2019. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Mortalidade-materna-no-Brasil-entre-2006-2017-an%C3%A1lise-temporal-final.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2021.

RODRIGUES, Jefferson Carlos Tolentino; ALMEIDA, Iago Ethan Silva Ribeiro; NETO, Antônio Guerra De Oliveira; MOREIRA, Tulio Antunes. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. **Revista Multitexto**, 2016, v. 4, n. 01. Disponível em: <http://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/174/103>. Acesso em: 26 set. 2020.

SANDERS, Lídia Samara de Castro; PINTO, Francisco José Maia; MEDEIROS, Carlos Robson Bezerra de; SAMPAIO, Rafaella Maria Monteiro; VIANA, Radmila Alves Alencar; LIMA, Katherine Jeronimo. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. **Saúde Colet.**, v. 25, n.1 p. 83-89, 2017. Disponível em:< <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010284.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; ABBUD, Fernanda de Souza Freitas; PREGNOLATTO, Olívia Separavich; SILVA, Michelle Gonçalves da; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene**. 2014 mar-abr; 15(2):362-70. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/download/3170/2433/>. Acesso em: 23 out. 2020.

SANTOS, Evelin Plácido dos; GRYSCHKEK, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins; COELHO, Clayton de Carvalho. **Competência cultural e a atuação profissional no contexto da atenção à saúde dos povos indígenas: um olhar sobre o Parque Indígena do Xingu (PIX)** In: SCHWEICKARDT, Júlio Cesar (org.); et al. **Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural**. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. Disponível em:<<http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/SAUDE-INDIGENA-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR., Carlos E. A; Cardoso, Andrey Moreira; CHAVES, Maria de Betânia Garcia. **Políticas Públicas de Saúde para os Povos**

Indígenas. In: GIOVANELLA, L. et. al. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar (org.); et al. Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. Disponível em:<<http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/SAUDE-INDIGENA-praticas-e-saberes-por-um-dialogo-intercultural.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

SCOPEL, Raquel Paiva Dias. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto:** práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. Tese. Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SILVA, Natália Valentim da; SANTIAGO, Natâne Dos Santos. **Atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado:** revisão de literatura. Centro universitário São Lucas, 2017. Disponível em:<<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/2061/nat%c3%a1lia%20valentim%20da%20silva,%20nat%c3%a2ne%20dos%20santos%20santiago-%20atua%c3%a7%c3%a3o%20do%20enfermeiro%20obstetra%20no%20parto%20domiciliar%20planejado%20-%20revis%c3%a3o%20de%20literatura.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

SILVA, Núbia Maria de Melo e. **A conversa de hoje é que parir é no hospital:** implicações e desafios à saúde indígena. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2017. Disponível em:<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/27407/2/nubia_silva_iff_mest_2017.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SOUSA, Maria da Conceição de; SCATENA, João Henrique G.; SANTOS, Ricardo Ventura. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.853-861, abr. 2007. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/pdf/csp/2007.v23n4/853-861>>. Acesso em 12 out. 2020.

URQUIZA, A., CALDERONI, V. A interculturalidade como ferramenta para (des) colonizar. **Prim@ facie**, João Pessoa, PPGCJ, v. 16, n. 33, p. 2-29, set./dez. 2017. Disponível em:<<https://periodicos.ufpb.br/index.php/primafacie/issue/view/1905/213>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

VIANA, Rosane da Costa; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi CALDERON, Iracema MP. Mortalidade Materna - uma abordagem atualizada. **Com. Ciências Saúde**, v. 22, 2011. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mortalidade_materna.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

YAJAHUANCA, Rosário del Socorro Avellaneda; FONTENELE, Claudia Valença; SENA, Brena Figueiredo e DINIZ, Simone Grilo. Parto no posto de saúde e em casa: uma análise da assistência ao parto entre as mulheres Kukamas Kukamirias do Peru. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]**. vol.23, n.3, p. 322-330, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n3/pt_11.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



CENTRO DE ESTUDO SUPERIOR DE ITAITUBA S/C LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
PORTARIA/MEC Nº 251 DE 07/07/2011.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você a participar da pesquisa intitulada **“A atuação do enfermeiro na assistência ao parto domiciliar nas aldeias pertencentes ao DSEI Rio Tapajós, Pará, Brasil”** que é realizada pelas acadêmicas Íris Ingrid Manso da Silva, Jéssica Porto de Matos e Juciane Paigo Munduruku e que conta com a orientação da Prof^a Juliane de Almeida Lira.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Caso decida aceitar ao convite, você será submetido(a) a uma entrevista que será conduzida por perguntas abertas e fechadas relacionadas a assistência de enfermagem no trabalho de parto indígena.

Essa pesquisa tem como objetivo geral analisar a atuação do enfermeiro na assistência ao parto domiciliar nas aldeias pertencentes ao DSEI Rio Tapajós, localizada no estado do Pará. Todas as informações obtidas são confidenciais e serão apenas usadas com o propósito científico, sem divulgar os nomes dos participantes em nenhum momento, ou seja, a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Além disso, será ofertada pelos pesquisadores, assistência integral, imediata, gratuita e pelo tempo que for necessário, bem como direito à indenização ao participante da pesquisa, diante de eventuais danos (imediatos ou em longo prazo) decorrentes de sua colaboração neste estudo.

Os riscos inerentes da pesquisa são mínimos como a dificuldade em responder algumas perguntas, que serão minimizados através de orientações por parte da

pesquisadora. Os benefícios da sua participação na pesquisa estão relacionados a fornecer informações que possam ser úteis para melhorar a assistência às mulheres indígenas em trabalho de parto.

Esta pesquisa só será desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UEPA - Universidade do Estado do Pará – Campus XII – Tapajós, localizada na Av. Plácido de Castro, 1399, no bairro Aparecida do Município de Santarém – PA, com Cep: 68.040.090 e contato de telefone: (93) 3512-8013, Fax: (93) 3512-8000 e E-mail: cepuepa@outlook.com.

O Comitê de Ética e Pesquisa – CEP é responsável pela avaliação ética dos projetos de pesquisa, e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Ademais devem informar e educar seus membros e a comunidade quanto a sua função no controle social.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora. Se o termo for redigido em mais de uma folha, as mesmas deverão ser numeradas e rubricadas por todos os participantes do estudo em todas as suas folhas.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamento você poderá entrar em contato com a pesquisadora principal desta pesquisa, Juliane Almeida Lira, pelo telefone (93) 991247285 ou pelo e-mail ajulira28@hotmail.com.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar, e em caso de dúvidas poderei entrar em contato a qualquer momento com as pesquisadoras Juliane Almeida Lira, pelo telefone (93) 991247285 ou pelo e-mail ajulira28@hotmail.com. Sendo assim, concordo em participar voluntariamente da pesquisa **“A atuação do enfermeiro na assistência ao parto domiciliar nas aldeias pertencentes ao DSEI Rio Tapajós, Pará, Brasil”** e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Itaituba, _____ de _____ de 2020.

Participante

Juliane de Almeida Lira

Pesquisadora

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Identificação do Participante

Entrevista nº

Data: __/__/__

Idade:

Sexo () feminino () masculino

Cargo/função:

Tempo de trabalho no DSEI:

Naturalidade:

Questionário

1. Qual o seu papel na assistência a mulher indígena em trabalho de parto?
2. Quais as principais dificuldades na assistência a mulher indígena em um parto domiciliar?
3. Quais as atribuições do enfermeiro no parto Munduruku?
4. São realizadas capacitações dos enfermeiros na assistência ao parto indígena? Se sim, com qual frequência?
5. Para você, qual a importância da interculturalidade no parto indígena?

ANEXOS

ANEXO A: CARTA DE ANUÊNCIA

11/01/2021

SEI/MS - 0018463649 - Ofício



Ministério da Saúde
Secretaria Especial de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Rio Tapajós

OFÍCIO Nº 6/2021/RT/DSEI/SESAI/MS

Itaituba, 06 de janeiro de 2021.

À senhora

JULIANE DE ALMEIDA LIRA

Coordenadora do Curso de Enfermagem FAI

Assunto: Em resposta ao Ofício N°30/2020

Em referência Ofício N° 30/2020 0018287239 encaminhado pela Faculdade de Itaituba (FAI) que solicita permissão para que duas acadêmicas do Curso de Enfermagem realizem pesquisa intitulada "A atuação do enfermeiro na assistência ao parto domiciliar em uma aldeia Munduruku, Pará, Brasil".

Considerando que a solicitação da Faculdade de Itaituba (FAI) não se aplica a modalidade de pesquisa junto aos povos indígenas e sim a atuação do enfermeiro na assistência ao parto domiciliar em uma aldeia, informo que compete ao enfermeiro o direito de responder, voluntariamente, o instrumento de coleta de informação, arcando com toda responsabilidade com a informação que será dada aos acadêmicos que subscreverão a autoria do questionário.

Mediante as informações supracitadas sugiro que as acadêmicas entre em contato com as enfermeiras, apresente a proposta pretendida para que as profissionais respondam o questionário se assim o desejarem.

Atenciosamente,

(Assinatura eletrônica)

EVLSON COSTA GOMES

Coord. Distrital de Saúde Indígena Substituto do DSEI Rio Tapajós.

Portaria nº 723 DOU nº 199 de 16/10/2020



Documento assinado eletronicamente por Evilson Costa Gomes, Coordenador(a) Distrital de Saúde Indígena substituto(a), em 08/01/2021, às 17:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_necesso_externo=0, informando o código verificador 0018463649 e o código CRC 6FF0A210.

Referência: Processo nº 25054.001475/2020-71

SEI nº 0018463649