



Disponible en www.sciencedirect.com

Anales de Antropología

Anales de Antropología 50 (2016) 75–95

www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia



Artículo

Cuerpo y reproducción entre los Pankararu de Pernambuco, Brasil

Body and reproduction among the Pankararu of Pernambuco, Brazil

Mirna Cruz Ramos

CIESAS Pacífico Sur, Cátedras CONACyT, Federico Tiza Mengol la Resolana 201, Reforma,
68050 Oaxaca, Oaxaca, México

Recibido el 18 de febrero de 2015; aceptado el 30 de junio de 2015

Resumen

Este artículo tiene por objetivo mostrar cómo las concepciones y prácticas del «cuerpo reproductivo» de distintas generaciones de parteras/madres Pankararu se transfiguraron en consonancia con contextos socio-culturales y políticos particulares. En este sentido planteo un cuerpo dinámico que interioriza creativamente conceptos y prácticas en un contexto de constantes mestizajes.

Derechos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

Palabras clave: Camarada; Historia de la salud pública; Programas gubernamentales de salud; Mujeres indígenas; Embarazo

Abstract

This article sets out to show how the concepts and practices related to the «reproductive body» have changed among distinct generations of Pankararu midwives/mothers. These changes have occurred in consonance with particular socio-cultural and political contexts. In this sense, the article suggests a dynamic body that creatively embraces concepts and practices in a context of constant reconfiguration.

All Rights Reserved © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

Keywords: Camarada; History of public health; Institutional health programs; Indigenous women; Pregnancy

Correo electrónico: mirncruz@gmail.com

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.antro.2015.06.002>

0185-1225/Derechos Reservados © 2015 Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

Introducción

En este trabajo expongo las concepciones del cuerpo reproductivo en distintos periodos históricos de la salud pública en Brasil en general, y en particular y principalmente, de la historia de la salud pública local Pankararu. El periodo de estudio se ubica desde la Posguerra, por el papel fundamental que representa en este contexto la salud pública en América Latina como un producto del desarrollo económico, de la expansión industrial capitalista y de la formación y desarrollo de los Estados Nacionales (cf. Hochman, Fonseca y Lima, 2005). La historia de la salud pública en Brasil nos da el marco para comprender el papel de la salud en la conformación del Estado Nacional Brasileño, y las relaciones entre los conocimientos médicos y los saberes populares en torno al cuerpo en un contexto interétnico más amplio.

La *camarada*¹ es una concepción del cuerpo reproductivo analizada por algunas investigaciones entre los indígenas del Noreste de Brasil (Silva, 2007; Macêdo, 2007; Belaunde y McCallum, 2007; Belaunde y Macêdo, 2007), misma que en el contexto Pankararu ha venido reconfigurándose en distintas generaciones, es por ello que la tomé como eje central del análisis histórico del concepto de cuerpo y reproducción, observando la síntesis que distintas generaciones de mujeres (madres-parteras y grupo doméstico en general) hacen de esta concepción a partir de distintos conceptos de cuerpo difundidos por el sistema oficial de salud, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los movimientos sociales implícitos en ambas instancias. Dentro de la cosmovisión Pankararu la *camarada* es una entidad viva que forma parte esencial de la mujer, está enraizada en ella y controla todo el funcionamiento reproductivo: menstruación, embarazo, parto, puerperio, el amamantamiento de los niños. Durante el embarazo está junto con el feto, acompañándolo, cumpliendo el papel de camarada durante este proceso. Aunque está en el cuerpo de la mujer, no es «amiga»/camarada de la madre sino del niño. La partera tiene que tener mucho cuidado a la hora del parto con ella porque es una entidad viva que muchas veces quiere salir cuando sale el niño y la deja sola, en esos casos provoca mucho dolor a la mujer y requiere la destreza de la partera para que la coloque en su lugar.

Para el análisis histórico de esta entidad sobresalen 3 periodos oficiales en la historia nacional derivados de la operación concreta del órgano encargado del área de salud en zonas indígenas: *Serviço de Proteção ao Índio-SPI* (Servicio de Protección al Indio) 1943-1966, *Fundação Nacional do Índio-FUNAI* (Fundación Nacional del Indio) 1968-1988 y *Fundação Nacional de Saúde-FUNASA* (Fundación Nacional de Salud) 1990-2008². No obstante, tomando en cuenta el impacto de los movimientos sociales tanto a nivel nacional como local, aquí propongo 4 periodos importantes en la historia de la salud pública en Brasil que impactaron diferencialmente en el concepto de la *camarada* entre los Pankararu, grupo étnico del noreste de Brasil que forma parte del proceso de etnogénesis de los pueblos indígenas de esta región (Oliveira Filho, 1999).

Tomando en cuenta el año de iniciación reproductiva (en base a la edad de la entrevistada y del hijo mayor) y los 4 periodos considerados aquí, las parteras que participaron en esta investigación se ubican: 8 en el primer periodo, durante la gestión del SPI (año de iniciación reproductiva de 1943 a 1966); 11 en el segundo, durante la gestión de la FUNAI (año de iniciación reproductiva de 1968 a 1985); 9 en el tercero, transición FUNAI-FUNASA (año de iniciación reproductiva de

¹ La camarada. Conocida localmente también como *dona do corpo* (dueña del cuerpo), está presente en otros contextos del Noreste de Brasil.

² Tomo en cuenta el año en que se realizó el trabajo de campo (marzo de 2008 a marzo de 2009), aclarando que la FUNASA, al momento de redactar este artículo, ya no es responsable de la Salud Indígena, conforme al decreto No. 7.336 del 19 de octubre de 2010.

1986 a 1996), y 11 en el cuarto, FUNASA (año de iniciación reproductiva de 1999 a 2008). Para hacer coincidir los datos locales con la política nacional tomo en cuenta los 3 periodos oficiales: el periodo del SPI, con 8 parteras; el de la FUNAI, con 15 parteras, y el de la FUNASA, con 16 parteras. El periodo de transición FUNAI-FUNASA lo explico en base a la historia de 2 figuras femeninas con fuerte impacto en la historia política local Pankararu en general, como en la salud reproductiva particularmente. Las mujeres entrevistadas en su papel de parteras tienen memoria y experiencias concretas de los 4 periodos y muestran en su discurso una experiencia general. En su papel de madres es más visible y viable situar la experiencia concreta de embarazo, parto, puerperio por periodo histórico.

En la exposición de los apartados de este artículo me guía el funcionamiento de los Sistemas de Atención a la Salud Reproductiva (SASR)³ por periodo histórico nacional y local de los servicios de salud, por lo que cada apartado inicia respondiendo a las preguntas: ¿Cómo es que la responsabilidad de la salud reproductiva recayó de manera diferencial por periodo, en el Modelo Médico Doméstico, Tradicional y/o Profesional?⁴, y ¿Cuáles eran las concepciones y prácticas del cuerpo reproductivo de los Pankararu en dicho periodo? Se hará énfasis en los periodos respectivos, sobre los nuevos actores en salud que impactaron las concepciones de cuerpo y reproducción, y finalmente tomo en cuenta en cada periodo la relación del cuerpo con la persona (individual) y el colectivo.

Las técnicas básicas utilizadas en el trabajo de campo fueron la observación participante que implicó mi estancia permanente en la Aldea Indígena Pankararu entre los Municipios de Jatobá, Petrolândia y Takaratú del Estado de Pernambuco por 5 meses distribuidos en un año (de marzo de 2008 a marzo de 2009), la aplicación de entrevistas semiestructuradas y cuestionario-genealogía a 39 parteras para el estudio de 4 a 5 generaciones, y constatar de manera diacrónica cómo ha sido la reproducción de los saberes reproductivos. Asimismo fueron aplicadas entrevistas diacrónicas a personal de salud en instituciones gubernamentales y no gubernamentales relacionadas con la atención a la salud reproductiva de la población indígena de la Posguerra hasta la actualidad. Todas las entrevistas aplicadas a parteras, personal Pankararu y miembros de ONG e instituciones operando en el área eran antecedidas por la presentación de una carta de consentimiento informado que una vez firmada me daba la libertad de realizar la entrevista. Debo añadir que el discurso en las entrevistas fue el material privilegiado de análisis y se considera una construcción dialógica y situacional, en donde la/el entrevistada/o construyó su discurso en mi presencia y en distintas

³ Este concepto se fundamenta en los conceptos de *Health Care Systems* (Kleinman, 1986) y del Sistema Real de Salud (Menéndez, 1992).

⁴ a) Modelo Doméstico. Basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos familiares, parentales o comunales y en el cual no actúa directamente un curador especializado. Esta autoatención supone desde acciones conscientes de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad. Atiende el primer nivel real de atención y su estructuralidad no solo se basa en sus funciones curativas, sino sobre todo socioeconómicas que cumple para los grupos en que opera (Cf. Arena popular en Kleinman, 1986; Modelo de autoatención en Menéndez, 1992; Zolla y Carrillo, 1997). b) Modelo Tradicional. Saberes populares que se han ido transmitiendo de una generación a otra. El componente cultural es fundamental para el diagnóstico y proceso terapéutico que pueda recomendar el titular de este modelo que sería el curandero(a) en sus distintas variantes culturales. En este caso la especialista en las tareas reproductivas es la partera tradicional. Es un modelo dinámico que va adaptando sus conocimientos a las exigencias del contexto (Cf. Arena Folk en Kleinman, 1986; Menéndez, 1992). c) Modelo Biomédico, Profesional o Hegemónico. Se caracteriza por una concepción de la salud biológica, clínica e individual con un enfoque curativo centrado en la enfermedad, medicalización de los procesos, práctica «tecnologizada» y una cultura medicocentrista que expropia al paciente de participar en su diagnóstico, orientación y la toma de decisiones. Sus conocimientos representan en nuestro contexto lo que Jordan (1997) nombró *Autoritative Knowledge* (Cf. Arena profesional en Kleinman, 1986; Modelo hegemónico en Menéndez, 1992).

situaciones espaciotemporales del trabajo de campo. En el caso de las parteras, la entrevista tomó en cuenta su rol de parteras y el de madres, de ahí el uso recurrente de la denominación parteras-madres que pretende referir a una sola persona con 2 roles diferentes que, como veremos, implica 2 posiciones discursivas diferentes ante el cuerpo y el cuidado de la salud durante el periodo de embarazo, parto y puerperio. Debo aclarar que aunque inicialmente el concepto de partera se tomó desde un punto de vista *etic*, considerando a aquellas personas reconocidas socialmente como especialistas en la atención tradicional del parto, a lo largo del trabajo este concepto se irá matizando en consonancia con las especificidades locales.

Los Pankararu del Noreste

Con una población estimada de 8 500 personas distribuidas en 22 aldeas, la etnia Pankararu está localizada en 3 municipios del estado de Pernambuco en la Región del *Sertão*⁵ próxima al río *São Francisco*. Este grupo fue reconocido por el Estado brasileño en 1938 y sus tierras, correspondientes a 14 290 has., fueron reivindicadas desde los primeros registros del *Serviço de Proteção ao Índio* (SPI) en 1930. La tierra Pankararu está dividida en 2 tierras indígenas: Pankararu y Entreserras, la primera con 8 100 has. efectivamente demarcadas y homologadas en la década de los ochenta, y la segunda con 6 190 has. homologadas en 2007. Esa distinción entre 2 áreas y 2 poblaciones sugiere que los Pankararu todavía están en proceso de territorialización, y su sociogénesis puede ser considerada bajo un determinado punto de vista una cuestión abierta (Arruti, 2004; Athias, 2004, 2007a,b; COIMI, 2007; Ministério da Justiça, 2008).

Arruti (2004) hace una revisión crítica del uso de la memoria histórica para el acceso a los derechos de los Pankararu, les llama *caboclos*: descendientes de indígenas *aldeados* (reubicados y concentrados en aldeas), que no poseen más las señales externas reconocidas por la ciencia etnológica; mezcla de indígena con africano. Son emergentes porque se presentan con nuevas identidades indígenas que reivindican una ancestralidad autóctona no manifiesta: resultado de recuperaciones y recreaciones étnicas que les permiten destacarse en la rica pero indistinta *cultura nordestina* del *Sertão* (Arruti, 2004, 232). Se trata de una población que padece, como todos los campesinos del *Sertão*, el impacto de las secas cíclicas y de los movimientos climáticos del semiárido nordestino. Sus tierras, incluidas las localizadas en las proximidades del río *São Francisco*, no tienen agua suficiente para suplir las necesidades esenciales; viven de la agricultura de subsistencia y de trabajos domésticos en áreas circunvecinas; durante la seca algunas familias reciben una canasta básica del programa asistencial del gobierno (Athias, 2004, 2007a,b).

Otro aspecto que debe ser resaltado y que se aplica tanto para los Pankararu como para cualquier pueblo indígena del Noreste es la estrecha relación entre las prácticas de salud y la religión indígena⁶. Esa relación se manifiesta en diversos aspectos, por ejemplo cuando los seres sagrados denominados *encantados*⁷, que tienen un papel central en los rituales de cura, se manifiestan

⁵ Área geográfica de la región Noreste de Brasil que se extiende por una vasta área en los estados brasileños de Bahía, Pernambuco, Paraíba y Río Grande del Norte.

⁶ En la cosmovisión y sistema médico Pankararu se encuentran estrechamente ligados los elementos de la cultura popular brasileña, con las religiones afrobrasileñas y el chamanismo indígena, y no es posible definir fronteras muy claras entre unos y otros (Giobalina Brumana en COIMI, 2007: 10).

⁷ Los *encantados* son seres sagrados, indígenas que abandonaron el mundo por medio del «encantamiento». Un aspecto fundamental que los Pankararu resaltan es que los *encantados* no son muertos sino vivos; esta diferenciación es fundamental

en los principales líderes religiosos por medio de los *praiás*⁸, con un papel destacado durante la celebración de los *Torés*⁹ tanto públicos como privados. Estos líderes además de cantadores y danzadores, son también rezadores y curadores reconocidos (Cf. Arruti, 1996; Cunha, 2007). En el ámbito de la salud reproductiva esta relación entre salud y religión indígena se manifiesta en varios momentos del proceso embarazo-parto-puerperio, desde que *las mayores* (las parteras *mais velhas*) salían de su casa rumbo a casa de la gestante, empezaban su oración secreta a los *encantados* y, una vez que llegaban a casa de la gestante, algunas ya sabían sin siquiera ver a la gestante si era un parto natural o de riesgo, incluso sabían cuando ya no había remedio para el niño o la madre. En otros casos, una vez realizada la exploración con masaje, era que sabían si el niño venía de cabeza, posición adecuada para un parto normal, o de lo contrario si venía pélvico¹⁰, lo acomodaban con masaje, como lo consiguió la partera María Chiquinha en varias ocasiones. Es en este contexto ritual que las parteras, antes de iniciar la atención, se encomendaban a Nuestra Señora del Buen Parto (*Nossa Senhora do Bom Parto*), Nuestra Señora de la Salud (*Nossa Senhora da Saúde*) y a los *encantados*; las parteras eran portadoras de oraciones secretas a los *encantados* que posibilitaban su comunicación y eficacia ante cualquier parto natural o de alto riesgo, o cuando incluso tenían que luchar durante el parto para que la *camarada* se quedara en su lugar cuando el niño nacía y ella quería salirse con él.

La Camarada en el periodo del *Serviço de Proteção ao Índio*

Cuenta la leyenda que Leonor era una muchacha muy bonita. Un día Leonor estaba menstruada y comió una «juriti»¹¹, quedando enferma. Los padres, preocupados, llamaron a los curanderos de la tribu para curarla, pero después del rezo de todos los curanderos no hubo resultado. Leonor comenzó a modificar su cuerpo y en esa mudanza las personas observaron que estaban creciendo plumas en todo su cuerpo. Entonces sus padres resolvieron juntar a todos los curanderos nuevamente para tomar una decisión. Vieron que la pobre muchacha tendría que ser sacrificada por la seguridad de la tribu. Llevaron a Leonor para la sierra donde los curanderos con su sabiduría la ataron a una loza de piedra, de donde ella no salió nunca más. Dicen que ella se encantó, y por ese motivo la sierra es llamada «Sierra de Leonor».

(Leyenda de la Serra da Leonor, De Lima, 2006, traducción mía.)

El *Serviço de Proteção ao Índio*-SPI (Servicio de Protección al Indio) representa el primer órgano del Estado que atendió a los Pankararu en materia de salud. Este órgano tuvo vigencia

en la distinción que los Pankararu hacen entre prácticas consideradas de origen africano o espírita que trabajan con muertos, y las prácticas propiamente indígenas, que trabajan con vivos: los *encantados* (COIMI, 2007: 12).

⁸ Cunha (2007) plantea que la representación de los *encantados* en su forma terrena se da a través de los *praiás*: se trata de una vestimenta confeccionada con fibra de *croá* (un tipo de palma) que constituye un conjunto de 2 piezas, máscara y vestido, que esconden la identidad del danzador, quien incorpora a un encantado.

⁹ Entre los Pankararu, Arruti (1996) describe al *Toré* de la siguiente forma: «juego de indio» o de «caboclo», como los propios indígenas lo describen, consiste básicamente en una danza colectiva de un número relativamente indefinido de participantes que se presentan en parte pintados de blanco, según motivos gráficos muy simples, y en parte (en ese caso solo hombres) vestidos de *Praid*. El órgano indigenista instituyó el *Toré* como criterio básico del reconocimiento de la reminiscencia indígena, volviéndose expresión obligatoria de la «indianidad» en el Noreste (Arruti, 2004: 256).

¹⁰ Cualquier posición que adquiera el bebé para nacer, que se presente con la parte inferior del cuerpo —principalmente de nalgas o de pies— quedando su cabeza como la última en salir.

¹¹ La *juriti-pupu* es un ave columbiforme de la familia Columbidae. Conocida también como pu-pu (Rio Grande del Sur): <http://www.wikiaves.com.br/juriti-pupu>.

de 1910 a 1967 y, según declara la FUNASA (2002), en la década de los cincuenta se instaló otra referencia en materia de salud de los pueblos indígenas denominada *Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas-SUSA* (Servicio de Unidades Sanitarias Aéreas), dentro del Ministerio de Salud, con el objetivo de llevar acciones básicas de salud a las poblaciones indígenas y rurales en áreas de difícil acceso. Esas acciones estaban orientadas principalmente para vacunación, atención odontológica, control de tuberculosis y otras enfermedades transmisibles. La atención a la salud materno-infantil está muy lejos de ser prioritaria. Aun así, es en este periodo cuando en el contexto nacional se inician los cursos de «capacitación para parteras» por parte del *Serviço Especial de Saúde Pública-SESP* (Servicio Especial de Salud Pública), que coinciden con el fin de la Segunda Guerra Mundial y la expansión Norteamericana, que implicó la entrada al escenario político brasileño de organismos internacionales orientados a planes globales de desarrollo asociados a la salud¹². Estos cursos para parteras estuvieron lejos del alcance de la población Pankararu, que en esa época no era reconocida como indígena sino como cabocla.

Entre las características generales de las 8 parteras-madres que iniciaron su vida reproductiva durante este periodo destaca que la edad de las entrevistadas va de 68 a 93 años y su vida reproductiva va de 1943 a 1966. De 69 partos registrados, solo 3 se realizaron fuera de la aldea en algún hospital de Delmiro Gouveia y Floresta, el 95.7% se realizó en casa por cuenta propia y con ayuda de la familia o parteras. Según las genealogías registré un total de 69 nacidos vivos y 12 muertes infantiles entre abortos y partos de alto riesgo¹³. La residencia actual de los hijos de estas mujeres son las Aldeas Pankararu, São Paulo, Recife, Paraná y Santa Catarina. Todas las entrevistadas hicieron mención a alguna partera-pariente antecesora: madres, abuelas, tías; del mismo modo hicieron mención de la *camarada* y las oraciones secretas al momento del parto.

En el discurso de esta generación es común autonombrarse «caboclo» e «indio» indistintamente, y recuerdan la década de los cincuenta como el inicio de la lucha por sus derechos, teniendo como prioridad su reconocimiento como indígenas y el acceso a su tierra. Líderes y población recuerdan que la situación en términos de salud era precaria: una enfermera era la encargada de dar atención en toda la región y era prácticamente inaccesible en momentos de urgencia. Sumado a esto el difícil acceso, ya que no había carretera que conectara con el resto de la región, encontramos una población en alto riesgo de morbilidad y mortalidad en general. Los sistemas de cuidado a la salud son básicamente representados por la Medicina Doméstica y Tradicional, los servicios de salud del Estado son prácticamente inexistentes en el área; madres, parteras y miembros de familia en general son los responsables directos del proceso reproductivo. En su experiencia como madres, las mujeres de este periodo atendieron sus partos solas o con la ayuda de su familia: abuelas, madres, esposos, hermanas, y en ocasiones parteras reconocidas por su destreza en la atención al parto. Durante este periodo la reproducción social y biológica tuvo un carácter colectivo ante la ausencia práctica del Estado en el área de salud general y reproductiva particularmente.

No obstante que a nivel de la política nacional de salud la partera pasó a ser subordinada por el papel de los médicos, en el área de estudio este recurso humano era el único existente y reconocido colectivamente en las tareas reproductivas. Las parteras bien pueden ser consideradas representantes del MD y MT, solo que, a diferencia del resto de mujeres del grupo doméstico, ella

¹² Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Pan-Americana de la Salud (OPAS), *United Nations Children's Fund-UNICEF* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) e *Food and Agriculture Organization-FAO* (Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y Agricultura) (V. Campos, 2000).

¹³ Esta última categoría es de la autora.

tiene una oración secreta que la conecta con los *encantados* y posibilita su eficacia en momentos difíciles del parto: su función en este sentido no es solo fisiológica sino también ritual. Para esto hay que recordar que entre los Pankararu hay rezadores hombres que también tienen esta función ritual, aunque no atienden el parto.

Al momento del parto la parturienta escoge la posición que le parece más adecuada; la placenta es enterrada fuera de casa, en el matorral, para que la tierra la coma¹⁴. Casi todas las mujeres amamantan a los niños, solo en algunos casos que los niños son rechazados, porque no fueron deseados o la madre no es casada, se niegan a amamantar al niño pero siempre hay otras mujeres que lo hacen, hermanas o primas de la madre normalmente (COIMI, 2007). Las mujeres en general se refieren a sus hijos como unidad. A mi pregunta sobre el embarazo del primer hijo, en 4 de las 8 respuestas de alguna manera refieren a «todos mis partos han sido. . .». El valor del colectivo se manifiesta en la forma de parir entre el grupo familiar o el equipo de parteras, en la relación de la partera con el niño que ayuda a parir, quien le da el parentesco de *mãe* (madre) y a su vez ella lo considera *filho* (hijo)¹⁵. El hecho de que cualquier mujer puede amamantar a algún hijo del grupo doméstico ilustra también este hecho.

Las parteras que iniciaron su vida reproductiva en este periodo aprendieron a realizar el parto por medio de la observación y la experiencia personal, así tenemos que muchas de ellas aprendieron con madres, abuelas o en la experiencia personal de atender su propio parto. Al preguntarles quién les enseñó el oficio, muchas de ellas mencionan a Dios como su maestro. Otro caso es cuando aprenden viendo a los animales nacer, en este caso no solo mujeres sino también hombres se adiestran en este oficio¹⁶. Los saberes reproductivos en este periodo pasan de generación a generación, y es la medicina doméstica, aquella que se desarrolla dentro de la familia, la que parece fundamental para la reproducción biológica y social del grupo Pankararu. La persona que sabe atender el parto tiene un papel importante en el contexto ritual: canta, reza a los *encantados* y es líder; participa en la construcción de la persona desde que enfrenta a *la camarada* y luego ayuda a que el/la niño(a) nazca y crezca sano. Las parteras tradicionales son reconocidas como tales por la totalidad de la población; se trata de mujeres que a lo largo de sus vidas han atendido varias decenas de partos. Muchas iniciaron este servicio antes de los 18 años y reciben el título de partera por parte de la comunidad cuando son ancianas, mayores de 60 años. En general se habla de ellas como «parteras antiguas» o *as mais velhas* (de aquí en adelante las nombraré como *las mayores*), y su forma de actuación está asociada a la «tradición de los antiguos». Muchas de ellas dicen traer «el don» que se manifiesta desde su nacimiento, aunque reconocen que para desarrollar cualquier don es importante estar «bien encaminada».

Las parteras reconocen que antes de la llegada de los médicos en la década de 1990, ellas eran las encargadas directas de cuidar a las gestantes, ven muchos beneficios en el cuidado que ellas

¹⁴ Una vez realizado el parto escarbaban en la tierra un hoyo para enterrar la placenta, se aseguraban de que esto se hiciera un tanto alejado de la casa pues de otra manera había riesgo de que la gestante tuvieran otro bebé muy próximamente, tan próximo como había sido enterrada la placenta de su casa.

¹⁵ Una vez que el niño nace la partera se vuelve parte de su grupo de parentesco ritual: madre o madrina es la nominación que adquiere por parte del niño, además de ser bendecida cada vez que es saludada en cualquier lugar. El Viernes de Dolores (*Sexta Feira da Paixão*) acostumbran que todos los niños van a la casa de la partera que atendió su parto para bendecirla y llevarle regalos. Algunas los consideran realmente hijos y cuentan con derechos para opinar sobre el posible nombre del niño/a o su futuro.

¹⁶ Nené (partera, periodo del SPI, 71 años) tuvo una tía partera, sin embargo reconoce que ella aprendió de su padre a atender partos, al momento de presenciar cómo él atendía a los animales. El hombre aparece también como un sujeto en las labores reproductivas. En el caso de Bárbara, es Pedro su esposo quien, guiado por la forma del vientre durante el embarazo, acertó siempre sobre el sexo de sus 7 hijos (Cruz, 2010).

daban con remedios *do mato* (tradicionales) pero también aceptan que eran tiempos difíciles. El oficio de partera lo realizaban más que por gusto, por necesidad del colectivo. En este periodo se habla en las genealogías de abortos y muertes maternas. Fue recurrente en el discurso de estas parteras la expresión *nasceu morto* (nació muerto), sobre todo en estos casos de alto riesgo. No obstante que antes del año 2000 no le daban el nombre de prenatal a los cuidados previos al parto, las parteras tenían un cuidado especial para las mujeres en este periodo, conocían el cuerpo reproductivo de tal forma que podían dar consejos para tomar té o baños con hierbas de la región, los llamados *remedio do mato*, y daban masaje para acomodar al niño¹⁷. El prenatal es nuevo porque la palabra es nueva, pero al preguntarles por prácticas anteriores al parto las personas empiezan a enumerar té, hierbas, sobadas, comidas, recomendaciones de no cargar pesado.

Durante el parto las mujeres parteras se veían comprometidas a realizar el servicio de parto en cualquier circunstancia: a veces ellas también amamantaban cuando el niño era de su familia, o bien daban su servicio aun estando enfermas. Eran la única alternativa junto con el MD (la familia de la gestante). En general los partos eran realizados por un «equipo» de por lo menos 2 personas: la partera con más experiencia comandaba el parto, indicando la tarea que cada una de las presentes, parteras con menos experiencia o familiares y vecinas de la gestante, debía cumplir.

Las descripciones realizadas por las parteras con vida reproductiva durante este periodo (y en parte durante el periodo de la FUNAI) nos llevan a concebir a la *camarada* como un agente vivo, con voluntad, forma y textura, capaz de castigar con dolor a aquella mujer que no cumpliera las reglas culturales durante todo el periodo reproductivo, que inicia desde la menstruación hasta la gestación de un bebé, enfatizando aquí la importancia del resguardo después del parto. El dolor es la manifestación de la *camarada*, por lo que las mujeres en su papel de partera y gestante muestran cierto temor ante este agente, sea como dolor en su propio cuerpo al momento de gestar un hijo propio, sea como dolor en el cuerpo de la gestante durante su papel como partera, pues en este último caso es su deber luchar con la *camarada* para que esta vuelva a su lugar; es en estos momentos cuando las oraciones secretas a los *encantados* cobran fuerza para llevar aquella entidad a su lugar dentro del cuerpo de la mujer. Es en este sentido que la *camarada* es un agente físico-natural, pero también sobrenatural, y la partera en este caso es la persona indicada para enfrentarla, por lo que se confirma su papel fisiológico y ritual.

TIA BIA: Mira, ¿quieres que te diga cómo es ella? ¡Yo ya la vi! Ella es, ella es como una [cuaira]¹⁸. ¿Tú ya viste una [cuaira]?

MI: No. . .

TB: Una [cuaira] de bicho, de animal, así de chivo, de oveja; ella es, ella es como una tripa [. . .]. Una vez yo ya la tenté [. . .].

MI: Ah, ¿sí?, ¿y entonces. . .?

¹⁷ Caso parecido registra Fleischer (2007) en la ciudad de Melaço, Pará, destacando la práctica de la *puxação*, un masaje abdominal (que también puede ser realizado en otras partes del cuerpo) como principal actividad de la partera. Es practicado en varios momentos de la vida de una mujer, particularmente durante el ciclo reproductivo, y con más frecuencia durante el embarazo. Es la principal práctica que las parteras ofrecen a las embarazadas, considerada más que un masaje o una consulta una estrategia para establecer el vínculo de confianza entre la gestante y la partera y el contrato profesional que va siendo asumido progresivamente (Fleischer, 2007: 116-117,150).

¹⁸ Tripa.

TB: Ella quiso salirse para fuera y yo la metí para dentro. Y ella está viva, ella está viva [. . .].

TB: ¡Ella está viva! Es por eso que hay mucha mujer desmantelada, es ella. Por aquí mismo conozco a dos que la tienen de fuera.

(Tía Bia, Partera tradicional, Periodo del SPI, 73 años. Traducción mía.)

Después del parto la partera se encargaba de dar recomendaciones a la madre para cuidarse y tomar baños de hierbas medicinales durante 3 días, de la cintura para abajo cuidando de no mojarse la cabeza, después de los cuales podría volver a sus actividades normales sin cargar cosas pesadas, tomar mucho sol, lavar ropa o hacer actividades riesgosas durante el mes siguiente del parto. El resguardo consiste en una serie de prácticas higiénicas, alimenticias y sexuales como elegir ciertas comidas ligeras, como el caldo de gallina, y descartar otras, como la carne de puerco y de carnero, y abstenerse sexualmente para que el cuerpo consiguiera su estado normal. Una vez que el niño ya estaba con la familia se acostumbraba que el grupo se reuniera para fumar juntos, tomar vino y en ocasiones danzar un *Toré*.

La leyenda de «la Sierra de Leonor» registrada por De Lima (2006) y citada en el epígrafe de este apartado sugiere que existe una normatividad cultural ligada a roles de género. Es en este contexto que cobra sentido que la *camarada* sea camarada del colectivo que necesita reproducirse y no del cuerpo de la mujer que durante el proceso embarazo-parto-puerperio debe ser abierta con el colectivo, no debe guardar secretos en lo relacionado a este proceso, ya que de ser así puede ser sancionada por medio de chismes e insinuaciones con la sospecha de haber violado alguna norma cultural al pisar el suelo frío o comer alguna comida prohibida, y a la hora del parto manifestar dolor. Por un lado hay un cuidado proporcionado por el colectivo, y por otro un control colectivo. En los espacios de socialización de las mujeres, como los *terreiros*, hay mucha libertad de preguntas abiertas sobre el cuerpo de una mujer embarazada, y se esperan respuestas abiertas. El no cumplimiento del resguardo es motivo de que la gestante enferme, y aunque en el caso de los discursos de parteras Pankararu de esta generación no fue tan enfático el papel de la *camarada* en este proceso de sanción, a lo largo de las entrevistas con mujeres más jóvenes se evidencia que el dolor resultado del incumplimiento de reglas culturales es interpretado por *las mayores* como una sanción de la *camarada*. En el caso Tupinambá este elemento es bien claro, como lo apuntan Belaunde y Macêdo (2007), cuando el no cumplimiento del resguardo implica que *a dona do corpo* se inflame y pierda el control del cuerpo femenino, y con ello se presentan una serie de irregularidades en la salud de la mujer, manifestadas en alteraciones menstruales o diversas hemorragias que pueden llevar incluso a la muerte.

MARIA VELHA: Mi resguardo era bien largo, no comía nada cargado. . . Cuando la mujer estaba de resguardo, si chupabas una naranja. . . Mi abuela no dejaba, daba dolor de cabeza [. . .]. Todo eso mi abuela inventaba que era del tiempo antiguo de los indios más viejos de la aldea [. . .]

MV: Es por eso que a veces te digo a ti y a cualquier persona por qué es que hasta hoy aquellas personas de mi edad a los 82, 73 años, 74, ¿por qué es que son más sanas? Porque tenían resguardo. . . Eso que hacíamos [. . .] las indias mayores. . . [Ahora] con todo ese ruido, toman baño frío en el baño, de pies a cabeza, ¡no! no pasó eso con nosotras, esas indias mayores sabían. . . ¿Qué pasó?, el resguardo que ellas hacían cuidadosamente; hoy no, es muy difícil, se toma jugo de naranja, se toma jugo de limón, calabaza. . . Nada de eso se comía antes, nada, nada, nada, ni castaña, ni *caju*, ¡listo! [. . .] Y no era tanto mi madre la

que no dejaba, era mi abuela, ella no dejaba tomar nada de eso, ni tomar sol, ni lavar ropa, ni hacer nada de eso.

(Maria Velha, partera tradicional, periodo del SPI, 72 años. Traducción mía.)

Las parteras entrevistadas con vida reproductiva durante el periodo del SPI tienen cierta reserva en hablar abiertamente del cuerpo reproductivo. En su discurso es notoria la omisión de varios procesos y el miedo a hablar de la *camarada*, muy probablemente por temor a ser centro de críticas por parte de los servicios de salud, que muchas veces las culpan de ser responsables de muerte infantil y materna. Enfrentarse a la *camarada* lleva una carga negativa tanto para la gestante como para la partera. La manifestación de dolor quiere decir que no se cumplieron las normas culturales del cuidado del embarazo; tal como sucede con otros grupos indígenas del noreste de Brasil, entre los Pankararu la *camarada* representa la normatividad del colectivo dentro del cuerpo de una mujer (Cf. *Silva, 2007; Macêdo, 2007; Belaunde y McCallum, 2007; Macêdo y Belaunde, 2007*).

La Fundação Nacional do Índio en la historia local. La camarada como parte de la representación indígena para el acceso a derechos

Con la extinción del SPI, en 1967 fue creada la *Fundação Nacional do Índio-FUNAI* (Fundación Nacional del Indio), que basándose en el modelo de atención del *Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas-SUSA* (Servicio de Unidades Sanitarias Aéreas), creó los *Equipes Volantes de Saúde-EVS* (Equipos Volantes de Salud), mismos que realizaban atención esporádica a las comunidades indígenas ubicadas dentro de su área de actuación, prestando servicios como asistencia médica, aplicación de vacunas y supervisión del trabajo del personal de salud local, generalmente auxiliares de enfermería (*FUNASA, 2002: 6*). La operación de la FUNAI en la salud indígena (1967-1985) prácticamente comprendió el periodo de la dictadura militar brasileña (1964-1985), donde la salud pública fue relegada a segundo plano, se volvió una máquina ineficiente y conservadora, cuya actuación se restringía a campañas de baja eficacia¹⁹.

Los años de actuación de la FUNAI en el área de salud entre los Pankararu abarcaron, a nivel de la historia de la salud pública en Brasil, la primera fase del régimen autoritario y la articulación del movimiento sanitario (1964 a 1974). Al igual que en el periodo anterior, la presencia del Estado en el área de salud era prácticamente inexistente; la diferencia es que en este periodo la población ya está al tanto de su situación ante el Estado, y son sabedores que de su reconocimiento como indígenas depende el acceso a los derechos que abarcaban, entre otras cosas, la asistencia en salud. Tema central en este periodo es el proceso de construcción-invencción de la identidad Pankararu, ubicada en el proceso de la etno-génesis de los pueblos indígenas del Noreste, producto de diversos mestizajes e invenciones rituales, explicables solo es el contexto de la relación de estos grupos con el Estado (*Arruti, 1996*).

Según testimonios de varios líderes indígenas, en la década de los sesenta en la aldea se sentían excluidos de los beneficios del órgano indigenista (representado en los primeros años de esta década por los SPI y en los últimos por la FUNAI), en tanto su identidad indígena no era

¹⁹ La carencia de recursos —que no llegaban al 2% del PIB— fomentaba el cuadro de penuria y decadencia con grandes consecuencias para la salud de la población. Los habitantes de las regiones metropolitanas, sometidos a una política concentradora de renta, eran víctimas de las pésimas condiciones de vida que resultaban en altas tasas de mortalidad. Este cuadro sería todavía más agravado con la represión política que afectó también el campo de la salud con cesación de los derechos políticos, exilio, intimidaciones, interrogatorios policial-militares, suspensión compulsoria de investigadores, falta de financiamiento y cierre de centros de investigación (*Escorel, Nascimento y Edler, 2005*).

reconocida por esta institución. En esta década continúa la lucha por conseguir su reconocimiento como indígenas y sus consecuentes beneficios:

CARMEN PANKARARU. Esa lucha [por los derechos] viene desde los años sesenta. El Noreste entonces tenía muchas dificultades de acceso a las acciones de la FUNAI, exactamente porque hubo un cierto. . . una cierta pérdida de caracterización, cultura, hubo una invasión muy grande de invasores en las tierras indígenas, hubo una mezcla desordenada, y la propia FUNAI tenía dificultades para reconocernos como indios, nuestra organización social quedó muy amenazada durante este periodo. [. . .] Pankararu tiene una cultura muy fuerte, entonces eso se impuso a los ataques, pero aquí en el Noreste la FUNAI apenas reconocía a algunos pocos pueblos como indios, por ejemplo los Folni-ô porque tienen el *yatê*, la lengua de ellos. [. . .] A partir de los años sesenta comenzó una lucha grande, ¿cierto? por la recuperación de las tierras [. . .], y esa lucha se consolidó en la Constitución del ochenta y ocho, ¿cierto? (Carmen Pankararu, Presidenta del Consejo Local de Salud, 42 años. Traducción mía.)

Entre algunas de las características generales de las 15 parteras-madres entrevistadas para este periodo destaca que son mujeres de 39 a 62 años²⁰, el periodo de actividad reproductiva va de 1968 a 1988. La media de hijos es de 7.4; 71.9% atendido con partera, 10.5 solas y 21.1 en hospital. La mortalidad infantil fue muy alta, recurrentemente hacen mención del sarampión, «el mal de siete días» (tétano en el ombligo) y a la violencia sistemática en su estancia en la Fabela Real Parque de São Paulo, donde la situación de violencia doméstica (golpes y sustos) provocó muchos partos de riesgo y muertes. Se entiende que la migración de la población a otras ciudades fue alta en este periodo: 4 entrevistadas mencionaron estancias de trabajo en São Paulo, Paulo Alfonso y Petrolândia como empleadas domésticas. Siete de las 11 familias de parteras entrevistadas registran actualmente familiares residentes en otra ciudad, aparte de la aldea: São Paulo (4), Alagoas (1), Santa Catarina (1), Minas Gerais (1). Todas mencionaron a la camarada.

Son características en este periodo las altas tasas de muerte infantil y materna, las migraciones de hombres y mujeres y la violencia sistémica. Ejemplo emblemático de la alta tasa de muerte infantil es el caso de MF²¹ (partera, FUNAI, 56 años), quien registra 12 muertos de sus 16 partos. Del mismo modo que en el periodo anterior hay registro de mujeres que tenían que ser trasladadas en redes a la carretera más cercana para de ahí ser transportadas, por medio de algún carro, a alguno de los hospitales más cercanos. Con crudeza varias mujeres de esta generación hablaron sobre su experiencia en São Paulo, donde la violencia sistémica provocó muchos partos de riesgo y muertes: casos de N (aprendiz de partera y agente indígena de salud, periodo de la FUNAI, 47 años), MC («aprendiz de partera», periodo de la FUNAI, 53 años), MJ (partera, periodo de la FUNAI, 62 años). Muchas mujeres se emplearon en este periodo en trabajos domésticos en São Paulo, Paulo Alfonso y Petrolândia.

En esta generación, como en la anterior, la atención al embarazo, parto y puerperio estaba en manos de la unidad doméstica (MD) y las parteras (MT), solo que, a diferencia del periodo pasado, en este se tenía conocimiento de que por el hecho de ser indígenas el acceso a los servicios de salud del Estado era más probable, y si bien la gente le tenía miedo al médico, tenían conciencia que en casos de alto riesgo era benéfico tener los recursos médicos más al alcance que aquellos que tenían en ese tiempo en el hospital de Petrolândia, Recife y Floresta.

²⁰ Está el caso excepcional de una partera de 70 años que inició su vida reproductiva tardíamente conforme a los estándares Pankararu: su primer parto fue a los 28 años.

²¹ Aunque las parteras entrevistadas dieron su consentimiento para la publicación de sus nombres, en este apartado guardaré en el anonimato su identidad.

Sebastiana (partera, periodo de la FUNAI, 51 años) menciona elementos para concebir a la *camarada* como una entidad independiente de cualquier órgano del cuerpo: cuando una mujer está en resguardo una vez que ya tuvo a su bebé, no es bueno que ninguna mujer embarazada se sienta en su cama pues la camarada de la primera puede pasar al cuerpo de la mujer embarazada, buscando al niño. Con esta concepción se relaciona un dibujo realizado por una india Tupinambá de «la dueña del cuerpo» (*a dona do corpo*, como es comúnmente conocida la *camarada* dentro de esta etnia); en el dibujo esta entidad es colocada a un lado del útero, destacando así su existencia independiente (Macêdo, 2007: 66), además de ser considerada como el órgano responsable de la entrada y salida de la sangre en el cuerpo de la mujer (Macêdo, 2007; Macêdo y Belaunde, 2007).

La manifestación de la *camarada* durante el proceso embarazo-parto-puerperio implica la invocación a los *encantados* y todo aquello que representa en sus narrativas la existencia de un ancestro común que les da el estatus de indígenas. No es extraño que en esta generación las entrevistadas mencionaran con mayor amplitud los significados de esta entidad. Bárbara, particularmente, es de las mujeres que participó en algunos de los viajes como líder y sabía lo importante de representar con el *Toré*, la lengua y sus costumbres, una identidad distinta a la nacional que los consolidara ante el órgano indigenista como población indígena. Presumo que la apertura de esta generación al discurso sobre la *camarada* tiene mucho que ver con este proceso de etnogénesis, donde los conceptos y prácticas distintivas son muy valoradas. En el discurso de esta generación fue constante la referencia de prácticas y conceptos antiguos que los viejos no pasaron para las nuevas generaciones y fue por esta razón que se perdieron; es el caso de las oraciones secretas que las parteras hacían a los *encantados* en caso de partos complicados, y la lengua Pankararu. Siguiendo la historia de la formación de los Pankararu, solo un sector de la población es descendiente consanguíneo de una aldea indígena, que con el tiempo ha hecho de su pasado una memoria ancestral común para toda la población, pero efectivamente hay quien exalta con mayor fuerza este discurso, según mis datos de campo se trata de la población que menos conserva las señales externas reconocidas etnológicamente como indígenas: su pertenencia indígena la construyen en el discurso y en las prácticas rituales como el *Toré* (cf. nota 9). Entre otros rituales que se reproducen periódicamente y que tienen que ver con una reafirmación indígena está aquel del *Menino do Rancho*, ritual que conecta la parte sagrada de la oración a los *encantados* con la parte profana de socializar el *Toré* y los rituales distintivos de la etnia.

En el discurso de las parteras de esta generación el nacimiento de un nuevo miembro de la familia, y por ende de la comunidad, implica la reafirmación indígena en varios momentos: cuando la partera visita periódicamente a las mujeres en estado de embarazo y al momento de detectar una posición inadecuada del bebé (pélvica) para el parto, realiza la invocación a los *encantados* para acomodarlo. Al momento de los dolores de parto la partera tradicional con más experiencia en el barrio reunía espontáneamente a su equipo de ayudantes para realizar el parto junto con la familia de la gestante. Una vez realizado el parto se bebe el vino de Jurubeba y se fuma el tabaco en el *cachimbo*, se danza el *torê* y se hace una comida de caldo de pollo y *Pirão* (comida a base de caldo de gallina y harina).

Al igual que en el periodo anterior el cuerpo reproductivo gira en torno al colectivo, solo que aquí la persona, en este caso la partera, tiene mayores posibilidades de invención y reacomodo de sus conceptos y prácticas a las exigencias del contexto. Como ya fue mencionado, el sistema identitario Pankararu se encuentra amenazado, y en el caso particular del proceso embarazo, parto y puerperio su reproducción biológica y social depende de la invención de nuevos secretos, en el caso de las parteras, nuevas oraciones a los *encantados* que les permitan superar momentos límite del parto. Fue en esta generación, más que en la anterior, que las parteras hablaron abiertamente de la *camarada*; en este sentido, más que una diferencia de significados en relación con la generación

de los SPI, vemos aquí una diferencia en la forma de presentar las prácticas reproductivas ante los otros. La *camarada*, como parte de la representación indígena para el acceso a derechos, consiste en esa necesidad de reproducir una tradición no solo en la práctica, sino en el discurso. La *camarada*, como el *Toré*, tiene un trasfondo religioso y político en nuestro contexto: por un lado las oraciones secretas a los *encantados* nos conectan con el sincretismo religioso, que en la práctica se concretiza en eficacia simbólica al momento de atender un parto de alto riesgo. Por otro lado, el valor discursivo de conceptos distintivos del grupo Pankararu como «oraciones secretas», «*camarada*» o «*dona do corpo*» reivindican su «indianidad» y con ello su derecho al acceso a recursos, entre ellos los servicios de salud.

Periodo de transición de la *Fundação Nacional do Índio* a la *Fundação Nacional de Saúde* y Organismos No Gubernamentales

Se trata del periodo de transición de la *Fundação Nacional do Índio*-FUNAI (Fundación Nacional del Indio) a la *Fundação Nacional de Saúde*-FUNASA (Fundación Nacional de Salud) como encargada del área de salud indígena. El fin de la Dictadura Militar en 1985 y la Nueva Constitución de 1988 fueron la llave de acceso a los movimientos sociales en la arena política brasileña. En este periodo a nivel nacional se dan modificaciones constitucionales importantes, entre ellas destacan el reconocimiento de los pueblos indígenas y el surgimiento del Sistema Único de Salud (SUS), que tendrá importantes repercusiones en el último periodo considerado en este trabajo. Los Sistemas de Atención a la Salud Reproductiva (Kleinman, 1986; Menéndez, 1992) que he trabajado hasta ahora se ven influenciados a nivel local por 2 movimientos sociales que se manifestaron en el contexto del movimiento sanitario: el movimiento de reivindicación étnica iniciado en los sesenta y consolidado en 1988 con el reconocimiento de los indígenas en la Constitución, y el feminismo, que inició en las décadas de los sesenta y setenta en Estados Unidos y Europa en el marco de las dictaduras militares sudamericanas, y en Brasil tuvo su impacto en los años ochenta, tanto en las políticas de salud nacionales como en la dinámica local Pankararu. Este periodo de tránsito es fundamental para explicar, en el próximo apartado, el impacto de estos movimientos sociales en la transfiguración del concepto de *camarada*, una vez que en 1991 queda formalmente a cargo de la salud indígena la FUNASA, y se inicia un nuevo proceso dentro del área de la salud reproductiva que incluye la participación de ONG que promovieron el parto humanizado y, con ello, una nueva forma de concebir al cuerpo.

El movimiento por la humanización del parto²² incorporó un *ethos* individualista libertario, común a los movimientos sociales posteriores a los años setenta y compartido por sectores de clases medias urbanas a los cuales pertenecen los activistas de la *Rede de Humanização do Parto e do Nascimento*-REHUNA (Red de Humanización del Parto y Nacimiento), uno de los principales actores que protagonizan las acciones a favor de la humanización del parto en Brasil; este organismo abraza profesionales de salud y ONG ligadas al feminismo. En el contexto Pankararu 2 ONG son las principales promotoras de esta corriente: *Saúde Sem Limite*-SSL (Salud Sin Límite) y Curumim. Salud Sin Límite entra al área Pankararu en 1998²³ a la par del SUS y principalmente

²² Este Movimiento surge en Brasil a lo largo de la década de los ochenta, es analizado como una corriente del «parto sin dolor», vanguardia obstétrica que llegó de Europa en los años cincuenta y que ya explicitaba las relaciones intrínsecas entre parto y política. El parto humanizado actual (Tornquist, 2004).

²³ A nivel nacional esta organización surgió en 1989 en Acre, donde un grupo de profesionistas de las ciencias sociales (antropólogos) y biomédicas (médicos y enfermeros) comenzaron un Programa de asistencia a la salud con los indígenas Kaxinawá de la Amazonía.

con el subsistema de salud indígena, a través de una demanda comunitaria concreta: las enfermedades sexualmente transmisibles y el VIH. Así inician un proceso de diagnóstico llamado «Sangre buena, sangre mala» desde el año 1998, donde participa activamente la Universidad Federal de Pernambuco-UFPE. Fue en este documento que se evidencian, entre otras cosas, la falta de cuidado prenatal en la aldea que bajo la mirada de SSL tenía repercusiones en las cifras de muerte infantil y materna. Ante esta situación en 2005 dan entrada a consultoras y enfermeras que inician un proceso de coordinación y capacitación a parteras. *Curumim-Gestação e parto* (Curumim-Gestación y parto) es una ONG de Recife autoidentificada como feminista y miembro de la REHUNA, tiene una actuación significativa en el «Programa de Capacitación de Parteras Tradicionales del *Ministerio de Salud*»²⁴ y una incidencia indirecta en el contexto Pankararu, dado que la metodología utilizada por SSL en sus talleres se basaba, durante el trabajo de campo, en el manual «*Trabajando con Parteras Tradicionales*», elaborado por *Curumim* y el *Ministerio de Salud*.

La historia local Pankararu en este periodo gira en torno a 2 figuras femeninas con fuerte impacto en la historia política local en general, como en la salud reproductiva particularmente; se trata de la líder y partera Quiteria (†)²⁵ (periodo del SPI, 80 años) y la partera Dora (periodo de la FUNAI, 43 años), ambas parte del mismo grupo genealógico.

El empoderamiento de Quiteria se explica en el contexto nacional de visibilización de la población indígena y de la lucha feminista durante la década de los ochenta, y su trayectoria política evidencia el impacto de estos movimientos sociales en la localidad, que en el área de salud reproductiva se concretiza en la personalidad de Dora, quien, aparte de tener méritos propios como partera, se vio beneficiada de las relaciones que su tía Quiteria sostenía con funcionarios de la FUNAI, quienes facilitaron que Dora fuera formada como Auxiliar y Técnica en Enfermería en el área biomédica y con ello concretizar años después su ingreso al sistema oficial de salud durante la gestión de la FUNAI, y su posterior permanencia en la FUNASA²⁶ y, como veremos en el siguiente apartado, su influencia para el tránsito a una nueva forma de ser partera, de concebir la reproducción y el cuerpo. En la década de los ochenta, en el marco de las movilizaciones sociales nacionales, Quiteria intensifica su participación en viajes a las ciudades capitales sede del órgano indigenista y en poco tiempo se vuelve la más asidua y conocida de las líderes Pankararu a nivel nacional, beneficiándose entre otras cosas con medicamentos para la población. Su influencia fue determinante para la instalación de una Farmacia dentro una Maternidad denominada Santa Quiteria, atendida por Dora en su papel de partera tradicional. Esta iniciativa bien puede ser considerada la primera política de Estado encargada de atender la salud reproductiva de la población Pankararu durante la gestión de la FUNAI.

La camarada en el contexto del parto humanizado. El periodo de la *Fundação Nacional de Saúde*

En 1991 la *Fundação Nacional de Saúde*-FUNASA (Fundación Nacional de Salud) queda oficialmente como única responsable de la salud de los pueblos indígenas. Esta Institución pasó a priorizar la estrategia de terciarización de ejecución de las acciones de salud indígena, por

²⁴ El Ministerio de Salud es el órgano máximo a nivel Federal que organiza y administra el sistema de salud nacional.

²⁵ Murió poco después de realizado mi trabajo de campo.

²⁶ Y actualmente en la Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

intermedio de convenios firmados con ONG indígenas o indigenistas, instituciones de enseñanza e investigación e incluso Prefecturas Municipales que demostraran competencia técnica para esto (Varga et al., 2001). En la aldea Pankararu es destacada la participación directa en el área de la salud reproductiva de FUNASA, *Saúde Sem Limite* (SSL) y la *Universidade Federal de Pernambuco* (UFPE), e indirectamente de Curumim. En este periodo tienen un papel fundamental la II, III y IV Conferencias Nacionales de Salud para los Pueblos Indios (*Conferências Nacionais de Saúde para os povos Indios* [CNSPI]).

En el discurso de las parteras-madres entrevistadas de esta generación se manifiesta una confrontación de significados en torno al cuerpo reproductivo en comparación con *las mayores*, al posicionar a la mujer y no al colectivo como centro de la reproducción. Es destacado el papel de Dora en la transición de concepciones de un cuerpo colectivo a un cuerpo individual influenciadas en parte por el mismo sistema oficial y en parte por los talleres de SSL, y en últimas fechas de la actuación indirecta de Curumim en el área. La atención del embarazo, parto y puerperio cambió con la aparición del cuidado prenatal como parte de los lineamientos del Parto Humanizado en Petrolândia en 1990 y en la aldea en 1999.

Dora, la Técnica en Enfermería, sobrina de Quiteria, es el mejor ejemplo de articulación de los distintos sistemas en salud reproductiva. Además de ser Dora la partera más socorrida por la tradición que tiene en la atención al parto, sus conocimientos biomédicos como Técnica en Enfermería en el Polo Base de Brejo (sede de la FUNASA en la Aldea), y su activa participación en los talleres de SSL, la consolidan como un agente intercultural que goza de la confianza de toda la población Pankararu y de cualquier agente de salud externo a la aldea. Dora consiguió articular en sus acciones el sistema tradicional y el biomédico, manteniendo la forma de realizar el parto y de relacionarse con la gestante del primer sistema y aprovechando algunas técnicas del segundo, sobre todo relacionadas con la detección de alto riesgo y la esterilización del material utilizado para la atención de un parto natural, para reducir la mortalidad infantil y los riesgos durante el parto. Su actuación es el principal factor que explica por qué en las aldeas donde atiende ella, los partos en casa son más numerosos que los hospitalarios. Es de destacarse que en el periodo de trabajo de campo tanto las instituciones gubernamentales como no gubernamentales no registraron muertes maternas.

En este apartado retomo el discurso de la cuarta generación de parteras entrevistadas que inician su vida reproductiva en 1990, cuando el proceso de atención al embarazo-parto-puerperio queda a cargo de actores indígenas y no indígenas: Parteras, FUNASA (SUS), SSL, Curumim, UFPE. En términos generales se trata de 15 parteras²⁷, todas participantes de los talleres de SSL donde se han denominado como *aprendices de partera* (en lo que sigue las nombraré como *aprendices*). Son mujeres con menos de 36 años cuya vida reproductiva va de 1990 a 2008. Presentan una media de 3 hijos y 2 no tienen hijos; 42.8% atendidos por parteras y 57.14% en hospital; registré 2 muertes infantiles en toda la vida reproductiva de estas mujeres; la migración es considerablemente menor que en las otras generaciones, con 3 familiares residentes en São Paulo y Santa Catarina. A diferencias de las otras generaciones, aquí coincide que 7 de las entrevistadas son parteras y asalariadas de la FUNASA: una como Técnica en Enfermería, 2 como Auxiliares de Dentista y 4 como Agentes de Salud; coincide que gran parte de ellas radica en la Aldea de Brejo dos Padres, donde se concentran gran parte de las actividades públicas del área indígena y donde se encuentra el Polo Base, sede de la FUNASA.

²⁷ En esta generación registré 16 parteras, pero una de ellas migró definitivamente a São Paulo, por lo que no fue posible realizar su entrevista.

Destaca el hecho de que hay 2 *aprendices* sin hijos que las distancia con las generaciones pasadas en el sentido que *las mayores* regularmente atendían en base a su experiencia como madres. Otro elemento de distanciamiento es que algunas mujeres jóvenes ven en la actividad de ser partera la posibilidad de acceder al sistema oficial de salud y que su trabajo sea remunerado (caso de L: aprendiz de partera, periodo de la FUNASA, 30 años). Aunque muchas de las parteras tienen algún familiar partera en su árbol genealógico, su formación se ve influenciada por las instrucciones de Dora, a quien muchas veces acompañan al momento del parto, además de recibir talleres por parte de la FUNASA y SSL. Estas mujeres se reconocen como *aprendices de partera*; la única partera reconocida por esta generación es Dora, quien recibe este título por haber sido formada en el sistema biomédico. Las mujeres que en generaciones pasadas atendieron parto son nombradas como *las mayores (as mais velhas)*. Los Sistemas de Cuidado a la Salud Reproductiva (Doméstico, Tradicional y Profesional) en esa generación explican en parte la atención ofrecida, no obstante la influencia del movimiento del parto humanizado que se concretizó con la atención al prenatal difundido por SSL, y en menor medida por el sistema oficial de la FUNASA, ha sido fundamental para asumir que más allá del dolor al momento del parto es importante la satisfacción placentera de tener un hijo y con ello el reconocimiento de un cuerpo capaz de sentir placer y no solo dolor.

En general las mujeres de esta generación recuerdan muy bien las prácticas de *las mayores*. Ocho de ellas se formaron acompañando a alguna partera *mayor* de su aldea, además de acompañar a Dora cuando atiende algún parto en la aldea donde vive la *aprendiz*, y es deber ético acompañar y al mismo tiempo aprender de Dora. Al momento de parto es importante que la partera viva cerca de la gestante, pues las familias hacen un cálculo de tiempo para reunir al equipo completo de expertas en el parto: las de menor experiencia pueden acompañar mientras llegan las de mayor experiencia. Enfatizan el hecho de que la posición para parir es dejada al criterio de la gestante; según su propia necesidad de posicionarse para tener al niño, la partera se adapta a la situación. Muchas de ellas paren en cuclillas. En el caso del resguardo reconocen el papel de la partera antigua como muy cuidadosa y reconocen cuáles eran los cuidados.

Las parteras de esta generación que están más cercanas a los rituales y cantos de *las mayores* son aquellas que forman parte de alguna familia con tradición en la partería o con una actividad ritual constante. En estos casos las oraciones secretas nuevamente son reinventadas por estas mujeres, quienes al no haber recibido una oración de las antiguas se ven obligadas a seguir inventando. Para ellas los talleres de SSL resultan muy significativos no solo por el intercambio de conocimientos entre parteras *mayores* y *aprendices*, o saberes tradicionales y conocimientos biomédicos, sino que representan un espacio de socialización de mujeres, la mayoría en edad reproductiva, que permite el intercambio de experiencias personales y su consecuente desahogo. Es en el contexto de los talleres de SSL que inician a autonombrarse *aprendices de partera*, concepto nuevo en el vocabulario reproductivo de la aldea. La formación de *aprendices* en SSL y su actuación como agentes de salud dentro de la FUNASA les da a 7 mujeres de este grupo una formación muy peculiar en salud reproductiva, que en otra situación no era posible. Podemos hablar que de alguna manera llevan una formación intercultural, aunque las instancias gubernamentales y no gubernamentales no están coordinadas para este fin.

El concepto de parto humanizado como tal sí es empleado en el discurso de esta generación, sobre todo en el caso de mujeres que, aparte de ser parteras, son agentes de salud. Es interesante que al referirse a la «humanización» recurren a las características de la atención médica realizada por el Modelo Doméstico, solo que en el espacio público: se trata de atender a cualquier gestante con la atención similar a aquella proporcionada a una gestante de la familia conocida y querida.

Las *aprendices* realmente han construido junto con Dora una nueva forma de atender el parto; a diferencia de las generaciones pasadas, saben los síntomas del riesgo y cuentan con todo el material esterilizado para la atención de un parto natural. Siguen realizando el trabajo en equipo donde Dora es la autoridad, aunque ellas cada vez son más diestras tanto en la forma tradicional como biomédica de atender el parto. No obstante, algo que no apareció en el discurso de esta generación como parte de la atención fue el resguardo después del parto, mismo que es muy citado en las entrevistas de *las mayores*, quienes critican el hecho de que las nuevas generaciones no respetan como ellas esta etapa, y a ello le atribuyen consecuencias en la salud de las mujeres.

Además de las diferencias generacionales, el discurso de esta generación varía si la entrevistada se posiciona como aprendiz de partera o como madre. Esto es claro en la relación de Bía (partera *mayor*, periodo del SPI, 73 años) con su hija Tixa (*aprendiz* de partera, periodo de la FUNASA, 34 años) de esta generación: a diferencia de Bía, Tixa presenta un discurso biomédico al hablar como *aprendiz* de partera; cuando se le preguntó por la *camarada*, ella la relacionó de inmediato con el útero de la mujer, mientras que en el caso de Bía se refirió a ella inmediatamente como una entidad viva y dio una descripción detallada de ella. No obstante Tixa, como madre, reconoce en sus partos la participación de rezadores y prácticas tradicionales que en su rol de partera no mencionó, lo que permite visualizar 2 actitudes ante la reproducción: aquella cuando se posiciona como *aprendiz* con un discurso biomédico, y aquella cuando se posiciona como madre con un discurso que parte de sus marcos culturales, lo que permite observar que si bien hay un impacto de los actores en salud externos a la aldea, este se da de manera diferenciada en las personas, dependiendo de si su rol es de curador, en este caso partera, o gestante. Una relación semejante se da para el caso de Bárbara (partera, periodo de la FUNAI, 53 años) con sus hijas Nininha (*aprendiz* de partera y agente de salud, periodo de la FUNASA, 29 años) y Saúde (agente de salud, periodo de la FUNASA, 26 años), y Quiteria (partera, periodo del SPI, 80 años) con su sobrina Juliana (*aprendiz* de partera, periodo de la FUNASA, 34 años).

Al referirse a las prácticas tradicionales es recurrente que mencionen «ellas» más que «nosotras», refiriéndose a las prácticas de las parteras *mayores*. La *aprendiz* se posiciona más desde el área biomédica. No obstante, al hablar como madres se recupera ese discurso intercultural que incluye el parto tradicional experimentado tanto por el Modelo Doméstico como por el Tradicional, fomentados estos 2 últimos por el parto humanizado que rescata la subjetividad, los sentimientos y la posibilidad de resignificar el dolor al momento del parto.

¿*Camarada* o enemiga?²⁸

Con la implantación del prenatal como parte integrante de los Programas de Humanización promovidos por la REHUNA (Cf. [Tornquist, 2004](#)) y el reconocimiento de los derechos individuales más que colectivos de las mujeres, se inicia un proceso de resignificación de la *camarada*. La expresión «¿*Camarada* o enemiga?» bien puede definir esta transición de significados, al plantear como enemiga una entidad que en todo caso significa dolor para el cuerpo de la mujer, y significa control por parte del colectivo en tanto que es la manifestación de reglas reproductivas violadas. Siempre se habló de la *camarada* como camarada (en el sentido de «amiga») del bebé y no de la madre, pero no es sino hasta esta generación que se le considera realmente una entidad

²⁸ Esta frase fue originalmente publicada por Georgia da [Silva \(2007\)](#) para explicar a *dona do Corpo* entre las mujeres Atikum. Después, una de mis entrevistadas Pankararu la mencionó al describir lo que era a *dona do Corpo* o la *camarada*. Retomo esta frase al ser ilustrativa de una confrontación de significados entre las viejas y las nuevas generaciones en el área Pankararu, al posicionar a la mujer y no al colectivo como centro de la reproducción.

contraria al bienestar de la mujer. Es por ello que me atreví a plantear este tránsito de significados en un cambio de concepción de cuerpo que pudiera corresponder al paso de un cuerpo que le pertenece al colectivo, a un cuerpo individual; de la salud reproductiva desde la perspectiva del grupo interesado en reproducirse como tal, a la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de la persona interesada en explorar los placeres del cuerpo, sin descartar su papel reproductivo.

El discurso de esta generación tiene sus matices cuando las mujeres hablan de su experiencia en el proceso de embarazo-parto-puerperio como *aprendices* o como madres. Cuando se posicionan como *aprendices* sale a relucir el discurso biomédico, y muchas de las entrevistadas afirmaban con seguridad la palabra «útero» y apenas hacían mención de la *camarada* o *dona do corpo*. No obstante, al hablar de su cotidianidad como madres, al describir sus propios partos naturales y de alto riesgo, hacen mención de las oraciones secretas a los *encantados* y todas aquellas prácticas que podríamos sistematizar en lo que hemos llamado modelo médico doméstico y tradicional en este trabajo. Aun así, si tomamos en cuenta la forma y el fondo del discurso entre las distintas generaciones, en esta sobresale un discurso mucho menos descriptivo de lo que es la *camarada* como entidad viviente en el cuerpo de la mujer, mismo que fue descrito con más detalle por las generaciones pasadas. No obstante, más que estar frente a una pérdida de significados, nos encontramos ante una forma singular de concebir y practicar el cuerpo y la reproducción en un contexto multicultural como lo es el Pankararu. Por un lado se mantienen los conceptos nativos como una forma de reivindicar su identidad indígena, que como vimos anteriormente tiene que ver con prácticas rituales como el *Toré* y el uso de concepciones y prácticas distintivas como son las oraciones secretas a los *encantados*, y en últimas fechas la misma idea de *camarada* o *dona do corpo*. Por otro lado, estas concepciones son resignificadas en el contexto del parto humanizado, que promueve el bienestar no solo del niño sino también de la madre, y en ese sentido la *camarada* que es solo «amiga»/camarada del niño se ve como una rival de la mujer.

Consideraciones finales

Este trabajo muestra diacrónicamente la introducción de ciertos elementos culturales en distintas generaciones que diferencian sus conceptos y prácticas de cuerpo reproductivo de otras, y en este sentido planteo un cuerpo dinámico que «interioriza» creativamente conceptos y prácticas en un contexto de constantes mestizajes. En ese sentido, siguiendo el análisis de [Aguado Vásquez \(2004\)](#) sobre el cuerpo humano, entiendo el cuerpo reproductivo como organismo vivo constituido por una estructura físico-simbólica, que además de ser capaz de reproducirse biológicamente, es capaz de producir y reproducir significados. Este proceso de producción y reproducción de sentido implica una interacción continua del sujeto con otros cuerpos dentro de un tiempo-espacio determinado.

La reproducción en este trabajo estuvo considerada en su acepción biológica y social: los distintos modos de concebir a la *camarada* en distintas generaciones de parteras-madres nos conectan con distintos contextos históricos que el grupo Pankararu ha experimentado a lo largo de su constitución como grupo indígena. Entre los Pankararu coexisten 2 concepciones del cuerpo: una más relacionada con el colectivo y fomentada por el movimiento de reivindicación étnica, y la otra más relacionada con la persona, fomentada por el movimiento del parto humanizado, fruto del movimiento feminista. Las mujeres entrevistadas se inclinan por estos discursos dependiendo de si se posicionan como partera o «aprendiz de partera», o bien como madre Pankararu. Estamos ante personas que, además de poseer simultáneamente distintas identidades —la de madre y partera en este caso—, poseen distintas entidades, la *camarada* en particular, que se manifiesta e interactúa dependiendo de la situación y del espacio temporal.

Las parteras entrevistadas en los 4 periodos históricos tratados aquí bien pueden ser consideradas representantes del Modelo Doméstico y Tradicional a lo largo de todos los periodos, solo que la última generación se ve influenciada con mayor fuerza del Modelo Profesional. La *aprendiz* de partera no deja de reproducir conceptos y prácticas de *las mayores*, sigue reproduciéndolos dentro de un cuerpo simbólico más amplio que incluye los conocimientos biomédicos aprendidos en los talleres de SSL y la FUNASA. Podemos plantear que la figura de la *partera tradicional*, como he llamado desde un punto de vista *etic* a la especialista en las tareas reproductivas en regiones indígenas, está en un proceso de transfiguración en el sentido de que un saber empírico que había pasado de generación en generación se ve influenciado en la cuarta generación por los conocimientos biomédicos. El término de *las mayores* utilizado para referirse a las parteras que atienden el parto de manera tradicional se ha transfigurado en la última generación por el de *aprendiz* de partera, que en la cuarta generación representa a la nueva especialista en las tareas reproductivas con una formación tanto tradicional como biomédica. La transfiguración del concepto de *camarada* es más notoria cuando estas mujeres se posicionan en su papel de *aprendiz* de partera, evidenciando en su discurso la influencia biomédica, no así cuando hablan de su propia experiencia como madres y sobresalen en su discurso concepciones y prácticas tradicionales.

Las concepciones y prácticas sobre el cuerpo se van reconfigurando en el tiempo, en la medida que las parteras se ven influenciadas por concepciones y prácticas del cuerpo que van incorporando creativamente a sus *habitus* y con el tiempo se vuelven parte de la cultura que comparten con la gestante (cf. Bourdieu, 2001). Estar atento a una sensación corpórea no es prestar atención al cuerpo como un objeto aislado sino a la situación del cuerpo en el mundo (cf. Csordas, 2008: 374). La atención a una sensación corporal puede volverse un modo de estar atento al medio intersubjetivo que ocasiona esta sensación. Así la persona, en este caso la partera, que también es gestante en algún momento, presta atención con su propio cuerpo, comparte un medio intersubjetivo con las gestantes.

En las primeras generaciones el concepto de *modos somáticos de atención*, propuesto por Csordas (2008), resulta desfasado para explicar la relación entre gestante y partera en la medida que este concepto se limita a la relación «partera-gestante» desde una visión occidental del cuerpo, sin tomar en cuenta la relación «partera-gestante/camarada». Sin embargo, en las nuevas generaciones este primer concepto (partera-gestante) resulta viable cuando las mujeres se presentan como *aprendices* con un discurso biomédico occidental, no así cuando se presentan como madres Pankararu y aparece en su interacción con la partera un agente con voluntad propia en disputa, la expresión «*camarada* o enemiga» lo sugiere así.

Referencias

- Aguado Vásquez, J. C. (2004). *Cuerpo humano e imagen corporal: notas para una antropología de la corporeidad*. pp. 366. México: UNAM, IIA, Facultad de Medicina.
- Arruti, J. M. A. (1996). *O reencantamento do mundo: trama histórica e arranjos territoriais Pankararu [Dissertação de mestrado Programa de Pós-graduação em Antropologia Social]*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional.
- Arruti, J. M. A. (2004). A árvore Pankararu: Fluxos e metáforas de emergência étnica no sertão de São Francisco. En J. P. Oliveira (Ed.), *A viagem da volta: Etnicidade, política e reelaboração no Nordeste indígena* (pp. 13–42). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Athias, R. (2004). Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. En S. Monteiro y L. Sansone (Eds.), *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Athias, R. (2007a). Sexualidade, Fecundidade e Programas de Saúde entre os Pankararu. En P. Scott, R. Athias, y M. T. de Quadros (Eds.), *Saúde, Sexualidade e Famílias Urbanas, Rurais e Indígenas*. Recife: Editora Universitária, UFPE.

- Athias, R. (2007b). Saúde, Participação e Faccionalismo entre os Pankararu. En R. Athias (Ed.), *Povos Indígenas de Pernambuco: Identidade, Diversidade e Conflito*. Recife: Editora Universitária, UFPE.
- Belaunde, L. E. y Macêdo, H. (2007). Resguardo e tecnologias culturais Tupinambá de prevenção da morte materna. En L. E. Belaunde y C. McCallum (Eds.), *Relatório final projeto MAINBA. Saúde Reprodutiva e Morte Materna entre os Tupinambá de Olivença [mimeo]*. Salvador: Programa de Estudos em Gênero e Saúd (MUSA), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Belaunde, L. E., y McCallum, C. (Eds.). (2007). *Relatório final projeto MAINBA. Saúde Reprodutiva e Morte Materna entre os Tupinambá de Olivença [mimeo]*. Salvador: Programa de Estudos em Gênero e Saúd (MUSA), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Bourdieu, P. (2001). *O conhecimento pelo corpo, Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Campos, A. (2000). Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública. En A. C. Gomes (Ed.), *Capanema: Ministro e seu ministério* (2ª edição, pp. 195–220). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- COIMI. Comitê Inter-tribal de mulheres indígenas, em Alagoas (2007). Caracterização dos sistemas de parto tradicionais entre os povos indígenas de Alagoas, Pernambuco e Paraíba. Relatório semestral etnográfico (3.º Produto).
- Cruz Ramos, M. (2010) *Cuerpo y reproducción entre los Pankararu del noreste de Brasil* (Tesis de doctorado en Ciencias Sociales, Universidade Federal da Bahia (UFBA)). Bahia: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
- Csordas, T. (2008). *Corpo/Significado/Cura*. Porto Alegre: Editora de UFRGS. Tradução de José Secundino da Fonseca e Ethon; revisão técnica de Carlos Alberto Steil e Luís Felipe Rosado Murillo.
- Cunha, M. Carneiro da. (2007). Performance e Prática nos Cerimoniais Pankararu. En R. Athias (Ed.), *Povos Indígenas de Pernambuco: Identidade, Diversidade e Conflito*. Recife: Editora Universitária, UFPE.
- Escorel, S., Nascimento, D. y Edler, F. (2005). As origens da Reforma Sanitária e do SUS. En N. Lima (Ed.), *Saúde e democracia-Historia e perspectivas do SUS* (pp. 59–81). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Fleischer, S. (2007). *Parteiras, buchudas e aperreios. Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melaço, Pará [Tese de doutorado em Antropologia Social apresentada junto ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Professora Doutora Claudia Lee Williams Fonseca]*. Rio Grande do Sul: Porto Alegre.
- FUNASA (Fundação Nacional de Saúde). (2002). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, Aprovada em caráter preliminar no Conselho Nacional de Saúde/MS*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Brasil.
- Hochman, G., Fonseca, C. y Lima, N. (2005). A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. En N. Lima (Ed.), *Saúde e Democracia: Historia e perspectivas do SUS* (pp. 27–58). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Jordan, B. (1997). Autoritative knowledge and its constructions. En E. Davis-Floyd Robbie y F. Sargent Carolyn (Eds.), *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1986). Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. En C. Curren y M. Stacey (Eds.), *Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective*. Leamington Spa: Berg Publishers Ltd.
- Lima Climerio Tadeu Araújo de, 2006. *Poesia de muitos encantos: Uma contribuição da Literatura de Cordel para a redescoberta da Linguagem Indígena Pankararu* [Dissertação de Licenciatura], Curso de Licenciatura Plena em Letras com habilitação em Português e Inglês, da Faculdade Sete de Setembro, Paulo Afonso – Bahia.
- Macêdo, U. (2007). *A dona do corpo: um olhar sobre a reprodução entre os Tupinambá da Serra-BA [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais]*. Salvador: Universidade Federal da Bahia.
- Macêdo, U. y Belaunde, L. E. (2007). Noções-chaves da saúde reprodutiva Tupinambá. En L. E. Belaunde y C. McCallum (Eds.), *Relatório final projeto MAINBA. Saúde Reprodutiva e Morte Materna entre os Tupinambá de Olivença [mimeo]*. Salvador: Programa de Estudos em Gênero e Saúd (MUSA), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estruturales. En R. Campos (Ed.), *La Antropología Médica en México* (Tomo 1). México: UAM-Instituto Mora.
- Ministério da Justiça. FUNAI. 2008. «Ofício nº 099/GAB/AER/Recife», PE, 18 de março de 2008.
- Oliveira Filho, J. P. (1999). Uma etnologia dos índios misturados?: situação colonial, territorialização e fluxos culturais. En J. P. Oliveira Filho (Ed.), *A viagem da volta: Etnicidade, política e reelaboração no Nordeste indígena*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Silva, G. (2007). Camarada ou inimiga: a dona do corpo e as mulheres Atikum. En R. Athias (Ed.), *Povos Indígenas de Pernambuco: Identidade, Diversidade e Conflito*. Recife: Editora Universitária, UFPE.

- Tornquist, C. S. (2004). *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil [Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia para obtenção do título de Doutor em Antropologia]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de filosofia e ciências humanas, Programa de Pós-Graduação em antropologia social.
- Varga, I. V. D. y Adorno, R. C. F. (2001). Sobre a política Nacional de Saúde para os povos indígenas, aos «500 anos». *Revista de Direito Sanitário*, 2. Centro de Estudos e pesquisas de Direito Sanitário, Núcleo de pesquisas de Direito Sanitário da USP. Salvador: Programa de Estudos em Gênero e Saúd (MUSA), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Zolla, C. y Carrillo, A. M. (1997). Mujeres, saberes médicos e institucionalización. En G. Figueroa Perea (Ed.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: Colmex.