

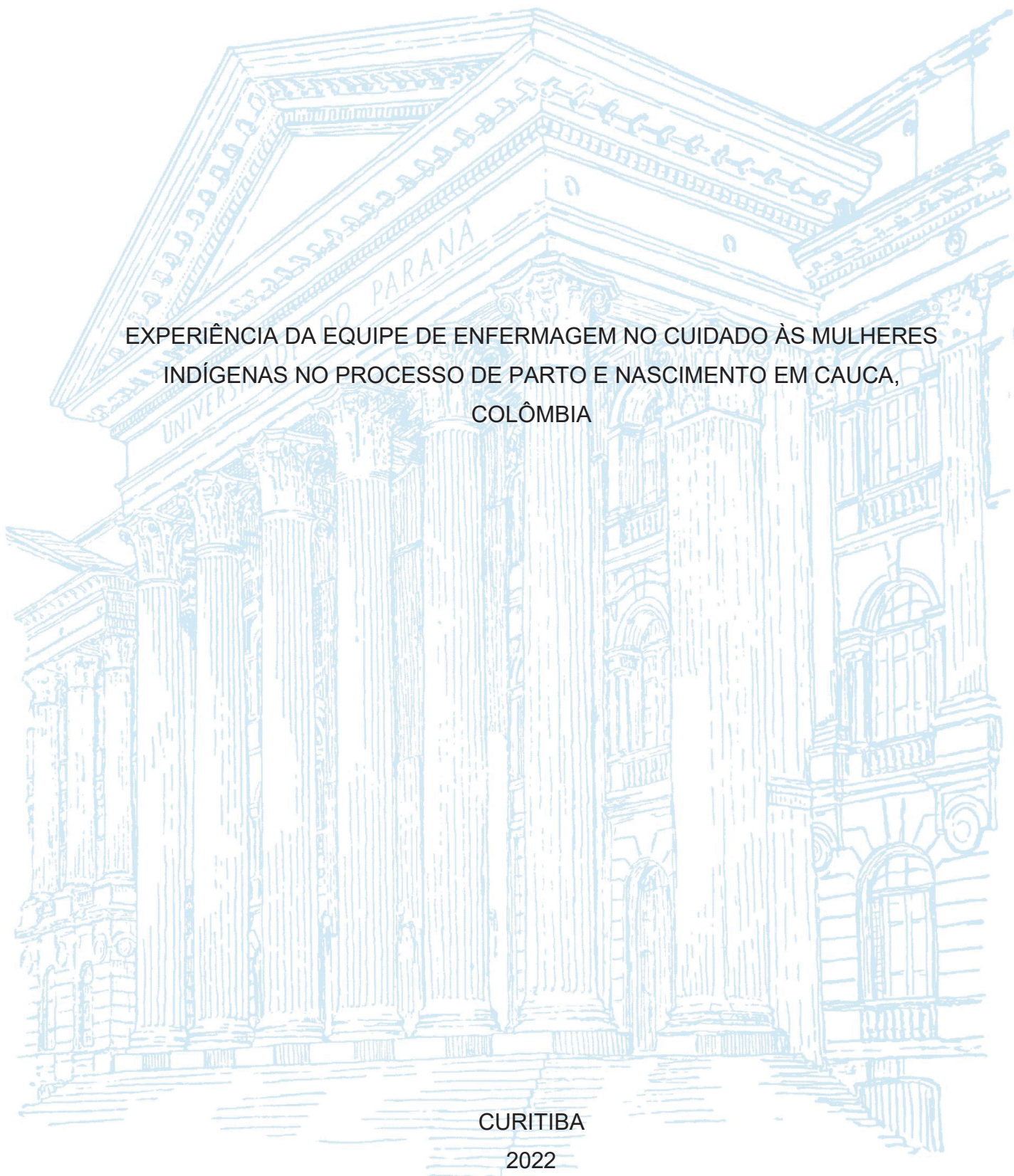
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JHOVANA TREJOS SERRATO

EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS MULHERES
INDÍGENAS NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO EM CAUCA,
COLÔMBIA

CURITIBA

2022



JHOVANA TREJOS SERRATO

EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS MULHERES
INDÍGENAS NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO EM CAUCA,
COLÔMBIA

Projeto de Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientador (a): Prof. (a) Dra. Silvana R.R Kissula Souza

Coorientador (a): Prof. (a) Dra. Gladys Eugenia Canaval Erazo

CURITIBA

2022

Serrato, Jhovana Trejos

Experiência da equipe de enfermagem no cuidado às mulheres indígenas no processo de parto e nascimento em Cauca, Colômbia [recurso eletrônico] / Jhovana Trejos Serrato. – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Silvana R. R Kissula Souza
Coorientador: Profa. Dra. Gladys Eugenia Canaval Erazo



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM 40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de JHOVANA TREJOS SERRATO intitulada: EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS MULHERES INDÍGENAS NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO EM CAUCA, COLÔMBIA, sob orientação da Profa. Dra. SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 17 de Agosto de 2022.

Assinatura Eletrônica

22/08/2022 14:05:30.0

SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

31/08/2022 15:31 :30.o

TATIANE HERRERA TRIGUEIRO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

22/08/2022 10:02:40.0

NATÁLIA REJANE SALIM
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS)

Assinatura Eletrônica

29/08/2022 14:09:5

GLADYS EUGENIA CANAVAL
Coorientador(a) (UNIVERSIDAD DEL VALLE)

Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3^o andar - CURITIBA Paraná - Brasil

CEP 80210170 - -rei: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015. Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 216913

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 216913

Dedico a presente dissertação a Deus, a minha maravilhosa família; minha mãe Teresa Serrato Padilla, meu pai James A. Trejos Arcila, minhas irmãs, Jeniffer e Jazmin Trejos. A meu namorado e aos amigos que fizeram parte deste processo, especialmente a Katlyn Tatiana Narváez, Naiane Ribeiro Prandini e a Paula Andrea Pino.

Da mesma maneira, a minha orientadora a Dra. Silvana R.R Kissula Souza e coorientadora Dra. Gladys Eugenia Canaval que foram minha guia no processo formativo do mestrado e na elaboração desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que participaram de alguma forma em minha formação acadêmica desde o ensino fundamental até a graduação e pós-graduação.

A minha família por estar presente em cada momento da minha vida, apoiando-me na missão de cuidar desde a profissão da enfermagem.

Á professora Dra. Silvana R.R. Kissula Souza pela paciência, dedicação, pedagogia e o amor que fornece em cada orientação.

Á professora Dra. Gladys Eugenia Canaval pela disposição, as dicas, a paciência, o compromisso e dedicação no processo da coorientação.

Á Universidade Federal do Paraná, professores, equipe administrativa pela oportunidade que me deram de aprender, crescer e refletir no âmbito acadêmico, profissional e pessoal.

Às professoras Dra. Tatiane Herrera Trigueiro e Dra. Natália Rejane Salim pelas contribuições e maravilhosas reflexões realizadas na qualificação e defesa desta pesquisa.

A meus companheiros do mestrado e à Comissão de bolsistas pela parceria e o trabalho em equipe desenvolvido.

Á Universidade do Vale pela colaboração com o processo de dupla titulação, e acolhimento na instituição.

Ao professor Dr. Luis Alexander Lovera, pelo apoio e ensinamentos fornecidos desde minha graduação.

Á Comunidade Misak e ao Hospital Mama Dominga, por permitir-me desenvolver a pesquisa.

Aos profissionais e auxiliares de enfermagem que participaram da pesquisa, por compartilhar suas experiências e aprendizados obtidos dentro da instituição de saúde.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES – pelo apoio econômico fornecido.

RESUMO

A vivência do parto é condicionada por elementos culturais que influenciam diretamente as práticas e o significado atribuído a esse evento. Diante disso, o povo indígena Misak, devido a processos de discriminação, violência, diferenças no modo de ver o mundo e longas distancias até instituições de saúde, sentiu a necessidade de ter um centro de saúde próprio nos seus territórios chamado “Hospital Mama Dominga” que respeitasse seus costumes, envolvendo à atenção às gestantes e parturientes. O objetivo desta pesquisa foi compreender a experiência da equipe de enfermagem no cuidado às mulheres indígenas no processo de parto e nascimento em Cauca, Colômbia. Para tal fim, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa descritiva com método na história oral temática híbrida, descrita por Meihy e Holanda. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas à equipe de enfermagem da Instituição de Saúde Indígena da cidade de Silvia, Cauca, no período maio-setembro de 2021. A análise de conteúdo foi feita de acordo com o proposto por Laurence Bardin. Os colaboradores da pesquisa foram 2 enfermeiras(os) profissionais e 6 auxiliares de enfermagem que trabalham ou trabalharam pelo menos 6 meses na assistência direta às mulheres em processo de parto e nascimento e, a partir de suas narrativas emergiram 4 categorias que foram: “Saúde da mulher gestante indígena: Costumes e desejos”, “Saúde materna institucional com foco na cultura”, “Papel da equipe de enfermagem na saúde da mulher gestante indígena” e, “Barreiras percebidas para a atenção institucional da mulher indígena”. Os resultados revelam como a medicina ocidental tem ingressado à comunidade por meio de uma atenção diferenciada, com controles pré-natais domiciliares que envolvem a equipe de saúde do hospital e da comunidade, como parteira e médico tradicional. No parto, a parteira e o familiar têm a oportunidade de estar presentes, a equipe de enfermagem faz a entrega da placenta para a mulher, e procura-se a conservação da temperatura corporal da parturiente e a ingestão dos alimentos necessários, levados pela família segundo as orientações da parteira, igualmente, os auxiliares de enfermagem pertencem a comunidade Misak, conseguindo estabelecer uma comunicação na língua própria da mulher. No entanto, evidenciou-se que na instituição ainda predomina o modelo biomédico, intervencionista, desde o desenho da sala de parto, sendo o principal responsável tanto no controle pré-natal como no parto, o médico. Entre as barreiras que dificultam fornecer uma assistência institucional, se encontraram características próprias da mulher indígena, como a timidez, a relutância e o desconhecimento em relação ao sistema de saúde ocidental, o medo das práticas institucionais e a falta de conhecimento dos profissionais sobre a cultura Misak. Dessa maneira, destaca-se o trabalho realizado na instituição, mas são necessárias mudanças nas condições estruturais, administrativas, sociais e políticas, priorizando o preparo, a sensibilização da equipe de saúde desde a graduação até os locais de trabalho, com o desenvolvimento de estratégias inovadoras na prática do cuidado transcultural, como a elaboração desta pesquisa que visa respeitar e promover os valores das comunidades, contribuindo para uma sociedade inclusiva que compreenda a diversidade da experiência humana.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Culturalmente Competente. Gestantes. Parto humanizado. Equipe de Enfermagem. Povos Indígenas.

ABSTRACT

The experience of childbirth is conditioned by cultural elements that directly influence practices and the meaning given to that event. Given this, the Misak indigenous people, due to processes of discrimination, violence, differences in the way they see the world and long distances to health institutions, felt the need to have their own health center in their territories called "Hospital Mama Dominga" that respected their customs, involving the care of pregnant and giving birth women. The objective of this research was to understand the experience of the nursing team in the care of indigenous women in the labor and birth process in Cauca, Colombia. To this end, descriptive qualitative research was developed using a hybrid thematic oral history method, described by Meihy and Holanda. Data collection was carried out through interviews with the nursing staff of the Indigenous Health Institution of the city of Silvia, Cauca, in the period May-September 2021. The content analysis was performed according to the proposal by Laurence Bardin. The collaborators were 2 professional nurses and 6 nursing assistants who work or worked for at least 6 months in direct care for women in the process of labor and birth, from their narratives, 4 categories emerged: "Health of indigenous pregnant women: Customs and desires", "Institutional maternal health with a focus on culture", "Role of nursing team in the health of indigenous pregnant women", "Perceived barriers to institutional care for indigenous women". The results reveal how Western medicine has entered the community through differential care, with prenatal care at home that involves the hospital and community health team, such as midwife and traditional healer. During childbirth, the midwife and the family member can be present, the nursing team delivers the placenta to the woman, and efforts are made to maintain the mother's body temperature, in addition to allowing food to enter through the relatives as directed by the midwife. The nursing assistants also belong to the Misak community, managing to establish communication in the woman's own language. However, it was evident that the biomedical, interventionist model still predominates in the institution, from the design of the delivery room, with the doctor being the main responsible for both prenatal and delivery control. Among the barriers that make it difficult to provide institutional care, there are characteristics of indigenous women, such as shyness, reluctance, and lack of knowledge regarding the western health system, fear of institutional practices and lack of knowledge of professionals, especially doctors and nurses from the Misak culture. In this way, the work that is performed in the institution is highlighted, but changes in structural, administrative, social, and political conditions are necessary, prioritizing the preparation, sensitization of the health team from graduation training to the workplace with the development of innovative strategies in the practice of transcultural care, such as the development of this research that aims to respect and promote the values of the communities, contributing to an inclusive society that understands the diversity of human experience.

Keywords: Culturally Competent Care. Pregnant Women. Humanizing Delivery. Nursing, Team. Indigenous Peoples.

RESUMEN

La experiencia del parto está condicionada por elementos culturales que influyen directamente en las prácticas y en el significado que se le da a ese evento. Ante esto, el pueblo indígena Misak, debido a procesos de discriminación, violencia, diferencias en la forma de ver el mundo y largas distancias hasta las instituciones de salud, sintieron la necesidad de contar con un centro de salud propio en sus territorios denominado “Hospital Mama Dominga” que respetase sus costumbres, involucrando el cuidado de las mujeres embarazadas y parturientas. El objetivo de esta investigación fue conocer la experiencia del personal de enfermería en el cuidado de mujeres indígenas en proceso de parto y nacimiento en Cauca, Colombia. Para ello, se desarrolló una investigación cualitativa, descriptiva, utilizando como método la historia oral temática híbrida, descrita por Meihy y Holanda. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas al personal de enfermería de la Institución de Salud Indígena de la ciudad de Silvia, Cauca, en el período mayo-septiembre de 2021. El análisis de contenido se realizó de acuerdo con la propuesta de Laurence Bardin. Los colaboradores fueron 2 enfermeras(os) profesionales y 6 auxiliares de enfermería que trabajan o trabajaron por lo menos 6 meses en la atención directa a mujeres en proceso de parto y nacimiento. De sus narrativas, surgieron 4 categorías: “Salud de la mujer gestante indígena: Costumbres y deseos”, “Salud materna institucional con enfoque en la cultura”, “Papel del personal de enfermería en la salud de las gestantes indígenas” y, “Barreras percibidas para la atención institucional de las mujeres indígenas”. Los resultados revelan cómo la medicina occidental ha ingresado en la comunidad a través una atención diferencial, que comprende, una atención prenatal domiciliaria, involucrando al equipo de salud del hospital, así como, a la partera y al médico tradicional. Durante el parto, la partera y el familiar tienen la oportunidad de estar presentes, el personal de enfermería hace entrega de la placenta a la mujer y se hacen esfuerzos para mantener la temperatura corporal de la madre, además de permitir el ingreso de alimentos por los familiares según las indicaciones de la partera. Asimismo, los auxiliares de enfermería pertenecen a la comunidad Misak, consiguiendo establecer una comunicación en el idioma propio de la mujer. Sin embargo, se evidenció que en la institución aún predomina el modelo biomédico, intervencionista, desde el diseño de la sala de partos, siendo el médico el principal responsable tanto del control prenatal como del parto. Entre las barreras que dificultan la atención institucional se encuentran; características propias de las mujeres indígenas, como la timidez, la renuencia y el desconocimiento sobre el sistema de salud occidental, miedo a las prácticas institucionales y desconocimiento de los profesionales de la cultura Misak. De esta forma, se destaca el trabajo que se realiza en la institución, pero son necesarios cambios en las condiciones estructurales, administrativas, sociales y políticas, priorizando la preparación, sensibilización del equipo de salud desde el pregrado hasta los lugares de trabajo con el desarrollo de estrategias innovadoras en la práctica del cuidado transcultural como la elaboración de la presente investigación que busca respetar y promover los valores de las comunidades, contribuyendo para una sociedad inclusiva que comprenda la diversidad de la experiencia humana.

Palabras clave: Asistencia Sanitaria Culturalmente Competente. Mujeres Embarazadas. Parto Humanizado. Grupo de Enfermería. Pueblos Indígenas

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NA COLÔMBIA POR RECONHECIMENTO ÉTNICO, 2009-2020.....	23
FIGURA 2 - REGULAMENTAÇÕES EM VIGOR NA COLÔMBIA PARA A SAÚDE MATERNA.	49
FIGURA 3 - ETAPAS DO PROCESSO DE HISTÓRIA ORAL.....	54
FIGURA 4 - FOTOGRAFIA HOSPITAL MAMA DOMINGA. LOCAL CIDADE DE SILVIA.....	56

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- HISTÓRIA DO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO E INTRODUÇÃO DA ENFERMAGEM NA ÁREA.	32
QUADRO 2 - EVENTOS NO SÉCULO XX EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO.....	35
QUADRO 3 - ORGANIZAÇÕES DA ENFERMAGEM NA COLÔMBIA.....	43
QUADRO 4 - CARACTERÍSTICAS SEGUNDO O SEXO NAS COMUNIDADES INDÍGENAS DA COLÔMBIA.....	50
QUADRO 5 - MUDANÇAS POLÍTICAS DA MULHER INDÍGENA NA COLÔMBIA ..	52
QUADRO 6 - CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO	127

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 - COLÔMBIA SUBDIVIDIDO EM REGIÕES.....	22
MAPA 2 - DEPARTAMENTO DE CAUCA SUBDIVIDIDO EM CIDADES	55

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACOEN	- Associação Colombiana de Estudantes de Enfermagem
ACOFAEN	- Associação Colombiana de Faculdades e Escolas de Enfermagem
ANEC	- Associação Nacional da Enfermagem da Colômbia
ARSI	- Administradora do Regime Subsidiado de Saúde Indígena
CEI	- Comitê de Ética em Investigação
CEPAL	- Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CEV	- Comissão para Esclarecimento da Verdade
CIOMS	- Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas
CNMH	- Centro Nacional de Memória Histórica
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CRIC	- Conselho Regional Indígena do Cauca
CTNE	- Conselho Técnico Nacional de Enfermagem
DANE	- Departamento Administrativo Nacional de Estatística
EPS	- Empresas de Promotoras de Saúde
EPSI	- Empresas Promotoras de Saúde Indígena
ESE	- Empresa Social do Estado
HMD	- Hospital Mama Dominga
INS	- Instituto Nacional de Saúde
IPS	- Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde
IPSI	- Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde Indígena
MAITE	- Modelo de Ação Integral Territorial
MIAS	- Modelo de Atenção Integral à Saúde
NARP	- Pretas, Afrodescendentes, Raizales e Palenqueras
NV	- Nascidos vivos
OCE	- Organização Colegial de Enfermagem
ODM	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT	- Organização Internacional do Trabalho
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONIC	- Organização Nacional Indígena da Colômbia
ONS	- Observatório Nacional de Saúde
ONU	- Organização de Nações Unidas

OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAIS	- Política de Atenção Integral à Saúde
PBE	- Prática Baseada em Evidências
PDSP	- Plano Decenal de Saúde Pública
PIC	- Planos de Intervenções Coletivas
PNASPI	- Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNSDSDR	- Política Nacional de Sexualidade, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
PNSSR	- Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva
POS	- Plano Obrigatório de Saúde
PP	- Paradigma de Parceria
PT	- Parteiras Tradicionais
PyP	- Promoção e Prevenção
RIAS	- Rotas de Atenção Integral à Saúde
RMM	- Razão de Mortalidade Materna
SISPI	- Sistema Indígena de Saúde Própria e Intercultural
SGSSS	- Sistema Geral em Seguridade Social em Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TNEE	- Tribunal Nacional de Ética em Enfermagem
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 MOTIVAÇÃO DA AUTORA.....	21
1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	21
1.3 JUSTIFICATIVA.....	27
1.4 OBJETIVO.....	28
2 REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1 ANTROPOLOGIA NA HISTÓRIA DO PARTO E NASCIMENTO.....	29
2.2 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E SUA ESTRUTURAÇÃO NA COLÔMBIA.....	38
2.3 HISTÓRIA DO PARTO E NASCIMENTO NA COLÔMBIA.....	43
2.4 LEGISLAÇÃO DO SISTEMA COLOMBIANO NA SAÚDE MATERNA.....	45
2.5 MULHER INDÍGENA NA COLÔMBIA.....	49
3 METODOLOGIA	53
3.1.1 TIPO DE ESTUDO E MÉTODO.....	53
3.1.2 LOCAL.....	54
3.1.3 COLABORADORES DA PESQUISA.....	56
3.1.4 COLETA DE DADOS.....	57
3.1.5 ANÁLISE DE DADOS.....	59
3.1.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	60
4 RESULTADOS	61
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES.....	61
4.2 COLABORADORES E SUAS NARRATIVAS.....	61
4.2.1 Kallim.....	61
4.2.2 Maleiwa.....	80
4.2.3 Mexión.....	86
4.2.4 Dachisesé.....	92
4.2.5 Lulumoy.....	95
4.2.6 Sejankua.....	106
4.2.7 Pishimisak.....	111
4.2.8 Pulowi.....	123
4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	126
5 DISCUSSÃO	142
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	158

REFERÊNCIAS	160
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - ROTEIRO DE ENTREVISTA	175
ANEXO 1 – CARTA DE CESSÃO DOS DIREITOS.....	176
ANEXO 2 – PARECER COMITÊ DE ETICA.....	177
ANEXO 3 – PARECER DO HOSPITAL MAMA DOMINGA.....	180

1 INTRODUÇÃO

Um dos principais tópicos de saúde de interesse mundial é a saúde materna¹, devido às taxas de mortalidade que ocorrem nessa população, apesar de a maioria não apresentar fatores de risco, sendo o processo de parto e nascimento um momento crítico para a sobrevivência das mulheres e seus bebês, visto que, uma vez se tem complicações nesta fase aumenta o risco de morbimortalidade (WHO, 2018).

Portanto, o processo de parto e nascimento é um tema que tem gerado múltiplas pesquisas em áreas como a enfermagem, medicina, antropologia, psicologia, entre outras disciplinas, com o intuito de contribuir para a vivência desse evento.

A partir daí, surge a necessidade de saber como o parto se desenvolveu ao longo da história, pois, estando sujeito a rituais, códigos e tradições socioculturais, será visto por muitos autores como um acontecimento social que vai condicionar a forma como a mulher experimenta aquele momento (DAVIS-FLOYD, 2001; JORDAN, 1993).

Por exemplo, nos séculos anteriores as parturientes viviam o processo de parto em casa assistidas por parteiras, porém não tendo os conhecimentos necessários para atender algumas complicações, o cirurgião passou a aparecer para intervir nessas situações específicas (POSSATI et al., 2017).

Com a introdução dos médicos no processo, inicia-se o estabelecimento de técnicas, instrumentos e procedimentos, como a cesariana, a embriotomia, o uso de fórceps ou sinfisiotomia para facilitar a saída do feto, tornando o parto um evento controlado por homens e institucionalizado em hospitais (ROHDEN, 2001).

Tudo isso, gerou sentimentos de insatisfação na mulher ao ser atendida por estranhos, inserida em um ambiente adverso, sem foco na dimensão humana, gerando discussões sobre o tratamento recebido durante o parto e visando sua humanização (GUALDA et al., 2017).

Dessa maneira, a assistência humanizada ao parto reflete a necessidade de um novo olhar, implica compreender esse processo como uma experiência

¹ Na Colômbia, a saúde materna refere-se a saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério. Na linguagem coloquial, o termo “materna” faz referência à gestante.

verdadeiramente humana onde a mulher é a protagonista junto com sua família e o bebê (POSSATI et al., 2017). Sendo criado em 1996 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um documento que conceitua o parto normal e sua humanização, além disso, torna visível o papel da enfermeira obstetra como personagem importante para o atendimento ao parto humanizado, estimulando a atuação de equipes qualificadas (WHO, 1996).

É importante destacar que o cuidado é a essência do profissional de enfermagem, o que lhe permite integrar uma visão objetiva, como o desenvolvimento de técnicas e procedimentos, com uma visão subjetiva, baseada na sensibilidade, criatividade e intuição. Por isso, a OMS recomenda e permite que a enfermeira obstetra participe ativamente do processo de parto e nascimento, dado que com base na fisiologia do parto, combina técnicas de humanização com práticas baseadas em evidências científicas, que diminuem as taxas de morbimortalidade dessa população (RAMOS et al., 2018).

Em 2000, a Organização de Nações Unidas (ONU) estabeleceu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), onde 189 estados se comprometeram com o cumprimento de 8 propósitos fundamentados no desenvolvimento humano, entre os quais está, "melhorar a saúde materna". A Colômbia é um dos países membros dessa iniciativa e, de acordo com o objetivo de reduzir a mortalidade materna em 75% entre 1990 e 2015², implementou políticas cujo principal objetivo foi melhorar a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde da mulher gestante. Assim, em 1994 a Razão de Mortalidade Materna (RMM) foi de 78,2 por 100.000 Nascidos Vivos (NV), apresentando uma diminuição em 2014 com 53,4 por 100.000 NV (ORTIZ-LIZCANO, 2015).

Em relação ao índice do parto, em 2019 ocorreram 642.660 nascimentos no país, dos quais 98,4% ocorreram em instituições de saúde, porcentagem que pode levar à conclusão que a assistência oferecida é garantida e segura, no entanto, a RMM foi de 50,7 por 100.000 NV e quase metade dos partos (44,5%) foi por cesariana (DANE, 2020), lembrando que, desde 1985 os valores ideais recomendados são de 10-15% quando considerados os riscos imediatos e a longo prazo que a cirurgia traz (WHO, 2015).

² A meta para a Colômbia foi de 45 óbitos maternos por 100.000 NV usando como base o valor registrado em 1998.

Atualmente, para dar continuidade aos ODM foram levantados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), bem como a estratégia global para a saúde da mulher, criança e adolescente (2016-2030), a fim de garantir a sobrevivência de mulheres e bebês, além que busca desenvolver e alcançar seu potencial para a saúde e a vida. Para isso, a OMS faz uma série de recomendações da mesma maneira que reconhece o conceito de experiência positiva no parto, como aquela que consegue atender ou exceder as crenças e expectativas pessoais e socioculturais anteriores das mulheres, adotando uma abordagem holística baseada nos direitos humanos (WHO, 2018).

Não obstante, determinantes estruturais foram encontrados na Colômbia, os quais condicionam a sobrevivência das gestantes, incluindo a desigualdade, que se expressa em maior risco em mulheres com idades extremas da vida reprodutiva, que vivem em áreas rurais devido a barreiras geográficas, filiadas ao regime subsidiado³ e aqueles que não têm escolaridade ou que apenas frequentaram a escola primária (ORTIZ-LIZCANO, 2015).

Essas desigualdades são evidentes em muitas regiões do país, como o Cauca, um dos 32 departamentos⁴ da Colômbia, onde, depois da Guajira, possui a maior população indígena. Esses setores apresentam condições socioeconômicas desfavoráveis, além de serem encontrados em áreas rurais que dificultam o acesso, mostrando em estudos epidemiológicos uma maior RMM; em 2020, por exemplo, foi de 268,6 por 100.000 NV nessa população, enquanto no país essa proporção foi de 66,7 por 100.000 NV (DANE, 2021b).

Adicionalmente, a participação dos indígenas nas políticas de saúde do país, segundo o estudo de Urrego-Rodriguez (2020), tem gerado conflitos e disputas constantes com o regime da Colômbia, por causa da exclusão e não cumprimento das demandas que eles solicitam.

O autor apresenta a luta pelo direito fundamental à saúde própria e intercultural das comunidades desde o ano 1971 até 2017, ressaltando a Lei 100 de 1993, rejeitada pelo CRIC⁵ (Conselho Regional Indígena de Cauca), que instituiu o

³ Pessoas que recebem subsídio do Estado para o atendimento no sistema de saúde.

⁴ Os departamentos são as divisões político-administrativas do país, os quais são conformados por várias cidades. No caso do Brasil, o semelhante são os “Estados”.

⁵ Associação de autoridades indígenas. Tem sido líder na luta pela terra e sobrevivência cultural.

Sistema Geral em Seguridade Social em Saúde (SGSSS) no país, no qual a população dividiu-se entre subsidiados, sem condições de pagar e pessoas do regime contributivo, que aportam ao sistema. Para a Lei, os indígenas foram considerados pobres sem capacidade de pagamento, ignorando seu significado de saúde e bom viver.

Diante disso, foram solicitadas adaptações socioculturais para aprovar temporariamente o SGSSS, como a eliminação de pagamentos, moderação de cotas, proibição de comercialização em seus territórios, criação de empresas e instituições de saúde indígenas, adequando-se transitoriamente ao que estava disponível para eles (URREGO-RODRIGUEZ, 2020).

Em 1997, nasceu a primeira Administradora do Regime Subsidiado de Saúde Indígena (Arsi) e progressivamente foram criadas as Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde Indígena (IPSI), que oferecem serviços da medicina ocidental com possibilidade de fazer adaptações socioculturais. Assim, são criadas Arsi em todo o país, que posteriormente foram denominadas, Empresas Promotoras de Saúde Indígena (EPSI), ligando ao sistema aproximadamente 80% dos indígenas e, mais de 100 IPSI surgiram no país, das quais 8 são de Cauca (URREGO-RODRIGUEZ, 2020).

Nesses locais, cria-se uma relação entre os modelos de saúde ocidentais e tradicionais, em que o contexto sociocultural se torna fundamental no objetivo de prestar uma atenção integral (URREGO-RODRIGUEZ, 2020) e no caso do parto, contribuir para uma experiência positiva que leve em conta tanto as expectativas, bem como as crenças anteriores da mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

De acordo com Madeleine Leininger (1999), fundadora da enfermagem transcultural, o cuidado e a cultura estão intimamente ligados, sendo necessário que o profissional leve em consideração o contexto cultural, o ser da pessoa, suas formas de cuidar, a fim de ter desfechos terapêuticos e contribuir na vivência de uma maneira significativa e apropriada. Desse modo, a IPSI oferece uma oportunidade para que seja gerado um cuidado transcultural desde a enfermagem.

Diante do exposto, o presente projeto de dissertação teve como questão norteadora: *Como é a experiência da equipe de enfermagem no cuidado às mulheres indígenas em processo de parto e nascimento em Cauca, Colômbia?*

1.1 MOTIVAÇÃO DA AUTORA

O desenvolvimento da presente pesquisa se deve ao interesse que tenho desde a infância pela área da saúde da mulher, mais voltada para o processo de parto e nascimento.

Por isso, após minha formatura do ensino médio, me inscrevi no bacharelado em Enfermagem em 2012 na Universidade do Vale em Cali, Colômbia e consegui ter um relacionamento mais próximo com as mães, o que me permitiu fortalecer meu interesse pela saúde da mulher.

Além disso, durante a minha graduação tive o sonho de poder fazer uma pós-graduação no Brasil, pelo grande conhecimento que possuem na área e as oportunidades oferecidas aos seus estudantes. Casualmente uma colega da graduação conseguiu fazer seu mestrado na Universidade Federal do Paraná (UFPR), compartilhando sua experiência, o que me levou a me candidatar ao mesmo mestrado.

Ao iniciar a pós-graduação em março de 2020 aconteceu a pandemia pela Covid-19 o que alterou as condições para a realização da minha pesquisa que estaria focada em avaliar a experiência das parturientes durante o processo de parto e nascimento, com o intuito de ter um panorama geral sobre o cuidado prestado nessa população. Não obstante, em diálogo com uma colega enfermeira que prestava serviço social obrigatório em uma área rural do departamento de Cauca, identificamos várias circunstâncias especiais que ocorrem no setor, além das práticas culturais específicas que realizam durante a gestação, parto e pós-parto, que me inspirou a aprender mais sobre a atuação da enfermagem durante esse evento, sendo minhas orientadoras, a Dra. Silvana RR Kissula Souza e a Dra. Gladys Eugenia Canaval, que me ajudaram a estruturar como deveria se direcionar a pesquisa para seu desenvolvimento.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO

No mundo existem vários desafios em torno ao crescimento econômico, desigualdades sociais, problemas ambientais, bem como conflitos gerados pelos próprios seres humanos. Para atender essas preocupações em busca do bem-estar

universal foram levantados inicialmente os ODM no ano 2000 e atualmente para dar continuidade à agenda 2030, encontram-se os ODS (HERRERA et al., 2018).

Esses objetivos baseiam-se em três elementos fundamentais: 1. Universalidade, sendo tanto inclusivos como participativos, 2. Direitos humanos, com foco em grupos vulneráveis ou excluídos e, por fim, 3. Integralidade, reconhecendo a interdependência entre questões sociais, econômicas e ambientais (HERRERA et al., 2018).

Ao falar especificamente da Colômbia, país localizado na região noroeste da América do Sul (ver mapa 1) com uma população que ascende os 49 milhões de acordo com o Departamento Nacional de Estatística e o Banco Mundial, existem alguns desafios que se devem considerar para o cumprimento dos objetivos.

MAPA 1 - COLÔMBIA SUBDIVIDIDO EM REGIÕES



FONTE: Ramos Varas (2020)

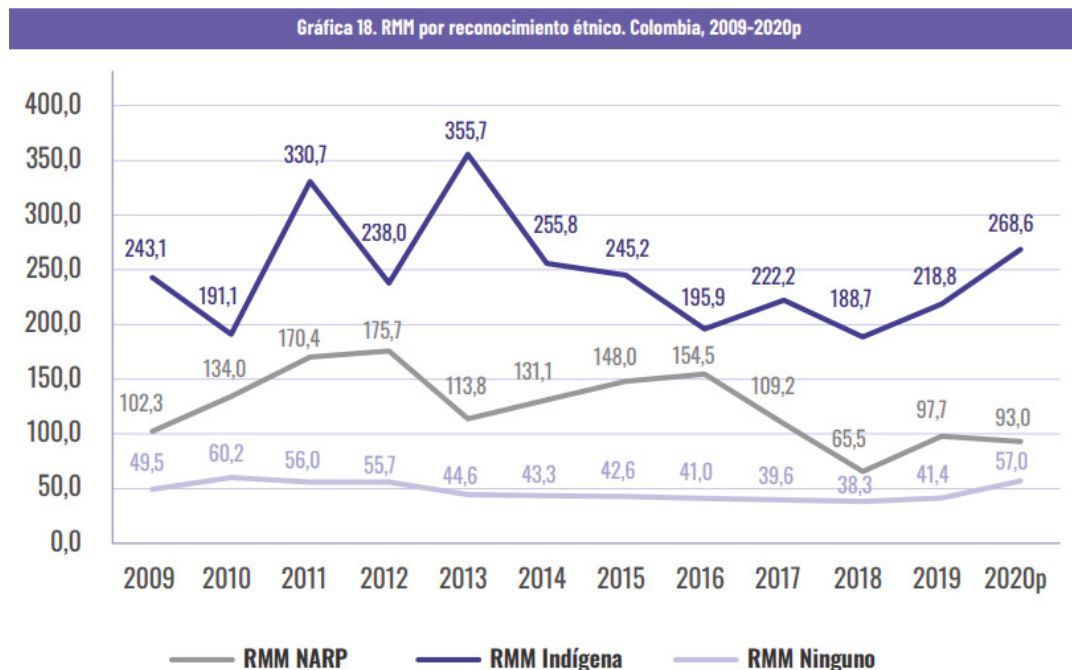
Segundo o relatório dos ODM de 2015, a Colômbia está posicionada entre os 10 países mais desiguais do mundo, revelando grandes diferenças entre grupos populacionais e regiões. Por exemplo, enquanto nas áreas urbanas 1 em cada 4 colombianos é afetado pela pobreza, nas áreas rurais 1 em cada 2, concentrando-se nas regiões do Pacífico e Caribe em departamentos como Chocó, Cauca e Guajira, que possuem grandes populações afrodescendentes e indígenas com taxas de pobreza superiores a 50% (PNUD, 2015).

Essas populações apresentam condições estruturais que geram impacto na proporção de mortes. Assim, estudos têm mostrado "uma forte associação entre

maior RMM e pobreza, falta de proteção à saúde, dispersão populacional, etnia e a menor transparência na administração pública” (HERNÁNDEZ BELLO et al., pág. 58, 2017).

Quanto à etnia, os dados do informe de mortalidade materna na Colômbia do Departamento Administrativo Nacional de Estatística (DANE) de 2021, evidenciam uma RMM mais elevada em gestantes indígenas quando comparado com outros grupos populacionais, tais como, mulheres Negras, Afrodescendentes, Raizales⁶ e Palenqueras⁷ (NARP) e aquelas que não pertencem a nenhum grupo étnico, demonstrado pela figura 1 (DANE, 2021b).

FIGURA 1 - RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA NA COLÔMBIA POR RECONHECIMENTO ÉTNICO, 2009-2020.



Fuente: Estimaciones propias a partir de la información de EEVV

RMM: Razão de Mortalidade Materna. NARP: Negras, Afrodescendentes, Raizales e Palenqueras

FONTE: DANE (2021b)

Deve-se levar em consideração que, mulheres sem escolaridade, filiadas ao regime subsidiado e de áreas rurais, apresentam mais barreiras para aceder ao

⁶ População nativa das Ilhas de San Andrés, Providencia e Santa Catalina. Etnia com raízes africanas, europeias e caribenhas.

⁷ Formado por descendentes de escravos africanos. Se refugiaram nos territórios da Costa Norte da Colômbia.

sistema de saúde do país, características que estão presentes nas gestantes indígenas. Adicionalmente, se tem identificado uma menor participação e liberdade das mulheres no interior de suas comunidades, apresentando uma dependência econômica e social com os homens, fato que interfere na autonomia sobre seus corpos, até na maternidade (HERNÁNDEZ BELLO et al., 2017).

Ademais, as diferenças na RMM refletem uma realidade social que precisa ser analisada à luz da historicidade, em que a construção da estrutura da sociedade tem uma dinâmica que vai intervir nos fenômenos de saúde e doença do indivíduo (ESLAVA-CASTAÑEDA, 2017).

Inicialmente cabe destacar que, segundo a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), os povos indígenas ao longo da história foram excluídos e discriminados, apresentando baixos níveis de qualidade de vida além de altos níveis de vulnerabilidade (DEL POPOLO; JASPERS; CEPAL, 2014).

Na Colômbia, segundo o censo realizado pelo DANE em 2018, a população indígena aumentou um 36,8% em relação aos dados de 2005, o que representa 4,4% da população do país. Além disso, identificou 115 povos indígenas nativos, sendo os Wayuú, Zenú, Nasa e Pastos, os povos mais numerosos do país concentrando 58,1% da população indígena (DANE, 2019).

Essas comunidades estão submetidas a muita insegurança devido ao conflito armado que penetra em seus territórios, ademais de projetos econômicos, fumigação de cultivos ilícitos e desapropriação de terras que se tornam uma ameaça à sua sobrevivência e afeta sua qualidade de vida (HERNÁNDEZ BELLO et al., 2017).

Isso é demonstrado pelo Tribunal Constitucional no Despacho 004 de 2009, que trata da proteção dos direitos fundamentais das pessoas e dos povos indígenas, considerando como eles foram vítimas de múltiplas violações de seus direitos, tanto individuais quanto coletivos (COLOMBIA, 2009).

Da mesma forma, o relatório intitulado "Tempos de Vida e Morte: memórias e lutas dos Povos Indígenas na Colômbia" construído entre a Organização Nacional Indígena da Colômbia (ONIC) e o Centro Nacional de Memória Histórica (CNMH), explica o lugar dos povos indígenas no conflito armado, bem como a exclusão social, política e econômica a que foram submetidos ao longo dos anos, evidenciando processos de extermínio tanto físico quanto cultural, que os levou a

gerar todo um movimento social para provocar mudanças no nível político (CNMH; ONIC, 2019), manifestando-se em diversos parágrafos do texto:

“Sofremos uma terrível violência dos brancos em seu papel de colonos, evangelistas, latifundiários, empresários ou atores armados, muito antes do surgimento de guerrilheiros e paramilitares contemporâneos. Essa história encarna racismo, sede de riqueza, apropriação de territórios ancestrais, incompreensão dos povos indígenas, imposição de um modelo de desenvolvimento que nos incomoda. O fato de que há algumas décadas foram cunhados conceitos como "deslocamento forçado", "confinamento", "massacre", "conflito armado", não significa que os eventos a que se referem não se repitam ininterruptamente em nossas comunidades desde a chegada dos espanhóis. O conflito armado não substitui essas outras formas históricas de violência, mas se sobrepôs a elas e as reforçou”. (Plano de salvaguarda Povo Indígena Betoy, 2013, Pág. 15).

Esse movimento social deu lugar à criação de diferentes organizações políticas, como o Conselho Regional Indígena de Cauca (CRIC) em 1971, cujo slogan inicial era "Unidade, Terra e Cultura", para o qual priorizou a luta pela terra e sua comissão era federar os *cabildos* indígenas do departamento de Cauca, esses *cabildos* são entendidos de acordo com a Lei 89 de 1890, como uma forma especial de governo que intervém em um *resguardo*, ou seja, nas terras onde essas comunidades desenvolvem suas vidas e suas formas de organização cultural (NEIRA; GONZALEZ, 2010).

Não obstante, apesar das organizações indígenas lutarem por seu território, às características das moradias evidenciam iniquidades que se perpetuam até a atualidade em comparação com a população em geral. Por exemplo, enquanto a cobertura de energia elétrica em domicílios com chefe indígena⁸ foi de 66%, em nível nacional foi de 96,3% segundo o último censo. Da mesma forma, a cobertura de aqueduto foi de 41,4%, esgoto 23% e internet 6,4% nessas comunidades, contra 86,4%, 76,6 % e 43,4%, respectivamente no país. No nível educacional, encontrou baixo aproveitamento em 58,2% (13,3% não tinham formação, 3,1% pré-escola e 41,8% cursaram o ensino fundamental) em comparação com 36,5% no nível nacional (DANE, 2019).

⁸ Consideram-se domicílios com chefe indígena, aqueles domicílios cujo líder do lar se auto reconhece como indígena.

Com relação à saúde, embora seja considerada um direito, também foi um elemento para o qual tiveram que se mobilizar, sendo por muitos anos invisíveis política e organizacionalmente (NEIRA; GONZALEZ, 2010).

Para os povos indígenas, a saúde é concebida como o bom viver que resulta da harmonia das relações físicas e espirituais da pessoa com ela mesma, com sua família, comunidade, território e natureza (COLOMBIA, 2016a).

Portanto, era essencial uma diferenciação nas questões de saúde que fosse coerente com sua tradição cultural, social, suas características territoriais e econômicas, gerando uma constante luta com o Estado para obter aquele reconhecimento no nível legislativo. A resolução 10013 de 1981 foi das primeiras políticas de saúde que foram levantadas.

Ela buscava uma articulação entre a medicina ocidental e a tradicional, sendo criado em 1982 o Programa de Saúde CRIC, vigente até hoje, cuja finalidade é trabalhar para os serviços de saúde levando em consideração suas necessidades específicas, ademais de adequar a legislação nacional aos seus procedimentos culturais, formar seus próprios agentes de saúde e exigir o reconhecimento de seu pessoal, que envolvem médicos tradicionais, parteiras, herboristas, entre outros (CRIC, 2017).

A gravidez, o parto e o puerpério são um exemplo dos procedimentos culturais dos povos, pois, estão carregados de simbolismos e significados que se transformam em ação humana (GEERTZ, 1978). Nesse evento, o atendimento à gestante indígena é realizado principalmente por cuidadores culturais, como os médicos tradicionais, que são encarregados do bem-estar espiritual da mãe, enquanto as parteiras são as principais responsáveis pelo componente físico, acompanhando a mulher até o momento do parto (MUÑOZ BRAVO et al., 2012).

No entanto, quando a medicina tradicional não consegue resolver alguma complicação que surja, ela é direcionada aos serviços de saúde ocidentais, encontrando estudos que mostram uma avaliação negativa das mães em relação a esses serviços devido a fatores como falta de privacidade ao expor seu corpo aos agentes de saúde, o desconhecimento dos médicos ao seu cuidado cultural, a diferença de linguagem ou a falta de acolhimento no atendimento (MUÑOZ BRAVO et al., 2012).

Essas diferenças afetam a experiência da mulher, uma vez que os serviços de saúde não geram processos interculturais que permitam a integração dos

saberes tradicionais à medicina ocidental, problema que aumenta quando as comunidades não participam no desenvolvimento de políticas, o que vai contra o que é postulado pela Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

O anterior mencionado ocorreu com a reforma do Sistema de Saúde Colombiano, a Lei 100 de 1993, que estabeleceu o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), que, embora buscasse melhorar a cobertura de saúde da população em geral, não teve em conta as necessidades particulares dos Povos Indígenas (URREGO RODRIGUEZ, 2017). Finalmente através do decreto 1953 de 2014, foi consolidado o Sistema Indígena de Saúde Própria e Intercultural (SISPI) que se articula com o SGSSS, além de se basear na harmonia entre a sabedoria ancestral, a mãe terra e a visão de mundo de cada povo para a orientação do referido sistema (COLOMBIA, 2016a).

Com essa conquista, os povos indígenas obtiveram maior autonomia para desenvolver suas próprias práticas, buscando cada vez mais uma relação que permita integrar a medicina tradicional ao já estabelecido sistema de saúde ocidental, com o objetivo de respeitar suas crenças, valores e costumes, como no processo de parto e nascimento das mulheres indígenas (URREGO RODRIGUEZ, 2017).

Entretanto, os avanços que representa o SISPI na prática ainda não foram completamente adotados, prevalecendo um sistema de saúde desigual (URREGO RODRIGUEZ, 2017), onde fatores como pobreza, baixa escolaridade, discriminação, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre outros, aumentam o risco de morbimortalidade materna, o que mostra o nível de desenvolvimento do país e a importância que a sociedade dá às mulheres (HERNÁNDEZ BELLO et al., 2017).

Por isso, é preciso que o Estado, as instituições e os profissionais de saúde, caminhem para uma abordagem diferenciada, que integre as práticas culturais específicas de cada comunidade, além de intervir nos diferentes determinantes que as populações mais vulneráveis do país apresentam, como as observadas nas comunidades indígenas (LONDOÑO, 2019).

1.3 JUSTIFICATIVA

A saúde materna desde o século XX tem sido um tema de interesse em saúde devido às implicações que geram na sociedade, precisando de iniciativas que

objetivem fornecer um cuidado humanizado de acordo com o indivíduo e seu contexto sociocultural (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018).

Conseqüentemente, é essencial conhecer a experiência que os profissionais e técnicos de enfermagem têm no atendimento às mulheres indígenas durante o processo de parto e nascimento, fornecendo uma visão sobre as ações dessas iniciativas e como elas são implementadas nas populações vulneráveis que apresentam características específicas no nível sociodemográfico, cultural e econômico, as quais, constituem desafios tanto para o sistema de saúde quanto para o pessoal que os atendem.

Além disso, pretende-se gerar reflexões sobre a importância da realização de cuidados transculturais, que permitam "o respeito às crenças, normas e modos de vida aprendidos" (LEININGER; MCFARLAND, 2005). Assim, ao conhecer a experiência da equipe de enfermagem sob uma perspectiva cultural, pode-se identificar as barreiras no cuidado que dificultam o cuidar ou, por outro lado, as ações benéficas que contribuem para uma experiência de parto positiva.

Dessa forma, a equipe de enfermagem conseguiria conhecer as ações que pode potencializar ou mitigar em favor da experiência de mulheres indígenas, oferecendo atendimento conforme com as necessidades particulares de cada comunidade e pessoa, o que permite gerar mudanças no nível social.

Espera-se que, da mesma forma, contribua para o nível investigativo, com material bibliográfico e que, a partir das narrativas, seja gerada motivação na população acadêmica para continuar os estudos com o objetivo de melhorar a saúde das gestantes e ainda mais, das populações vulneráveis.

1.4 OBJETIVO

Compreender a experiência da equipe de enfermagem no cuidado às mulheres indígenas no processo de parto e nascimento em Cauca, Colômbia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As concepções teóricas que sustentam o desenvolvimento desta pesquisa são abordadas a seguir, com contribuições da antropologia, fazendo um percurso histórico tanto do processo de parto e nascimento como da enfermagem no mundo, com um enfoque mais específico na Colômbia, além disso, é abordado a regulamentação da Colômbia na área da saúde materno-infantil e os aspectos da mulher indígena colombiana.

2.1 ANTROPOLOGIA NA HISTÓRIA DO PARTO E NASCIMENTO

O ser humano está em constante busca para compreender tanto a sua própria existência quanto o meio em que vive, portanto, existem diversas ciências e disciplinas que procuram dar respostas a essas inquietações humanas. Dentre elas, a antropologia, ciência que estuda a vida de forma global em suas dimensões social, cultural, biológica e histórica, o que permite ter uma maior proximidade com a natureza do homem (GEERTZ, 2014).

No entanto, existem diferentes correntes antropológicas que buscam definir a cultura, sendo foco de diversos estudos.

Na antropologia estrutural, cujo principal expoente é Levi Strauss, postula-se que a ordem social pode ser abordada de forma estrutural, como um sistema de significados, onde a linguagem é o principal arquétipo que constitui o fato sociocultural, compreendendo o sistema como o conjunto de fenômenos reais inter-relacionados coerentemente e a estrutura, como a rede lógica de oposições e correlações que liga os elementos do sistema, o que permite construir a lei do seu funcionamento (GÓMEZ GARCÍA, 1981).

Por outro lado, a antropologia interpretativa é apresentada por Clifford Geertz, que propõe que para compreender uma cultura, ao contrário do que é postulado pela corrente funcionalista, ou pela corrente estruturalista de Levis Strauss, é preciso partir da percepção que os indivíduos têm de si e suas ações, dessa maneira, não são necessárias grandes instituições e estruturas, mas um campo mais específico, as pessoas (GEERTZ, 1978).

De acordo com o exposto, para definir a cultura Geertz afirma que:

“Acreditando com Max Weber que o homem é um animal inserido em uma teia de significados que ele mesmo teceu, considero que a cultura é essa urdidura e que a análise da cultura tem de ser, portanto, não uma ciência experimental em busca de leis, mas uma ciência interpretativa em busca de significados” (GEERTZ, 1978, pág. 15).

Assim, a cultura é um sistema simbólico, pois, cada ação humana está carregada de significados e símbolos que acontecem em um contexto, permitindo que sejam perceptíveis, de modo que, para analisar uma cultura é preciso conjecturar, estimar significados. Aquele fato permite obter conclusões, sendo toda essa descrição dos fenômenos de maneira inteligível, o que Geertz (1978) chama de "descrição densa".

O comportamento de cada indivíduo dá lugar à ação social, sendo aí que as formas culturais encontram articulação, por isso, o examinar os fatos permite acessar aos sistemas simbólicos, mas não a entidades abstratas (GEERTZ, 1978).

Desse modo, se tem uma interpretação das interpretações de outras pessoas sobre o que pensam e sentem, levando em conta, segundo o autor, que o caráter normal da cultura do povo deve ser assumido sem diminuir sua particularidade, em outras palavras, não deve ser afetado pelo comportamento extremista de certos indivíduos, mas sim o que se estabelece como "normal" deve ser identificado.

Outro tema de interesse na antropologia é o processo de parto e nascimento, começando na década de 1970 os estudos sobre as características e particularidades do contexto sociocultural em que ocorre (SADLER, 2003), evidenciando como diz Mead (1998), que “a cultura e o indivíduo influenciam-se mutuamente, e o nascimento é um exemplo, sendo uma porta de entrada do indivíduo na sociedade” (citado por GUALDA et al., 2017).

Segundo Tornquist (2004), o parto é um fenômeno histórico e humano produzido pela e na cultura, assim, é vulnerável às transformações da sociedade, da organização familiar, ademais das relações de gênero.

Para a autora, é inviável ver ou pensar um fenômeno corporal, como o parto, em só uma dimensão, a orgânica, precisando ao contrário olhar a dimensão biológica simbólica onde a linguagem e a cultura estão envolvidas desde o mais interno.

Nessa área da antropologia, Davis-floyd (2001) e Brigitte Jordan (1993), têm gerado pesquisas de relevância que permitem compreender a influência do contexto sociocultural na vivência da parturiente.

Jordan (1993), propõe uma perspectiva biossocial para analisar o parto e nascimento, de modo que devem ser estudados elementos como, onde ocorre, quem atende, quem acompanha, ademais das técnicas e instrumentos utilizados.

Esses critérios são avaliados pela autora em Yucatan, na Holanda, na Suécia e nos Estados Unidos, com o fim de fazer uma comparação entre os diferentes sistemas de saúde, sintetizando os achados nas diferentes culturas em 4 categorias: O parto como um evento natural, como um evento estressante, mas fisiológico, como uma experiência pessoal intensa e como um evento patológico; nos três primeiros, o parto é visto como manifestação de saúde e assistência, enquanto o último mostra o modelo biomédico, mais típico do ambiente hospitalar.

Essas diferenças na matriz de cada sistema revelam a configuração do parto, as pessoas, profissionais que fazem parte da cena do parto, as práticas desenvolvidas, o lugar onde acontece, o papel e autonomia da mulher, contribuindo na forma como ela vai vivenciar esse evento (JORDAN, 1993).

Com relação à pesquisa de Davis-floyd (2001), desenvolvida nos Estados Unidos, permitiu o estabelecimento de 3 modelos de atenção que se evidenciam na assistência ao parto e nascimento, sendo o primeiro o tecnocrático, que centra seu sistema de valores e crenças na ciência, na alta tecnologia, além dos ganhos econômicos. Os procedimentos obstétricos não possuem evidências científicas sustentáveis, mas baseiam-se no que tem sido feito no nível cultural, refletindo o sistema médico o microcosmo da sociedade, sua hierarquia e burocracia.

Os princípios que sustentam este modelo são a separação mente-corpo, afirmando que o nascimento é um processo mecânico inerentemente imperfeito e não confiável, o corpo feminino é uma máquina que o médico consertar desde fora, por isso ele tem autoridade durante o evento e pode utilizar as intervenções que achar necessárias por meio de máquinas sofisticadas, que buscam ter maior controle, já que a morte é considerada uma derrota. (DAVIS-FLOYD, 2001)

Para compreender a construção deste modelo de atenção, se torna necessário um aprofundamento na história do processo de parto e nascimento (ver quadro 1).

QUADRO 1- HISTÓRIA DO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO E INTRODUÇÃO DA ENFERMAGEM NA ÁREA.

Momento histórico	Evento
<p>Idade da Pedra</p> <p><i>“O parto como um evento normal em que a natureza tinha que seguir seu curso”</i></p> <p><i>“Parto social”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • A gestação e o parto eram eventos biológicos de duração desconhecida, o homem saía para caçar, então a mulher era responsável tanto por seus cuidados quanto pela educação dos filhos. • A mulher tinha o parto de cócoras ou de joelhos, cortava o cordão umbilical com uma pedra afiada ou com os dentes e lambia instintivamente o filho • Devido às condições adversas começaram a formar-se comunidades organizadas, nelas, a dor indicava o início do parto, momento em que as parteiras iam para apoiar a mulher e as famílias organizavam o local. Os homens eram excluídos da cena porque a parturiente não podia exhibir seus órgãos genitais (GUALDA et al., 2017). • O lar era o local do parto; ali, as mulheres da família, vizinhos, amigos davam apoio emocional à parturiente, observando-se uma reciprocidade social (GUALDA et al., 2017).
<p>Idade Média</p>	<ul style="list-style-type: none"> • As parteiras adquiriam sua habilidade por meio de observação, experiência e intuição, transmitindo conhecimentos orais por mães, avós ou parteiras mais experientes (GUALDA et al., 2017). • Quatro funções principais foram atribuídas às parteiras; assistência à gestante, parto e puerpério, cuidado ao recém-nascido, assistência às doenças próprias da mulher e orientações sobre medidas anticoncepcionais (DAMAS; PÉREZ; SÁNCHEZ MACHADO, 2018). • A participação masculina foi mínima em consequência de padrões culturais, envolvendo-se principalmente em casos de extremo risco ou morte (GUALDA et al., 2017).
<p>Século XVI-XVII</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parteiras consideradas bruxas, usavam ervas, poções e orações para auxiliar no parto, pelo que foram perseguidas e mortas pela igreja, na época da inquisição. • Surgiram leis regulamentando a atividade das parteiras, deixando limitado seu agir à atenção de partos normais (GUALDA et al., 2017) ou auxiliar ao profissional masculino, na função de enfermeira (EHRENREICH; ENGLISH, 1973).
<p>Século XVII</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Começa a reforma das enfermeiras na Alemanha, onde um casal construiu uma escola para sua formação teórica e prática em relação ao cuidado dos enfermos. • Florence Nightingale, mãe de a enfermagem moderna, que em 1854 foi enviada à Turquia acompanhada por 38 enfermeiras para atender aos feridos da Guerra da Crimeia, conseguindo, a partir daí, que a enfermeira

	adquirisse o posto profissional, que até então lhe faltava (SANTAMARÍA FERNÁNDEZ, 2007).
Século XVIII <i>"O parto como um evento de risco"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Por interesses financeiros e de prestígio, os descendentes de cirurgiões de barbeiro vão entrando no campo que, ao adquirir conhecimentos sobre anatomia e fisiologia, aprimorar seus instrumentos e intervenções, além da exigência de licença para atuar na área, transformaram o nascimento em um evento controlado por homens da ciência (GUALDA et al., 2017).
Século XIX <i>"O parto como evento patológico"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • A obstetrícia passou a ser um ramo da medicina, porém, segundo Linnoff (1986), esse fato gerou novos problemas, como infecções puerperais e o uso indiscriminado de anestesia, como o éter ou clorofórmio retardavam o processo de parto ou causavam distúrbios respiratórios. • A prática do parto horizontal se consolida, confirmando a necessidade de intervenção, sendo o controle de quem atende e a mulher tem um papel passivo longe de seus familiares, visto que deve ser internada em hospitais (GUALDA et al., 2017).

FONTE: A autora (2022)

Inicialmente, deve-se esclarecer que o processo de gestação foi inicialmente percebido no mundo como um evento natural, onde a grávida era acompanhada por sua família, vizinhos e outras mulheres que a ajudaram. Durante esse contexto sociocultural, as parturientes foram donas de seu próprio processo (GUALDA et al., 2017).

No entanto, nos últimos séculos o parto e nascimento passaram a ser um evento controlado por homens da área médica, reduzido aos espaços hospitalares, no qual, a parturiente fica longe da sua família e comunidade. Tudo isso, é produto de várias relações de poder, como a relação de gênero (TORNQUIST, 2004).

Isso significa que, as representações e relações de gênero vigentes na sociedade vão estar imersas, presentes na realidade das instituições de saúde (TORNQUIST, 2004), pois, nesses locais o que é estipulado pela sociedade se reflete (DAVIS-FLOYD, 2001).

Segundo Foucault (1988), a sexualidade é um ponto de passagem denso, principalmente pelas relações de poder que nela intervém. O autor afirma que:

“A sexualidade está ligada a dispositivos recentes de poder; esteve em expansão crescente a partir do século XVII; a articulação que a tem sustentado, desde então, não se ordena em função de reprodução; esta articulação desde a origem, vinculou-se a uma intensificação do corpo, à sua valorização como objeto de saber e como elemento nas relações de poder”. (FOUCAULT, 1988, pág. 102).

Nessa relação, o corpo masculino foi visto como superior, quanto o feminino foi diminuído e vinculado à maternidade, dessa maneira, ser mulher conecta-se com fragilidade moral, com um intelecto medíocre, que não precisa do prazer sexual para cumprir sua missão de procriar. As doenças foram associadas ao útero, portanto, a antropóloga Rohden (pág. 30, 2001) refere que, “na medida em que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres”, sendo corpos instáveis ao sofrer de hemorragias constantes, além da própria gravidez, em que, em alguns casos, pode transmitir patologias ao feto.

Assim, até o século XVII, observa-se como o pênis externo dava ao homem um símbolo social do gênero conseguindo obter privilégios e obrigações correspondentes a aquele posto social, enquanto a mulher ao ter um “pênis interno” devia adotar um papel passivo que era o que correspondia na sociedade. Pode-se dizer que o corpo definia a relação social (ROHDEN, 2001).

No século XVIII a ciência consegue diferenciar o corpo feminino do masculino. De acordo com Schiebinger (1987), a descoberta teve como base a busca pela redefinição da posição social da mulher, posto que as partes do corpo afetam a esfera política, mostrando também a influência da ciência na sociedade e vice-versa.

Ditas diferenças permitiram gerar debates pelos pensadores, devido à necessidade da sociedade de salientar o comportamento conforme as mudanças biológicas, considerando desde a biologia, a mulher como um ser naturalmente inferior, embora seja diferente. Por exemplo, o crânio ao ter menor tamanho, tem menos capacidade intelectual que dificulta, impossibilita sua participação no governo, educação, ciência, mas a pelve é maior, provando que seu destino natural é a maternidade (ROHDEN, 2001).

Além da ciência, a Igreja Católica também exerceu uma forma de poder. Aquelas mulheres que se dedicavam a ser parteiras, foram vistas como bruxas que deviam ser caçadas, sendo perseguidas tanto pela ciência quanto pela religião (TORNQUIST, 2004). Adicionalmente, o sofrimento do parto significava o pagamento do pecado original (DINIZ, 2005) tornando a sexualidade como uma oportunidade de exercer controle (FOUCAULT, 1988).

Naquele contexto a obstetrícia surge como salvador, passando da ideia de *pecadora* para uma *vítima da natureza*, pois, esse evento implicava violência tanto física como sexual por causa do sofrimento, dos danos, além da passagem do bebê

pelos genitais femininos, considerando-o “uma espécie de estupro invertido”, olhando a gravidez como um fenômeno patogênico (DINIZ, 1997).

Por conseguinte, as diferenças entre homens e mulheres fizeram que as desigualdades fossem normalizadas, precisando, segundo a obstetrícia e ginecologia, empregar instrumentos, técnicas, as quais mostram a “superioridade” dos homens, ou seja, os médicos sobre as mulheres, suas pacientes (TORNQUIST, 2004).

Embora os estudos do corpo feminino tenham-se aprofundado no século XIX e XX com avanços tecnológicos, burocráticos, trouxeram a medicalização do parto. O conhecimento da própria mulher sobre seu corpo foi se perdendo no meio das relações de poder; apresentou uma desestruturação de seus saberes, sua rede de apoio e seus desejos (TORNQUIST, 2004).

Desse jeito, o modelo de atenção obstétrico que Davis-floyd (2001) denominou como “tecnocrático” traz no fundo da imposição daquelas práticas institucionais, um contexto histórico em que a mulher foi separada de suas dimensões, capacidades e seus direitos, sua voz foi consumida, apagando o fogo interno de sua sabedoria como criadora de vida.

Apesar da medicalização do parto, o século XX foi marcado pelo começo de movimentos sociais por profissionais, bem como por mulheres de comunidades que discutiam e compartilhavam suas próprias experiências do evento, refletindo as diferenças entre obstetras e grávidas (ver quadro 2), tudo isso, com o fim de mudar a atenção do nascimento na busca de um trato diferenciado onde fossem valorizados elementos como vivências, emoções e sentimentos (GUALDA et al., 2017).

QUADRO 2 - EVENTOS NO SÉCULO XX EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO.

Século XX	Evento
1925	Os Estados Unidos criaram o primeiro programa que incorporou enfermeiras de saúde pública da Inglaterra, no atendimento médico de família, assistência ao parto e aleitamento materno em centros de enfermagem, dando lugar, em 1932, ao primeiro programa de educação em enfermagem obstétrica (DAMAS; PÉREZ; SÁNCHEZ MACHADO, 2018).
1930	Grantly Dick-Read, postulou a associação entre dar à luz e sofrer com os fatores socioculturais das mulheres (SALEM, 2007).
1940-60	Nos Estados Unidos, a taxa de natalidade aumentou, o que levou à discussão

	sobre o processo de nascimento devido ao tratamento recebido pelas mulheres, que deu lugar ao movimento de parto natural (GUALDA et al., 2017)
1950-60	O obstetra francês Lamaze, junto com Vellay e Chertock, expandiu a técnica de Platonov, conhecida como parto sem dor, na França (ARNEY, 1982).
1970	Os obstetras Leboyer, Odent e a antropóloga Kitzinger defendem elementos como o nascimento sem violência, o conhecimento inato das mulheres sobre o parto e a subjetividade de sua experiência, opondo-se à concepção do parto medicalizado (SALEM, 1987).
1985	A OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) fizeram uma conferência em Fortaleza, Brasil, estabelecem recomendações baseadas no princípio de que toda mulher tem o direito de receber atendimento pré-natal adequado, onde aspectos sociais, emocionais e psicológicos são necessários para a implementação desse cuidado (WHO, 1985).

FONTE: A autora (2022)

O modelo que predomina nessa transformação é o humanista, que, como o próprio nome indica, procura humanizar a tecnomedicina. Davis-Floyd (2001) postula que esse modelo reconhece a influência que a mente exerce sobre o corpo, de modo que a cura deve abranger ambos, revelando a importância do apoio emocional.

Igualmente, determina que o corpo é um organismo que possui propriedades curativas inatas, ele pode sentir dor e responder emocionalmente às interações, portanto, a conexão entre profissional-paciente é real, gerada em um contexto social, onde a família é importante, ademais, as decisões e a responsabilidade são compartilhadas dando lugar a discussões abertas. O cuidado é movido pela compaixão e a morte está presente como um resultado aceitável.

Já em 1996, a OMS publicou "Cuidado no parto normal: um guia prático", nele, conceitua o parto normal e sua humanização, propondo mudanças nos paradigmas até o momento estabelecidos no cuidado, na busca de práticas de cuidado culturalmente consistentes, reconhecendo a(o) enfermeira(o) como profissional habilitado para cuidar do processo de parto e nascimento (WHO, 1996).

O guia mais recente publicado por esta organização é intitulado "Recomendações da OMS: cuidados durante o parto para uma experiência positiva do parto" em 2018, que visa reduzir intervenções médicas desnecessárias que ainda são realizadas rotineiramente, recomendando cuidados com base em evidências científicas, a fim de oferecer uma experiência positiva no parto, entendida como

aquele que tem um resultado transcendente, graças a que atinge ou supera as crenças e expectativas pessoais e socioculturais anteriores da mulher (WHO, 2018).

Dentre os fatores encontrados que favorecem essa vivência positiva do parto está a participação da enfermeira, dado que sua essência é o cuidado, o que lhe permite oferecer uma assistência integral e tornar à parturiente novamente protagonista de seu próprio processo (RAMOS et al., 2018).

Segundo estudo qualitativo desenvolvido com 15 puérperas no Brasil, evidenciou-se nas falas que as práticas das enfermeiras obstetras estavam sustentadas nas bases científicas, além do uso de tecnologias não invasivas como o acolhimento, apoio e empatia. Elas estimulavam a deambulação, a penumbra, massagens, musicoterapia, entre outros. Ademais, com o recém-nascido realizavam o clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele-pele e amamentação na primeira hora de vida, incentivando o uso de boas práticas e o empoderamento da parturiente e sua família na cena (DA SILVA et al., 2022).

Até o momento, as mudanças geradas são a criação de casas de parto em alguns países ou acomodações conjuntas em hospitais, ainda assim, o controle médico persiste, longe de uma mudança real na filosofia do nascimento que permita atendimento de qualidade e respeite a segurança da mãe e do filho nessa perspectiva cultural (GUALDA et al., 2017).

O modelo que mais transcende para atingir esse objetivo é o holístico, no qual a mente, o corpo, as emoções, o espírito e o ambiente são incluídos no processo de cura, fundamentado nos princípios de conexão e integração. Por conseguinte, o estado psicológico e emocional da mulher grávida é um aspecto central do cuidado e, o corpo é um sistema energético interconectado com outros sistemas energéticos que aceita o uso de tratamentos alternativos, como a acupuntura ou o toque terapêutico, aqui a cura é feita de dentro para fora, sendo a intuição uma fonte primária de conhecimento (DAVIS-FLOYD, 2001).

Quanto à autoridade e responsabilidade, são inerentes às pessoas que devem decidir por si mesmas se querem ser curadas; ciência e tecnologia são colocadas a serviço do indivíduo, buscando uma mudança no bem-estar da pessoa que dura ao longo do tempo, a morte é vista como um passo essencial no processo da vida, onde a energia ou consciência espiritual continua à medida que a energia do corpo decai (DAVIS-FLOYD, 2001).

2.2 HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E SUA ESTRUTURAÇÃO NA COLÔMBIA

A história da enfermagem está ligada com a história mesma da humanidade, trazendo consigo questões sociais, religiosas, processos de poder e subjugação que devem ser considerados para compreender a enfermagem moderna (CARVALHO, 2007).

No início das civilizações, as práticas de saúde eram instintivas, buscavam a sobrevivência do ser humano e eram associadas ao trabalho feminino, pois, na estrutura familiar a mulher era concebida como responsável pelo cuidado dos filhos, dos idosos e doentes, enquanto o homem fazia as funções patriarcais (GEOVANINI et al., 2018).

Com o surgimento dos diferentes povos antigos; Egito, Índia, Palestina, Assíria e Babilônia, Pérsia, China, Grécia, Roma, entre outros, evidenciou-se uma diversidade de práticas de saúde, muitas delas registradas em papiros, inscrições, monumentos até tratados de medicina que, embora não abordem especificamente a enfermagem, trazem informações relevantes sobre tratamentos e avanços no estudo das pessoas doentes da época (PAIXÃO, 1979).

Para a maioria dos povos, a religião tornou-se fundamental nessa tarefa, garantindo a felicidade material, a saúde física e a imortalidade da alma das pessoas por meio do mago-sacerdote, delegado para realizar milagres e encantamentos contra os demônios para a libertação dos males do corpo ou do espírito (GEOVANINI et al., 2018).

Naquele período, a prática da enfermagem relacionava-se principalmente com a atenção domiciliar de partos e as atividades realizadas no templo por mulheres de classe social elevada, auxiliando aos sacerdotes (GEOVANINI et al., 2018).

Vale ressaltar que os hindus já falavam da enfermagem, exigindo conhecimentos, habilidades, limpeza e características morais específicas, como ser puros, dedicados e colaborativos (PAIXÃO, 1979).

No princípio do século 4 a.C., devido ao sofrimento derivado das guerras sagradas, além dos avanços da ciência e da filosofia, os processos de saúde-doença eram vistos como uma relação causa e efeito, onde a observação, o raciocínio, a lógica eram necessários para o diagnóstico, prognóstico e tratamento de doenças (GEOVANINI et al., 2018).

Na idade média (século V até XV), época dos senhores feudais e da igreja católica, a sensibilidade mística voltou a florescer e assim se fortaleceram a superstição, a religiosidade, a necessidade de redenção do sofrimento, posto que a doença estava ligada ao pagamento dos pecados. A igreja adquire uma organização eclesiástica, estabelece dogmas, rituais, tendo o monopólio moral, intelectual e econômico (Almeida Filho, 1988), (GEOVANINI et al., 2018).

Desta forma, a igreja passou a dominar a assistência dos enfermos, construindo hospitais próximos aos templos. Nesses lugares, sobretudo as mulheres, movidas pelo fervor cristão e pela caridade, dedicaram sua vida ao cuidado das pessoas pobres e doentes, dando origem a numerosas congregações e ordens seculares que tomaram a liderança na área. O ensino baseava-se na prática do fazer manual, nas experiências transmitidas, na boa conduta e na moral (GEOVANINI et al., 2018).

Aqui vemos que a enfermagem tem grande influência da igreja, ela promove serviço, desapego, obrar movido pela espiritualidade, portanto, não se precisava de nenhuma remuneração.

Nessa época, as mulheres, em decorrência da ausência dos homens pelos conflitos e guerras, tinham maior envolvimento com diversas práticas de domínio público, fato que intensificou seu saber (BRETAS, 1994).

Já o período da civilização moderna caracterizado pela queda do feudalismo e a instalação do capitalismo, significou o aumento do fluxo do comércio, da produção, o crescimento das cidades que deram maior riqueza econômica ao Estado, o que obrigou a mudanças na área da saúde (LUZ, 2019).

A prática médica saiu do monastério para as universidades com o fim de atender principalmente às classes dominantes. Ainda assim, a igreja permaneceu ligada ao ensino universitário (GEOVANINI et al., 2018).

Por causa do poder patriarcal, a centralização da igreja, os conflitos políticos e a presença da mulher no ato de cuidar, entre os séculos XIV-XVIII acontece a caça de “bruxas” sob o nome de Santa Inquisição, onde principalmente mulheres eram executadas, por serem parteiras ou curandeiras. Conseqüentemente, a conduta da mulher foi regulada conforme o sistema (BRETAS, 1994).

Com a inquisição, muitos hospitais fecharam, as freiras que cuidavam nesses lugares foram expulsas e substituídas por mulheres de baixo nível moral que só se dedicavam a afazeres domésticos em troca de um salário miserável. Desse

jeito, a enfermagem foi vista como uma prática desprestigiada e dependente do poder dos médicos, pois, eles passaram a ter o controle administrativo dessas instituições (BRETAS, 1994; GEOVANINI et al., 2018).

Finalmente, no século XIX, Florence Nightingale, uma aristocrata inglesa, foi convidada a organizar os serviços de enfermagem dos hospitais militares durante a Guerra de Criméia (1853-1856). Ela baseava-se no cuidado com o ambiente e na disciplina conseguindo reduzir a mortalidade das pessoas feridas de 40% para 2%. Por esse motivo, ela foi reconhecida como uma heroína da guerra (BRETAS, 1994).

Embora Florence tenha nascido em uma época que designava à mulher como boa esposa, mãe, chefe da casa, ela foi revolucionária, rejeitando a ideia de ser apenas a esposa de um homem. Seus estudos da enfermagem foram autodidatas por meio de leituras e visitas aos hospitais durante suas viagens. Desse modo, foi contra as normas estabelecidas transformando o atendimento dos hospitais militares, assim como a Enfermagem. No entanto, a proposta da Florence para a formação das enfermeiras continuou centrada na atenção, na abnegação, na subordinação às ordens médicas, priorizando o agir sobre o pensar (SUAREZ, 2021).

No caso da Enfermagem na Colômbia, segundo Velandia (1993), carrega uma herança de tradições religiosas, de gênero, militares e antropológicas ou étnicas.

Em relação à religião, no país a igreja católica teve uma aliança desde o início de sua formação, que foi representada por ordens religiosas, como a Congregação das Irmãs de Caridade da Apresentação da França, que em 1873 assumiu a função de inspecionar o Hospital San Juan de Deus em Bogotá, ademais de supervisionar enfermeiras, criadas e pessoas doentes. A enfermagem era predominantemente feminina, visto que era promovida como um serviço social e voluntário no cumprimento do papel de boa esposa e mulher (SUAREZ, 2021).

Na década de 1920, a primeira escola de "Parteiras e Enfermeiras" foi estabelecida na Universidade Nacional de Bogotá sob a direção da Congregação das Irmãs de Caridade da Apresentação, já que as freiras cuidavam dos enfermos conforme os avanços da medicina, evidenciando a abordagem biomédica desde aquele momento. Além disso, os professores eram médicos reconhecidos no país, de modo que a ideia da enfermeira como auxiliar do médico foi implantada (SUAREZ, 2021).

No que se refere ao legado militar, remonta a história da participação da enfermagem nas cruzadas e em diversas guerras, que outorgou a profissão características de disciplina, com horários, uniformes, hierarquias e regras (VELANDIA, 1993).

Para a Velandia (1993), a herança antropológica ou étnica tem a ver com as contribuições do legado africano, espanhol e indígena americano na prática da enfermagem, dado que sua presença no país influenciou o corpo de conhecimento, as ideologias concebidas, direta ou indiretamente.

A autora do livro “Jardim de Rosas” Edilma Suarez (2021), destaca a ingerência da enfermagem francesa na Colômbia desde a criação das primeiras escolas no país, que buscavam disciplina, ordem e bons costumes nas estudantes.

Posteriormente, com a reforma do ensino médico decorrente do relatório Flexner publicado em 1910 nos Estados Unidos, os médicos e o Governo tomaram a iniciativa de reorientar o modelo francês instituído na enfermagem para uma formação técnico-humanística em consonância com os avanços norte-americanos, mudando a “Escola de Parteiras e enfermeiras” (1920-1937), para “Escola Nacional de Enfermagem” (1937-1944), porém, a formação continuou centrada na assistência hospitalar biomédica, com enfoque na mulher enfermeira sensível, colaborativa, eficiente.

Como resultado da expansão do capital empresarial norte-americano, ocorre um aumento do fluxo de matérias-primas e de pessoas entre a Colômbia e os Estados Unidos, o que repercutiu no interesse da saúde pública no país, sendo criada em 1930, com o apoio da Fundação Rockefeller, a Escola de Enfermeiras Visitadoras, que funcionou por seis anos. Após serem substituídas por uma comunidade religiosa estrangeira, aquelas enfermeiras organizaram e criaram o primeiro sindicato que chamaram Associação Nacional da Enfermagem da Colômbia – ANEC (SUAREZ, 2021).

Entre suas conquistas estão a Lei 87 de 1946, que regulamentou a profissão de enfermagem, com o Decreto 3550 de 1948 que classificou a equipe de enfermagem; enfermeira profissional, geral ou especializada, e auxiliares de enfermagem (VELANDIA, 2010).

Em 1964, foi realizado um estudo sobre recursos humanos para a saúde e educação médica na Colômbia, que evidenciou a escassez e a distribuição inadequada no país de profissionais de enfermagem, de fato, identificou falta de

candidatos para cursar a graduação pelas condições laborais inadequadas que eles tinham. Diante disso, foram iniciados programas de promoção relacionados à boa posição da mulher enfermeira derivada do serviço prestado (SUAREZ, 2021).

Ressalta-se que a carência de profissionais e o menor tempo de formação motivaram a criação de escolas de auxiliares de enfermagem desde 1958 em diferentes universidades e hospitais do país, assim, enquanto para o ano 1965 havia apenas 6 escolas de enfermagem, para os auxiliares existiam 27 (SUAREZ, 2021).

Em 1996, foi promulgada a Lei 266, que atualizou o regulamento da enfermagem na Colômbia, fortaleceu a ANEC e instituiu o Conselho Técnico Nacional de Enfermagem (CTNE), além do Tribunal Nacional de Ética em Enfermagem (TNEE), autorizando a adoção do Código de Ética da Enfermagem, gerado a partir da Lei 911 de 2004 (VELANDIA, 2010).

Em 2017, segundo o Cadastro Nacional Único de Talentos Humanos em Saúde, o país contava com 12,7 profissionais de enfermagem, 23,4 médicos e 51,5 auxiliares enfermagem para cada 10.000 habitantes, o que representa um déficit na equipe de saúde (CTNE, 2020).

Atualmente, o ensino superior em Enfermagem é oferecido em 65 faculdades e escolas de enfermagem de instituições universitárias que são regulamentadas pela Associação Colombiana de Faculdades e Escolas de Enfermagem (ACOFAEN) segurando a qualidade do ensino. Com respeito a pós-graduação, existem 35 programas acadêmicos de Especialização, 13 Mestrados e 3 Doutorados em Enfermagem (CTNE, 2020).

Entre os problemas que ainda persistem estão; trabalho precário, baixos salários, carga horária e rotatividade excessivas, pouco reconhecimento da pós-graduação para os profissionais, modelo de atenção à saúde focado na rentabilidade financeira, entre outras questões que precisam ser consideradas e trabalhadas (CTNE, 2020).

O último avanço alcançado pelas diferentes organizações do país (ver quadro 3) foi a “Política Nacional de talento humano em enfermagem e o plano estratégico 2020-2030” que visa “estabelecer diretrizes para o desenvolvimento do talento humano em enfermagem na Colômbia através do fortalecimento das condições de trabalho, a qualidade da formação em enfermagem e a autonomia e liderança profissional” (CTNE, 2020, p 28).

QUADRO 3 - ORGANIZAÇÕES DA ENFERMAGEM NA COLÔMBIA

Nome da organização	Finalidade
ANEC – Associação Nacional da Enfermagem da Colômbia	Procura contribuir nas condições de vida, de trabalho e no desenvolvimento da enfermagem, ademais da defesa de um sistema de saúde integral para a população.
ACOFAEN – Associação Colombiana de Faculdades de Enfermagem	Órgão que promove a acreditação dos Programas Universitários de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem na busca de uma educação superior de alta qualidade.
CTNE – Conselho Técnico Nacional de Enfermagem	Órgão permanente de direção, consulta e assessoria do Governo Nacional, das entidades territoriais e das organizações de enfermagem, em relação às políticas de desenvolvimento e exercício da profissão de enfermagem na Colômbia, criado pela Lei 266 de 1996.
TNEE – Tribunal Nacional Ético de Enfermagem	Procura promover uma prática responsável de enfermagem, com qualidade, ética, cordialidade, respeito à dignidade humana e à segurança do sujeito do cuidado.
ACOEN – Associação Colombiana de Estudantes de Enfermagem	Apoiar, orientar e fortalecer o grupo de estudantes de enfermagem no país.
OCE – Organização Colegial de Enfermagem	Contribuir para o cumprimento das leis de Enfermagem e o seu desenvolvimento na Colômbia.

FONTE: Conselho Técnico Nacional de Enfermagem - CTNE (2020)

2.3 HISTÓRIA DO PARTO E NASCIMENTO NA COLÔMBIA

A Colômbia é um país caracterizado por sua diversidade cultural, que o enriquece em conhecimentos ancestrais, mas ao mesmo tempo deixa o progresso científico sujeito ao que é estabelecido por outros países chamados desenvolvidos. Sua história está dividida pela conquista dos espanhóis em sua região, o que levou a mudanças socioculturais que transformaram os costumes do antigo Reino de Granada (SÁNCHEZ TORRES, 1993).

Ao enfatizar a história do parto, inicia-se com a era pré-hispânica, que compreende milhares de anos em que várias culturas indígenas conviveram no mesmo território, sendo a *Chibcha Muisca* a mais destacada entre elas (ERASO, 2016).

Este povo estava imerso em um mundo de lendas e tradições que os guiava em sua caminhada, *Nemqueteba*, por exemplo, era um homem que segundo os *Muisca*s, ficava em uma caverna pregando e ensinando coisas boas, no entanto, um dia desapareceu e a partir desse momento ele foi venerado, por isso, a grávida, para que tivesse um bom parto, fazia uma peregrinação onde se acreditava, havia uma pedra com a impressão do pé dele (SÁNCHEZ TORRES, 1993).

A vida indígena trazia perigos e sofrimentos, sendo a expectativa de idade de 24 anos, razão pela qual a gestante era considerada sagrada por garantir a

subsistência da tribo (ERASO, 2016). No início das dores de parto, a parturiente saía da cabana rumo às margens de rios ou lagos, onde tinha o parto de forma solitária, principalmente de cócoras e com uma pedra afiada cortava o cordão umbilical do recém-nascido, a água, *Sie* ou *Sia*, era uma deusa das *Muiscas*, encarregada de limpar os órgãos genitais da mulher e o corpo do bebê. Nos casos em que o processo de parto era mais difícil, atraídos por gritos, algumas vizinhas acompanhavam a parturiente nesse momento (SÁNCHEZ TORRES, 1993).

A morte era algo possível, por motivos como hemorragia, distocia e infecções, porém, o marido da falecida, forçado pela Lei do cacique *Nemequene*, tinha que indenizar à família da mulher (SÁNCHEZ TORRES, 1993).

Outros povos indígenas da região são os *Panches*, que se caracterizaram por sacrificar seus primogênitos em festa pública, os *Guayupes*, que ocuparam a região das planícies, também estiveram os *Saes*, os *Papiocos*, os *Aruacos*, os *Motilones*, *Amaníes*, entre outros (SÁNCHEZ TORRES, 1993).

Assim, nessa época, tanto a gravidez quanto o parto e nascimento eram atendidos pela própria mulher, os chamados "xamãs" eram envolvidos apenas em doenças gerais da comunidade (ERASO, 2016).

No século XVI, ocorreu a conquista espanhola, causando um massivo extermínio da raça indígena, ademais que passou a impor todas as suas estruturas culturais, trazendo pessoal médico, cirurgiões e em 1543 chegaram as primeiras parteiras à região, que contavam com aceitação social. Não obstante, quando a inquisição chegou, como na Europa, a igreja considerou as parteiras como aliadas do demônio, por isso as executaram (ERASO, 2016).

Até o século XVII o homem não podia intervir no parto, porém, em países como a França, o médico foi oficialmente delegado para assistir ao parto, tornando-se um evento controlado pela especialidade médica. Como o nível científico da medicina espanhola não era muito desenvolvido, além da quantidade insuficiente do pessoal médico no território do Novo Reino de Granada (quem vieram da Europa), ainda havia curandeiros e parteiras que exerciam na área, sendo até o início do século XIX que foi estruturado um plano de estudos completo que permitiu a formação de médicos, cedendo o lugar posteriormente à ginecologia obstétrica, que promoveu o intervencionismo no processo de parto e nascimento. Finalmente, entre 1810 e 1819 acontece o conflito pela independência do território que deu lugar à República da Colômbia (SÁNCHEZ TORRES, 1993).

2.4 LEGISLAÇÃO DO SISTEMA COLOMBIANO NA SAÚDE MATERNA

Em relação ao sistema de saúde colombiano, aquele que prevaleceu até 1950 foi o modelo higienista, que abordava questões de saúde financiadas por usuários e entidades beneficentes. Após, foi criada a Caixa Nacional de Previsão, a cargo da saúde dos funcionários públicos e o Instituto Colombiano de Seguros Sociais, para funcionários do setor privado (CASTRILLÓN, 2013).

Entre 1970 e 1989, com o Sistema Nacional de Saúde, os recursos estaduais foram repassados diretamente para a rede de hospitais públicos (CASTRILLÓN, 2013). Assim, em 1991, a constituição política consagrou o direito à saúde como serviço público, sendo o Estado o principal responsável, com a participação de agentes públicos e privados (GUERRERO et al., 2011).

Com base nisso, foi criada em 1993 a Lei 100, peça central do atual sistema de saúde do país, que buscou aumentar a cobertura e o acesso à população, implantando o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) com os objetivos de regular o serviço público essencial de saúde e criar condições de acesso em toda a população ao serviço em todos os níveis de atenção. Entre os atores do sistema estão; as Empresas Promotoras da Saúde (EPS), que são entidades públicas ou privadas que atuam como seguradoras e administradoras, e as Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS), responsáveis pelo atendimento aos usuários, de acordo com o Plano Obrigatório de Saúde (POS), onde é estabelecido quais serviços a pessoa tem direito de acesso (CALDERÓN et al., 2011).

A vinculação ao sistema é feita em função das condições econômicas do indivíduo: se a pessoa trabalha, o vínculo é feito no regime contributivo, onde o financiamento se dá através da contribuição de empregados e empregadores, enquanto, pessoas de nível socioeconômico desfavorável, sem vínculo laboral, aderem-se ao regime subsidiado, que é financiado com recursos fiscais obtidos através dos impostos gerais (CALDERÓN et al., 2011).

No artigo 166 da Lei 100, é instituído o POS da gestante, que contempla os serviços de saúde no controle do pré-natal, parto, puerpério e atendimento às patologias diretamente relacionadas com o aleitamento (COLOMBIA, 1993).

Em 2000, a Colômbia assumiu o compromisso de cumprir os ODM, encontrando na meta 5, melhorar a saúde materna, com o objetivo principal de

reduzir a mortalidade. Atualmente estão trabalhando nas Metas de Desenvolvimento Sustentável, onde a Colômbia, têm como meta para o ano 2030 uma redução de 75% na mortalidade materna registrada em 2010, que significa uma RMM de 24 por cem mil NV (ORTIZ-LIZCANO, 2015).

Em 2000, a Resolução 412 adotou as normas técnicas e guias assistenciais para o desenvolvimento das ações de proteção específicas e detecção precoce, incluindo a atenção à gravidez e ao parto, a fim de detectar, prevenir e controlar os agravos precocemente, reduzir os riscos de doença e controlar as complicações do parto, sendo o profissional médico responsável pela assistência direta ao parto (COLOMBIA, 2000). O guia priorizou a gestação desde a dimensão biológica, priorizando a identificação dos riscos físicos na mulher, com o objetivo de reduzir o número de óbitos.

Em 2003, o Ministério da Proteção Social adotou a Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (PNSSR) 2003-2007, mudando em 2014 para a Política Nacional de Sexualidade, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (PNSDSDR) 2014-2021, que tem um foco diferencial quanto a identidade do gênero, etnia, deficiência física, mental, intelectual ou sensorial, e situações particulares geradoras de iniquidades sociais como ocorre com as vítimas do conflito armado, entre outras (COLOMBIA, 2014).

A política propõe três linhas operativas com o objetivo de orientar o desenvolvimento de ações em matéria de sexualidade;

1. Promoção da saúde através da promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos.
2. Gestão de risco para a saúde através da gestão de fatores que afetam a saúde sexual e reprodutiva.
3. Gestão em saúde pública por meio de ações em saúde sexual e reprodutiva.

Para seu cumprimento são propostas ações como a garantia do cuidado do ciclo reprodutivo, incluído o parto, por pessoal devidamente treinado e formado nos conhecimentos e técnicas específicas disponíveis na ciência e tecnologia, para acompanhamento e monitoramento do processo, detecção precoce de indícios de risco, dano e sua rápida intervenção, possibilitando o cuidado em espaços institucionais ou alternativos devidamente equipados para responder a possíveis

contingências, a participação da família e a expressão afetiva dos papéis de paternidade e maternidade desde o início (COLOMBIA, 2014).

A política anterior foi estruturada com base no Plano Decenal de Saúde Pública (PDSP) 2012-2021, que buscou reduzir as iniquidades em saúde por meio da proposição de três objetivos, desenvolvidos por meio de oito dimensões prioritárias e duas transversais, incluindo a dimensão da sexualidade e dos direitos sexuais e reprodutivos, que por sua vez tem dois componentes; 1. Promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e equidade de gênero, 2. Prevenção e atenção integral em saúde sexual e reprodutiva a partir de um enfoque de direitos. Tem objetivos como, desenvolver e implementar estratégias que garantam o acesso à atenção pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. Para isso, leva-se em consideração a Política Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde (COLOMBIA, 2013).

Em 2015, o Congresso aprovou a Lei Estatutária da Saúde, Lei 1751 de 2015, que visa garantir o direito fundamental à saúde, regulamentá-lo e estabelecer seus mecanismos de proteção, modificando o conceito de saúde como “serviço público essencial” estabelecido na Lei 100 de 1993 (COLOMBIA, 2015).

A partir daí o Ministério da Saúde adota a Política de Atenção Integral à Saúde (PAIS), instituída na resolução 429 de 2016, com a finalidade de gerar melhores condições de saúde para a população por meio da regulamentação das condições de intervenção dos agentes do SGSSS, para os quais propõe quatro estratégias centrais: atenção primária à saúde com foco na saúde da família e da comunidade; cuidado; gestão integral do risco à saúde e foco diferencial (COLOMBIA, 2016c).

Como marco operacional, é proposto o Modelo de Atenção Integral à Saúde (MIAS) que compreende o conjunto de processos de priorização, intervenção e arranjos institucionais de acordo com o PDSP e os planos territoriais de saúde, compreendendo 10 componentes operacionais, um deles, a regulamentação das Rotas de Atenção Integral à Saúde (RIAS), que substituiu as normas técnicas estabelecidas na resolução 412/2000 (COLOMBIA, 2016b).

As RIAS são um instrumento obrigatório, que define as condições necessárias para garantir uma atenção integral. Os três tipos de Rotas são: Rota da Atenção Integral para Promoção e Manutenção da Saúde, Rota dos Grupos de Risco e Rotas de Eventos Específicos de Atenção (COLOMBIA, 2016b).

No segundo grupo, encontra-se a Rota da Atenção Integral à Saúde: Materno-Perinatal, definida na resolução 3280 de 2018, que tem como propósito contribuir para a promoção da saúde e a melhoria dos resultados da saúde materna e perinatal por meio de uma atenção integral à saúde, incluindo uma ação coordenada e eficaz do Estado, da sociedade e da família sobre os determinantes sociais e ambientais das iniquidades em saúde (COLOMBIA, 2018).

Embora a resolução apresente grandes avanços para o país na atenção à saúde materna e perinatal, além de permitir que a enfermeira especialista retorne ao atendimento da parturiente de risco habitual que havia sido perdido com a Lei 100, ainda é evidente a percepção de risco que a gravidez conota no sistema de saúde.

Entre as diretrizes definidas na resolução, estão aquelas relacionadas aos cuidados pré-concepcionais, interrupção voluntária da gravidez, assistência ao pré-natal, curso preparatório para a maternidade e paternidade, assistência ao parto levando em consideração a humanização do processo, assistência ao puerpério, entre outros, determinando intervenções no nível individual, neste caso a gestante, e outras coletivas, no nível comunitário, educacional, laboral, institucional e domiciliar (COLOMBIA, 2018).

A resolução 2626 de setembro de 2019 modifica a PAIS e adota o Modelo de Ação Integral Territorial (MAITE), que revoga o MIAS, sendo o novo marco operacional da PAIS com o objetivo de melhorar a gestão em saúde, assim, orienta aos integrantes do sistema de saúde em 8 linhas, o asseguramento, saúde pública, prestação de serviços, talento humano em saúde, financiamento, abordagem diferencial, articulação intersetorial e governança (COLOMBIA, 2019).

Em relação ao parto humanizado, a Lei 2244 de julho de 2022 do “parto digno, respeitoso e humanizado” estimula a adoção das boas práticas com suporte nas evidências científicas, como o movimento corporal livre e adoção de posições verticais durante o parto, uso de métodos não farmacológicos e farmacológicos para o manejo da dor, o contato pele-pele com o recém-nascido, entre outros, ressaltando a importância de reconhecer e garantir os direitos da gestante, ademais de sua autonomia no processo (COLOMBIA, 2022).

Espera-se que em breve as instituições e profissionais de saúde adotem as mudanças das regulamentações iniciadas com a Lei 1751 de 2015, que estabelece uma concepção integral da saúde, além da recente Lei de parto humanizado com o intuito de melhorar a experiência das mulheres no país, transformando os processos

de violência, discriminação e desrespeito que as mães vivenciam durante o parto (MEJIA et al., 2018; VALLANA SALA, 2019).

FIGURA 2 - REGULAMENTAÇÕES EM VIGOR NA COLÔMBIA PARA A SAÚDE MATERNA.



FONTE: A autora a partir da normativa do país (2022)

2.5 MULHER INDÍGENA NA COLÔMBIA

Na sociedade, a mulher tem sido vítima de discriminação, violência, desprezo e desproteção de seus direitos, encontrando na história tratamentos diferenciados por razões naturais, ancestrais, critérios teóricos e políticos (BOTERO, 2013).

Dessa forma, a mulher indígena apresenta uma triple discriminação; por gênero, etnia e condição social (FIGUERO; FRANCO, 2020).

A discriminação por gênero nasce ao considerar inferior à mulher por suas características biológicas, fisiológicas quando comparadas com o homem. Para os povos indígenas, por exemplo, o sangue entendeu-se como um elemento ligado à vida, olhando-o com muito respeito e dessa maneira, o excesso de sangue da mulher pela menstruação foi associado com fraqueza, suavidade e impureza, em oposição com o sêmen, vinculado aos duros ossos e fortaleza pela sua cor branca, desse modo, as mulheres na menopausa eram consideradas mais próximas dos homens, o que lhes permitiu desenvolver atividades em torno dos rituais da comunidade (SOTOMAYOR TRIBIN, 2007).

QUADRO 4 - CARACTERÍSTICAS SEGUNDO O SEXO NAS COMUNIDADES INDÍGENAS DA COLÔMBIA

Mulher	Homem
Fraca	Forte
Passivo	Ativo
Sangue	Sêmen
Quente	Frio
Sujo-impuro	Purificado
Mais potência sexual	Menor potência sexual
Coisas físicas	Pensamento
Profano	Sagrado
Aberto	Fechado

FONTE: Adotado de Sotomayor Tribin (2007)

Essas diferenças nas características biológicas e os critérios teóricos-políticos gerados a partir disso (ver quadro 4), colocaram a mulher indígena em situações desfavoráveis, como práticas de amputação do seu genital, abusos sexuais, controles sociais severos e atribuição de tarefas domésticas, longe da governança da comunidade (SOTOMAYOR TRIBIN, 2007).

Da mesma forma, na sociedade, as mulheres foram consideradas como incapazes de administrar bens materiais e subjugadas ao homem desde o próprio Código Civil do país (BOTERO, 2013).

Adicionalmente, o conflito armado em seus territórios desde a década de 1950, resultou na perda de suas moradias e em processos de violência física, sexual, psicológica além da dificuldade em preservar seus costumes (CEV, 2022).

No recente informe da Comissão para Esclarecimento da Verdade - CEV (2022) criada depois de quase quatro anos de pesquisa no contexto do acordo final para a terminação do conflito e a construção da paz no país, foi plasmada a história, os depoimentos das mulheres vítimas, entre outros achados que deixou aquele cenário:

“Para elas, viver o conflito significava deixar tudo; se deslocar para evitar o recrutamento de seus filhos e filhas; ter que fugir, se não conseguiu, ser vítima de violência sexual; ouço aos vizinhos dizendo que mereciam por causa da saia curta; ir ao tribunal e não encontrar resposta ou receber tratamento preconceituoso”. (Comisión para el esclarecimiento de la verdad, la convivencia y la no repetición, 2022, Pág. 16).

Cabe destacar que o papel da mulher para a sobrevivência da comunidade, na união familiar e os saberes tradicionais por meio da educação aos membros, tem sido fundamental nas populações indígenas (TUNUBALA, 2017), dessa forma:

“Os atores armados entenderam rapidamente que controlar os territórios implicava controlar as mulheres, e para isso era necessário controlar sua vida e seu corpo, e romper o tecido social”. (Comisión para el esclarecimiento de la verdad, la convivencia y la no repetición, 2022, Pág. 19).

Dentro dos povos, a mulher cumpre diferentes papéis. Na medicina tradicional, muitas delas são parteiras que auxiliam na chegada e crescimento de um novo ser, ajudando na restauração do equilíbrio (TUNUBALA, 2017).

Não obstante, no país não existem normas específicas que legitimem seu trabalho apesar de sua atuação nas áreas rurais e a importância para a preservação cultural, principalmente para mulheres indígenas, negras, afrodescendentes, raizales e palenqueras (PALMA; GUERRERO, 2020).

Desde o século XX, a legislação tem procurado o regulamento do ensino das parteiras outorgando certificados e licenças para seu agir (PALMA; GUERRERO, 2020), assim, em 1984 o ministério da saúde criou o Programa de Capacitação Formal de Parteiras (VASQUEZ, 2012), mas até o momento enfrentam limitações com o sistema de saúde estabelecido.

Quanto à etnia, após a colonização dos espanhóis, os indígenas foram vistos como selvagens, proibindo suas tradições e excluindo-os do ordenamento jurídico, sendo em 1811 que começa a história Constitucional da Colômbia passando por diferentes fases para sua inclusão no âmbito legal (BOTERO, 2013);

- A "etapa liquidacionista" (1810-1890), onde procurava-se a dissolução das comunidades;
- A "etapa reduccionista" (1890-1958), que os direcionava para a vida civilizada e;
- A “etapa integracionista” (1958-1991) com a integração de estratégias políticas para a proteção dos povos.

Desse jeito, foi com a Constituição de 1991 que se incorporaram normas em relação à cultura, língua, territórios e participação das comunidades indígenas, pois, foram por muitos anos excluídos precisando de processos de luta e resistência para ser reconhecidos na legislação do país (BOTERO, 2013).

Embora a luta dos povos indígenas e das próprias mulheres geraram mudanças na sua participação política (ver quadro 5), ainda são necessárias políticas específicas que abordem e garantem o cumprimento dos seus direitos nas diferentes esferas.

QUADRO 5 - MUDANÇAS POLÍTICAS DA MULHER INDÍGENA NA COLÔMBIA

Constituição de Cundinamarca - 1811	1ª constituição do país. Reconhece os direitos do homem e dos cidadãos. Não há menção das mulheres indígenas.
Lei 89 de 1890	Determina como os “selvagens” que vão se reduzindo à vida civilizada devem ser governados. Aborda a organização dos cabildos indígenas como sua forma de governo.
Declaração universal dos direitos humanos - 1948	Estabelece, pela primeira vez, os direitos humanos fundamentais que devem ser protegidos em todo o mundo.
Lei 51 de 1981	Aprova a “Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres”.
Constituição política -1991	Reconhece e protege a diversidade étnica e cultural da Nação.
Lei 21 de 1991	Aprova o convenio nº 169 sobre povos indígenas. No Art. 3 estabelece que homens e mulheres dos povos indígenas e tribais gozarão plenamente dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. Deve garantir sua participação efetiva no marco administrativo, legislativo.
Decreto 1088 de 1993	É regulamentada a criação das associações de Cabildos e/ou Autoridades Tradicionais indígenas.
Decreto 1397 de 1996	É criada a Comissão Nacional de Territórios Indígenas e a Mesa Permanente de Coordenação com os povos e organizações indígenas.
Lei 1257 de 2008	Adota normas que garantam uma vida livre de violência para todas as mulheres , tanto na esfera pública quanto na privada. reforma os Códigos Penais, de Processo Penal, Lei 294 de 1996
Lei 1955 de 2019	Emite o Plano Nacional de Desenvolvimento 2018-2022. Cria o fundo para o bom viver e equidade dos povos indígenas da Colômbia, envolvendo o empoderamento de mulheres, famílias e gerações de povos indígenas .
Decreto 1097 de 2020	É criada a Comissão Nacional de Mulheres Indígenas .

FONTE: A autora a partir da normativa do país (2022)

3 METODOLOGIA

3.1.1 TIPO DE ESTUDO E MÉTODO

A pesquisa para o cumprimento do objetivo foi qualitativa do tipo descritiva, pois, se baseou na compreensão e no aprofundamento de fenômenos sob a perspectiva dos participantes em um ambiente natural, conseguindo saber como eles percebem sua realidade, além de experiências, opiniões e significados (HERNÁNDEZ SAMPIERI; COLLADO, 2010).

Da mesma forma, Minayo e Costa postulam que a pesquisa qualitativa “*busca compreender e interpretar o ser humano, a sua vida e os mundos*”, sendo a matéria prima dela “*um conjunto cujos sentidos se complementam*”, “*a sua experiência, vivência, senso comum e ação*” (MINAYO; COSTA, 2019). Por isso, facilitou o processo de conhecer e compreender a experiência da equipe de enfermagem no cuidado às mulheres indígenas no processo de parto e nascimento levando em consideração a realidade subjetiva da população, bem como suas percepções de acordo com os significados, crenças e atitudes próprias.

O método foi a história oral (ver figura 3), graças ao fato de possibilitar a compreensão social por meio de diálogos gravados que posteriormente se tornam fontes ou documentos, permitindo o trabalho analítico das experiências de um grupo de pessoas diante de uma situação em um contexto social (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Adicionalmente, contribuiu na obtenção de narrativas que aproximam à interpretação de um passado, permeadas por experiências do presente possibilitando o desenvolvimento de pesquisas de enfermagem que aproximam à perspectiva pessoal de cada indivíduo e não apenas do contexto social, político, econômico e cultural (VILLARINHO, 2017).

Meihy e Holanda (2017) sugerem três gêneros na história oral. A primeira, história oral da vida, chamada por algumas pessoas “relato da vida”, nela são apresentadas versões individuais dos atos da vida que geram narrativas por meio de entrevistas livres, portanto, memória e subjetividade são elementos essenciais e presentes.

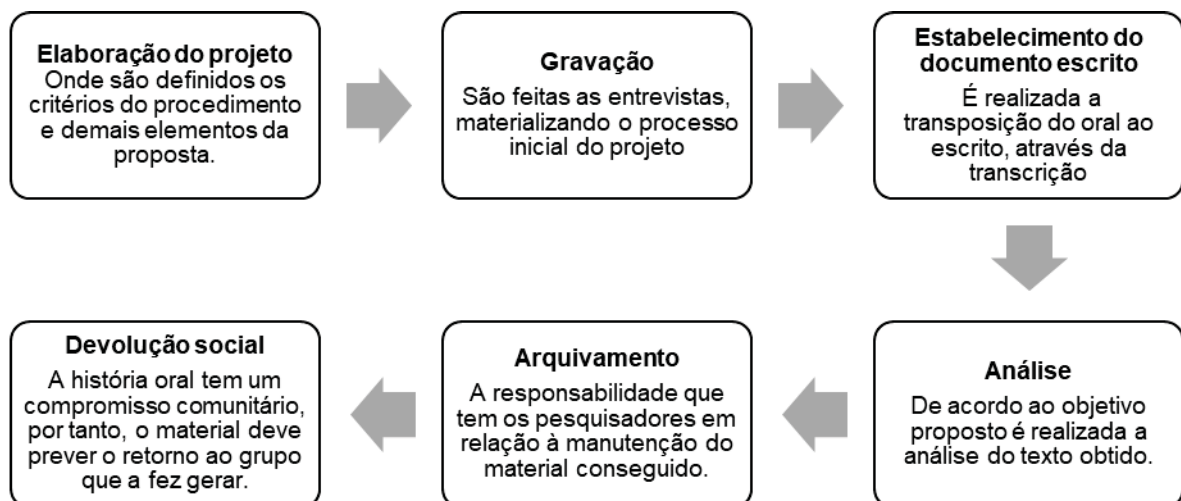
Na história oral temática, a diferença da anterior, os aspectos subjetivos são limitados em virtude de que procura esclarecer situações controversas ou

contraditórias específicas, sendo sempre de natureza social. Por ter uma questão central definida, a entrevista exige uma preparação prévia que permita que o objetivo proposto seja abordado (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Por último, a tradição oral, ela não se limita às entrevistas, busca elevar os mitos fundadores por meio da convivência com o grupo de estudo que, acompanhado de observação constante e registro diário, deve revelar a noção do passado e presente dessa cultura (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Para este estudo, a história oral temática foi o caminho investigativo seguido, dado que teve como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a experiência da equipe de enfermagem no cuidado ao processo de parto e nascimento em uma população específica, mulheres indígenas que contam com significados, crenças e experiências permeadas por sua cultura. Com esse fim, foram realizadas entrevistas que se tornaram em narrativas que, quando contrastadas com estudos científicos e documentos teóricos, geraram um debate nutrindo opiniões diversas, o que é conhecido como história oral híbrida.

FIGURA 3 - ETAPAS DO PROCESSO DE HISTÓRIA ORAL



FONTE: Adotado de Meihy e Holanda (2017)

3.1.2 LOCAL

O estudo foi realizado em Cauca, departamento localizado no sudoeste da Colômbia, subdividido em 39 municípios, sua capital é a cidade de Popayán e uma característica importante é sua diversidade étnica, depois do departamento da Guajira, possui a maior população indígena registrando no último censo do DANE

(2019) uma população de 308.455 indígenas, dos quais o maior percentual pertence ao povo Nasa com 70%, seguido por Yanacona com 9,4%, Misak 6,4% e Coconuco com 5,8%, representando 91,5%, o restante é dividido entre Totoró, Eperara Siapidara e outros povos, essas comunidades indígenas estão concentradas principalmente em 10 municípios do nordeste do departamento, principalmente em Toribio com 25.238, seguido por Silvia com 24.521 (DANE, 2019).

MAPA 2 - DEPARTAMENTO DE CAUCA SUBDIVIDIDO EM CIDADES



FONTE: Gobernación del Cauca (2020)

O Hospital Mama Dominga (HMD) localizado no departamento de Cauca, é uma Instituição Prestadora de Serviços de Saúde Indígena (IPSI) habilitada desde 28 de abril de 2000 em território indígena, graças ao fato de que em 1994, por decisão das Taitas, Mamas e Tatas⁹ foi concebido o plano de vida para o povo Misak, onde foram estabelecidos programas para fornecer serviços de saúde comunitários com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças. Após disso foi que as autoridades habilitaram os serviços, integrando práticas tradicionais

⁹Autoridades que lutam pela resistência da cultura. Mama: mulher que trabalha ou trabalhou em qualquer cargo do Cabildo. Taita: homem que trabalha no Cabildo (governador, prefeito etc.). Tata: homem que trabalhou no passado ocupando um cargo no Cabildo (ex-governador, ex-prefeito)

da medicina tradicional com a medicina ocidental. Atualmente, têm 4 locais autorizados nas cidades de: Silvia, as Delícias, Piendamó e Serra Morena (HMD, 2020).

No Hospital localizado na cidade de Silvia (ver figura 4) aconteceu a presente pesquisa, lugar que atende às mulheres indígenas no processo de parto e nascimento desde a medicina ocidental (HMD, 2020).

FIGURA 4 - FOTOGRAFIA HOSPITAL MAMA DOMINGA. LOCAL CIDADE DE SILVIA



FONTE: Hospital Mama Dominga - HMD (2020)

Esta instituição possui profissionais médicos, enfermeiros(as), dentistas, auxiliares de enfermagem e presta serviços ambulatoriais e complementares, entre os quais estão: assistência ao recém-nascido, alterações de crescimento e desenvolvimento, alterações no desenvolvimento da juventude, alterações na gravidez, alterações do adulto, entre outros (HMD, 2020).

3.1.3 COLABORADORES DA PESQUISA

Segundo a história oral temática os critérios de inclusão e exclusão estão baseados nas definições de Comunidade de destino, Colônia e Rede.

A comunidade de destino apresenta duas premissas, a primeira, a base material que trata dos efeitos físicos gerados por situações que vinculam pessoas ou grupos, como calamidades ou terremotos, e a segunda, a base psicológica que marca as experiências de pessoas afetadas por dramas subjetivos ou não naturais,

como violência ou abuso, permitindo assim uma memória coletiva desenvolvida pela experiência da comunidade (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Em outras palavras, a comunidade de destino é representada por esse grupo de pessoas que têm afinidades que afetarão os atos da vida comunitária. Para o presente estudo, a comunidade foi composta pela equipe de enfermagem da área obstétrica da Colômbia, a subdivisão dessa comunidade é chamada da "colônia", o que facilita a compreensão e a viabilidade do estudo (MEIHY; HOLANDA, 2017), nesse caso, a equipe de enfermagem da área obstétrica do departamento de Cauca.

Finalmente, a rede é uma divisão da colônia, que deve refletir as diferenças internas dos grupos, permitindo ter perspectivas diferentes que justifiquem os comportamentos variados no mesmo plano (MEIHY; HOLANDA, 2017), assim, determinou-se que a rede é a equipe de enfermagem da área obstétrica do Hospital Mama Dominga.

Para o acesso à rede, o contacto foi realizado por meio de um informante-chave, que no caso foi o coordenador da instituição, quem forneceu os dados dos possíveis enfermeiros, enfermeiras e auxiliares de enfermagem que podiam participar do estudo. Posteriormente foi efetuada a interação com a pessoa via telefônica, tendo em conta o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão.

A saturação dos dados estabeleceu-se de acordo com as características e objetivo do estudo.

Como critério de inclusão para os colaboradores, considerou-se: profissionais ou auxiliares de enfermagem que atuem ou tenham atuado na área obstétrica do Hospital Mama Dominga pelo menos seis meses na assistência de mulheres em processo de parto e nascimento, não devem ter se desvinculado da instituição por um período superior a 3 anos e ter tecnologias de comunicação como telefone ou computador.

Como critério de exclusão, ter deixado a instituição por conflitos diretos com a entidade ou comunidade indígena.

3.1.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas, definidas por Meihy e Holanda (2017) como um suporte material derivado da linguagem verbal, que permite obter, através de um processo dialógico programado, a memória individual

de pessoas que enfrentam uma situação ou tópico específico. Requer um planejamento que privilegie o curso em relação ao assunto em estudo, levando em consideração elementos como a escolha do local ou a data em que será desenvolvido, sendo preferencialmente definido pelo colaborador.

Por causa da situação de pandemia pela Covid-19 que foi declarada pela OMS em março de 2020 (WHO, 2020), as entrevistas foram via on-line, em plataformas síncronas (em tempo real), como WhatsApp e Google Meet. Essa estratégia permite estabelecer um relacionamento, um diálogo entre os colaboradores, apesar das limitações físicas, financeiras ou de tempo (JANGHORBAN; ROUDSARI; TAGHIPOUR, 2014).

Segundo Meihy e Holanda (2017), a entrevista possui três etapas, a pré-entrevista, a entrevista e a pós-entrevista, etapa em que a análise de dados é feita em três fases; transcrição, textualização e, finalmente transcrição.

Na pre-entrevista foi feito o preparo do encontro, realizou-se o contacto com o colaborador via telefônica com o fim de explicar todo referente à pesquisa, que envolveu a apresentação dos responsáveis, o objetivo, procedimento e aspectos éticos, ademais foram definidos data, hora e plataforma virtual (Google Meet ou WhatsApp) de acordo com a disponibilidade do colaborador. Por WhatsApp encaminharam-se o parecer do comitê de ética, a autorização da instituição além da comunidade indígena, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e a carta de cessão de direitos para o uso da entrevista para seu respectivo preenchimento.

A entrevista correspondeu ao encontro dos colaboradores com gravação eletrônica do áudio tanto pela plataforma Google Meet quanto por gravador digital, caso acontecesse algum imprevisto. Foi realizada seguindo um roteiro com perguntas guias definidas de maneira prévia para abordar o assunto de interesse, no entanto, foi estabelecido um diálogo fluido que permitiu o desenvolvimento das ideias pelo narrador de maneira livre, tendo uma duração média de 50 min.

Desde o começo da reunião se solicitou a autorização para a gravação eletrônica e a partir daí foi realizada novamente a apresentação da pesquisadora e do projeto, foram esclarecidas dúvidas relacionadas ao TCLE e da carta de cessão de direitos para o uso da entrevista e via e-mail recebeu-se os documentos preenchidos. A queda da internet aconteceu com dois participantes e precisou que a pessoa repetisse a ideia para recuperar a informação.

Finalmente, na pós-entrevista, após realizada a transcrição, encaminhou-se aos colaboradores os agradecimentos e a narrativa final via WhatsApp, que eles autorizaram para publicação e análise da versão final do documento.

3.1.5 ANÁLISE DE DADOS

Na história oral, segundo Meihy e Holanda (2017), a transformação do oral para o escrito não é realizada por meio de uma simples transcrição, pelo contrário, requer um bom entendimento por parte do pesquisador sobre o que é verbalizado a fim de recriar o significado e a intenção original que o colaborador deseja comunicar.

Para tal propósito, a análise dos dados foi ser realizada em três etapas:

1. Transcrição absoluta, onde exatamente todas as palavras ditas durante a entrevista ficaram em forma escrita.
2. Textualização, nesse segmento as perguntas feitas pelo entrevistador, os erros gramaticais e as palavras sem peso semântico foram removidos. O tom vital da entrevista, ou seja, o trecho da entrevista que reflete a essência dela foi identificado, permitindo a orientação do que podia ou não ser tirado.
3. Transcrição, é a versão final do texto, recria o que o colaborador queria expressar, por esse motivo, exigiu sua autorização, o que confirma que eles se identificaram com o resultado (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Quanto a análise de conteúdo, é o conjunto de técnicas de análise das comunicações e significados que busca descrever o conteúdo das mensagens por meio de indicadores que permitem inferir o conhecimento dos participantes ou de seu ambiente em um determinado momento (BARDIN, 2011).

Assim, vai ao encontro das dimensões ocultas, do sentido latente e da inferência da história emanada pelos sujeitos, por conseguinte, “a análise de conteúdo não busca apenas conteúdo em um corpus, mas sim, o significado que esses conteúdos têm dentro de um contexto” (HERRERA DIAZ, pág. 25, 2018).

Este estudo seguiu a técnica de Bardin (2011), que é dividida em três fases, a primeira, a pré-análise; o material a ser analisado para operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais foi organizado, com esse intuito foram consideradas as quatro etapas: leitura flutuante, na qual se entrou em contato com os documentos da coleta de dados. A escolha dos documentos, delimitando o que devia ser analisado. A

formulação das hipóteses e objetivos. Por fim, o referenciamento dos índices e a elaboração de indicadores.

A segunda fase foi a exploração do material, aqui foram definidas as categorias, os sistemas de codificação e as unidades de registro (BARDIN, 2011).

Afinal, a terceira fase foi o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. As informações foram condensadas e destacadas para sua análise, predominando a intuição e análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

3.1.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta proposta de pesquisa levou em consideração pautas éticas internacionais, como a Declaração de Helsinki, as diretrizes do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) e a OMS. Da mesma forma, foram incorporadas as resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, regulamentadas pelas Leis 8.080 de 1990 e 8.142 de 1990, onde são incorporadas referências bioéticas como autonomia, ausência de malevolência, benefício, justiça e equidade, com o intuito de garantir aos participantes da pesquisa o cumprimento de seus direitos e deveres (BRASIL, 2013).

No nível nacional, a regulamentação atual é a Resolução 8430 de 1993 do Ministério da Saúde da Colômbia, que regulamenta as pesquisas no campo da saúde, estipula-se a importância do respeito predominante pela dignidade e da proteção de direitos e bem-estar do ser humano, no título II, capítulo 1, art. 11, o nível de risco é classificado, para o presente estudo foi mínimo, dado que o comportamento do sujeito não foi manipulado (COLOMBIA, 1993).

O capítulo II desta Resolução trata de pesquisas realizadas nas comunidades, as quais requerem aprovação das autoridades comunitárias, além do consentimento individual e do Comitê de Ética em Investigação (CEI) (COLOMBIA, 1993). Neste caso, foi apresentado ao comitê de ética do setor de ciências da saúde da Universidade do Vale na Colômbia, além de ter a aprovação do Conselho Indígena de Cauca e do Hospital Mama Dominga.

Sendo uma investigação com os povos indígenas, outros regulamentos são respeitados, como a lei sanitária, que reconhece o direito à saúde abrangente dessas comunidades, a partir de sua própria visão de mundo e costumes (URREGO-MENDOZA et al., 2017).

4 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados do estudo, começando com a caracterização dos colaboradores e na sequência, as narrativas com seus respectivos “tons vitais”, especificando a data e a plataforma utilizada para o encontro. O texto final das narrativas se conservou em língua espanhola, em virtude de ser o idioma em que foram realizadas as entrevistas. Posteriormente estão as categorias com suas respectivas unidades de registro de acordo com os achados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

Os colaboradores foram dois enfermeiros profissionais e seis auxiliares de enfermagem, quatro do gênero masculino e quatro feminino, a idade variou entre os 21 e 39 anos no momento da entrevista.

Com relação ao estado civil, três se encontravam em união livre, um casado e quatro eram solteiros. Dos colaboradores, 7 pertencem a etnia Misak ou Guambiana, que é o povo indígena que predomina na cidade de Silvia, Cauca.

Quanto a sua vinculação ao Hospital Mama Dominga, os sete colaboradores laboraram na instituição há mais de seis meses sem perder sua vinculação há mais de três anos.

Para preservar o anonimato dos colaboradores, as informações sobre características sociodemográficas individuais não se especificam e são identificados com o nome dos deuses dos diferentes povos indígenas do país; Kallim (povo Misak), Maleiwa (povo Wayuú), Mexión (povo Zenú), Dachisesé (povo Embera-Chamí), Lulumoy (povo Pijao), Sejankua (povo Arhuaco), Pishimisak (povo Misak), Pulowi (povo Wayuú).

4.2 COLABORADORES E SUAS NARRATIVAS

4.2.1 Kallim

O primeiro colaborador do estudo foi um enfermeiro, que se reconhece como indígena Misak e, no momento que foi feito o contato se encontrava trabalhando em uma instituição de saúde indígena da região. Desde sua formação, tem 5 anos

trabalhando na área da enfermagem e, mais especificamente no Hospital Mama Dominga trabalhou por mais de dois anos, deixando a instituição há dois anos.

No que concerne ao pré-encontro, foi realizado um contato inicial no dia 9 de maio de 2021 pelo aplicativo WhatsApp, fazendo uma apresentação da pesquisadora principal, além do objetivo do projeto e se convidou para ser parte da pesquisa com o fim de conhecer sua experiência na área da obstetrícia do Hospital, marcando o dia 13 de maio às 10h da manhã pela plataforma “Google Meet”.

O dia do encontro se confirmou a disponibilidade do colaborador pelo WhatsApp e se encaminhou o link para a videochamada, daí, ao começar no espaço virtual se fez uma apresentação novamente da pesquisadora, do projeto e como se iria desenvolver, o qual precisava de uma gravação eletrônica para sua posterior transcrição, textualização e transcrição, que tornaria para sua aprovação.

Igualmente se explanou o TCLE e a carta de cessão para o uso da entrevista, se esclareceram dúvidas e posteriormente, desde a virtualidade ele assinou os documentos que foram encaminhados pelo e-mail.

O enfermeiro tinha uma atitude de colaboração, que vai de acordo com o caminho metodológico da pesquisa, fato que favoreceu o diálogo entre os dois colaboradores, “tanto quem narra quanto quem registra” (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Posteriormente se começou com o registro dos dados gerais e de sua experiência no cuidado às mulheres indígenas no processo de parto e nascimento. A entrevista teve uma duração de uma hora com vinte minutos.

❖ **Tom vital:** *“la parte de la medicina occidental y la medicina tradicional encajaron un poco” – “A medicina ocidental e a medicina tradicional encaixaram um pouco”*

❖ **Narrativa:**

“Dentro de la institución estábamos 3 enfermeros, una enfermera de calidad, una de Promoción y Prevención (PyP) y mi cargo que era un enfermero administrativo y asistencial, entonces dentro del administrativo, se manejaban bases de datos, se hacían reportes, apoyo en la parte de crónicos y también apoyo en la parte de urgencias y en hospitalización, dentro de urgencias y hospitalización podíamos hacer atención directa al usuario en todas las actividades que ingresaran a urgencias y, aparte de eso, cuando había la posibilidad cubríamos los puestos del enfermero a cargo de PyP, realizando consulta externa de crecimiento y desarrollo, planificación familiar y las salidas extramurales para las visitas de campo cuando

habían casos que se tuvieran que visitar, cuando habían seguimientos de niños con desnutrición, las mujeres embarazadas, que en este caso de la comunidad Misak si es como muy renuente a las actividades de PyP y pues también hacer los estudios de campo, entonces ese era como mi rol dentro de la institución, muchas cosas a la vez, pero también me gustaba la parte clínica que es como el enfoque de mi universidad.

Tuve la oportunidad desde Mama Dominga de poder trabajar en el Hospital Susana López en Popayán, trabajé 6 meses en UCI con los neonatos, posterior tuve la oportunidad de trabajar en la Empresa Social del Estado (ESE) centro 1 acá en Silvia, unos 6 meses y de ahí busqué la IPS Totoguampa, que es otra IPS indígena que está dentro del municipio de Silvia y dentro de la IPS laboré otros dos años hasta el año 2019, todo el 2018.

Acá en Mama Dominga y más específicamente en casi todo el municipio de Silvia, un 80% de la población o hasta más, es población indígena que pertenecen a varios pueblos, están, el pueblo Nasa, el pueblo Kisgó, Ambaló y el pueblo Misak. Ellos están distribuidos en todo el municipio, hay 3 IPS que hacen las atenciones del parto y de todo lo que tiene que ver con la atención materna: Mamá Dominga, Totoguampa y la ESE centro 1. En los tiempos en los cuales yo laboré, primeramente, en Mama Dominga, la experiencia fue muy enriquecedora porque es como volver a mi tierra porque yo nací acá, pero, crecí en otro municipio, una vez que terminé el pregrado tuve la oportunidad de volver para acá y retomar toda esa parte cultural que me habían inculcado en casa y de nuevo empezar a mirar cómo era la parte de la cultura Misak.

Con la atención en el parto, acá la mujer indígena tiene muchas, digamos limitaciones en las adultas que ya superan 30 a 35 años que quedan embarazadas en cuanto a la información en salud que de pronto se les brinda, muchas veces no entienden adecuadamente los signos de alarma, viven en las casas de los papás y de pronto hacen lo que dicen los papás o los abuelos en cuanto a la parte de tradición, cultura, el parto, cuidado del embarazo, entonces era tratar de mediar en esa parte, es decir, no era imponer la parte de la medicina occidental que practica Mama Dominga, sino también, encajar esa parte de la medicina tradicional del Misak, lo que tiene Mama Dominga, un pro muy grande es que se mueve desde la base de la medicina propia Misak, con un punto de atención que se llama punto atención de Sierra Morena que está enfatizado en todo lo que tiene que ver con

medicina propia de Misak, con productos elaborados a base de plantas, tienen un médico tradicional dentro del punto de atención que no está dentro del hospital sino que es otro punto, ya es algo diferente a la medicina occidental, es algo propio del Misak.

Entonces, hay un médico tradicional que es el que se encarga de hacer un poco de limpieza espiritual y de limpieza en casa, está la partera que se encarga de hacer propiamente los controles prenatales, ya enfocados en lo que tiene que ver con la parte de la mujer Misak, con esto se podría decir que la parte de la medicina occidental y la medicina tradicional encajaron un poco para poder disminuir la inasistencia de las consultas a controles prenatales en la institución.

En cuanto al parto, muchas veces nos tocaba o nos correspondía asistir a las casas, para poder persuadir a la embarazada para que asistiera al parto, debido a que, en algunas ocasiones las indicaciones del parto por ginecología, por médico general o por alguna condición de salud de la embarazada requería que tuviera el parto mínimamente en nivel 1 o necesitaba una remisión a nivel superior en la ciudad de Popayán o en Cali, en donde hubiera cupo. Eso era como el diálogo o lo que se hacía con las embarazadas, se pretendía que ellas en lo posible tuvieran un embarazo normal, que no tuvieran antecedentes ginecobstétricos que pudieran generar alguna complicación dentro del parto. Accedíamos a que los partos fueron en casa por parteras, siempre y cuando las parteras fueran las que nos comunicaran a nosotros que estaban en una atención del parto, para que en algún momento cuando de pronto hubiera necesidad de apoyo por parte del hospital, pudiéramos dirigirnos más rápidamente para atender esas cuestiones, porque muchas veces nos pasaba de que el parto estaba bien, el bebé nacía y la partera hacía todo su trabajo adecuadamente, pero, había retención de placenta entonces la partera llamaba al hospital a decir, “vea es que no salió la placenta, tienen que venir”, entonces, estábamos alertas, pero, en otras ocasiones de pronto las parteras dejaban a un lado la parte occidental y hacían el 100% del parto y en algunas ocasiones se complicaba, entonces llegaban partos estacionados, partos podálicos, había hipertensión en el embarazo, venían hipertensas.

Todas esas situaciones dentro del hospital y dentro del Cabildo de Guambia se discutieron, se está haciendo un plan para que las parteras estén de la mano con el hospital, entonces las auxiliares que manejan o manejaban el programa antes, no sé cómo esté ahorita por lo que he estado un poco alejado de la IPS, pero, cuando

yo estaba, la auxiliar encargada del programa siempre tenía una lista de números de teléfono de las parteras, las cuales vivían en ciertas zonas y ellas eran las que posiblemente podrían atender ese parto, entonces siempre estaban haciendo la llamada y comunicándose con el fin de generar una prevención para que el parto no se complicara. Cuando no había la oportunidad de comunicarse o no había la forma de localizar para mirar que el parto ya estaba en curso, el hospital tiene alrededor de 6 o 7 auxiliares extramurales que tratan de generar, de cubrir toda la zona en donde ellos están, con sus bases de datos de las embarazadas y poder filtrar y verificar quiénes están en sus últimas dos semanas de parto para poder hacer la visita e identificar si está bien o no está bien o como esta. Esa era como la estrategia de Mama Dominga de interactuar con las parteras, interactuar con la parte de salud occidental, salud tradicional.

Acá ha habido mortalidad materna, han habido muchas mortalidades perinatales, han habido muchas morbilidades maternas en cuanto a todo lo que tiene que ver con preclamsia en mayor medida y la hipertensión, es como algo que vivencié en la parte de Mama Dominga en el primer año que trabajé, pues fue enriquecedor, uno se da cuenta que toda las teorías que desde el pregrado, en la Universidad le generan a uno del cuidado intercultural y todas esas cosas se ven reflejados en campo porque en realidad se ve que de pronto las embarazadas indígenas son un poco renuentes a nuestros controles desde la parte occidental, pero, si hacemos que ellas hagan un control a la par con nosotros, con la partera, acceden mucho más a los controles prenatales y, con la partera y con el médico tradicional podemos generar una educación desde lo propio, entonces eso es lo que se ve dentro de la institución y también en la institución de Totoguampa que es también otra IPS indígena que tiene una gran población indígena, no solamente de Misak sino que tiene población Nasa, población de Ambaló que es otro pueblo, población de Kisgo, que son pueblos muy parecidos pero, dentro de algunas actividades, de la consulta materna difieren un poco, entonces, es bueno saber qué las IPS indígenas están presentes y tengan un personal que sepa hablar el idioma Misak o sepa hablar el idioma Nasa para que se puedan comunicar adecuadamente con las embarazadas porque es mucho mejor y mucho más fluida la comunicación cuando alguien le habla en el mismo idioma de la otra persona, porque, a pesar de que pues ya estamos en una época en donde la mayoría de la gente es culta y acá en Guambia, habla español, escribe, lee, va a la escuela, hay mujeres que de pronto

no entienden muy bien el español, no interpretan bien la parte del idioma español y es preferible que haya un auxiliar que le explique en sus propias palabras y en el idioma, cuáles son los signos de alarma, cuáles son las fases del embarazo, donde acudir al parto, como es un parto complicado, entonces las estrategias se van dando.

Hay muchas organizaciones que se han interesado en esta parte del parto en casa, Mama Dominga tiene un espacio que se llama el Sheiya, que tiene digamos una estructura diseñada propia Misak en forma de círculo, donde en el centro está el fogón que es el sitio de reunión de la familia y alrededor tiene unos espacios para poder realizar el parto tradicional pero, cercano a la parte institucional porque, si ya hay un parto allí, el hospital sabrá que allá hay una persona que está atendiendo un parto y habrá una disponibilidad de ambulancia, de médico, de personal de urgencias muy atento por si de pronto presenta alguna complicación o necesita apoyo. Cuando los partos se han dado en Sierra Morena que es el punto de la parte tradicional de Mama Dominga, se dan y no hay complicaciones se le hace todo lo que tiene que ver con la parte cultural de cuidarla, no dejar que se enfríe, que tome bebidas calientes, que tenga todo lo tradicional que tienen en casa, también dentro de una institución, pero que está enfocado en la parte tradicional.

En cuanto a los controles prenatales, lo que se hace es que, hay unas casillas dentro de la parte de la plantilla de control prenatal que maneja la auxiliar y la enfermera a cargo de todo lo que tiene que ver con las maternas en donde, desde toda la parte cultural y la Secretaría Departamental de Salud se les solicitó que se añadieran esas Casillas, donde diga “control con partera” “control con médico tradicional”, entonces, si la partera es conocida, ella nos va a regalar los datos y va a generar una fecha, en donde fue, que actividades de pronto se realizaron y eso va a estar dentro de la misma línea de las actividades de control prenatal occidental que tiene que ver con todos los exámenes, paraclínicos, ecografías, consultas, ginecología y al final está lo que tiene que ver con el control con medicina tradicional o con partera, entonces esa plantilla es manejada y planteada desde los territorios con el fin, de que esa información no se pierda porque es valiosa y al final, cuando vemos datos estadísticos en los cuales vemos que esta parturienta tuvo 3 controles prenatales pero fue 4 veces a medico tradicional o fue 4 veces a partera y la partera nos informó que estaba asistiendo, entonces esa es como la negociación con las EPS, también de que esas actividades sean valederas con el fin de no bajar los

índices de captación de las embarazadas en el primer trimestre y en las cantidades de controles prenatales que se requiere mínimamente para los 9 meses de embarazo, entonces eso está dentro de la plantilla y en ocasiones pues los médicos generales cuando son juiciosos, llevan tiempo dentro de la institución y conocen el proceso, hacen la anotación en la historia clínica con el fin de que se evidencie de que también hay un seguimiento desde la parte tradicional.

Con las parteras, yo supuse que el conocimiento era transmitido de generación en generación, pero, cuando le pregunté a una, ella me dijo que el ser partera era un don que las mujeres se encontraban dentro de su mismo ser, entonces si esa mujer no tenía el don así fuera la hija y quisiera enseñarle no podía ser partera, si hubiera la posibilidad de que las hijas de parteras fueran parteras tendríamos una continuidad del parto empírico.

Se ha visto de que no hay relevo generacional, las parteras que están son las que son y, hasta donde yo estuve no veía que tuvieran su discípula para poder continuar su partería tradicional, eso creo que lo está abarcando el Cabildo y está mirando cómo transmitir esa información, técnica de partos por partería a otra generación, porque de aquí a 10 años ya todas las parteras que tenemos ahorita ya probablemente no existan o estén muy viejitas para atender, entonces, se ha ido perdiendo el relevo generacional y por eso la modernidad, el tecnicismo y todo lo que tiene que ver con lo que llega a los territorios hace que las niñas que de pronto son candidatas a ser parteras no escojan ese camino y se vayan a hacer otras cosas, porque la partería también es de vocación.

Ellas, cuando van al parto en casa, la mujer embarazada o la familia les da un dote, un regalo en especie, de pronto arroz, papá o ese tipo de cosas, en estos tiempos las niñas quieren tener un trabajo y un sueldo fijo, entonces, eso se está viviendo no solo a nivel de Guambía sino también a nivel de los otros pueblos en los cuales he tenido contacto, en los que no se está haciendo el relevo, no se ha visto que esté ahí la persona que esté aprendiendo y que tenga esa vocación aún.

En el periodo que yo estuve se hacían capacitaciones a las parteras, en los cuales tratábamos de que el parto fuera seguro, lo más limpio posible, dotaban a las parteras de guantes, de alcohol antiséptico, de unas tijeras que se pudieran desinfectar, de las quirúrgicas que nosotros manejamos y también los clamps del ombligo, porque dentro de la cultura Misak se corta el ombligo con un pedazo de guadua bien filuda, se amarra el ombligo con hilo rojo entonces, esas actividades se

han visto de que generan sepsis neonatal. Esas actividades si se están realizando, no sé ahorita en este momento, pero, en el tiempo que nosotros estábamos hacíamos las capacitaciones para que las parteras tuvieran un mínimo de asepsia y limpieza dentro del parto y que aseguráramos que ese niño no nos iba a llegar con una sepsis neonatal posterior al parto.

Cuando se hacen los controles prenatales en la institución, el profesional de enfermería desde el punto de vista legal puede llevarlo a cabo e inclusive cuando yo trabajaba en Totoguampa, Piendamó podíamos hacer controles prenatales a las embarazadas de bajo riesgo, pero en Mama Dominga tratan de que sea solamente por personal médico porque el riesgo, por ser mujer indígena, es alto, entonces catalogan la mayoría de los embarazos como de riesgo alto.

El proceso de nosotros en cuanto a la embarazada es el seguimiento de cada una en cuanto a todo lo que tiene que ver con sus procesos de atención, de exámenes clínicos, que estén al día los seguimientos que hacen los auxiliares, que si no fue a mirar a la embarazada, que vaya lo más pronto posible, entonces, nosotros somos más de seguimiento y cuando tenemos la oportunidad de ejecutar Planes de Intervenciones Colectivas (PIC) a nivel de municipio el personal de enfermería entra directamente en la educación de las embarazadas, esos contratos que hacen con los municipios son anuales, y ahí es donde nosotros ingresamos a generar mucha más educación. Podemos observar que tenemos, las auxiliares filtran las bases de y nos indican las embarazadas que no asisten, posteriormente, nosotros nos dirigimos a las casas, las ubicamos, hacemos el estudio del por qué no asistió y nos dicen: “es que yo no estuve el mes pasado acá”, “es que el médico me trató mal”, entonces, con esos estudios podemos influir en la atención dentro de la IPS.

En algunas ocasiones las embarazadas se resistían a pasar con un médico “x” y empezamos a hacer la investigación de fondo y referían que el médico la había regañado por no haber venido al control pasado o por otras causas, sin embargo, no era un regaño sino un llamado de atención decía el médico, pero las mujeres embarazadas y las mujeres Misak son muy, digamos sentidas. De pronto si no se sienten bien atendidas por algún médico, llegan y piden que no las atienda aquel médico que la tenía el mes pasado, entonces ese es el control por enfermería, yo digo que se hace, pero más enfocada en la educación desde fuera de los consultorios con las visitas.

En la institución, había 2 profesionales encargados de la parte asistencial y la parte administrativa, hacíamos muchos roles. En ocasiones el médico y los auxiliares son los que atienden mayormente los partos, pero, cuando digamos el enfermero o la enfermera que ingresa al hospital se interesa, va, busca a las embarazadas, hace la atención del parto, se mete a la sala de parto para poder apoyar todo lo que tiene que ver con el manejo de los signos vitales. Muchas veces, en mi experiencia, en el año pasado en el 2019-2020 llegaron muchos rurales que de pronto no tenían mucha experiencia dentro del parto, en cualquier tipo de parto independientemente que sea indígena y gracias a la experiencia que uno toma de las atenciones del parto institucional y de la atención de parto en ambulancia o partos que de pronto están en expulsivo sabemos que medicamentos colocar, cuáles son las posiciones que de pronto el bebé viene, y bandearse para tener un parto adecuado. En mi experiencia, muchas veces cuando vamos a traer a una embarazada de un sitio muy lejano, la embarazada ya lleva su tiempo de dilatación, y cuando nosotros llegamos está en 10, nos toca transportarla y el parto sale en la ambulancia. Las auxiliares tienen una amplia gama de experiencias en el parto, tanto el enfermero como el auxiliar pueden atender perfectamente un parto y generar lo mejor posible el parto para que no haya complicaciones, cuando lo requiera.

Dentro del parto institucional, el médico es quien toma la atención del parto y hace que todo el equipo se mueva, nosotros como enfermeros nos encargamos de la monitorización de la madre, de apoyarla psicológicamente porque muchas veces, las embarazadas no tienen esa confianza que de pronto le tienen a la partera, cuando están en la hora del parto no les gusta tanto mostrar sus partes íntimas, mucho menos al médico, al auxiliar, entonces, hay que mediar en eso, educarlas y darles una voz de aliento en el momento del parto.

Los auxiliares que trabajan en Mama Dominga tienen mucha experiencia, ellos ya saben que deben hacer, que deben tener y también está la posibilidad de que la partera ingrese al parto, entonces, la partera se hace junto con la embarazada y le explica en el idioma, le dice cómo tiene que pujar, cuáles son los pasos, si está pujando mal, le explica. El rol de la enfermera es hacer el apoyo tanto emocional a la embarazada como verificar que los familiares que estén fuera o el marido, o la mamá, puedan acompañar a la embarazada y disminuir un poco el estrés que genera el parto estando con personas que ella no conoce.

Con relación a la posición del parto, hasta el momento no ha habido la posibilidad de que se genere otro tipo de parto, se hace en la camilla tradicional que los hospitales tienen, es horizontal. En el otro punto de atención del parto, en Sierra Morena, allá sí tienen diseñado para que el parto sea vertical.

Hay muchos factores que influyen en la aparición de morbilidades o mortalidades maternas, en los estudios que hemos tenido, los estudios de campo demuestran que, el factor que está predisponente para que estas mujeres tengan esta este tipo de alteraciones es que ellas en ocasiones, no conocen adecuadamente los signos de alarma y esto es como la primera demora desde la paciente. En otras ocasiones, se ha visto que las embarazadas reconocen el signo alarma, pero no acuden al punto de atención por una atención de urgencia, ya sea porque se le subió la presión, porque tiene un parto pretérmino o porque el parto está complicado. Esas dos son las que pueden generar el 80-90% de las morbilidades maternas o de la mortalidad materno-perinatal que se han visto.

Desde mi experiencia, tratamos de explicarle muy bien a la embarazada los signos de alarma, nos sentamos, les decimos que estos son los signos de alarma y que si los presenta, llame o venga al hospital, las dos opciones son muy valaderas porque, si es una embarazada la EPS tiene el deber de pagar el transporte que es la ambulancia entonces, no hay inconveniente en eso, podemos trasladarnos o llegar y ser atendidas inmediatamente, pero, allí está la barrera, que de pronto ellas no reconocen adecuadamente los signos de alarma a pesar de la educación o reconocen el signo de alarma, no le dan la importancia y no asisten a la consulta. También, la experiencia de los dos años en la otra institución indígena demuestra que es el factor de la educación, el que tiene que ver con la falta de reconocimiento y también la lejanía en que vive la otra población indígena de aquí en Guambia, añadiendo a eso al estado de las vías para esa población porque geográficamente influye mucho, porque Mama Dominga tiene una geografía en la que nosotros podemos acceder en ambulancia muy rápidamente, lo más lejos son dos horas, hora y media de ida y otra de venida unas 3horas para poder estar en la institución, en cambio con la IPS Totuguampa podemos encontrar sitios en los cuales nos tardamos 4-5 horas para poder movilizar una embarazada dependiendo del clima, dependiendo de si está lloviendo o no, porque los sitios de acceso a las veredas más remotas del municipio están muy alejadas y un transporte público para allá no existe, solo hay transporte privado o la moto que es el transporte que se mueve

mucho más rápido, pero, sí en el caso de que en la ESE centro 1 que es el hospital del Estado solicitan una ambulancia que hay un parto podálico, un parte estacionado no podrán llegar a tiempo y puede que de pronto genere una mortalidad perinatal o materna debido a que el acceso es muy limitado, las vías están muy malas, una ambulancia de pronto no llegue a tiempo y es por eso que se han visto casos de que hay mortalidad perinatales o maternas que pudieron ser evitadas si hubiera un acceso más fácil.

En la parte de educación con los signos de alarma, se ha hecho una educación enfocada en la parte de la cultura indígena, inclusive, son audios en Misak todo lo que tiene que ver con infografías y carteleras en Misak. A la gente se le explica adecuadamente en Misak, pero, hay un poquito de aversión a que la atención sea en el hospital, ellas quieren que sea en casa como antes. Hay un programa de educación, el cual, incentiva a toda la gente a que recuperemos la cultura, lo que se ha venido perdiendo, en eso, entra el parto domiciliario, el uso de plantas medicinales para el manejo de algunas enfermedades, entonces, se ha visto que las parteras hacen uso de esa parte y las embarazadas al ver que se sienten bien, no tienen alteraciones, se sienten seguras con la partera. Pero, si tienen una alteración en salud le dan una menor importancia, eso es lo que se ha observado, y se ha tratado de persuadir a las embarazadas de que asistan a controles, que cuando presenten alteraciones puedan ir sin ningún miedo porque, las mujeres acá tienen esa timidez y les da miedo de que algún blanco, como les dicen ellas, médico, las atienda, las mire, las toque y prefieren que una partera les haga los controles y todo lo que tiene que ver con la salud materna de ellas. Ese es el muro que hay, que no hemos podido romper, que ellas puedan decir que la medicina occidental es buena, porque igual nosotros también estamos ligados con la medicina tradicional, entonces, hay muchos factores, pero, es el que más se puede evidenciar.

El Parto domiciliario, es un punto negociable desde el punto de vista de qué tan comprometido está el equipo de salud dentro de la institución, en lo personal, cuando yo estaba en la institución tenía muy buena relación con las parteras entonces, les decía que, si había un parto domiciliario me llamaran para poder asistir y colaborarles, pero, las embarazadas son las que dicen que sí o no. Si la partera le decía a la embarazada “vea es que voy a llamar al enfermero del hospital para que venga apoyarme” una de las parteras me dijo que la embarazada no quería que el personal del hospital viniera porque, el mayor miedo de ellos es que la remitan a

Popayán, que tenga que gastar plata y perderse todo lo que tiene que ver con los 40 días de guardarse en cama sin enfriarse y todo eso, entonces ese es el otro factor, que se pierda la parte cultural del enfriamiento corporal porque el cuerpo desde la tradición Misak es caliente en el momento del parto y eso es un gasto energético en el sentido espiritual, qué necesita que esté el calor de la casa, no enfriarse, por eso, ellas en ocasiones hasta el día 40 van saliendo de casa y cuando salen se ponen su gorro, la bufanda, se ponen un algodoncito en los oídos para que no ingrese viento frío, entonces, es un cuidado muy estricto desde la parte cultural y eso también hace que las embarazadas no vayan al parto en el hospital porque es muy frío, o sea, una sala de parto dentro del hospital es supremamente fría, y a ellas se les quita toda la ropa, se les pone una bata. Lo que nosotros hacemos es ponerle un calefactor para poder subir la temperatura, pero, independientemente de eso, el frío hace que también esa parte sea un poco difícil. Por eso, el parto domiciliario atendido y apoyado desde el hospital siempre va a depender del personal de salud, de la entrega que genere esa persona que esté dentro institución.

La parte de la remisión, es otro punto que podemos ver, donde la condición socioeconómica está directamente relacionada con esa negatividad a ser remitidas a un punto de atención más complejo, porque dicen que no tienen plata para ir a Popayán y estar con su familiar, entonces, lo que hace Mama Dominga es solicitar la historia clínica de la consulta en Popayán y nosotros le damos el 50% del valor del pasaje, esa es la única forma que han encontrado para persuadir para que, cuando haya una remisión por casos que son necesarios, la gente no ponga tantos problemas, porque hemos visto que, por ejemplo, adultos mayores y ancianos que tienen una crisis hipertensiva, tienen alguna enfermedad de base muy complicada y que necesitan manejo por un nivel superior, los familiares son los que deciden y deciden llevarlo para la casa, firman alta voluntaria y se lo llevan para la casa. En la casa por las complicaciones fallece, sin embargo, con las embarazadas ya es diferente, tratamos de lidiar y hacer conexión con el centro de Justicia que es el encargado directamente de la justicia dentro del Cabildo, ellos tienen un personal que también hace las veces de interlocutor con la IPS, va, les explica y hace todo lo que tiene que ver con la parte legal indígena, les hace entender que es necesario una remisión a segundo nivel, que en cuanto a la parte económica, la IPS va a generar una ayuda para poder que se movilice.

Aparte de eso, la IPS tiene una casa de paso que llaman, en donde, si la mujer embarazada tiene alguna complicación y la internan una o dos semanas, el familiar puede ir a quedarse, dormir y no trasladarse todos los días a Silvia, porque el costo económico para ellos es bastante. Esas estrategias se han ido tomando y han servido, pero, en algunas ocasiones las mujeres dicen no por el factor cultural de que ellas, no quieren viajar a otro lugar porque eso implica que otros médicos las vea, que otras personas diferentes al hospital las vean, que van a perder todo lo que tiene que ver con el cuidado en casa de los 40 días que se guardan.

Adicionalmente, si la mandan al hospital de Popayán va a estar hospitalizada más tiempo, no va a poder ver al bebé, amamantar, le va a tocar bañarse con agua fría, comer comidas frías, entonces, esa es otra de las causales de que las mujeres no quieran salir de remisión a otras instituciones, porque van a perder parte de las actividades culturales que en la casa van a tener.

Desde lo que yo llevo acá, estábamos dos enfermeros Misak y tratábamos de mediar, la otra jefe hablaba Misak, entiende Misak, generaba un diálogo, explicaba adecuadamente todos los términos técnicos en Misak. En mi caso, fui criado en Caldono y no tuve la interacción para poder hablar fluidamente el idioma, pero, lo entiendo muy bien y puedo orientar a la gente adecuadamente independientemente de que idioma me hablan. Toda mi vida fui criado en Caldono, otro municipio muy cercano, pero digamos el ambiente es diferente, no hay niños Misak, toda la vida he convivido con población campesina y debido a eso tuve una pérdida de mi identidad dentro de ese tiempo, pero ahorita estoy de nuevo acá tratando de recuperar eso.

Entonces esa es como la dificultad dentro del hospital Mama Dominga, en cuanto al compromiso que tiene el personal de enfermería, cuando vamos a interactuar con las parteras y las embarazadas entonces, allí está el punto, depende del personal.

En la institución, las prácticas que se respetan mucho son, la entrega de la placenta a la materna, entonces, la placenta es como la unión entre el bebé y la mamá, eso es lo que las mamás o la familia se llevan para sembrarlo en el fogón de la casa, cuando la casa aún tiene fogón, porque ahorita ya todas las casas están hechas en ladrillo y no hay fogones, entonces, ellas tienen la opción de sembrarlo en una esquina de la casa. La placenta tiene un significado espiritual que dice que, cuando se siembra la placenta en casa ese niño o esa niña no va a dejar el territorio y va a volver, entonces, yo creo que hasta por eso volví acá a estos territorios,

porque mi placenta está en Guambia. Lo otro es tratar de que las primeras comidas que reciba la embarazada no sea del hospital que de pronto está frío, que no sea acorde a lo que ella necesita. Se le permite ingresar al hospital su chocolate, su caldo de gallina, sus comidas como la partera lo define, entonces, esas dos son las que las que dentro del hospital están muy respetadas y que aún se hacen y el médico que llega sabe que no puede dejar que una embarazada no pueda comer lo que ella desea y que le traigan desde casa, a menos, de que haya alguna contraindicación médica.

El acompañamiento por parte de la partera y el familiar, el papá del niño o la mamá de la embarazada se acepta, siempre y cuando se pongan su bata, su gorro, tapabocas y pueda estar limpiamente dentro del punto del parto, también, no sé cómo esté con la pandemia, se podía dejar ingresar hasta 3 personas en el cuarto de puerperio porque los partos no son consecutivos, entonces está la posibilidad de que en la sala de puerperio pueda haber 3 personas acompañando a la embarazada. Otra cosa es la lactancia materna que eso es indiscutible, porque la materna debe dar leche materna inmediatamente nace el bebé y si no hay ninguna contraindicación, va a estar la partera o la mamá indicándole cómo dar una buena lactancia materna al bebé, si de pronto no está tan acompañada o no tiene personal que le dé las indicaciones adecuadas, está el personal auxiliar de enfermería o estamos nosotros para ir a hacer la visita a la embarazada, darles las indicaciones de lactancia materna.

Por fuera de la institución los médicos y los auxiliares de zona tratan de ubicar los partos domiciliarios y, los partos que hubo en la institución y que el control del puerperio por parte del médico sea en casa, que ellas no vengán a la institución con el fin de no interrumpir la parte tradicional de guardarse en casa y evitar que el cuerpo se enfríe, lo otro desde casa es que, cuando el ombligo se cae también siembran el ombligo, cuando se cae, lo retiran y lo siembran en la casa. Esa es la parte más respetada de la parte tradicional en el hospital, y la placenta se inactiva con cal, se guarda en la nevera hasta que se entrega a la embarazada hasta su salida.

Después del parto, son 24 horas de observación siempre y cuando, no presente alteraciones, que no haya sangrado, que no genere hipertensión posparto o que el bebé tenga un bajo nivel en el azúcar, cuando no hay ninguna alteración en

el bebé a las 24 horas se le da salida para la casa y si hay posibilidad, se envía en ambulancia hasta la casa.

En casa he tenido la oportunidad de ver y apoyar un parto, es en cuclillas como arrodillada, se agarran de un mueble o de la cama y, según lo que he leído en los estudios y como se ha visto, genera de que la gravedad ayude a bajar al bebé y que haya menos necesidad de pujar de la madre y pueda bajar mejor el bebé, si el bebé viene bien, entonces es arrodillado, apoyado de algún mueble, en algunas otras ocasiones he visto que cuelgan un chumbe en la casa en la madera que tiene el techo para que se puedan sostener y tener la misma posición de cuclillas, el chumbe es con lo que ellas se amarran la falda negra grande que tienen acá en Guambia, ese es el chumbe, es un tejido con un hilo muy fino y eso aguanta bastante.

Respecto a la humanización, desde los términos académicos, es como generar que el parto sea muy acorde desde la parte tradicional, a lo que las mujeres quieren tener en casa. La humanización es que la mujer sea tratada adecuadamente por parte de todo el personal de salud y que ella se sienta como en casa en el momento del parto, que la atención no sea tosca, que el médico use, de pronto, palabras despectivas porque en algunos momentos hay médicos que han llegado y les hablan duro, pero, no las están regañando, en esos momentos se sienten regañadas, entonces, tratamos de que no hayan palabras hirientes o el tono de voz sea mucho más suave con ellas y que el trato tanto del personal desde que llegó a facturación hasta que salió del parto sea lo más cordial posible, eso hace que la embarazada salga satisfecha del parto y pueda recomendar a la institución o en un próximo parto pueda ingresar otra vez a un parto institucional, entonces, humanizar el servicio es generar que esa embarazada se sienta lo más cómoda posible dentro de la institución.

La humanización en la institución, como le dije anteriormente, depende del personal que llegue, porque en la institución los médicos fluctúan mucho, en la época en la que estuve llegaban hasta 3 rurales los cuales están un solo año dentro de la institución y muchas veces ellos no atienden partos, son rurales que vienen de la costa, de Bogotá, de la Universidad del Cauca o del Valle y de pronto no conocen adecuadamente el proceso y, para conocer muy bien o adecuadamente un proceso de salud indígena puede necesitar un año, dos años, 3 años para empaparse de cómo es el parto y el trato al pueblo Misak, entonces, muchas veces esa es como la

primera dificultad que se tiene dentro de la institución de que el personal médico que es el que atiende a la embarazada en el consultorio de urgencias o en el consultorio de PyP no es propio de la región y eso hace que de pronto la embarazada diga: “ese médico me habló duro” o “me regañó porque yo no vine a control pasado entonces yo ya no voy para el siguiente control”, eso es lo que hemos evidenciado de pronto en algunas consultas, en el momento teníamos dentro de la institución un médico que es Misak, él hace las consultas Misak, entonces con el médico las personas salen muy contentas porque lo atendió un Misak, es médico y le dio las indicaciones en el idioma, entonces no se van a ir pérdidas de la indicación médica, ni cómo fue atendida, entonces esa es como la meta a futuro de que haya más personal de salud Misak que entienda y sepa cómo es el proceso y que de pronto no llegue un rural o un médico general que va a estar un año o año y medio, se vaya y no le genere importancia a la atención. Entonces es como la dificultad en esa parte del personal que trabaja allí, la mayor parte del personal auxiliar es personal Misak ellos hablan, entienden saben cómo es el proceso, pero el personal médico y el personal de enfermería es el que fluctúa mucho y hace que el proceso en algunos puntos de tiempo se pierda.

Entre los elementos que se deben tener en cuenta con la mujer indígena, es primero, saber que la mujer indígena no le va a entender muy bien cuando usted le habla de pitidos en el oído, de lucecitas, de todo lo que tiene que ver con la parte de los signos de alarma, lo ideal es que sea una traducción al Misak, que el profesional de enfermería sepa que hablar con una mujer Misak no es hablar como con cualquier otra persona que le entiende el español adecuadamente a pesar de que acá saben leer, han estudiado hasta mínimo quinto de primaria, no entienden muchos tecnicismos de la parte de salud y se debe tratar de que la parte de comunicación sea lo más sencilla posible para que ellas entiendan, entonces, ese es como el primer punto a tener en cuenta para los profesionales.

Lo segundo, es que tengan el compromiso cuando llegan a una población Misak, porque una población indígena va a ser difícil de que ellas vayan, va a ser difícil que ellas atiendan las recomendaciones médicas y ser persistentes en esa parte educativa, entonces a veces he tenido compañeras que se enojaban porque la embarazada no le entendía o que de pronto le entendía y a los dos días que íbamos a preguntarle los signos de alarma no los decía, entonces decía no, esta como que no entiende. No es que no entienda, sino que de pronto no le explicaron en el idioma

de ella o no entendió adecuadamente, entonces, esas son como las recomendaciones para personal enfermería que llega como hacer el seguimiento de todo con lo que tiene que ver con la salud materna.

Con el personal médico igual, ellos muchas veces vienen ya con su formación estricta y no saben que enfrentarse con una mujer embarazada de 35-36 años, que de pronto tuvo una educación media de segundo o tercero de primaria y medio sabe leer y escribir, empieza a explicarle y ella, como por miedo, no dice que no entendió, sino que dice que sí y cuando sale, sale pérdida. Por eso, lo ideal es que dentro de las instituciones haya alguien que les traduzca en el idioma que ellas manejan lo que necesitan saber mínimamente después de una consulta, eso es lo que Mama Dominga trata de hacer con los auxiliares, que la mayoría de ellos hablan el idioma Misak, entonces, una vez salen de una consulta, los auxiliares van a la casa, miran la historia clínica y les explica: “usted tiene una ecografía para tomársela”, “¿usted ya hizo los papeleos, las órdenes de apoyo?”, si ella dice que no, allí yo le llevo los papeles para que gestionemos.

Para la consulta ginecológica, nosotros las llamamos, el ginecólogo va a la IPS, no tiene que desplazarse a Popayán o a otras ciudades. Por todo eso, el profesional que ingrese a laborar a la institución tenga vocación y pues el compromiso de que no va a ser fácil atender a esas mujeres, muchas no le van a atender adecuadamente, no es que los médicos o los enfermeros sean los más duchos con especializaciones, yo pienso que lo que deben de tener el personal de enfermería es el compromiso y la humanidad para la atención de estas personas.

Respecto a las políticas de salud, no sé si había llegado a escuchar hablar del SISPI, que es el Sistema Indígena Intercultural de Salud Propia, que es un modelo de salud que ha estado manejando la IPS de Totoguampa desde que nació, Mama Dominga también maneja SISPI, pero, no es tan estricto en la parte de normativa ya que deja hacer muchas cosas occidentales. Esa es como la mayor herramienta que de pronto pueden tomar las IPS indígenas, que es adoptar el Sistema Indígena Intercultural de Salud Propia.

Dentro del sistema ellos pueden generar atenciones diferenciales desde la parte occidental y desde la parte tradicional, desde la parte económica también, las IPS pueden beneficiarse de eso porque si llegan a un acuerdo con las EPS contratantes indígenas pueden lograr facturar ciertas actividades que de pronto no se facturaban antes para poder fortalecer la infraestructura de la institución, por

ejemplo, si una partera hace un acomodamiento del bebé, un refrescamiento, le da una indicación de tomarse unas plantas o hacerse un baño con esas plantas entonces, esa indicación o actividad sirve como consulta y puede generar una facturación, un ingreso para que la IPS pueda fortalecer esa parte, Mama Dominga lo hace parcialmente, pero en Totoguampa tienen un recorrido mucho más grande y ellos tienen actividades propias del SISPI que facturan, si va el médico tradicional pueden facturarlos, pueden cobrarlos a la EPS, y ese mismo recurso invertirlo dentro del punto de atención para fortalecer infraestructura, obtención del personal, aumentar la capacidad técnica del hospital, entonces, esa normatividad del SISPI tiene digamos, abiertas las puertas para que las instituciones puedan empezar a implementar desde el modelo indígena, como lo piense cada punto de atención, tienen la libertad de facturar actividades que requieran manejo desde la atención tradicional para generar recursos. Esa es la mayor norma que he visto, que he tratado y que hemos manejado en Totoguampa, que es otra IPS indígena, en donde nosotros apoyamos todo lo que tiene que ver con la salud materna desde lo intercultural y hacer que las mujeres indígenas se sientan un poco más atendidas y saber que va a haber un poco de recursos para poder continuar fortaleciéndolo.

Desde la parte indígena hay un dilema muy grande en el cual dicen por ejemplo, cuando usted va a consulta médica, el médico cobra 30.000 pesos por la consulta, tienen unos precios fijos, sin embargo, desde la parte indígena los mayores y los taitas se han sentado a decir “usted cómo va a valorar su trabajo en pesos”, por ejemplo, la partera atiende un parto y un parto en el hospital vale mínimo 400.000 y usted cuánto cobraría, eso es un arma de doble filo, porque si empezamos a generar un cobro o una tarifa para poder cobrar las actividades tradicionales muchas mujeres van a querer ser parteras, muchos médicos tradicionales van a querer ser médicos tradicionales y empezar a facturar.

Por ese sentido, Mama Dominga ha frenado un poco la parte de la atención intercultural enfocado al cobro de las actividades porque ven que estas actividades culturales pueden ser un arma de doble filo, ya Totoguampa que es la otra IPS ha generado eso pero con un control un poco más estricto, no dice, cuánto valen las actividades, como IPS de pronto se realiza el cobro pero lo retribuimos con implementos, botas, gafas, tijeras, clamps, vamos a hacerles educación, vamos a darles mercados, entonces lo han ido manejando en ese sentido desde la otra IPS.

Con Mama Dominga hay de pronto una retribución económica no muy grande pero también lo han ido implementando, entonces, ese es como el miedo que tienen los mayores en el cual la salud dentro de las comunidades, la salud propia, se vuelva un negocio y todos quieran ser parteras sin tener la experiencia adecuada o todos quieran ser médicos tradicionales sin serlo realmente. Lo han tomado desde ese punto y han tratado de implementarlo, pero el dilema todavía sigue. Con Totoguampa, ellos tienen una estructura mucho más fuerte y tienen identificados sus parteras, sus médicos tradicionales y dentro de su organización lo certifican, saben quiénes son.

Políticamente, los cabildos han luchado mucho por generar propuestas alternas a la atención de la materna al Ministerio de Salud y a las alcaldías, a las gobernaciones porque, aquí cada grupo poblacional tiene un cabildo, un resguardo que tiene una estructura política organizada en dónde está el gobernador, los alguaciles, los alcaldes de cada zona y cada persona que está en el Cabildo es el vocero de la comunidad, ellos también se involucran bastante con la parte de la salud y buscan estrategias para poder hacer enlaces con todo lo que tiene que ver con ONG, las gobernaciones, por ejemplo, acá con la alcaldía que es algo mucho más próximo, planes de intervenciones colectivas, las propuestas no son direccionadas a lo occidental sino que es enfocado a la parte cultural, entonces, son planes de intervenciones colectivas que te dicen las metas o los productos a terminar y generar informes, van enfocados en cómo es la atención de la partera dentro de la atención en salud, cuántos controles prenatales por partera tuvo.

Esas son las políticas que se han ido implementando, porque acá la población es mayoritariamente indígena, aparte de eso, cuando ingresan personas a la alcaldía son indígenas, ahorita tenemos un alcaldesa Misak, la anterior era Nasa, entonces esas actividades siempre se están realizando y, desde la parte política los gobernadores, los cabildantes, de cada región buscan favorecer políticamente, no solamente la atención en salud, también buscan favorecer la alimentación, las políticas económicas y agrícolas de cada región. Entonces, acá las organizaciones tienen ese enfoque, buscan que no se pierda la tradición, pero tampoco perder la comunicación con los entes territoriales y las ONG que son las que invierten en recursos para aumentar un poco más la calidad de vida de la gente de acá de Silvia y de toda la región.

Entre las cosas que se podría mejorar, específicamente en enfermería, yo diría que desde la parte del pregrado se pudiera enfatizar mucho más en los estudiantes, podría ser una materia de la parte intercultural mucho más extensa porque desde lo que yo recuerdo en mi pregrado era muy corto, un semestre y ya se acabó, pero debería estar implicada un mínimo desde quinto hasta 10º para que puedan entender un poco a que se van a enfrentar, la persona o el estudiante no indígena cuando ingrese a una población indígena y pueda aportar mucho más rápido al desarrollo de estrategias que vayan en pro del parto seguro, en casa o todo lo que tiene que ver con la salud indígena ligado con la salud occidental, entonces ese sería un punto que de pronto las instituciones de educación superior lo puedan manejar, haber más espacios en cuanto a la educación en pregrado para que cuando ingresen a trabajar sepan a qué se van a enfrentar mucho mejor.

Dentro de la parte laboral nosotros podríamos generar muchas más información con investigación, hallados desde las universidades, a pesar de que a veces no hay mucho tiempo, pero cuando he tenido la oportunidad de participar en grupos de investigación con la universidad, cuando vienen a Mama Dominga a hacer investigación, eso también es muy importante, de que los enfermeros o el personal de salud se meta a generar un estudio o una investigación para que más adelante se formulen propuestas con relación al estudio enfocados a maternas, porque he estado en estudios de artritis u otras enfermedades con la universidad del Cauca. Todo eso genera actividades que son enriquecedoras en la parte académica y desde la parte laboral, el enfermero o el personal de salud deberá enfocarse en entender a qué se enfrenta y poder direccionar su estrategia educativa a la atención en salud indígena, es como empaparse un poco mejor a lo que se va a enfrentar, porque a veces de lo que yo he visto es que las enfermeras ingresan a la IPS, no se sienten a gusto, no conocían que era una IPS indígena y renuncian, obtienen un trabajo a su gusto y se van, entonces, la profesión de enfermería en la zona indígena es de vocación, además de querer hacer las cosas a la manera adecuada enfocada a la población indígena.

4.2.2 Maleiwa

O segundo colaborador foi um auxiliar de enfermagem que se reconhece como indígena Misak e desde sua formação tem trabalhado por 8 anos, começou na cidade de Piendamó em uma Instituição de Saúde Indígena, na qual estive poucos

meses e posteriormente continuou no Hospital Mama Dominga na área assistencial, envolvendo a atenção ao parto.

O contato inicial foi realizado em 7 de junho de 2021 através de uma ligação, na qual se apresentou a pesquisadora principal, além do estudo com seu respectivo objetivo. O colaborador aceitou participar e se encaminharam os pareceres do comitê de ética e da instituição em conjunto com o TCLE e a carta de cessão para o uso da entrevista, estabelecendo o dia 19 de junho para o encontro, porém, foi mudada a data para o 20 de junho por compromissos laborais do colaborador.

O encontro foi desenvolvido por meio de uma videochamada na plataforma WhatsApp, de acordo com a solicitação do colaborador às 18h20min. Se fez a explanação mais detalhada da pesquisa e do procedimento necessário, especificando que o encontro devia ser gravado, porém a informação coletada seria confidencial e o registro escrito anônimo, obtendo uma aceitação do colaborador, igual que o preenchimento do TCLE e a carta de cessão.

O colaborador tinha uma atitude tranquila que permitiu um desenvolvimento fluido da entrevista. Teve uma duração de 40 min.

❖ **Tom vital:** *“Es bueno que la mujer Misak conozca, que sea consciente de lo que se le va a realizar” - “É bom que a mulher Misak saiba, que ela esteja ciente do que vai ser feito”*

❖ **Narrativa:**

“Yo pertenezco a la cultura Misak, muchos nos llaman guámbianos, pero la palabra Misak es como la más original y nos representa a nosotros como pueblo.

La IPS donde llevo trabajando por muchos años, está muy conectada con la comunidad indígena a la que pertenezco y tiene normas que no se encuentran en otras IPS públicas, nosotros como IPS tenemos un carácter especial y se prestan los mismo servicios que una IPS pública, pero, en cuanto a algunas actividades se ha unificado el enfoque cultural, se maneja mucho la medicina tradicional tal como sucede con las parteras en el caso de las embarazadas, que siempre antes de acudir al hospital acuden primero donde la partera, después, dependiendo de cómo defina la partera se remite o se atiende con la medicina tradicional o viceversa, acuden primero a medicina tradicional y después donde la partera, y ya la tercera instancia para la gente, es cuando acude aquí al hospital para hacer el control.

Cuando yo me vine de trabajar de una IPS indígena, cuando llegué acá, los procedimientos eran muy parecidos, la ventaja de acá fue que, naturalmente las

embarazadas son traídas por la partera, la partera lo atiende, lo revisa y son las que llaman al hospital y el hospital tiene habilitada una ambulancia únicamente para eso, entonces, la ambulancia llega a la vereda, al lugar donde esté la paciente y la ingresa. El acompañamiento de la partera es desde la casa hasta acá y ella espera hasta al parto, igual, en el transcurso de la atención del parto también la partera es ingresada, ella le explica al médico, lo que ella observa, capta, dependiendo del paciente, porque hay pacientes que solicitan que ingrese la partera, como hay pacientes que solicitan el ingreso del familiar, dependiendo lo que diga el paciente, se hace el manejo por el médico general.

Siempre se ha tenido esa parte cultural, pero hasta ahora hay pacientes que son muy renuentes, aunque se ha podido realizar la actividad que sea un parto institucional, para hacer un buen seguimiento.

Como yo pertenezco a la etnia, me he sentido muy bien, uno siente un nuevo gozar, por ejemplo, hay ciertas actividades que uno explica en nuestro propio idioma, y ellas entienden más cuando uno dibuja y explica en guambiano, en Misak, que es el idioma que nosotros manejamos. Esa es la forma para llamar la atención de la mujer guambiana para que venga al hospital a tener su parto.

A nivel intrahospitalario, a veces hay pacientes que no entienden el español, únicamente entienden guambiano, entonces lo que nosotros hacemos en instancia básica es explicar lo que defina el médico, cuando el médico lo valora, se le explica en guambiano lo que le va a hacer, cómo lo va a hacer, que actividades va a desarrollar el médico, todo ello uno lo explica en guambiano y así permiten hacer la actividad, porque si ellos no entienden es muy difícil que permitan. Por ejemplo, un tacto, es muy difícil convencerlas, para que vayan, se acuesten y el médico haga el tacto, no, es muy difícil.

Nosotros le explicamos la razón de ser en guambiano, no en español, es bueno que la mujer Misak conozca, que sea consciente de lo que se le va a realizar. Las otras actividades que desarrollamos dependen de las ordenes médicas, dependiendo de lo que diga el médico entonces canalizar, administrar líquidos endovenosos y todo eso, entonces uno va explicando el proceso de como lo hace, saber que actividades se desarrollan en el preparto, trabajo de parto, la expulsión, en sala de parto. Es importante que la mujer entienda lo que se le va a hacer.

Con relación al parto, aquí las veredas son muy dispersas, entonces la ambulancia va a recoger a la embarazada, sale con el auxiliar de turno, o el auxiliar

de enfermería disponible. Cuando son muy dispersas, nosotros tenemos un kit de emergencia de los medicamentos, de equipo de parto, compresas, todo eso, entonces, cuando llaman a la ambulancia, nosotros salimos con todos los elementos, si es de atender nosotros, pues igual se maneja. Del parto en ambulancia se maneja todo lo que nos han enseñado de la parte occidental, así como nos enseñaron, no como partera, el parto de la partera es muy diferente.

No siempre vamos solos, eso depende, por ejemplo, a veces las parteras llaman al hospital, llaman a la ambulancia entonces ellos pueden decir, “yo tengo un parto podálico y necesito un médico”, por ejemplo, entonces nosotros pasamos al médico disponible y al auxiliar de enfermería. Hay pacientes que no les gusta que las atienda la partera entonces llaman solamente al hospital, allí, únicamente va el auxiliar de enfermería y en las veredas dispersas, tenemos una ambulancia habilitada para eso, si es de atender, atendemos.

El enfermero profesional, es el encargado de monitorizar a la paciente, tomar los signos vitales, tal como las normas lo exigen, a cada hora dependiendo de cómo esté dilatando, el borramiento y cómo este descendiendo. Ellos se encargan de la frecuencia cardíaca fetal, los signos vitales, el médico hace el tacto, en caso de que el médico esté muy ocupado pues la jefe se encarga de hacer el tacto vaginal y nosotros, si es de tomar alguna monitoria fetal, la tomamos, y ellos también les explican como el parto, siempre se enfoca en eso, trata de que la partera esté presente para la explicación. Ya el parto siempre lo atiende el médico, siempre está a cargo de que la paciente tenga todo.

En cuanto a la salud de la mujer indígena, yo pienso que nosotros como IPS hemos logrado muchas cosas, no es como antes, no he mirado como está actualmente la parte de mortalidad en números, pero igualmente hemos mejorado frente a eso.

Hay algunos pacientes que no son conscientes, no conocen el riesgo y piensan que todos los embarazos son iguales, y pues no, corren ese riesgo, a veces explicándolo hasta en nuestro idioma es como que no lo creen y esperan a que se complique para traerla, entonces, en estos momentos no hemos podido decir que somos excelentes, que hemos llegado a cero mortalidades, pues no, se ha presentado en este año inclusive. En ese caso yo creo que depende de cada paciente, hay casos que han sido atendidas por parteras, por ejemplo, nos pasó un caso donde en la ecografía mostraba como estaba el feto y explicaba que el parto

tenía que ser atendido en un nivel 2, desde que empezó el trabajo de parto llamó a la partera y no a la ambulancia, la partera cuando llegó era un parto podálico muy difícil. En la vereda se tenía que subir trocha, tocaba que caminar mucho y allá los caminos no son como en las ciudades, tocaba ir con botas, estaba lloviendo, es una situación muy dura, es de paciencia, es una responsabilidad porque la partera nos hizo el favor de llamarnos, y nosotros tampoco podíamos exigir que la partera interpretara el resultado de la ecografía, porque en la partería no leen nada, únicamente, ellas aprenden a través de sueños o si alguien les enseñó, entonces, eso es una situación a mejorar con la mujer embarazada, convencer cuando se debe hacer el parto institucional.

Acá hay dos tipos de partera, hay personas que son solo parteras y hay personas que son parteras y médicos tradicionales.

El médico tradicional sabe más que la partera, a través de los conocimientos o la sabiduría que ellos adquieren, es como que sintieran lo que va a pasar, entonces, hay parteras aprendiz, que aprendió, por ejemplo, la mamá o la abuela eran parteras entonces les enseñó, pero hay parteras que adquieren el conocimiento a través de los sueños o no sé, de pronto va a un lugar donde hay energías de la naturaleza, aprenden así, o viendo en un río, entonces observa y aprende. Cuando dicen, esa partera sabe, hay parteras de parteras que saben muchísimo, por ejemplo, una vez, yo estaba haciendo visitas domiciliarias y llamó una partera, que la embarazada no quería venir al hospital, entonces fuimos a ver, cuando la partera nos dijo, “no, tienen que llevarla al hospital”, nos decía que la embarazada que estaba en trabajo de parto tenía muchas estrías, entonces, ella interpretaba las estrías, decía, “no, mira que las estrías muestran que la vida del feto está muy corta, yo no me arriesgo a atender ese parto aquí porque esas estrías, no presiento bien”, porque las estrías dicen que es el mapa de la vida, el ciclo de vida que tiene que ir, lo muestra. Yo le decía, usted como se detecta eso, ¿porque no enseñar eso?, es un conocimiento que adquirió ella, si ella trata de enseñar, los demás no van a saber porque es el conocimiento de ella, que aprendió a través de sueños.

Acá las mujeres, luchan por quitar las estrías, y ella al observar las estrías puede decir cuánto tiempo los niños podían vivir más o menos, a medida que se va desarrollando el niño después del parto, es como un mapa, hay personas que observan. Acá los médicos no creen, cuando una partera o un médico tradicional relaciona con las fases de la luna. Una de las parteras se concentraba en las estrías,

la línea de vida y la otra partera se guiaba con la luna, se relacionaba siempre con las fases lunares, por ejemplo decía, “esa mujer va a tener el hijo en esta semana y va a sufrir mucho porque la fase de la luna está en tal, entonces eso irradia más el dolor”, esas son cosas que ellas aprenden, hay una partera de aquí que aprendió a través de los sueños, son personas que reconocen el peligro y el riesgo, hay otras parteras que solamente aprendieron como nosotros a ser auxiliares de enfermería y ya.

En el parto institucional ellos comparten el conocimiento, interactúan los conocimientos, el médico explica, y después la partera también opina de cómo percibe el embarazo. Es importante el acompañamiento de la partera porque así hay pacientes que se sienten más seguras, hasta más que con el propio familiar, entonces, siempre en las capacitaciones con las parteras, se trata de unificar el criterio, tratar de explicar a las parteras, la razón de todas las actividades que se hacen, los medicamentos, cuando se administran los líquidos intravenosos tenemos microondas para administrar líquidos calientes, entonces se le explica que acá no es frío.

Acá se ha mejorado bastante, anteriormente se tenía mucha creencia en lo frío y el calor, siempre se relaciona que hay ciertas enfermedades que le dan por el frío y ciertas enfermedades que les dan por el calor, acá en la parte cultural, después del parto, por eso, tienen que abrigarse, ellos dicen que tienen que cuidarse del frío, entonces la idea es que el frío no las ataque. Entonces al principio fue eso con el paciente un poco difícil, porque acá la sala de parto es muy fría, además el parto es acostado, en la camilla y ellas en la casa lo tienen arrodilladas o paradas, cuelgan un lazo y se agarran de ahí para tener el parto parado. Acá como es diferente, eso puede no gustar mucho, por eso, cuando llega la paciente lo primero que hace uno, es prender el calefactor, ubicar a la mujer en la sala de preparto, encender el calefactor, y se proporciona ese calor, después cuando está en la fase de parto, de expulsivo, el calefactor se traslada a la sala de partos y le da algo de calor en el trabajo de parto, y la misma actividad se hace en puerperio. Nosotros proporcionamos esa actividad.

Mama Dominga, tiene dos sedes, digámoslo así, uno que es el hospital como tal y hay otro que se llama Sierra Morena, es un lugar donde está únicamente el fisioterapeuta, el médico tradicional y la partera todo el tiempo. Sierra Morena no es un hospital, sino que forma parte del mismo programa salud, entonces la gente que

no quiere venir se dirige para allá. No sé exactamente cómo será el proceso allá, pero también hay atención del parto, el lugar está ambientado con todas las características que debe de tener una casa indígena, y actualmente estamos en mejoramientos, mirando la posibilidad de colocar una guasca para que ella se agarre y pueda tener el parto parada, es un tema que está en discusión y hay que cumplir cierta normatividad, con la norma occidental, entonces en este momento lo están revisando las jefes encargadas.

El personal de Sierra Morena que forman parte del hospital está más enfocado en la parte cultural, ellos manejan inclusive muchas investigaciones, desde esa parte cultural, existen unas guías de como atender un parto, las recomendaciones escritas en Misak y algunos dibujos que se ilustran, no conozco muy profundamente el SISPI, pero sé que hay muchos avances aquí en Guambia.

El hospital como tal, tiene unos protocolos básicos, pero más enfocados a lo que exige la ley, la norma, donde explica como debe ser, no como protocolo tomado desde lo propio.

En cuanto a la alimentación, después del parto se cambia todo, se les proporciona alimentación, les ponen ciertas hierbas durante el puerperio, es como un mes, es una mezcla y ese cuidado se les hace a las mujeres durante un mes, la persona se abstiene de salir, de recibir frio, de bajar con aguas frías durante un mes, siempre el baño se realiza con plantas medicinales, las parteras recomiendan con qué tipo de plantas se deben de bañar, que tipo de alimento deben de comer.

Aquí es difícil convencer a una mujer para que venga a tener a su bebé en la institución, ven esa parte negativa del frio, hay pacientes que son remitidos, por el riesgo, no se pueden atender acá, dentro del hospital, entonces es importante revisar el trato que se le da en las otras instituciones por parte del personal, porque es difícil convencer al paciente, y en el próximo embarazo puede no querer venir acá”.

4.2.3 Mexión

O terceiro colaborador foi um auxiliar de enfermagem que começou trabalhando em 2011 como auxiliar de campo em brigadas, em uma instituição de saúde na cidade de Piendamó por 7 meses, posteriormente ingressou no Hospital Mama Dominga como auxiliar de campo, efetuando atividades para colaborar na captação das pessoas nos diferentes serviços de promoção e prevenção, daí, ele

forneceu seus serviços à comunidade, pertencendo ao Cabildo Indígena por um ano, e voltou ao Hospital Mama Dominga como auxiliar assistencial até o 2015.

Por três anos, trabalhou em um Hospital de segundo nível da cidade de Popayán na área de urgências e emergências e retornou para Mama Dominga na área de urgências e hospitalização, onde se desempenha atualmente.

O primeiro contato foi efetuado o 15 de junho por meio de uma ligação, na qual se convidou para colaborar na pesquisa explicando o objetivo e os procedimentos necessários. Após o aceite, se encaminhou uma explanação mais detalhada via WhatsApp, além do parecer do comitê de ética, a autorização da instituição e o TCLE.

Se estabeleceu que o encontro seria desenvolvido pela plataforma Google Meet no dia 21 de junho de 2021 às 10h, de acordo com a disponibilidade do colaborador. A entrevista foi iniciada com a apresentação da pesquisadora principal, ademais do propósito, objetivo e procedimento do estudo, esclarecendo todos os itens do TCLE, que foi preenchido pelo colaborador.

A entrevista teve uma duração de 50min.

❖ **Tom vital:** *“si no concientizamos a la comunidad, si no concientizamos a las parteras, va a seguir habiendo muertes perinatales y muertes maternas” - “Se não conscientizarmos a comunidade, se não conscientizarmos as parteiras, vamos continuar com mortes perinatais e maternas”*

❖ **Narrativa:**

“Voy para 3 años nuevamente de haber ingresado al Hospital Mama Dominga y estoy muy contento, nuevamente regreso al lugar donde nací y con mi raza, a colaborar con mi comunidad, estar al tanto de eso.

Allá, tal como urgencias, tenemos la parte de unidades obstétricas, cuando llega una materna en trabajo de parto, lo primero que hacemos nosotros como auxiliares, es tomarle los signos vitales, preguntamos los signos de alarma y mirando todo eso, pasamos a parto donde el médico le hace su valoración ginecobstétrica, ya dependiendo en qué va de dilatación y borramiento, la dejamos en sala parto y hay muchas de las mujeres Misak que vienen con las parteras, que tienen mucha experiencia en nuestra comunidad y hacen parte de ese grupo de parteras que están relacionadas con lo de las plantas medicinales, entonces, muchas de las mujeres Misak, antes de llamar al hospital llaman a las parteras y un tiempo están en las casas con ellas, si es de dar algunas plantas o algún remedio

casero antes de llegar al hospital, llegan con esos medicamentos o con esas plantas que hayan tomado y todo eso.

Hay muchas maternas que deciden solo pasar en casa con partera, pero ha habido casos en que ya, cuando hay retención o cuando ven que está en podálico o trasverso, llaman al hospital y el hospital acude, sin embargo, en esos momentos ya nos ponen a correr prácticamente, porque la materna está complicada o en muchas ocasiones está con retención de placenta, entonces nació bien el bebé, pero con retención de placenta, o vienen podálicos. En esos momentos es donde nos llaman, pero, ahora último hay más conciliación con la medicina tradicional y con la occidental, pues, últimamente se han venido reuniendo con parteras y médicos concientizando sobre ese tema, sobre el riesgo, entonces, las parteras ahora están más conscientes, hay algunas que todavía nos han hecho correr estos últimos meses pero, afortunadamente ya hay como más concientización sobre esa parte, entonces llaman y siempre las parteras tienen el permiso de acceder al hospital y estar ahí pendientes con la materna.

Lo que es Hospital Mama Dominga, maneja la parte de medicina tradicional, entonces hay como una sede, solo de plantas y allí está el personal administrativo, se encargan de estar en diálogo con los administrativos del Hospital Mama Dominga y con la sede de medicina de plantas periódicamente, no se reúnen así como cada dos semanas o cada mes, sino que ahora último, hicieron esa reunión hace como uno o dos meses, donde trataron de concientizar y no sólo concientizar, sino que muchas de las parteras quieren que nosotros también nos acoplemos a la cultura Misak en la atención de partos. En ese proceso está, lo que es Hospital Mama Dominga, porque, por ejemplo, cuando hay una atención de parto en casa, obviamente no van a tener todas las comunidades la camilla ginecológica y todo eso, entonces más que todo se utilizan, en el parto en casa, todo lo que es tradicional y tiene que ser al lado del nachan que significa el fogón, y ahí sí, la mayoría de las parteras colocan una cuerda, una Manila, donde la materna está sujeta en ese hilo, en esa manila y utilizan más que todo la gravedad, la materna está allí y cada vez que hay contracciones, se cuelga en la Manila, ya ahí es donde hay ruptura de membranas y posteriormente los partos.

He tenido la oportunidad de presenciar en un parto en casa, porque una vez nos llamaron al hospital y, siempre en la ambulancia, va el auxiliar que está disponible. En ese momento yo estuve disponible, nos llamaron y cuando llegué,

estaba en esa posición, en la cuerda y había reventado la fuente, cuando llegué salió la cabeza, entonces tuve la oportunidad de actuar allí y le pregunté a la partera si le podía intervenir, ayudar y me dijo que sí, inmediatamente llegué, coloqué la oxitocina y la partera ayudó a sacar al bebé, canalicé, fue un parto hasta chévere, porque tuve la oportunidad de colocar la parte de mi conocimiento, aplicar allí y la partera ahí al tanto de eso también, entonces fue una experiencia chévere.

Como le digo, el fogón abriga, ayuda mucho no solo a la mamita, sino al recién nacido, porque nace en un entorno donde hay calor. Adicionalmente hay comidas, o sea, cuando están en trabajo de parto, aquí hablando con unos que ya tienen experiencia en eso, ya me han manifestado de que las parteras dan un caldo donde sacrifican una gallina que es de acá del campo, natural, sacrifican la gallina y le hacen una sopa, un caldo donde le echan ajo y lo primero que echan es la rabadilla, porque dicen que es la parte por donde ella pone el huevo, en donde tiene el aparato donde ellos ponen los huevos, entonces manifiestan las parteras que es algo que ayuda mucho, que es algo caliente. Ellos dicen que a las maternas no hay que hacerlas enfriar, por ejemplo, en muchas ocasiones, una sala de parto es algo frío, teniendo en cuenta en Silvia que es un clima frío, la sala de partos es demasiado fría, entonces, todo eso ayuda a los partos en la casa, de poder dar el caldo, algunas parteras les dan chocolate con clavos y canela, todo eso dice que le ayuda a la fuerza a la mamita y que el bebé nazca sano y fuerte.

Con relación a la salud de las maternas indígenas, ha habido muchas muertes maternas, inclusive he tenido la oportunidad de verlas ahí en nuestra comunidad. Como le decía anteriormente, era por falta de concientizar a las parteras, habían muchas parteras o maternas muy renuentes, ¿por qué pasa eso? porque anteriormente la gente antigua, nunca acudía a un hospital, nunca tenía un control prenatal, nunca tuvieron la oportunidad de asistir a un hospital y siempre tenían los partos en casa con parteras, entonces, muchas de las abuelas que todavía están tienen ese concepto, de que ellos no necesitan la medicina occidental, que allí dentro son suficientes, que con las parteras no más es suficiente, por ese concepto hay muchas muertes de las maternas, o hay muchas muertes de recién nacidos también, entonces, como le digo hay mucho riesgo de que si no concientizamos a la comunidad, si no concientizamos a las parteras, va a seguir habiendo muertes perinatales y muertes maternas.

La parte de control prenatal, el Hospital Mama Dominga, actualmente tiene auxiliares de zona, donde se encargan de hacer la demanda inducida y estar muy pendiente de las mamitas que están gestantes. Hay muchas mamitas renuentes todavía, que no les gusta acudir a controles prenatales, a los exámenes, en ese caso, el auxiliar de zona visita en casa con médico, realizan su control prenatal, el médico valora, si es de remitir en algunas ocasiones desde casa se remite, pero, hay mamitas que obedecen y hay algunas que son por decirlo así, son como muy tercas y muchas no acuden a las remisiones, a toma de ecografías, pero realmente, los compañeros auxiliares de zona son de bastante apoyo para el hospital con esas maternas.

Lo de la humanización, hemos tenido charlas que dicen que nos debemos de tratar de acoplar a las costumbres de nuestra comunidad Misak y darle la mejor comodidad a la materna y al recién nacido, a la partera también, de que tenga esa oportunidad, de no ser excluida allí dentro del hospital. Por ejemplo, muchas parteras nos preguntan en el hospital, a los auxiliares sí podemos dar un chocolatico, una aromática, entonces, ya dependiendo de lo que ellos quieran dar nosotros les ayudamos, todo ello hace parte de la humanización.

Por otro lado, por ejemplo, hay muchas parteras que le dan plantas aromáticas que dicen que son abortivos, entonces, cuando están dentro del hospital, esas plantas no las permitimos, pero otro tipo de plantas aromáticas o chocolate si es permitido.

Otra de las costumbres Misak, es que cuando termina el nacimiento y cuando está el alumbramiento, los Misak tienen la costumbre de llevar la placenta y la entierran, dicen que para que el hijo el día que crezca no se aleje de la familia. Lo entierran dentro de la sala o alrededor de la casa en muchas ocasiones, pero ahorita, como las casas ya son modernas, algunas son de concreto, de cemento, lo entierran en alguna de las esquinas de la casa para que el hijo el día que crezca no abandone a la familia y no se vaya lejos, esa es la costumbre de ellos. Entonces, nosotros cada vez que hay un parto, después del alumbramiento siempre preguntamos a los familiares o a la materna si van a llevar la placenta. Cuando ellos manifiestan que, si se la quieren llevar, nosotros le entregamos en doble bolsa roja, le registramos la salida de placenta, a quien se la entregamos. En caso de que no lo lleven, entonces, hacemos el protocolo institucional.

Ya en el parto, ha pasado de que algunas mamitas piden de que le acompañe el esposo y la partera, hemos accedido obviamente con todos los protocolos, con lavado de manos, con batas, gorros, polainas, pero, después de que estén allí simplemente hacen la presencia y sólo dan instrucciones, la atención se hace tal como el médico y el personal asistencial que estamos allí de enfermería.

Hasta ahora, la posición del parto es vertical en posición ginecológica, hemos estado hablando allí, como le dije anteriormente, en tratar de adecuar una sala de parto que sea más como ellos quieren, las parteras quieren utilizar la gravedad y que adecuemos lo de la Manila. Están en ese proceso tal como Hospital Mama Dominga, y lo que es la casa payan dónde están lo de las plantas medicinales, allá si dicen que hay una adecuación, un punto donde está todo lo que le mencioné anteriormente, está el fogón, las alfombras donde va a recibir el bebé, está la Manila para que ellos puedan en cada contracción sostenerse de la Manila, pero eso no es dentro del hospital, sino que es como una subsede, ya aparte. Pero hasta ahora en el hospital no ha habido adecuación de eso, están en ese contacto, en ese diálogo de implementar lo ancestral.

Para el cuidado de la mujer indígena, hay que tener en cuenta por ejemplo, cuando ya está en parto, he tenido la oportunidad de ver de que las mujeres mestizas no utilizan una dieta especial sino que ellas acceden a una dieta normal, pero los Misak no, cuando pasan a parto tienen una dieta especial donde la comida tiene que ser toda caliente, dicen ellos por ejemplo, la papa parda, siempre es la papá parda, no tiene que ser la papa colorada porque dicen que es frío y la carne nunca va a ser de res, siempre tiene que ser de gallina o de ovejo y mucho ajo, para que le ayude al proceso de la recuperación de la matriz, que cuando estén viejitos estén sin ninguna enfermedad. Entonces, nosotros respetamos todo eso dentro del hospital, la dieta que dan obviamente es la dieta normal, pero entonces allí le permiten a los familiares de que ellos traigan su dieta a la puérpera.

Otro de los cuidados que se puede tener en cuenta es, como te dije anteriormente, Silvia es una zona donde el clima es bastante frío, entonces, allá el cuidado que le hacemos, más que todo, damos un calefactor a la mamita para que ellos, porque después del parto es prohibido de que salga a ventilarse o a enfriarse, allá se envuelven demasiado cuando están en puerperio, teniendo en cuenta eso, tratamos de que se sientan de la mejor manera, por eso le entregamos un calefactor y todo eso en sala de puerperio.

Todas las instituciones y todas las EPS obviamente tiene sus herramientas, teniendo en cuenta Mama Dominga, tenemos suficientes herramientas, equipos de atender a una materna y yo creo que, de pronto faltarán muchas de las cosas pero, como tal medicina occidental, está muy completo, el personal muy capacitado, por ejemplo, en nos capacitan mucho para atender a las maternas, en caso de alguna emergencia, de código rojo, una retención de placenta, lo que es la IPS tiene todas las herramientas y el personal necesario para atender a una materna.

A nosotros, cada vez que hay actualización, uno de los médicos o el médico coordinador nos capacita o nos actualizan nuevamente.

El personal que llevamos ahí bastante tiempo, tenemos conocimiento sobre la situación de las maternas, las costumbres y todo eso y sí, hay mucho personal nuevo que llega y de pronto no tiene en cuenta eso, de pronto no va a tener el mismo cuidado. De pronto es importante estar socializando cada vez que llegue un personal nuevo, de tener en cuenta lo que es la costumbre de nuestra comunidad Misak y atenderlo de la mejor manera, para que ellas se sientan bien, porque si ellas se sienten mal atendidas en un hospital, de pronto para otra ocasión o cuando tengan su segundo o tercer bebé no van a querer volver, van a querer pasar su parto en la casa con partera, teniendo en cuenta eso, allá tratamos de atender de la mejor manera, que se sientan ellas, hacerlas sentir como en casa, yo sé que es difícil pero de eso se trata.

4.2.4 Dachisesé

O quarto colaborador, da mesma maneira, se reconhece como indígena Misak. Depois de sua formação, trabalhou por um ano na Empresa Social do Estado (ESE) centro 1 em Silvia na área de urgências, envolvendo a atenção ao processo de parto e nascimento. Posteriormente começou no Hospital Mama Dominga como auxiliar de campo, realizando atividades de promoção da saúde e prevenção da doença; visitava às gestantes, revisava a pressão arterial delas, riscos ou sintomas de pré-eclâmpsia, verificação dos controles pré-natais, além de outras intervenções, mas foi alocado para urgências e hospitalização, onde atua atualmente (até o momento da entrevista).

A ligação inicial para a apresentação da pesquisadora e do estudo foi o 7 de agosto de 2021 recebendo uma aceitação por parte do colaborador e foram enviados por WhatsApp os documentos pertinentes, o parecer do Comitê de ética, a

autorização da instituição, o TCLE e a carta de cessão para o uso da entrevista e uma explanação mais detalhada da pesquisa.

Por compromissos do colaborador, a data da entrevista foi mudada em três ocasiões, conseguindo organizar o encontro para o 12 de agosto de 2021 pela plataforma Google Meet às 19h, ali, se forneceu novamente uma apresentação, esclarecendo a carta de cessão e o TCLE que especifica os objetivos, procedimento necessário além da confidencialidade com os dados, em seguida se deu continuidade ao diálogo, em conjunto com a gravação eletrônica.

O colaborador foi reservado com suas respostas, razão que levou a que a pesquisadora fosse um pouco mais participativa com o fim de promover a conversa. A entrevista teve uma duração de 28 minutos.

❖ **Tom vital:** *“Es muy poco lo que las mujeres desean venir acá, por lo de las costumbres, ellas prefieren tener un parto en casa” - “Poucas mulheres querem vir aqui, por causa dos costumes, elas preferem ter parto domiciliar”*

❖ **Narrativa:**

“La atención de las maternas en urgencias, por lo general se realiza hablando el idioma Misak, yo hablo la lengua Misak, porque acá se maneja mucho eso con los pacientes, con la mujer, explicándole todo y así se inicia el contacto.

La orientación acá es el buen trato al paciente, desde el recién nacido hasta al abuelito el buen trato, procurar que todos aquí, en el servicio de urgencias todos los auxiliares seamos Misak y hablemos Misak, porque a veces acá no todos entienden claramente el español, entonces en esa parte es preferible que todos hablemos Misak en el servicio de urgencias.

Si uno les habla bien, les explica todo y hay una buena comunicación de ellas con uno, bien, me ha parecido bien el contacto con ellas, han sido muy agradecidas por la atención, la explicación de todo lo que uno les va a realizar, han sido muy receptivas. Para mí, es muy bonita esa experiencia ver a un recién nacido, como da a luz, todo eso.

Cuando yo era auxiliar de zona, por lo que era una zona bastante dispersa, era difícil encontrar a las maternas, porque uno salía al campo tipo 7 de la mañana, hasta llegar allá, se hacía 8 de la mañana. La gente por acá es muy trabajadora, salen temprano, entonces a veces no las encontraba, pero igual uno hacía lo posible para hacer el acompañamiento.

Las maternas hay veces que solicitan la ambulancia, entonces vamos hasta allá y hay veces que las maternas primero están con las parteras, entran en contacto con las parteras y cuando uno ingresa, mira el informe de la paciente y toma los signos vitales, dependiendo de eso, la trae acá en institución. Cuando son embarazos de alto riesgo, por ejemplo, presión alta, embarazo podálico se trae para acá a la institución al servicio de urgencias, si puede ser atendido aquí en nivel 1 o en alta complejidad. Algunas veces nos llaman los mismos familiares de la materna o, cuando son pacientes con riesgo, llama la partera. Nosotros como auxiliares de enfermería vamos y la llevamos a la institución.

Aquí en el resguardo de guambía yo considero que la salud de la mujer indígena se está desarrollando de una manera adecuada, en años anteriores sí había bastante morbimortalidad materna, pero con las charlas de los auxiliares de campo y con las capacitaciones de las parteras ya han bajado las cifras de morbimortalidad. Igualmente, aquí hay protocolos en la institución, por ejemplo, antes de la atención del parto se hace firmar los protocolos, todo lo que se va a realizar durante el parto por si hay alguna complicación, se explica tanto al familiar como a la materna.

Entre las cosas que se pueden tener en cuenta aquí en la institución, pues, las mujeres indígenas no les gusta tanto la atención del hombre, entonces lo primero que decían es que les haga la atención una mujer, la primera atención y ya después cuando se requiere ya uno ingresa como apoyo, como hombre.

Al ingreso del parto, la partera también asiste, eso es como lo que hace la diferencia aquí en la institución Mama Dominga con otras instituciones. Acá en la institución las parteras hacen presencia en el parto, en algunas cosas ella apoya, pero la mayor atención es del médico general.

Se respeta también el llevar el familiar la placenta a la casa, hacerle todo el proceso que se debe hacer, después del alumbramiento se entrega la placenta al familiar o a la mamá de la materna. Entonces, la humanización en el parto es el buen trato a las mujeres, con respeto a todas esas creencias.

Cuando hay un parto en casa, lo atiende la partera, les dan plantas medicinales y pues allí ya no tenemos esa parte nosotros. El auxiliar de campo realiza la visita, hace la evaluación con el médico general de puerperio inmediato y al recién nacido.

Es muy poco lo que las mujeres desean venir acá, por lo de las costumbres, ellas prefieren tener un parto en casa, uno igual les brinda la educación, de los riesgos que a veces pueden presentar, o dependiendo de cada materna los riesgos, como los embarazos podálicos o los antecedentes de preeclampsia, dependiendo del diagnóstico, entonces uno intenta orientar esa parte a las maternas, hay unas que son juiciosas y cuando inician dolores vienen acá, pero hay otras que no.

Por eso creo que el mayor desafío es que, hay unas maternas que llegan acá al servicio de urgencias, ya con una preeclampsia severa, con convulsiones, eso es bastante riesgo, porque uno les ha brindado la educación, pero a veces acá, las maternas corren ese riesgo.

Uno por ser Misak, por pertenecer a un pueblo indígena, se debe fortalecer más lo nuestro, hacer como una ruta de manejo de maternas en casa con parteras, fortalecer más el trabajo con las parteras cuando no son partos complicados, pero ya cuando son partos complicados que vengan aquí a la institución.

Aquí se maneja en Sierra Morena esa parte, pero han sido pocos los que se han tenido en Sierra Morena, eso ya es cuando la materna refiere que desea el parto allá, acá se da la opción de tener el parto allá, acá en la institución o en casa.

En Sierra Morena se maneja con el médico tradicional, con la partera, es más diferente el entorno que acá en la institución, allá se inició lo que es Mama Dominga y luego se pasó acá. Se maneja todo con plantas medicinales, solo se maneja medicina tradicional, el vínculo es bien estrecho, porque por ejemplo en las visitas a las maternas que se están desarrollando ahorita, se está realizando la visita del médico general, el auxiliar y la partera, entonces, se está manejando un contacto muy estrecho con Sierra Morena y Mama Dominga.

Por ahorita las visitas se están realizando cada mes, me parece, porque aquí el resguardo de guambia es bastante grande. Cuando yo era auxiliar de campo lo hacía uno solo, pero igual se daba esa orientación, la explicación de lo propio, pero ahorita ha sido más con la partera, el médico general y el auxiliar.

4.2.5 Lulumoy

A segunda enfermeira se reconhece como mestiça e não pertence a nenhuma etnia. Seu trabalho começou no ano 2017 em uma instituição de saúde em Inzá, Cauca, na ESE terra dentro. Esteve por três anos encarregada dos serviços de hospitalização, urgências, vigilância epidemiológica, coordenava consulta externa,

realizava atividades para o Plano de Intervenções Coletivas (PIC), controles de crescimento e desenvolvimento, juventude, infância, planificação familiar e desde agosto de 2020 passou a coordenar os serviços de hospitalização, urgências e o programa de imunização do Hospital Mama Dominga.

O contato com a colaboradora foi realizado pela plataforma WhatsApp no dia 9 de junho de 2021 fazendo a apresentação da pesquisadora principal e uma explanação do estudo. Foram enviados o parecer do Comité de Ética, a autorização da instituição, o TCLE e a carta de cessão para o uso da entrevista. Devido às demandas laborais da colaboradora, a data do encontro foi mudada em múltiplas ocasiões, realizando finalmente o encontro o dia 10 de agosto de 2021 às 15h20min pela plataforma Google Meet.

No início da reunião se realizou novamente a explicação do projeto, a apresentação da pesquisadora e foi esclarecido os itens do TCLE, especificando que era necessária a gravação eletrônica do encontro para sua posterior transcrição e transcrição que tornaria para sua aceitação, além da confidencialidade com os dados manejada durante todo o processo.

Após o preenchimento dos documentos, começou o diálogo gravado, mostrando a colaboradora uma atitude de conforto e amabilidade que favoreceu o desenvolvimento da entrevista que teve uma duração de 40min.

❖ **Tom vital:** *“Es difícil cuando no aceptan la atención, cuando no quieren comprender que de verdad necesitan ser atendidos en otro lugar” - “É difícil quando elas não aceitam nosso atendimento, quando não querem entender que realmente precisam ser atendidas em outro lugar”*

❖ **Narrativa:**

“Con comunidad indígena ha sido más de lleno aquí en Mama Dominga desde hace un año, porque donde trabajaba anteriormente, atendíamos tanto comunidad indígena como comunidad campesina, aquí en Mama Dominga, la cercanía que he tenido ha sido más bien con las mujeres en posparto porque he estado en pocos partos aquí, porque, de hecho, los partos aquí en Guambía o en Mama Dominga se dan más que todo partos domiciliarios, nosotros atendemos muy pocos partos institucionales. En cuanto a planificación familiar que normalmente se acostumbra de que antes de que la mujer egrese en el posparto salga con un método de planificación familiar, esa ha sido como la cercanía que hemos tenido.

Aquí específicamente en Guambia hay mucha renuencia por la medicina occidental, por eso te digo que la mayoría de partos han sido partos domiciliarios, la mayoría con parteras, en otras ocasiones los partos los atiende la mamá de la embarazada, la suegra, la tía, personas que ni siquiera son parteras, eso ha traído grandes complicaciones porque hemos tenido partos estacionados, a veces están en trabajo de parto con partera y de un momento a otro la traen ya con síntomas de preeclampsia, eclampsia, de hecho, el 4 de julio hubo una mortalidad materna más mortalidad perinatal, no aquí precisamente en Guambia, pero era una usuaria que tenía punto de atención en Mama Dominga, o sea, tenía punto de atención con nosotros, pero ella se la pasaba viviendo en otro municipio, era una mujer flotante, estaba en el municipio de Piendamó y en el municipio de Silvia y no aceptaba la atención por medicina occidental, entonces, en el momento del parto tuvo preeclampsia, eclampsia y durante el posparto tuvo una hemorragia que fue lo que la llevó a la muerte, entonces, son como esas complicaciones que hemos tenido, que no quieren acceder a la atención ni con médico, ni psicología, ni con ginecología, ni nutricionista la gran mayoría y las que acceden es complicado que presenten adherencia a los controles prenatales. Eso ha sido como lo más complicado, que hay que estarlas buscando, por ejemplo, por el hecho de que ellas ya no acceden a los controles prenatales, no vienen a la institución, lo que se ha buscado es hacer la atención casa a casa entonces se programa para una semana y el médico va a una vereda y las visitas en el domicilio, a las gestantes de esa vereda y les hace el control, entonces, de esa manera es que se ha venido manejando.

En cuanto al trabajo de parto, hay algunas mujeres que cuando están en trabajo de parto con partera han llegado acá, son trabajos de parto que se alteran porque tal vez les dan aguas, acá se trabaja mucho con las plantas, normalmente ellas dicen que de ruda, es lo que uno les escucha, porque casi nunca aceptan que han tomado algún agua, pero uno se da cuenta, por ejemplo se realiza el tacto a las 6 de la mañana va en 4 de dilatación y a las 8am ya están en 8, son trabajos de parto que son muy rápidos y dan a pensar que de pronto ha tomado algún brebaje, algún agua, algunas aceptan, pocas dicen que si han tomado, porque a veces vienen con las parteras o la partera está en el trabajo de parto en la casa y ella ve que el trabajo de parto se altera o que se está complicando entonces, ellas las traen al hospital. Hay otras que han sido juiciosas y nos llaman, piden la ambulancia, pero cuando ya están en trabajo de parto, llegan en cuatro de dilatación, a veces llegan

hasta en expulsivo, esperan hasta última hora para pedir la ambulancia y ahí si ya entran a la institución.

En ocasiones la partera pide la ambulancia, por ejemplo, Mama Dominga tiene un centro de medicina propia y ahí se tiene contratada una partera, ella normalmente va, revisa, si ella ve que puede atender el parto, si le da confianza lo atiende, pero si mira que de pronto hay algo que se le puede complicar, ella nos llama y nos pide la ambulancia, nos pide apoyo y saben llegar acá.

Nosotros hacemos entrar a la partera para que nos acompañe en el parto y hay otras parteras, realmente no tengo en este momento el número, había escuchado que eran unas 24 parteras en todo el resguardo, entonces, tenemos cercanía con algunas de ellas, por todas las morbilidades que hemos tenido con las gestantes el año pasado y este año, se buscó con el ginecólogo hacer unas capacitaciones, en detección de signos de alarma, porque lo que nosotros le decíamos al ginecólogo era que la partera muchas veces no sabía cómo identificar los signos de preeclampsia, que es muy común aquí en la región, porque ella no tiene de pronto un tensiómetro para tomar, y a veces el dolor de cabeza lo asumen como que tiene que ver con el trabajo de parto entonces, hemos solicitado capacitaciones y se han citado, han llegado unas 8-10 parteras también con el Plan de Intervenciones Colectivas, que es un programa que se contrata con la alcaldía y con los departamentos, también se ha buscado hacer encuentros de parteras. Este mes, en agosto hay un encuentro de parteras y ahí se busca que vayan todas las parteras de aquí del resguardo y también se citan a las gestantes, las que están ahorita actualmente embarazadas, se hace conversatorio sobre los usos y costumbres, por qué no les gusta acceder a la atención por medicina occidental, por qué prefieren la medicina propia, cosas así se hacen en ese tipo de conversatorios, entonces la idea es averiguar por qué son tan renuentes.

La renuencia considero que tiene que ver mucho con la cultura, uno siempre pregunta por qué no les gusta, por ejemplo, en la visita de campo que se hizo con la usuaria fallecida la que te digo que presentó la hemorragia posparto, la suegra refería que a ella no le gustaba venir aquí al hospital porque cuando nacía el niño, bañaban al niño con agua fría, por eso ella no quería que el parto se lo atendieran en el hospital, eso ha sido una causa, otra causa que yo miro, la gente no lo refiere, por ejemplo acá son muy cuidadosos con el tema de la dieta, ellas guardan los 40 días en la casa, en cama. Hemos visto, por ejemplo, partos domiciliarios, ellas

mandan al niño para que se lo revisen, lo mandan con la mamá, con la partera, con la abuela, lo mandan para que se les entregue el registro de nacido vivo, para que lo revisen, pero ella no viene porque está en la dieta, ellas son muy cuidadosas con ese tema. Como acá el clima es frío, entre 12 y 18 °C, ellas no vienen por eso, porque se tienen que quedar una noche acá y el frío, el agua fría, todo eso.

Aquí se tienen calentadores, normalmente hay una púérpera en la noche, entonces se le pone el calentador en la habitación en donde ella se está quedando, es lo único que podemos hacer, como en ese aspecto, porque igual toda la institución es fría y en la noche baja más la temperatura.

Han sido como las dos cosas que yo he podido observar, también la camilla ginecológica para la atención del parto es algo que los médicos también lo han manifestado en varias ocasiones porque es muy grande, esas camillas son importadas y hacen las medidas las mujeres de otros países, nuestra cama ginecológica es muy grande y acá las mujeres son de talla baja, entonces, para muchas es incómodo estar allí, en la posición de litotomía para la atención del parto.

Con relación a la posición del parto para eso se necesita coordinarnos más entre nosotros como profesionales porque hay una institución cercana acá a Guambia, creo que queda en Pitayó, que ellos atienden parto vertical, están las dos opciones parto vertical y el parto horizontal entonces si es algo que se ha pensado pero no es algo que hemos llevado a que lo ejecutemos, que se pueda colocar por lo menos un lazo en la sala de partos para que ella se pueda sujetar mejor, pero todavía no hemos empezado a ejecutarlo.

Yo también había manifestado acá a la gerente el tema de la dieta, porque, así como son cuidadosas ellas con los 40 días en cama, también son cuidadosas con la dieta, por ejemplo, un día escuchando a los auxiliares de acá, decían que se tenía la costumbre donde hay la posibilidad de matar un chivo, que se cuidaba la dieta comiendo el chivo y gallinas. Aquí nosotros no estamos brindando en este momento esa posibilidad de que por lo menos se le dé un caldo de gallina sino que se le da la dieta común, la del resto de pacientes, he manifestado de que tal vez si se cambia la dieta ellas vean que es más cercano a sus costumbres y accedan venir acá a la institución.

Lo otro es que esta es una población, digamos los Misak, todavía están bien arraigados al tema propio porque, si uno ve otras comunidades indígenas, acceden fácilmente a la atención del parto en un hospital, pero acá ellos todavía con lo

propio. Lo que se busca, no es quitar lo propio, es educar a las parteras para que ellas identifiquen esas mujeres que son de alto riesgo y las remitan acá, con el compromiso de que también se les va a respetar todo lo que ellas quieran durante el trabajo de parto y el parto otra cosa que ellas también solicitan es llevarse la placenta porque ellos la entierran en el lugar donde viven, cerca de la casa, normalmente se les empaca en dos bolsas rojas y se les entrega y se les firma de que se les entregó la placenta.

Yo coordino hospitalización y urgencias, los partos en el día son pocos, entonces, yo me dedico a la parte de medicamentos, hemos tenido atención de código rojo, siempre me ubico al lado del carro de paro cuando hay un código rojo, trato de estar como pendiente de la administración de medicamentos, cuando es un parto, estoy siempre cerca para que se le coloque la oxitocina, cuando sale el hombro y en el momento del alumbramiento para poner la oxitocina intramuscular y en los líquidos, luego, ya con el bebé, hacer la adaptación neonatal, siempre cojo al niño para hacerle la profilaxis ocular, del ombligo, la inmunización y la aplicación de la vitamina k, yo me hago cargo del niño. Cuando han sido partos complicados o códigos rojos me hago cerca a la paciente, abro el carro de paro, me hago cargo de la administración de medicamentos y con los auxiliares coordinar lo demás que necesite el médico. En el puerperio normalmente intentamos de hacer la educación en lo que es lactancia materna para que se inicie la lactancia materna, ojalá en la primera hora de vida.

El idioma que manejan aquí se llama nam trik, algo que tiene Mama Dominga es que todo el personal que es auxiliar, el personal técnico, es Misak o sea, todo el mundo habla nam trik excepto nosotros, las enfermeras y los médicos, los profesionales, aunque también tienen profesionales que son Misak, ellos durante la atención hablan nam trick pero, nosotros si hablamos en español y a veces, cuando que el usuario no nos comprende bien, los auxiliares saben y ellos tratan de traducirnos, hablan ellos y después nos responden, “ella quiere decirle tal cosa” porque hay personas que a veces se les dificulta, expresarse en español pero normalmente a nosotros nos queda complicado, pero, lo que son el personal técnico ellos siempre hablan en su idioma con todos los usuarios.

La parte de la humanización del parto es algo que nos hace falta trabajar, humanización hay, teniendo en cuenta que aquí todos los que trabajan son Misak excepto los profesionales, pero con los profesionales si nos ha faltado trabajar ese

tema de humanización en el parto. El trabajo de parto es un proceso, que es difícil para la mujer y uno como profesional siempre se va por la parte clínica, que todo se dé de acuerdo a la norma, pero en este contexto uno pasa por encima de los sentimientos de la mujer, que está pensando, cuáles son los miedos, las dudas, nosotros no le preguntamos o cómo se está sintiendo en ese momento, no le explicamos bien porque ella, de pronto, muchas cosas no las comprende de lo que se está hablando, no le hablamos, por ejemplo, en el idioma de ella, en el que a ella quisiera que le explicarían, eso aterrizado acá, sería como el contexto de humanización.

Yo creo que no es necesario aprender el idioma porque, nosotros igual estamos rotando, aquí el personal profesional rota entonces, uno para que se va a dedicar a aprender un idioma que tal vez, yo dure trabajando aquí un año más y después me vaya, obviamente es un enriquecimiento para uno, pero se dedicaría mucho tiempo aprendiéndolo. Se debe tener en cuenta más cómo la cultura de ellos, nosotros poco conocemos, por ejemplo, trabajamos en una IPS indígena, pero en el ingreso de la institución no se nos explica cuál es el contexto, cuál es la cosmovisión que ellos tienen, qué significa para ellos traer un bebé al mundo, nosotros no sabemos en la cultura de ellos que significa, las costumbres. A medida que pasa el tiempo uno va escuchando, entendiendo, comprendiendo, pero de entrada uno entra con medicina occidental y nada más, entonces no tiene en cuenta las creencias que ellos tienen, y en eso sí nos haría falta bastante.

Donde trabajaba anteriormente se trabaja con la comunidad Nasa, los Nasa hace rato dejaron el idioma de ellos, hay pocos que lo hablan y cuando llegué acá esa fue mi sorpresa, por ejemplo, los niños empiezan hablando Nam trik y ya cuando empiezan la escuela a los 5 años, allí les empiezan a enseñar español. Yo estuve haciendo un control de primera infancia y los niños a mí no me entienden lo que yo hablo, me entiende la mamá y ella, según lo que ve en el niño me va traduciendo a mí, acá lo primero que hablan, que se les enseña a hablar es ese idioma, entonces, con la comunidad Misak particularmente sería el tema del idioma, lo primero que hay que tener en cuenta es eso, si uno quiere que ellos comprendan bien y uno entender lo que ellos están pensando se debe tener un traductor.

Otra cosa sería entender para ellos que es traer una vida, porque es diferente para cada uno, por ejemplo, nosotros ahorita tenemos una gran preocupación acá y es que están empezando a surgir muchos casos para IVE (Interrupción Voluntaria

del Embarazo). Hablaban hace unos días, decían que anteriormente se tenía otra visión sobre qué era la maternidad y la paternidad, que ahorita se está perdiendo. Sería tratar de entender que significaba para los antepasados de ellos, traer un hijo al mundo y que toda la educación que se dé durante los controles prenatales llevarlo a eso, porque ahorita si hay una gran preocupación en toda la cultura y es que muchas mujeres están accediendo a la IVE porque también son renuentes a la planificación familiar, entonces muchas no les gusta planificar, pero, después uno se da cuenta de que tampoco quieren quedar embarazadas, allí está el problema.

Referente a los cuidados en el posparto, las dietas para ellas es sagrada, incluso hemos tenido muertes perinatales, el año pasado una muerte perinatal, ella nos refería que el bebé empezó a convulsionar, al parecer murió por una sepsis a los 7 días, yo le preguntaba ¿y por qué no lo trajiste al hospital?, ella vivía como a 10 minutos de aquí del hospital en ambulancia, decía: “porque yo estaba sola y como yo estaba en la dieta”, para ellas la dieta significa estar en la casa los 40 días y no poder salir, para ellas es muy sagrado el tema de la dieta, porque ellas dicen que se enferman si les entra el frío por la cabeza, después quedan enfermas para toda la vida. Hay que conocer bien las costumbres, yo conozco muy pocas, porque no se ha hecho como esa inducción en la cultura, sino que es lo que uno va aprendiendo en el transcurso.

Con relación a las políticas públicas, considero que se debe mejorar porque esta es una IPS indígena que yo considero que ha perdido tal vez el enfoque, porque inicialmente se buscó que Mama Dominga fuera una institución que les brindara atención y de hecho es una de las pocas instituciones que yo conozco y la única aquí en el Cauca que tiene la atención exclusiva para las comunidades, para la comunidad Misak y que les ofrece la atención en urgencias, porque en otras sedes es de consulta externa. Aquí se busca que todos sean atendidos por los Misak porque lo que refieren es que antes, ellos se sentían rechazados en otras instituciones durante la atención, por eso ellos quisieron hacer un hospital propio donde se atendiera con Misak para ellos y todo para ellos, entonces yo considero que se ha perdido como ese enfoque, porque uno llega a trabajar aquí, y le informan que es una comunidad indígena, que son Misak, pero no te informan nada más.

Se espera que esta institución trabaje también con el SISPI que es el Sistema Indígena Intercultural de Salud Propia pero, de eso yo llevo un año y no sé nada del SISPI, yo sé de la medicina occidental, igualmente todos mis compañeros médicos y

jefes, nosotros conocemos de la medicina occidental, pero sí es importante que nos estén retroalimentando, educando sobre la cultura Misak para uno de esa manera, guiar las consultas, sin embargo, uno se va sensibilizando y conociendo, trata de que en la medida, la atención sea cerca como a la dieta, uno va aprendiendo. Por ejemplo, a un niño en control de primera vez yo le digo que podría hacer la sopa de maíz, que le puede echar verduras, que puede comer coles, porque es como la dieta de acá, pero, eso se debería dar al principio, todos los auxiliares y los técnicos lo saben, pero, los profesionales que a veces somos los encargados de dar la educación lo vamos aprendiendo durante el transcurso.

Los controles prenatales aquí los hace el médico, como yo te digo, hay un centro de salud propio, hay unas mujeres que no aceptan. Mama Dominga somos todos, tanto el centro de salud propia como el hospital es de Mama Dominga, entonces, se busca que, si la mujer no accede con el médico occidental, que vaya con el médico tradicional y la partera. Allá no sé cada cuánto son los controles, creo que también son mensuales con la partera, nosotros estamos pegados a la Ley 3280, que es la que nos rige en estos momentos, que las mujeres entren antes de la semana 10 de gestación, nosotros por ejemplo le traemos el ginecólogo acá al hospital mensualmente, viene el ginecólogo, viene el ginecólogo ecografista y nutrición, para que ellas inmediatamente pasen a la valoración con el especialista y se hace igualmente mensual hasta la semana 36, que de allí creo que ya es cada 8 días hasta la atención del parto, pero, son poco adherentes a los controles, hay sus excepciones, hay mujeres que son más juiciosas y ellas vienen pero, la gran mayoría toca ir las a buscar a la casa o estarles llamando que por qué no vino, el problema que tenemos acá es que la población es muy flotante, que ellos tienen varias fincas en otros municipios, en Piendamó, en Cajibío, en Morales, entonces ellas están de aquí para allá y de allá para acá, uno a veces las va a buscar y que se fue para Piendamó, que viene dentro de 8 días. La población está paseándose, ese ha sido como un inconveniente, incluso durante la gestación, ellos no paran en la casa.

Los controles están pegados a la norma, el médico los hace, uno como enfermero tiene la mentalidad como más abierta porque a uno le enseñan la parte de la interculturalidad, pero los médicos, desde mi punto de vista, yo creo que ellos si son como más clínicos entonces, ellos hacen su control pegado a la clínica, tal vez

escuchan que se ha tomado, que está haciendo, lo registran, pero pues de allí no pasa, porque la formación de ellos es clínica.

Las remisiones son complicadas, porque muchos no acceden a que se remitan, ellos le tienen miedo, a veces también por los recursos económicos no quieren que ser remitidos a Popayán, entonces hay gestantes que uno ve con restricción de crecimiento intrauterino, yo he visto varios casos de bajo peso al nacer y yo considero que eso tiene que ver con la dieta, es una dieta que es más rica en carbohidratos, poco se consumen las verduras y poco se consumen las frutas porque como es tierra fría, la única fruta que se da acá es como la fresa, del resto uno pregunta y es como sopa de maíz. Desde mi punto de vista, yo he considerado que se puede deber esa restricción de crecimiento a la dieta que ellas tienen y esas son las que siempre se han querido remitir, ellas a veces, de pronto no nos comprenden lo que le queremos decir, que el niño va a nacer pequeñito, que es un riesgo para ella, que el niño puede hacer un paro cuando nazca y ella dice que no se van y ahí lo que nos toca hacer es, con el centro de Justicia. Acá como es un territorio indígena no podemos acceder ni a la Fiscalía, ni a la policía, ni a la comisaría sino que hay un centro de Justicia propia, lo que hacemos nosotros es llamarlos a ellos y presentarles el caso que tenemos, si es grave, si la mamá no quiere ser remitida, pero el caso es que si ella no se deja de remitir pues corre riesgo la vida del bebé o, si es una preclamsia o algo así, corre en riesgo la vida de la mamá y ellos normalmente vienen acá y tratan de hacer como una educación, una sensibilización para que el usuario o la familia acepte irse para Popayán, pero, uno si ve que eso es complicado.

Por ejemplo, yo he ido a muchas remisiones porque nosotros somos asistenciales, de hecho, me ha tocado atender partos en ambulancia o a veces cuando nos alcanza, llegar al municipio más cercano que es a Piendamó, también hemos entrado allí para que nos presten la sala de partos y atender el parto allí y uno ve el miedo que ellas tienen cuando llegan a Popayán, porque uno aquí ya conoce el contexto, uno trata de ser amable con ellas, explicarles, si uno ve en la cara que ellas no le entienden, uno les vuelve a explicar, pero, allá es muy diferente todo. Normalmente uno va con un auxiliar, uno entrega al paciente, lo recibe el médico o el ginecólogo, recibe la historia clínica, lo revisamos, el auxiliar sale y le explica en la lengua en Nam Trik les dice que ya se le entregó, que tienen que estar ahí sentadas, que si de pronto necesitan una casa, tiene una casa de paso en

Popayán, se le deja el número de teléfono de la casa de paso, la dirección y que cualquier cosa nos puede llamar, en el idioma de ellos, para que ellas se sientan tranquilas, que no se quedaron allá solas, porque mientras van con uno en la ambulancia ellas saben que es Mama Dominga, que tal vez conocen al conductor, al auxiliar, tal vez lo conocen hasta uno, pero estando allá, ya es otro ambiente.

Siempre se busca cómo estabilizar esos sentimientos antes de que uno se venga, porque cuando uno se viene se quedan ahí ya solitas, entonces, pues uno les explica, que tienen que estar tranquilas, que todo va a salir bien, pero el tema de remisión sí es complejo, ellas no es que te digan tenemos que remitirte y ya, listo, no, ellas siempre dicen que por qué. Por ejemplo, que la partera le dijo que estaba bien, que no era necesario remitirla y ahorita el médico dice que se debe remitir, a veces, en la ecografía salen cosas, porque allí se dan cuenta que tiene polihidramnios, que hay oligohidramnios, que hay restricción de crecimiento intrauterino, por ejemplo, ha habido también mortinatos que uno se da cuenta en el momento de la ecografía. El día que hay ecografía, hay complicaciones, por ejemplo, un caso, las parteras a veces dicen el sexo, si lo que está esperando es un niño o una niña, y un día con una mamita que tenía restricción del crecimiento intrauterino, el médico le dijo que era un niño y ella súper brava, ella no creía porque la partera le había dicho que era una niña. Ahí entra uno a chocar también con lo que dicen las parteras, porque la partera le dijo que estaba bien, ahora el médico por qué le va a decir que está mal, si la partera le había dicho que el parto se podía atender en casa y ahora el médico por qué le viene a decir que no, digamos, que esas contradicciones si las hemos tenido.

Con relación al desplazamiento, Silvia no está tan lejos de Popayán, eso ha sido más fácil, no lo considero complicado, yo trabajé en otro municipio que era a 3 horas de Popayán y ahí si era más complicado, a veces, cuando no había vía tocaba dar la vuelta por otro municipio y se echaba uno 5 horas en llegar a Popayán, pero, de aquí si uno se va rápido se echa una hora hasta Popayán.

Para recoger las maternas nosotros nunca vamos a recoger las maternas, siempre van los auxiliares, ahí si es destapado, es carretera destapada en todas partes, ahí sí se les dificulta un poco a los auxiliares, a veces porque la ambulancia no puede entrar hasta los sitios donde vive la usuaria, o toca que bajar lomas, pasar ríos y si he escuchado eso pero que yo lo haya vivido, no.

Mi experiencia ha sido enriquecedora en el tema de que es una cultura nueva, digamos que los Misak son una población muy noble, muy a la escucha, tú nunca les puedes hablar duro o darles a entender que no te están entendiendo porque ellos son sensibles. He aprendido eso de ellos, a escuchar, a hablar un poco más suave, darme a entender más con ellos e igualmente ha sido duro, porque tú sabes que uno viene formado clínicamente, uno sabe la teoría y llegar a esos choques de las creencias que ellos tienen con la cultura, con lo propio de ellos, es complicado a ratos, uno quisiera cómo decirle, “no, como se le ocurren esto no es así”, pero uno no lo puede decir, yo me quedo callada y trato de comprender el contexto, pero a ratos es difícil cuando no aceptan la atención, cuando no quieren comprender que de verdad necesitan ser atendidos en otro lugar, que de verdad la enfermedad es grave, que de verdad corren riesgo la salud de ella, del bebé, para uno es difícil porque uno se siente impotente. Uno ya no encuentra palabras, ellos, digamos en una palabra a veces son como muy tercos, por más que tú les digas y les digas, no. Entonces, uno se siente como impotente a ratos, pero, es una cultura muy bonita, muy noble, muy dada al trabajo en la comunidad y eso es bonito, me ha parecido.”

4.2.6 Sejankua

A sexta colaboradora foi uma auxiliar de enfermagem que se reconhece como indígena Misak e há dois anos, logo de sua formação técnica, começou a trabalhar no Hospital Mama Dominga. Ela se desempenha principalmente na área domiciliar realizando atividades de promoção e prevenção, visitas às maternas, vacinação, mas também está envolvida na área assistencial, nos serviços de urgências e hospitalização.

O primeiro contato se efetuou por meio de uma ligação o 10 de agosto de 2021 com o objetivo de apresentar a pesquisa e fazer o convite para sua participação, em seguida, foi encaminhada por WhatsApp uma explanação mais detalhada do projeto, além do parecer do Comitê de ética, a autorização da instituição, o TCLE e a carta de cessão para o uso da entrevista. Se estabeleceu o encontro de acordo com a disponibilidade do colaborador o dia 19 de agosto de 2021 às 17h50min pela plataforma Google Meet.

Na entrevista, se realizou inicialmente a apresentação da pesquisadora principal e do estudo, foi elucidado a carta de cessão e o TCLE, especificando

objetivos, procedimiento, confidencialidade dos dados. Daí, após o preenchimento dos documentos, iniciou o diálogo gravado. O encontro teve uma duração de 40min.

❖ **Tom vital:** *“Yo pienso que de pronto para las mujeres es importante tener más confianza en sus partos” - “Acho que de repente é importante que as mulheres tenham mais confiança em seus partos”*

❖ **Narrativa:**

“Cuando la mujer está en embarazo primero se hace el seguimiento, a los extramurales se les pide seguimiento, vamos con el médico a los controles para que ellos realicen y llevamos medicamentos.

Quando es la hora del parto, la partera puede ingresar y acompañar al médico, si la paciente requiere que el compañero sentimental también esté en el parto, puede ingresar, pero si la paciente no quiere que ingrese, solo partera puede ingresar. Después del parto, puede llevar la placenta, como acá es una costumbre, la placenta se le entrega a los familiares y los familiares la entregan a la mamá para que lo siembre en un fogón, el significado es que, aunque vaya muy lejos a estudiar, vuelva otra vez a la casa de ellos para enseñar lo que aprendieron por fuera, eso significa, entonces, siempre que nace un bebé la placenta se le entrega a los familiares y los familiares se los llevan a la casa. Se respeta mucho lo de la partera y lo de la placenta.

En el parto, lo que hacemos es ayudar al médico, cuando apenas nace el bebé o cuando ya está en dilatación en ocho o en nueve, la pasamos a la sala de parto, después de pasar a la sala de partos, tomamos los signos vitales, o cuando nace el bebé, medirlo, cambiarlo, tomarle el perímetro cefálico, abdominal, pesar, tallar, vestirlo y los familiares nos dicen que los ayudemos con lo de la placenta, para que no lo tiren, entonces vamos recogiendo y entregando en una bolsita para entregárselo a los familiares, somos como un apoyo ahí al médico para el parto.

Los profesionales de enfermería, diría que nos indica lo que deberíamos hacer, porque apenas nace el bebé nos lo entregan y ahí nos ocupamos nosotros, ya el médico se ocupa de la madre de familia y nos indica todo lo que tenemos que hacer.

En puerperio también volvemos a visitar con el médico para, entregar medicamentos, pesar al bebé, pesar a la mamita, cómo está y después, si todo está marchando bien, se cita a control en un mes para crecimiento y para planificación familiar.

En dieta la mayoría la cuida la mamá, la suegra o de pronto las cuñadas que le colabora un poquito ahí a cocinar, a lavar la ropa del bebé, estar pendiente de todos ellos y de los demás hijos, pero hay pocas que no se cuidan en la dieta porque no los apoyan, entonces se cuidan una semana, ya se levantan, lavan su ropa y así.

La población indígena, yo como auxiliar de enfermería, veo que hay pacientes que son difíciles, uno los va a convencer para que vayan a una remisión, o que vaya a una ecografía, son muy difíciles, porque primero, dicen que no tienen plata y segundo porque los esposos no les dan permiso y el Hospital Mama Dominga siempre les da recursos para ir, por lo menos le cubre el 50% del pasaje para ir a Popayán, para tomar la ecografía, pero ni así algunos van, porque dicen que los compañeros no les dejan ir. Yo creo que por esa razón no vienen a los controles, nosotros vamos a sus casas y hay algunas personas que se esconden, que dicen que no están, los compañeros vienen, nos dicen que no están, pero uno ve que se esconden.

Nosotros les preguntamos por qué pasa eso, algunos dicen que, porque siempre vienen los médicos a remitirlos y el médico viene de pronto hacerle un chequeo primero, ver si la paciente quiere o no ir, se le hace firmar un desistimiento informado donde dice que la paciente no quiere ir por tal motivo y se hace firmar, pero, hay muchos pacientes que no quieren acudir al hospital porque siempre se les remite, pero hay otras que son muy juiciosas viniendo a los controles.

Yo creo que por eso hay muchas mortalidades, por ejemplo, había una paciente que vivía en Cacique y hubo una dificultad, la mamita como tenía dolores, apenas se paró de la cama, el bebé nació y se cayó en el suelo, como el suelo era de cemento, le tuvieron que hacer cirugía a la cabeza, pero el bebé no resistió y se murió. La mamá se arrepintió de no haber venido a los controles, ella no tenía ni una ecografía, ni un examen, nada, por esa razón nosotros fuimos a convencerle varias veces, e incluso los de Mallamas subieron hasta allá, nos preguntaron, hicieron la entrevista del por qué pasó eso, pero igual es decisión de cada uno, porque si no quiere tampoco los puede obligar a llevarlos a Popayán.

Ella estaba con controles con la partera, de pronto uno dice que puede estar bien el bebé, que no vaya a los controles, pero, de todas maneras, si no se toma un examen de sangre, un examen de orina, uno no puede saber cómo está el bebé o la misma persona, entonces, solo estaba con la partera y la partera nada más dijo que

le daba las plantas medicinales y ella se sentía mejor, solamente dijo eso y después de ahí, ya igual no podíamos hacer nada.

Lo que pasó es que ella empezó con los dolores como a las doce del día, ella llamó al Hospital Mama Dominga por la ambulancia, la ambulancia les dijo que bueno, que iban con la auxiliar, como eso queda en una bajada casi al lado del río, ellos querían salir a la carretera, la partera también llegó a tiempo allá, les ayudó a parar, la materna le dijo que le dolía mucho la cintura, igual le dijo que tenía que irse a la carretera para subir a la ambulancia y, mientras se paraba dijo que el bebé de una se bajó, con todo y placenta y no lo alcanzó a agarrar sino a la placenta, entonces como el bebé chocó con el suelo, ya empezó a sangrar, les llevaron al hospital, del hospital tocó remitirla a Popayán, de Popayán directamente a cirugía al bebé, lamentablemente se murió. Igual la camilla no podía entrar hasta allá porque había primero que pasar como un bosquecito y después venía la carretera, entonces ella se paró y era demasiado tarde como para coger al bebé, se murió lamentablemente.

Yo creo que de pronto cuando a uno le mandan de remisión, los compañeros a veces no le dan permiso, porque algunos son muy machistas, siempre esperan a la mujer a que cocine, que barra, que cuando el marido llega del trabajo que la cocina esté lista, la comida y ellas se preocupan por sus maridos, cuando le dan la remisión ellas dicen que no lo hacen rápido, que ellos quieren que de una vez cuando ella llegue, la atiendan a ella primero, pero en Popayán siempre se demora. Entonces ellas quieren que apenas la remitan, cuando lleguen ahí que le atiendan rápido, por eso no les gusta. A una de las maternas, que le pregunté, eso fue lo que me dijo, que no le gustaba ir por la demora que hay en Popayán, que no los atienden de un día para otro, sino que toca esperar semanas o 3 días, a veces las hospitalizan.

Si ellos no tienen desde el primer momento la ecografía, puede salir con alguna anomalía y por eso la demora, yo creo, pero algunas que son juiciosas van, hacen su ecografía y vuelven, pero a los demás no les pasa eso, porque van como al segundo trimestre, pero no tienen ni una ecografía, ni un examen, es difícil.

En el hospital hacemos ecografía del primer nivel, de allí, ya la segunda ecografía la hacen en segundo nivel, entonces, solo hacen la primera ecografía y ya en el de segundo nivel ya no van, dicen que por plata y cuando uno les quiere facilitar la plata, que, por el marido, entonces algunos que no tienen marido dicen

que no, que por mis hijos que algunos tienen como cuatro o cinco hijos, entonces dicen que no, quien los va a alimentar, quién los va a cuidar y es difícil.

Yo pienso que de pronto para las mujeres es importante tener más confianza en sus partos, poder charlar más con sus parteras, conocer el sitio donde ellos van a estar, hay algunas maternas que son difíciles, entonces, algunos médicos vienen y les habla de todo el proceso, algunos los convence y los llevamos, yo creo que es como la confianza

Entre los elementos que se deben tener en cuenta para el cuidado de las mujeres indígenas, algunas de las maternas me dijeron que ellas querían solamente un auxiliar, que entraba mucho personal, ahí a veces estamos el auxiliar de urgencias, el auxiliar de hospitalización, el médico y el auxiliar disponible, entonces ellos dicen que solamente un auxiliar, el médico y la partera si es necesario, pero ellas se sienten incómodas con eso y, lo otro que ellos dicen, es que les hacen enfriar mucho, aquí respetan mucho eso, que ellas quieren tener todo el parto en la casa, porque en la casa no se enfría tanto, que porque se enfría le da diferentes enfermedades, de pronto como artritis, que le duela la matriz, entonces, por esas razones a veces no les gusta ir, tener el parto en el hospital, sino parto en casa.

Ellos dicen que, si se pudiera, como la cama ginecológica no es de madera, por lo menos debería, envolverse con algo. El hospital hasta ahorita, después de que tengan el bebé, las pasan inmediatamente a otro cuarto de puerperio y les damos varias cobijas, yo creo que la incomodidad de ellas es eso, que siempre les hacemos enfriar, se debería mejorar eso creería yo.

Ellos entienden más que todo en Misak, yo por lo menos trato de hablar siempre en Misak para que ellas me entiendan mejor, porque a veces en español no me redacto bien, de pronto ellas no me entienden. Había un médico que era Misak, él siempre les hablaba en Misak, ellas le entendían mejor y siempre reclamaban por ese médico, pero ese médico término el rural y se fue, no se quedó acá, de todas maneras, cuando vamos con el médico o cuando estamos con el médico en la sala de partos tratamos de hablar más en nuestro idioma que en español porque hay algunos que no entienden casi el español, así se sienten más seguras.

Por otro lado, a nivel más de la normativa, yo pienso que la 3280, va bien sino que hay algunas mujeres que dicen que estamos perdiendo mucho lo de acá, que estamos siempre priorizando lo que es de afuera, por lo menos los medicamentos o lo de las parteras, que no lo estamos utilizando todas las mujeres, porque hay

algunas maternas que no les gustan las parteras ni los médicos tradicionales, entonces, hay algunas que solo quieren los médicos, pero, hay algunas que sí quieren solo con partera, dicen que a ellas les permitan estar más tiempo con la partera, o que a los controles los acompañen ellas para estar más seguras, porque en los controles hay médicos que no hablan en Misak, explican todo en español y no les entienden, como ellas van solas, esa es la razón de que ellas pidan. Estamos cómo dejando lo nuestro atrás y que lo de afuera lo estamos priorizando más y eso es lo que está preocupante para las mujeres que están embarazadas actualmente.

En el hospital hay capacitaciones para las parteras, vienen de varias veredas, vienen de Silvia, de unas veredas de puente real, de campana, hay varias parteras como 15 o 18 parteras que se reúnen. Cuando ellos se reúnen hay médicos también allí, para explicarles por lo menos como revisar la papelería, porque ellos solamente van le hacen el masaje al bebé, se van y los médicos dicen que esa no es la idea, que primero revisarles, si les falta alguna vacuna, si les falta alguna cosa, informar al hospital o al auxiliar de zona, entonces hacen capacitaciones y las parteras que son abuelitas también llegan ahí, nos enseñan cómo tratar a las personas con amabilidad, ponerse en los zapatos del paciente para poder entenderlas, escucharlas, es bueno esas capacitaciones que hacen con las parteras.

Yo considero que, con las mujeres indígenas, primeramente, uno debe ser amable, preferiblemente hablar el idioma de acá, Misak, para que los entienda mejor, porque la mayoría de acá hablan en Misak, algunos pocos que hablan en español y priorizar la atención de las maternas, llevarlas a brigadas, hacer los controles en casa, tomarles los paraclínicos en casa, de pronto verificar que vacuna les falta, que paraclínicos les falta.”

4.2.7 Pishimisak

A sétima colaboradora reconheceu-se como indígena Misak e desde 2017 começou seu trabalho no Hospital Mama Dominga. Por dois anos realizou atividades extramurais de promoção e prevenção nas cidades de Caldon, Piendamó e Totoró, assim como o acompanhamento às gestantes e puérperas no domicílio delas, após um ano esteve na área assistencial e atualmente se encontra no programa de saúde da mulher do Hospital Mama Dominga, manejando a base de dados das grávidas para o controle, além de retroalimentar a secretaria departamental, municipal e às Entidades Administradoras de Planes de Benefício (EAPB).

Para o contato com a colaboradora, foi realizada uma ligação o 3 de setembro de 2021 com o objetivo de apresentar e convidar para participar no projeto de pesquisa, explanando o procedimento necessário. Foram encaminhados por WhatsApp o parecer do comitê de ética, a autorização da instituição, o TCLE e a carta de cessão para o uso da entrevista.

O encontro foi efetuado o 15 de setembro de 2021 às 15h6min por Google Meet, apresentando-se a pesquisadora, o projeto e esclarecendo os itens do TCLE e a carta de cessão, em seguida iniciou-se a entrevista que teve uma duração de 1h10min.

Tom vital: *“Nuestra población es más que todo renuente, entonces hemos tratado como de luchar en esa parte” - “Nossa população é relutante, então tentamos lutar nessa parte”*

Narrativa:

“El programa de maternidad está conformado por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería. Todo está conformado por un equipo, a veces las personas llegan, vienen y se van, pero lo ideal es trabajar con esas personas, ser un equipo de trabajo y mirar cómo podemos mejorar cada día.

Yo mantengo retroalimentando la base de la secretaria departamental, de allí sacó el informe para la base de la EPS Mallamás y de la base de la EPS Emssanar, sacamos el reporte para seguimiento de las pacientes de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo), seguimiento de las pacientes con aborto, los seguimientos de ginecología, nutrición, psicología, odontología, las que están pendientes, se saca la base o se le informa al grupo de los compañeros del servicio de vacunación, para la vacuna de la influenza y la DPT acelular que son las vacunas que se aplican durante la gestación.

Es tratar de estar allí pendiente trabajando y también informándole a los compañeros, si hay alguna materna que está complicada o llega por urgencias, notificarle que debe hacer el respectivo seguimiento, eso es lo que hasta el momento se viene realizando y anteriormente se estaba trabajando prácticamente las maternas que son inexistentes, pues, nuestra población es más que todo renuente, entonces hemos tratado como de luchar en esa parte, de que nuestras pacientes no sean tan renuentes, educándoles, enseñándoles, pero, en ocasiones nos va bien y en otras no ha sido como tan evidente el trabajo, pero, día a día trabajamos por nuestras gestantes, por la comunidad, en compañía de los auxiliares

extramurales y del equipo médico que ellos han sido también como parte fundamental porque por el grupo que conformé, están las enfermeras jefes, hay cuatro enfermeras jefes incluyendo a los de Piendamó, están los médicos generales, que también están incluidos los de Piendamó y los de acá de Silvia, están los auxiliares de Piendamó y de Silvia, el área de facturación, hay dos compañeros de facturación que están dentro del programa, están las dos compañeras psicólogas que también hay una compañera que es de Piendamó y la otra del municipio de Silvia, del servicio de laboratorio también está la bacteriología y la auxiliar, está la persona de talento humano, la jefe de calidad, entonces sí hay como un equipo que siempre mantenemos como informados.

El WhatsApp del grupo ha sido como un medio de información y de comunicación porque cualquier cosa me comunican, el facturador de Piendamó o la compañera facturadora de Silvia o el compañero de acá de las delicias, entonces hay una gran comunicación, día a día se ha venido trabajando esa parte, en conjunto con todo el equipo que se encuentra ahí, nos hemos estado colaborando y esa ha sido como la forma de trabajo que se ha venido haciendo hasta el momento.

Nosotros acá nos preocupamos más nosotros por la salud de las pacientes, porque prácticamente siempre se ha mirado en la población indígena más las muertes perinatales o las muertes maternas, nosotros tuvimos en Piendamó una muerte materna y perinatal, también tuvimos una muerte perinatal de acá, pero ella se trasladó para para el departamento del Huila, allá fueron como todos los hechos, fueron casi todos allá, por eso, quedó para el departamento del Huila como seguimiento de ese caso.

Con la muerte perinatal y materna de acá de Piendamó, con ese caso, la mamita fue renuente, como te decía, acá nuestra población es muy renuente, entonces con ella más que todo fue la renuencia, como la falta de responsabilidad con su gestación, tenía unos antecedentes ya en el centro de Justicia, con el cabildo de Guambia, tenía antecedentes de que ella tenía sus hijos, pero nunca se hacía responsable sino los padres de los hijos. Se había conseguido una pareja que, si estaba con ella y estaba en el embarazo, pero de todas maneras ella solo hizo un control, de allí, nunca quiso ir a la institución, sin embargo, ella tenía como 3 lugares de residencia, entonces la auxiliar la iba a buscar, pero nunca dio con la paciente, entonces acá la población siempre es renuente y pues ha sido como complicado

trabajar con esa parte de la renuencia. Casi, más que todo que por eso, creo que son los desenlaces de esas gestantes que han terminado en ese punto.

Con el PIC departamental y municipal se ha trabajado bastante con las pacientes, realizando las capacitaciones, brindándoles la educación de los signos de alarma, la educación de parto institucional, también se han realizado encuentros de parteras con las gestantes y puérperas que en ocasiones nos han podido acompañar. Es una experiencia muy agradable de conocimientos.

Acá lo triste es que nuestra población por ser indígena, digamos, hay personas que captan la educación que se les brinda, tienen en cuenta los signos de alarma, pero hay pacientes que por esa parte no nos colaboran, pero, lo ideal es seguir trabajando por el bienestar de las gestantes para que no llegemos a tener un nivel alto de muertes maternas o perinatales.

Lo otro que se ha venido trabajando es el acompañamiento con las parteras, acá como Cabildo se ha hablado de que no se debe perder las costumbres del pueblo ancestral, entonces, lo que se ha venido haciendo y trabajando es con las parteras desde lo propio, comenzando con la educación desde que les llega su periodo, cómo es su proceso y cómo debe cuidarse, de pronto hay muchas parteras que de pronto conocen el método natural con plantas para el manejo de planificación familiar y eso ha sido como lo que se ha venido trabajando, pero, ya con tanta tecnología, con tanta cosa que llega, que entra de la parte exterior o que prácticamente se ve por la televisión o por el Facebook, por tanta tecnología, ya no estamos con esa parte y hay muchos pacientes jóvenes que ya no quieren lo propio, quieren lo exterior, entonces ya como que han perdido eso, de que eso ya no es verdad, no hay como esa credibilidad en lo ancestral, entonces, eso ha sido como un punto débil también, pero si se viene trabajando.

Como le digo ha sido complicado, la población no valora a nuestras mayores, a nuestros mayores, no valoran la institución que tenemos acá en la parte rural que no está ni retirado del domicilio de la población, pueden llegar caminando, en moto, en carro o en cicla, pero pueden llegar, pero es como falta valoración a nuestra IPS.

Hay pacientes que ellas no quieren la asistencia con la medicina occidental, pero nosotros acá tenemos la salud propia, contamos también con un equipo donde hay un médico tradicional, está la partera, hay un auxiliar, entonces con ellos, de igual forma se envía la base para que ellos estén pendientes por si en cualquier

momento llega la paciente que está pendiente y todo eso. Ellos tratan en ocasiones, cuando los pacientes llegan y ven que allá está alterada o alguna cosa, la remiten al servicio de urgencias, para que vengan para la IPS, ellos han sido también los que hacen el apoyo, sin embargo, no le podemos decir a la paciente, “esa es la partera”, “si usted quiere asistir tiene que ser con ella”, no, ha sido complicado a pesar de que tenemos una partera, pero aquí dentro del resguardo no contamos solo con una partera, más o menos aproximadamente con 15 parteras, entonces, digamos la familia, el hogar, deciden por otra partera y ellas hacen controles con esas parteras, pero acá, ellos no refieren en el momento del control con los médicos, en ocasiones si refieren, estoy realizando controles con “tal” partera y los médicos colocan el nombre de la partera, pero en ocasiones ellas no nos dan la información, entonces nos quedamos sin saber si realmente tiene valoración por partería o no. Si tenemos muchas parteras y ya ahí es de la elección de la paciente.

Dentro del resguardo está el programa Misak también, donde es un programa que también está vinculado con las gestantes, en ese programa, creo que ellos cuentan con 3 parteras, ellas también realizan su respectivo seguimiento a las que están vinculadas dentro del programa Misak. Las demás que ya quedan por fuera, que no alcanzan a estar dentro de esa vinculación, ya son parteras particulares que les realizan el control en ocasiones.

A veces, la población llama a la partera en el momento de su parto, entonces la partera, si la llaman a medianoche, ella trata como de ubicar el lugar de la residencia de la paciente y de llegar a su domicilio, así ha sido como la forma, pero que si inicia un trabajo, un control con partería desde el momento que se enteran de su gestación, eso sí no lo he visto acá, es muy poca la materna que inicie con partería como manejo o control de seguimiento, más que todo ha sido acá institucional en el momento de que se capta.

Por otro lado, está el médico tradicional, en esa parte, nuestra población también se divide en la parte religiosa, tenemos población que es católica y población que manejan los evangélicos, entonces, casi la parte de la población que son evangélicos no van al médico tradicional, ellos a pesar de que somos indígenas dicen que el único que sabe el transcurso de la vida es Dios y no es el médico tradicional.

El médico tradicional, su función, dependiendo del médico tradicional, ellos tienen como el ver de la gestante, si el parto va a ser normal, se va a complicar,

entonces, lo que él hace es como un refrescamiento para la gestante para que la finalización de su gestación sea en buenas condiciones, es como una limpieza al cuerpo de que no le vaya a suceder nada, que la finalización de su gestación termine bien, su parto normal, que esté todo bien, que de pronto no se tenga que remitir a un nivel superior, es más como esa parte, pero la otra población casi no cree en el médico tradicional, entonces casi no realizan consulta con el médico tradicional, son muy pocas las personas que asisten a ese control.

Otra situación también es que tenemos dentro del resguardo otros médicos tradicionales, entonces lo que ellos hacen es trasladarse a otros médicos tradicionales, hacen su consulta, de cómo va a finalizar su embarazo, si va a ser en buenas condiciones, o no va a ser así, o que le realicen la limpieza, es casi similar al manejo de la partería.

El medico tradicional y la partera se encuentran en Sierra Morena, la vez pasada si estábamos haciendo visitas como la resolución nos pide de que las pacientes que no sean de alto riesgo, la visita sea en domicilio, entonces esas brigadas se estaban realizando, iba al médico general, la partera, el médico tradicional, la psicóloga, el auxiliar de campo encargado, se trasladaban al domicilio y hacían como un trabajo en conjunto, empezaba de pronto el médico general haciendo una valoración, la partera iba también haciendo la valoración y brindando la educación con las plantas tradicionales que se manejan durante el embarazo, la alimentación que debería tener la gestante durante su gestación, la psicóloga también hacía acompañamiento, si la paciente se encontraba en estado de depresión o no se encontraba bien con su proceso de embarazo, porque, dependiendo del embarazo, acá se maneja población que sí, optaron por un embarazo deseado, aceptado por la familia, por la pareja, pero, muchos casos vemos que de pronto el embarazo no fue deseado, entonces la paciente quedó embarazada y tocó aceptarlo, son cosas que en ocasiones, yo le decía al Cabildo que debíamos de ponernos en los zapatos porque digamos, yo tuve que tener mi bebé porque no lo programé o yo no estaba preparada pero lo acepto porque yo no puedo quitarle la vida y hacerme un procedimiento de IVE, no puedo quitar la vida a una persona que no se puede defender, entonces ellos asumen el embarazo, pero en algunos de los 3 trimestres ellas en ocasiones se deprimen. En ese momento cuando se hacía la Brigada lo que se hacía era el acompañamiento con la psicóloga, ella le hacía una valoración y ya dependiendo, la psicóloga le decía tienes que volver

a nuevo control o cuando yo pueda vengo, te visito y vamos a ver cómo te sientes, cómo sigue tu depresión, como sigue tu ánimo, cómo sigues más que todo con el proceso de la depresión, sí ya lo asimiló, y la partera y el médico tradicional dependía de si la paciente aceptaba entonces el médico tradicional de todas maneras hacía como una limpieza, una armonización en ese proceso.

Ya, específicamente en el Hospital Mama Dominga con lo de la partera, se respeta el acompañamiento que se tiene por ella, si la mujer refiere que quiere que en el parto esté la partera, se respeta esa parte, el médico no le coloca problemas, si llega con la partera pues mucho mejor porque los médicos prácticamente no son Misak entonces hay pacientes que ella el español casi no lo saben entender bien, entonces lo que hace la partera, en ocasiones entienden un poquito más el español, es prácticamente traducir.

El acompañamiento por la partera durante el trabajo de parto, lo que a veces la partera realiza es como traducir en el idioma Misak lo que los médicos refieren o lo que los auxiliares de pronto refieren, se lo dice a la paciente, ella en ocasiones hace acompañamiento en eso y está pendiente, le colabora, le dice, “colabórele al médico”, porque aquí la población a veces también tiende a ser como muy tímida con sus partes genitales, entonces, lo que hace la partera es decirle, que le colabore con el médico con eso, y qué hacer, entonces ella lo que hace es traducir a la materna que realice todo lo que lo que le esté orientando o lo que el médico esté ordenando en ese momento. Es como una ventaja, pero, si ya la paciente no viene con la partera llega con un familiar entonces también ingresa el familiar.

La otra parte que se respeta es la comida, acá la institución tiene el servicio de la alimentación, pero, como acá el centro de cultura no está en el momento que ella sale de puerperio, no está de que en su momento se tome su jugo de mora, que coma un pedazo de carne de res o que se coma frijoles o lentejas, entonces, lo que se hace es de que los familiares traen comida especial para la puérpera, entonces, los médicos o los auxiliares respetan la parte de la alimentación. Lo otro que también se realiza, en otras instituciones es muy poco lo que se ve, es la entrega de la placenta, ellos tienen en su cultura que siembran la placenta en su domicilio, entonces, los auxiliares les refieren a ellos si la placenta se la van a llevar o no se la van a llevar, la mayoría de la población de acá dicen que se la van a llevar.

Lo que se hace es coger una bolsa roja y en el momento de que ya nace la placenta, se guarda en la bolsa y se le entrega al familiar para que haga la siembra

de la placenta en el sitio. Es una costumbre donde ellos siempre han referido qué hacen esa siembra de la placenta, que la persona que nace allí, el bebé, el Misak, en el momento de que consiga su pareja, él no se vaya tan lejos a buscar su pareja sino que la encuentre prácticamente en el territorio, más que todo por esa situación, o que de pronto, si la persona se llega a ir, que nunca se olvide de sus raíces, esa es como esa parte que de pronto ellos nos han explicado, entonces, los médicos cuando ingresan a laborar aquí, cuando hacen parte de la IPS Mama Dominga se les explica casi todo lo de la alimentación, lo de la placenta, lo del acompañamiento con partera, entonces, hasta el momento no se ha tenido como el choque con el personal médico, eso ha sido como una ventaja para la puérpera en su momento.

Lo otro es que la sala de parto es demasiado fría, entonces acá manejamos los calefactores, los que producen calor, se manejan los calefactores para que físicamente la paciente no sienta como ese frío desde que sale de la sala de parto hasta la sala de puerperio donde ya se pasa la paciente, allá también se les coloca el calefactor hasta que ya se le da el egreso cuando cumpla las 24 horas de observación, entonces se le deja el calefactor las 24 horas hasta el momento de la salida.

El papel del auxiliar, pues si el médico le ordena la monitoria, entonces se realiza la monitoria, dependiendo de los exámenes médicos se canaliza, se ponen los líquidos, se toman los paraclínicos y dependiendo de eso, del proceso de la evolución del trabajo de parto, la trasladan a la sala de parto porque primero están en la sala de preparto, luego, dependiendo de la dilatación ya se pasa a la sala de parto, antes de eso también los auxiliares, recibimos la ropa del bebé, se pone con el calefactor para que al momento que nazca el bebé la ropita esté tibia, también se organiza la sala de parto, se verifica de que esté todo completo antes de pasar a la paciente a la sala de parto, estar pendiente de la TSH, de la oxitocina que se le va a suministrar, la profilaxis que se le va a hacer al recién nacido, que todo eso esté completo o preparado para atender del parto.

En el momento del parto dependiendo de si hay que realizar una episiotomía, estar pendiente pasando, de que no se vaya a contaminar lo sucio con lo limpio, con lo estéril, también en esa parte colaborarle al médico, luego ya se hace las notas de enfermería, cuando nace el bebé, se limpia, seca, se viste, se hace la profilaxis, se mide, talla, pesa y de allí se colocan las vacunas dependiendo del criterio del RN también se hace la revisión de las vacunas del recién nacido.

Ahorita con la resolución 3280, me parece muy completa para la población indígena porque marca demasiados pasos para la gestante, porque ya entra lo que es la valoración por psicología, ginecología, nutrición, que antes no estaban dentro del programa maternidad, también lo de salud oral, también entra en menores de 14 años la valoración con pediatría que también hace de la ruta del programa de maternidad, también entra para la población digamos casos de violación o también dependiendo de la causal la IVE, la resolución maneja las rutas de la IVE, de maternidad, entonces para mí, para mi población está completa porque está vinculada a casi todos los programas que de pronto en años anteriores, con la anterior resolución pues prácticamente no nos dejaba esa ruta, solamente era ginecología y las valoraciones con médico general, entonces ahora ya entra lo que es pediatría cuando son pacientes menores de 14 años, y lo que es nutrición, lo otro nuevo también en la ruta de maternidad que está dentro de la resolución es la parte de las vitaminas que se suministra a menores de edad, entonces digamos las EPS no pueden estar en contra de esa resolución, es favorable porque a veces nosotros remitimos, ellos lo que hacen es cómo colaborarle al paciente o tratamos de colaborarles, pues bueno, hasta el momento no se han negado con los servicios, que están dentro de la resolución, de pronto en ocasiones el médico se equivocó por error de algo, mandó una ecografía que no estaba para esa edad gestacional, que no se aplicaba, entonces digamos por esa parte si la EPS refieren de que no le autorizan el procedimiento porque, de pronto es una ecografía transvaginal y por la edad gestacional que tenía ya no sería una ecografía transvaginal, sino que ya sería una ecografía abdominal o aplicaría para una ecografía de talle anatómico entonces es más que todo por esa parte.

En ocasiones cuando está la ginecóloga y el ecógrafo se han detectado varias complicaciones, que al final se han terminado remitiendo a nivel superior, y ya en el nivel superior prácticamente realizan su manejo, estabilizan a la paciente y ya dependiendo qué condiciones se encuentre la gestante.

En ocasiones la población manifiesta que ellos no se trasladan acá por falta de recursos económicos, que, porque la institución en el momento que ingresan a hacer los controles se demora mucho en atenderlos, entonces, es como la impaciencia que de pronto ellos presentan en el momento del control, que no las llaman rápido.

Con las remisiones ya a nivel superior, desde el año pasado, con el inconveniente que tuvimos de la pandemia, del aislamiento, ha sido como complicado, hubo unas personas que si se contagiaron allá en nivel superior, entonces la gestante no llega a un servicio donde están los de COVID, pero, de pronto se puede contagiar como en el transcurso del traslado hacia el municipio de Silvia, en el transporte, ha sido como lo más preocupante, que de pronto haya cómo ese contagio, porque han estado en contacto con personas que no saben si lo tienen o no lo tienen, a pesar de que nuestra población fue como complicada el año pasado, más que todo por el tapabocas, entonces ha sido como esa parte.

En la otra parte que hemos mirado que las remisiones no, las pacientes más que todo le temen a la cirugía, a la cesárea y la familia le tiene como ese temor para la cesárea, ha sido como complicado en esa parte, de que ellas no quieren irse porque piensan que prácticamente les van a hacer una cesárea. Acá siempre se les ha brindado la educación a la materna, al familiar, al acompañante, o al esposo o a los hijos del porqué se hace la remisión, porqué una cirugía, todo ha quedado escrito en las historias clínicas del servicio de urgencias.

Lo otro, es que las remisiones, hay pacientes que llegan de pronto al servicio de urgencias ya muy complicadas y prácticamente pues hay que remitirlas, entonces las pacientes y obviamente la familia han aceptado las remisiones a nivel superior. El año pasado con lo que se estaba haciendo con los bloqueos a los municipios, lo que se hizo fue con la ambulancia que se remitía. Por lo menos hubo una materna que se nos complicó aquí que iba a nivel superior, allá la estabilizaban, le hacían todo el manejo, le daban egreso al tercer, cuarto día entonces la IPS cuenta con un servicio de casa de paso en la ciudad de Popayán, entonces, nosotros le decíamos que cuando les dieran el egreso se trasladarán para la casa de paso y ya en su momento cuándo hubiera otra remisión, entonces la ambulancia se acercaba allá y la trasladaban a sus domicilios, eso era lo que se estaba manejando, ahorita ya no, porque prácticamente ya los bloqueos pues no están en las vías y hay como transporte, ahorita no se maneja esa parte, ya se remite y ellas nuevamente retornan por sus propios medios.

En cuanto a la humanización del momento del parto, acá como se trabaja con población que es Misak, se hace el acompañamiento, no ha habido como esa discriminación, ese bullying, esa falta de respeto con los pacientes. Nos preocupamos nosotros por la salud de las pacientes, entonces, más que todo aquí

ha sido como ese apoyo, de darles a entender el riesgo, el peligro, eso ha sido como una parte de la humanización

Mi experiencia aquí, pareciera que todo iba a ser color de Rosa, pero realmente en nuestra población está primero la renuencia, la renuencia si ha sido como muy complicado de manejar, hemos tratado con el apoyo del Cabildo que nos han dado acompañamiento en esa parte, pero no ha sido posible, porque ellos también tienen diversas actividades a realizar entonces ha sido como complicado, también ha sido complicado porque nuestra población ha sido como flotante, un tiempo están acá en Silvia, otro tiempo se van para Caldon, o para el municipio de Morales, o para el municipio de Cajibío, también complicado y una experiencia que uno tiene que ver, que de pronto no tienen como esa responsabilidad por su salud, la responsabilidad de una gestación, como eso, la falta de responsabilidad de su salud y de la gestación, también la experiencia que tuve, de pronto del machismo, o sea, si la paciente quiere ir a una remisión, que ella no se va porque el marido no la deja, dentro de mi experiencia he visto cómo esa parte, el machismo.

Yo en ocasiones a algunas pacientes les digo no, las cosas no son así, como materna, yo también soy mamá, también soy esposa, pero tampoco, yo no le puedo decir a mi marido ¿usted me da permiso para que me atiendan mi parto Mama Dominga? No, y los dolores tampoco, su esposo, pues bien, si fue un embarazo, los dos se han apoyado, que venga y le haga acompañamiento, pero ya en el momento del parto la pareja, la obligan a hacer parto con partera en domicilio, pues no me parece porque prácticamente, como yo le digo a mi paciente, “es mi cuerpo, soy yo la que voy a sentir el dolor, soy yo la que voy a estar en el momento del parto, que tenga que pujar, todos los procedimientos que se hagan soy yo la que voy a sentir” entonces, yo muchas veces les he recomendado a las pacientes, que no tomen una decisión porque la pareja lo dice, sino que tienen que ser responsables. Yo en esa parte miro el machismo, como que la mujer no tiene como sus derechos, como en un hogar, no tiene como esos derechos de decir, “yo me voy” o “acompañame”, más que todo eso ha sido como en esa parte, como que en mi experiencia he visto.

También, la responsabilidad de que ellas ven que tienen una nueva criatura, que viene una persona más y que tiene que ser responsable al asistir a los controles, a todo lo que el médico le ordene, entonces desde allí también empieza la responsabilidad, yo creo que desde que uno ya queda en embarazo, esas son sus

responsabilidades hasta que el bebé nazca, hasta que su hijo crezca y de ahí para adelante, es como una responsabilidad que tiene uno, entonces he mirado como esa parte, la irresponsabilidad de no asistir, de no comprometerse, o sea, más que todo ha sido esa como la experiencia que he mirado, de que prácticamente la institución ha hecho ese esfuerzo y se trabaja con tal de que la población acate, aproveche con la institución que contamos.

Igual la institución ha sido también un esfuerzo de seguir habilitando los servicios para que las pacientes no se trasladen hasta Popayán o hasta Cali por una ecografía o por una valoración por ginecología, por nutrición, psicología, con el servicio de urgencias, contamos con todo pero nuestra población no aprovecha como esos beneficios que nosotros les damos, porque casi día a día, el equipo extramural, el equipo de campo sale, dan información de que acá estamos con todo, se le asigna la cita, se les comunica por vía celular que día le toca la cita, la hora, pero hay pacientes, que no acatan las recomendaciones, entonces por esa parte si ha sido como complicado manejar la población.

En ocasiones se les recomienda que también se les respeta si ella quiere más que todo la medicina propia, pero ni así, realmente nosotros no sabemos cómo satisfacerlos. Cuando las pacientes son muy retirados, que tienen bajos recursos económicos, la institución apoya con la alimentación, entonces se le da un refrigerio, en ocasiones si se demora mucho se les da su almuerzo o su desayuno, entonces sí, como la falta de responsabilidad que se ha perdido en la población.

Igualmente, ha sido una experiencia muy bonita conocer e implementar, día a día conoce uno muchos casos, día a día trabajamos para que el desenlace de una gestante no sea con una muerte perinatal o una muerte materna, día a día muchos casos, muchas experiencias, que de pronto en mi familia, en mi hogar no se han presentado. Pues día a día creo que se lucha contra la gente que no asiste a los controles, que es muy renuente, entonces sí es más que todo como esa parte como experiencia, ha sido muy bonito trabajar con el programa porque se adquiere mucho conocimiento en compañía de las jefes, de los médicos.

Es bonito cuando uno escoge su profesión porque realmente le gusta su trabajo, le gusta sus pacientes, estar pendiente de ellos, a pesar de que ellos no sean así con uno, de que le colaboren, en ocasiones pues no nos colaboran pero lo bonito es como uno preocuparse por la salud de ellos, por el bienestar de uno también y esas experiencias que uno tiene que de pronto las puede aplicar con uno

o dentro de la familia, ayudar a orientar esos casos que se presentan, entonces no me arrepiento de mi profesión es muy bonita y seguiré trabajando día a día”.

4.2.8 Pulowi

A colaboradora número oito se reconhece como indígena pertencente ao resguardo de Quisgó e começou seu trabalho no Hospital Mama Dominga no ano 2019 desenvolvendo atividades de promoção e prevenção, além de atividades assistenciais por 6 meses, posteriormente perdeu o vínculo com a instituição no 2020 e desde junho de 2021 voltou à instituição como auxiliar extramural, manejando a zona urbana, campesina e do Resguardo de Quisgó com pacientes crônicos, gestantes e puérperas.

O contato com a colaboradora foi realizado no dia 29 de setembro por meio do aplicativo de WhatsApp explicando o projeto com seu objetivo e procedimento, os pesquisadores envolvidos no estudo e, após a aceitação da colaboradora foi encaminhado o parecer do comitê de ética, a autorização da instituição, o TCLE e a carta de cessão para o uso da entrevista.

A reunião para a entrevista foi no dia 30 de setembro de 2021 às 17h40min pela plataforma Google Meet, realizando a apresentação da pesquisadora e do projeto, especificando o conteúdo do TCLE e a carta de cessão. O encontro durou 25 min.

❖ **Tom vital:** *“el respetar mucho las costumbres que ellos tienen” - “Respeitar muito os costumes que eles têm”*

❖ **Narrativa:**

“Las visitas a las maternas que se realizan es con médico general, a veces también hacen acompañamiento las parteras con médico general y yo le colaboro al médico en tomarle los signos vitales, la presión, saturación, frecuencia cardíaca, respiratoria, peso y ya el médico se encarga de hacerle la historia, la consulta, le ve los datos que ella tiene, la frecuencia cardíaca fetal y a las indígenas les gusta que la partera también haga acompañamiento para que a veces, ellos le llaman bebé encajado, cuando está volteado o está podálico, ellas le hacen un tipo de masaje, hay unas que aceptan eso otras que no.

Con relación a la mortalidad materna, creo que es por las tradiciones que normalmente los indígenas tenemos o porque a veces el transporte para ir a controles les queda como difícil, también hay unas gestantes indígenas que son

inasistentes por cuestiones de ellas, de trabajo agrícola en la casa, pero, para eso estamos los extramurales que hacemos acompañamiento con médico, para hacerle las visitas a esas personas, a veces inclusive ellas también firman un desistimiento y se van para la casa, pero cuando es el día del parto ellas vuelven al hospital, a veces vuelven complicadas, igual hay algunas pacientes les gusta más que toda la medicina tradicional, acá manejan las parteras.

Acá también el Hospital Mamá Dominga tiene un sitio que se llama Sierra Morena, allá manejan todo lo que tiene que ver con plantas, parteras, uno también se hace acompañamiento de las parteras porque ellas son sabedoras de lo ancestral, más que todo en eso.

En la atención del hospital, el médico está más que todo con la gestante y luego que ya nace el bebé, se lo pasan al jefe, el jefe se encarga de la vacunación del recién nacido, valoración de signos vitales, lo limpian, le cambian su ropita, ya el médico se encarga de la gestante, de la puérpera por si ha habido desgarre para hacerle la sutura. En la parte tradicional normalmente acá la placenta la guardan para enterrarla en la casa es como un ritual que hacen.

Por pandemia ya no dejan ingresar al acompañante, que normalmente es el esposo o la madre de la que está en trabajo de parto, utilizan la camilla normal de partos, el acompañamiento lo realiza el médico, el jefe y el auxiliar, la partera también puede ingresar con los implementos de bioseguridad, como careta, tapabocas, bata, más que todo, guantes y la partera acude a todos esos protocolos de bioseguridad, son muy juiciosas con eso.

Adicionalmente, como el clima de Silvia es frío, acá el hospital tiene los calefactores, mientras la paciente esté hospitalizada, los médicos también respetan eso, si la paciente no se quiere bañar y ya cuando sale a su casa, se encierra y no sale por los 40 días.

También está la parte del idioma, ellas hablan el idioma Misak, idioma guambiano, yo no lo hablo, si la paciente es Misak se trata como de comunicar más con la partera, las parteras que maneja Mama Dominga son Misak, entonces ellas hablan más, ella le explica y entre ellas dos se entienden porque el doctor tampoco sabe el idioma, en mi caso tampoco, entonces, la partera y la gestante siempre conversan y luego la partera le comenta al médico lo que ella le contó.

Otra costumbre es con la alimentación, va más que todo en no consumir cosas frías en ese mes, como consumir, por acá la gallina que acá crían, que sea

fresquita, no consumir nada frío, chocolate no consumir como los granos, frijol, más que todo eso consumir todo que sea caliente. El hospital respeta las creencias de las puérperas indígenas, o sea, ellos aceptan como se cuiden y cuando ya nace el bebé a los 28 días hay que hacerle el control del recién nacido, entonces también el médico hace acompañamiento, va a la casa, revisa a la puérpera y al recién nacido.

El médico tradicional al día que ya sale del hospital al segundo día le hace un baño de 7 hierbas que le llaman acá, de todas las hierbas que tengan como hierbas calientes y le hacen un baño para que la lactancia sea mejor, eso acostumbra a hacer el médico, igual la partera, son baños rituales, le llaman así.

En cuanto al miedo a la medicina occidental, a veces dicen o he escuchado que a ellas les da miedo porque en vez de ayudarlas, las empeoran, dicen ellas, entonces más que todo el miedo o allá dicen que por ejemplo en el hospital las bañan y normalmente acá en la zona indígena se acostumbra a cuidarse los 40 días a no mojarse, no enfriarse.

Por eso, entre las cosas que hay que tener en cuenta es, uno respetar el sitio a donde uno va, por ejemplo, a nosotros acá la costumbre es que, si uno tiene la menstruación, no abrazar al bebé porque puede dar pujo, o sea, que el ombligo se le puede brotar, tener en cuenta eso uno de mujer que las va a visitar a ellas, el respetar mucho las costumbres que ellos tienen, o uno no estar en embarazo para ir a visitarlas porque le puedo dar pujo, eso es lo que se dice.

La comunidad por acá, como le decía, maneja mucho las costumbres, así como yo le decía del baño, de las hierbas, de la alimentación, también hace acompañamiento de parte del Cabildo indígena y como auxiliar también estamos pendientes, si ha egresado una gestante, una puérpera con su recién nacido por parte de nivel dos, por preeclampsia, nosotros le realizamos seguimiento al día que ella salga del hospital, luego a los 7 días y luego a los 14 días hasta cumplir el mes viendo que ella esté bien, que no esté sangrando demasiado, su presión como está, tenemos seguimiento de ello, tanto auxiliares zonales como la que está encargada de llevar la base de gestantes, ella está encargada de informar si ingresó una nueva gestante para hacerle visita, hay que orientarla, que si no quiere, como tratarla de empujar a que vaya a la medicina occidental le decimos acá, y tanto allá la tradicional que si quiere ir, no es como obligación pero hay pacientes que les gusta también ir allá.

Cuando una paciente tiene antecedentes de preeclampsia ya sea en la primera gestación o ya anteriormente haya tenido en la gestación ya ha tenido preeclampsia, pues normalmente se sabe que todos sus embarazos tienen probabilidad de preeclampsia, antes de que sea el parto sea por cesárea ya tendría fecha de que la ambulancia, acá también tienen ambulancia, la remite y la va a dejar allá personalmente a nivel dos, y si una paciente ya llega con preeclampsia de una la envían cómo urgencia vital, la remiten y mientras, de acá a Popayán hay más o menos 2 horas, 3 horas dependiendo del tráfico, a esa hora ya la están comentando de que por favor la reciban y la remiten y ya nosotros estar pendientes al egreso de esa paciente

Igual se puede mejorar porque a veces se remiten a pacientes a nivel dos que pueden tener el parto acá sólo que los equipos que se requieren pues no están o especialistas porque pues a veces por una preclamsia, solo por preclamsia se necesita un especialista y a veces acá solo es el médico general por eso hay remisiones y por equipos.

La experiencia ha sido buena porque a pesar de que yo también soy indígena, uno conoce más cosas que uno normalmente pues a uno la mamá le explica ese tipo de cosas como yo le decía, los cuidados que uno debe tener, ellas a veces le informan cosas que uno no sabía y uno las acepta bien o uno también tiene como experiencia, las cuenta, igual ellas también tienen experiencias más que uno y a uno también le sirven para poder orientar a otras pacientes que son primerizas y uno también las orienta de acuerdo a lo que otra gestante a uno le ha comentado y que podría servir”.

4.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO

A seguir são apresentados os resultados da análise de conteúdo feita a partir das transcrições das falas dos colaboradores, que geraram quatro categorias com suas respectivas unidades de registro (ver quadro 6). Cada pessoa é identificada com o nome de um deus dos diferentes povos indígenas do país. Os trechos que se expõem foram traduzidos para a língua portuguesa, conservando o significado da fala.

QUADRO 6 - CATEGORIAS E UNIDADES DE REGISTRO

Categoria 1. Saúde da mulher gestante indígena: Costumes e desejos
<ul style="list-style-type: none"> • Medicina tradicional ao serviço da mulher • Parto tradicional • A placenta como a união eterna • O calor que conforta • Nutrição da alma, nutrição do corpo
Categoria 2. Saúde materna institucional com foco na cultura
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento à mulher gestante indígena • Parto institucional indígena • Medicina própria no Mama Dominga • Complicações na saúde da mulher gestante indígena • Transferência das gestantes indígenas
Categoria 3. Papel da equipe de enfermagem na saúde da mulher gestante indígena
<ul style="list-style-type: none"> • Profissional de enfermagem na saúde da mulher indígena • Os auxiliares de enfermagem como colaboradores na atenção da mulher indígena • Comunicação: elemento chave na atenção • O sentir e recomendações desveladas do cuidar das mulheres indígenas
Categoria 4. Barreiras percebidas para a atenção institucional da mulher indígena
<ul style="list-style-type: none"> • Relutância, desconhecimento e timidez da mulher indígena • Medo da imposição de práticas institucionais • Localização geográfica • Falta de conhecimento do processo cultural por parte dos profissionais

FONTE: A autora (2022)

- **Categoria 1. Saúde da mulher gestante indígena: Costumes e desejos**

A primeira categoria revela os elementos que a equipe de enfermagem tem percebido no momento que as mulheres grávidas indígenas escolhem ter seu parto fora da instituição de saúde, além dos costumes próprios do povo Misak com relação ao parto.

Na unidade de registro **“Medicina tradicional ao serviço da mulher”** todos os colaboradores falaram da importância das parteiras para as gestantes, pois, são as pessoas que atendem a maioria dos partos em Silvia e conhecem a fundo os costumes das mulheres indígenas. Ainda assim, o médico tradicional também tem um papel fundamental na espiritualidade da mulher. O ser médico tradicional ou parteira é uma vocação que se encontra a pessoa no seu interior.

“No caso das gestantes, sempre vão primeiro para a parteira antes do hospital” (Maleiwa).

"Tem muita gestante que decide ficar só em casa com a parteira" (Mexión).

"Tem um médico tradicional que fica encarregado de fazer a limpeza espiritual e de limpeza em casa, tem a parteira que faz o controle do pré-natal direito, já focada no que tem a ver com a mulher Misak" (Kallim).

"Ser parteira é um presente que as mulheres encontram dentro de seu próprio ser" (Kallim).

Um dos colaboradores manifestou que há parteiras que aprendem porque outra pessoa ensinou para elas, mas as parteiras que são médicos tradicionais têm uma sabedoria que vai além do físico, identificam o risco e adquirem seu conhecimento através de sonhos ou da natureza.

"Aqui existem dois tipos de parteiras, existem pessoas que são apenas parteiras e existem pessoas que são parteiras e médicos tradicionais. O médico tradicional sabe mais que a parteira, pelo conhecimento ou sabedoria que adquire, é como se sentisse o que vai acontecer, então, tem parteira aprendiz, que aprendeu, por exemplo, a mãe ou avó era parteira aí ensinou, mas tem parteira que vai adquirindo conhecimento por meio do sonho ou sei lá, de repente vai para um lugar onde tem as energias da natureza, elas aprendem assim" (Maleiwa).

"Uma parteira interpretava as estrias, ela dizia: "não, olha as estrias mostram que a vida do feto é muito curta, não me arrisco a fazer esse parto aqui porque aquelas estrias, não sinto bem", porque as estrias dizem que é o mapa da vida" (Maleiwa).

"Outra parteira era guiada pela lua, ela sempre se relacionou com as fases lunares, por exemplo ela falava, "essa mulher vai ter um filho esta semana e vai sofrer muito porque a fase da lua está nessa, então irradia mais para dor" (Maleiwa).

Porém, outra colaboradora falou dos "choques" que algumas vezes podiam se apresentar se a equipe de saúde manifestava um conceito que fosse em contraposição com o que a parteira determinou.

"As parteiras às vezes falam o sexo, se o que estão esperando é um menino ou uma menina. Um dia com uma mãe que tinha restrição de crescimento intrauterino, o médico disse que era um menino e ela ficou molesta, não acreditou porque a parteira disse que era uma menina" (Lulumoy).

Três colaboradores manifestaram uma das preocupações que tem a Instituição e o cabildo indígena com relação à medicina tradicional. A população mais nova, devido às influências do "exterior" tem perdido credibilidade nos

costumes próprios apresentando um maior interesse em outras coisas do mundo ocidental.

"Tem muitos pacientes jovens que não querem mais o próprio, querem o exterior, então já perderam isso, que isso não é mais verdade, não existe essa credibilidade no ancestral, então isso tem sido um ponto fraco também" (Pishimisak).

"A modernidade, o tecnicismo e tudo o que tem a ver com o que chega aos territórios faz com que as meninas que de repente se candidatam a parteiras não escolham esse caminho e vão fazer outras coisas, porque ser parteira também é uma vocação" (Kallim).

Na unidade de registro "**Parto tradicional**", 4 dos colaboradores manifestaram que os parto em Silvia acontecem no lar desenvolvidos pela parteira, tendo umas características específicas como o fogão, uso de plantas, a posição pode ser de cócoras ou de joelhos e utilizam uma corda denominada "manila" ou "chumbe" para se segurar.

"Os partos aqui em Silvia ou em Mama Dominga são principalmente em casa, assistimos a poucos partos institucionais" (Lulumoy).

"No parto domiciliar, tudo que é tradicional é usado e tem que ficar ao lado do "nachan", que significa o fogão, e aí sim, a maioria das parteiras coloca uma corda, uma "manila" onde a mãe fica presa naquele fio, naquela manila e elas usam a gravidade mais do que qualquer outra coisa. A parturiente está ali e toda vez que há contrações, ela se pendura na "manila" (Mexión).

"Em casa tive a oportunidade de ver e apoiar um parto, pode ser tanto de cócoras como de joelhos, elas seguram-se em um móvel ou na cama ... Em outras ocasiões vi que colocam um "chumbe" na casa, na madeira que tem no teto, para que elas possam se segurar e ter a mesma posição agachada" (Kallim).

Na terceira unidade de registro "**A placenta como a união eterna**", 7 colaboradores expressaram a importância de semear a placenta na cultura Misak para que seus filhos no dia que crescer não fiquem longe de casa ou esqueçam suas raízes.

"A placenta tem um significado espiritual que diz que quando a placenta é semeada em casa aquele menino ou menina não vai sair do território e vai voltar. Então, acredito que mesmo por isso voltei aqui a nestes territórios, porque minha placenta está em Silvia" (Kallim).

"Os Misak têm o costume de levar a placenta e enterrá-la, isso, para que a criança no dia que crescer não saia da família. Eles o enterram dentro da sala de estar ou ao redor da casa em muitas ocasiões" (MexiÓN).

A unidade de registro **"O calor que conforta"** específica como na tradição Misak o corpo no parto apresenta um gasto energético, o que precisa de que a puérpera permaneça em casa para não esfriar o corpo e assim não adoecer.

"O corpo desde a tradição Misak é quente na hora do parto, isso é um gasto de energia no sentido espiritual que precisa do calor da casa para não esfriar, por isso, às vezes até os 40 dias as puérperas vão saindo de casa e quando saem colocam chapéu, lenço, colocam um pedacinho de algodão na orelha para que não entre vento frio, é um cuidado muito rigoroso desde a parte cultural" (Kallim).

"A gente tem visto, por exemplo, nos partos domiciliários, elas mandam a criança pra checar, com sua mãe, a parteira, a avó, mandam a criança para tirar a ficha de nascimento, pra checá-lo, mas as mulheres não vêm porque ela tá fazendo dieta, eles são muito cuidadosos com essa questão" (Lulumoy).

"Ela nos contou que o bebê começou a ter convulsões, aparentemente ele morreu de sepse aos 7 dias, eu perguntei para ela "por que você não o trouxe para o hospital?" Ela morava a cerca de 10 minutos daqui do hospital em ambulância, ela disse: "Porque eu estava sozinha e fazia dieta", para elas a dieta significa ficar em casa 40 dias e não poder sair, a questão da dieta é muito sagrada, porque dizem que adoecem se o frio entra na cabeça, aí ficam doentes para o resto da vida" (Lulumoy).

Na unidade de registro **"Nutrição da alma, nutrição do corpo"**, 6 colaboradores manifestaram que desde antes do parto as gestantes começam uma alimentação diferente de acordo com as indicações da parteira, sendo necessário seguir uma dieta especial no puerpério, como o consumo do frango, ovelha, alho, batata marrom, entre outros, excluindo os alimentos que se consideram frios na cultura.

"No pré-parto têm uma alimentação especial onde a comida tem que ser toda quente, falam, por exemplo, a batata marrom, é sempre a batata marrom, não pode ser a batata vermelha porque eles falam que é frio e a carne nunca será bovina, sempre tem que ser frango ou ovelha e muito alho, para ajudar no processo de recuperação do útero e que quando envelhecem ficam sem nenhuma doença" (MexiÓN).

"A nutrição vai mais do que tudo em não consumir coisas frias naquele mês" (Pulowi).

- **Categoria 2. Saúde materna institucional com foco na cultura**

Esta categoria se enfoca no trabalho que realiza o Hospital Mama Dominga com a mulher indígena no ciclo gravídico-puerperal, observando a diferença com outras instituições, em virtude do compromisso constante por respeitar os costumes próprios, criando estratégias com o fim de favorecer sua população.

Na unidade de registro **“Acompanhamento à mulher gestante indígena”**, os 8 colaboradores revelaram todo o plano que tem a instituição para o cuidado das gestantes indígenas.

Primeiramente para os controles pré-natais e no puerpério, a estratégia adotada foi o envolvimento das parteiras nas visitas domiciliárias que realizam os médicos gerais, que é o principal encarregado com os auxiliares.

"As grávidas indígenas relutam um pouco nos nossos controles da parte ocidental, mas se fizermos com que façam um controle junto com a gente, com a parteira, elas têm muito mais acesso aos controles pré-natais e, com a parteira e com o médico tradicional nós podemos gerar uma educação própria, então isso é o que se vê dentro da instituição" (Kallim).

"No Mama Dominga se tentam fazer os controles pré-natais apenas por pessoal médico porque o risco, por ser indígena, é alto, então classificam a maior parte das gestações como de alto risco" (Kallim).

"As indígenas gostam também que a parteira faça o acompanhamento para que, às vezes, chamam de bebê encaixado, quando está transverso ou fica de nádega fazem um tipo de massagem, tem umas que aceitam, outras não" (Pulowi).

"O hospital conta com cerca de 6 ou 7 auxiliares de zona que tentam gerar, cobrir toda a área onde as gestantes se encontram, com seus bancos de dados e poder filtrar e verificar quem está nas duas últimas semanas para poder fazer a visita e identificar se está bem ou mal ou como está" (Kallim).

"O auxiliar de campo faz a visita, faz a avaliação com o médico geral no pós-parto imediato e ao recém-nascido" (Dachisesé).

Algumas mulheres fazem o controle da gestação principalmente com a parteira, para isso, a planilha do controle pré-natal foi adaptada com o intuito de resgatar aquela informação.

"Se a parteira for conhecida ela vai nos dar os dados e vai gerar uma data, onde estava, quais atividades foram realizadas repentinamente e tudo isso vai estar dentro da mesma linha de controle pré-natal ocidental que tem a ver com todos os exames, ultrassons, consultas, ginecologia e enfim o que tem a ver com o controle com a medicina tradicional ou com parteira, então esse template é manejado e levantado desde os territórios para que essa informação não se perca porque é valiosa" (Kallim).

Adicionalmente, o hospital realiza capacitações com as parteiras para unificar critérios e aprimorar as práticas que se realizam com as mulheres, além da educação que desenvolvem com as gestantes no contexto do PIC (Planos de Intervenções Coletivas).

"Sempre nos treinamentos com as parteiras, trata-se de unificar os critérios, tentando explicar às parteiras, o porquê de todas as atividades que são realizadas" (Maleiwa).

"A gente falava com o ginecologista que a parteira muitas vezes não sabia identificar os sinais de pré-eclâmpsia, que é muito comum aqui na região, porque de repente ela não tem monitor de pressão, e às vezes presume-se que a dor de cabeça tem a ver com o trabalho de parto, então, pedimos capacitação e já foram citados, tem chegado de 8 a 10 parteiras também com o Plano de Intervenção Coletiva, que é um programa que é contratado com a prefeitura e com as secretarias, também tem procurado fazer encontros de parteiras" (Lulumoy).

"Com os sinais de alarme, se tem feito uma educação voltada para a parte da cultura indígena, incluindo áudios em Misak tudo que tenha a ver com infográficos e outdoors em Misak. As pessoas são devidamente explicadas em Misak, mas existe um pouco de aversão ao atendimento ser no hospital, querem que seja em casa como antes" (Kallim).

"Com o PIC departamental e municipal a gente tem trabalhado muito com as pacientes, fazendo o treinamento, dando a educação dos sinais alarmes, a educação do parto institucional, tem havido também encontros de parteiras com as gestantes e puérperas que às vezes puderam acompanhar. É uma experiência de conhecimento muito agradável" (Pishimisak).

Na unidade de registro "**Parto institucional indígena**" os 8 colaboradores falaram como é desenvolvido o parto no Mama Dominga, sede Silvia, sendo o médico o principal responsável pela atenção da parturiente com o apoio da equipe de enfermagem.

"Às vezes, o médico e os auxiliares de enfermagem são os que mais atendem os partos" (Kallim).

"O parto é sempre atendido pelo médico, ele sempre se encarrega de garantir que a paciente tenha tudo" (Maleiwa).

"Usam maca de parto normal, o acompanhamento é feito pelo médico e a equipe de enfermagem, a parteira também pode entrar com os implementos de biossegurança, como máscara, bata, luvas e a parteira cumpre todos esses protocolos de biossegurança, elas são muito criteriosas quanto a isso" (Pulowi).

Por outro lado, especificaram as crenças que mais são respeitadas na instituição, como a entrega da placenta e o acompanhamento da parteira e do familiar no momento do parto, do mesmo modo, os cuidados que realizam, como fornecer um aquecedor para cuidar a mulher do frio que pudesse sentir, e dado que eles não têm ainda a alimentação específica que as puérperas precisam, permitem o ingresso dos alimentos por familiares.

"O hospital respeita as crenças das puérperas indígenas, ou seja, eles aceitam como se cuidam" (Pulowi).

"Quando for a hora do parto, a parteira pode entrar e acompanhar ao médico, se a paciente quer que o parceiro sentimental também esteja no trabalho de parto, ele pode entrar, mas se a paciente não quiser que ele entre, só a parteira pode entrar" (Sejankua).

"A outra coisa que também se faz, em outras instituições muito pouco se vê, é a entrega da placenta, eles têm na cultura deles que semeiam a placenta em casa" (Pishimisak).

"Silvia é uma região onde o clima é bem frio, então, o cuidado que a gente faz, acima de tudo, damos um aquecedor para a mãe" (Mexión).

"Não estamos oferecendo, neste momento, a possibilidade de pelo menos caldo de galinha lhes seja dado, mas recebam a dieta comum, a do resto dos pacientes, afirmei que talvez se a dieta for alterada eles verão que está mais perto de seus costumes e concorda em vir aqui para a instituição" (Lulumoy).

"A dieta que dão para as puérperas é obviamente a dieta normal, mas aí eles permitem que os parentes levem sua dieta para a puérpera" (Mexión).

A unidade de registro "**Medicina própria no Mama Dominga**" trata do outro ponto de atenção de Mama Dominga que fica em Serra Morena, que é dedicado exclusivamente à medicina própria Misak, portanto, tem médico tradicional, parteira e a estrutura para a atenção do parto foi desenhada de acordo com os preceitos

culturais, tendo artefatos como o fogão, a manila, os tapetes. Porém, quando o parto é atendido ali, o pessoal de pronto-socorro está atento caso precisem de apoio.

"Mama Dominga possui um espaço denominado Sheiya, que tem, digamos, uma estrutura própria desenhada Misak em forma de círculo, onde no centro fica a fogueira que é o ponto de encontro da família e ao seu redor existem alguns espaços para poder fazer o parto tradicional mas perto da parte institucional porque, se já houver parto lá, o hospital vai saber que tem uma pessoa que está atendendo um parto e vai ter ambulância, médico e pessoal de pronto-socorro que ficam muito atentos caso de repente apresente alguma complicação ou precise de apoio" (Kallim).

"O pessoal da Serra Morena que faz parte do hospital é mais focado na parte cultural, eles manejam muitas investigações, dessa parte cultural, tem guias de como fazer um parto, as recomendações escritas em Misak e alguns desenhos que são ilustrados" (Maleiwa).

"Tem paciente que não quer atendimento com medicina ocidental, mas aqui a gente tem saúde própria, também tem equipe onde tem médico tradicional, tem parteira, tem auxiliar de enfermagem" (Pishimisak).

Na unidade de registro **"Complicações na saúde da mulher gestante indígena"**, sete colaboradores manifestaram que têm vivenciado momentos em que a saúde da mãe se complica, principalmente porque as gestantes apresentam uma morbidade, porém, muitas delas não aceitam a atenção pela medicina ocidental precocemente.

"Aqui, se tem tido mortalidade materna, tem havido muitas mortalidades perinatais, tem havido muitas morbidades maternas em termos de tudo que tem a ver com pré-eclâmpsia em maior medida e hipertensão, é como uma coisa que vivi na parte de Mama Dominga no primeiro ano que trabalhei" (Kallim).

"Muitas mães decidem ficar só em casa com a parteira, mas já houve casos em que, quando há retenção de placenta ou quando veem que é pélvica ou transversa, ligam para o hospital e o hospital vai, porém, nesses momentos já a gente precisa correr praticamente, porque a saúde da parturiente está complicada ou em muitas ocasiões ela está com retenção da placenta" (Mexión).

"Tem algumas mães que vêm aqui no pronto-socorro já com pré-eclâmpsia severa, com convulsão, isso é bastante risco, porque se tem dado educação, mas às vezes aqui as mães correm esse risco" (Dachisesé).

"No dia 4 de julho se teve uma mortalidade materna mais mortalidade perinatal, não exatamente aqui em Silvia, mas ela era usuária que tinha o posto de atendimento no Mama Dominga, ou seja, tinha um posto de atendimento com a gente, mas ela passou morando em outro município, era uma mulher flutuante, estava no município de Piendamó e no município de Silvia e não aceitava cuidados da medicina ocidental, portanto, no momento do parto ela estava com pré-eclâmpsia, eclâmpsia e no pós-parto ela teve uma hemorragia que foi o que a levou à morte" (Lulumoy).

Na unidade de registro **“Transferência das gestantes indígenas”** seis colaboradores falaram da complexidade para que as mulheres aceitem ser encaminhadas para uma instituição de maior nível de atenção, por fatores como recursos econômicos, medo ao desconhecido, demora na atenção ou porque o cônjuge não dá sua autorização. Naturalmente as transferências são para a cidade de Popayán, capital do departamento de Cauca, ou para a cidade de Cali, capital do departamento do Vale de Cauca.

"A gente vê o medo que elas têm quando chegam a Popayán, porque aqui você já conhece o contexto, você tenta ser gentil com elas, explica para elas, se você vê na cara delas que não te entendem, você explica novamente, mas, tudo é muito diferente lá" (Lulumoy).

"Perguntei a uma das gestantes e o que ela me disse foi, que não gostava de ir por causa da demora em Popayán, que não as atendessem de um dia para o outro, mas teriam que esperar semanas ou 3 dias, às vezes elas ficam hospitalizadas" (Sejankua).

"Dizem que não têm dinheiro e em segundo lugar porque os cônjuges não lhes dão autorização" (Sejankua).

Por isso, Mama Dominga tem levantado algumas estratégias, como devolver o 50% do valor da passagem, além de ter uma casa em Popayán para que os familiares possam ficar na cidade onde está a mulher.

"O Hospital Mama Dominga sempre lhes dá recursos para ir, pelo menos cobre 50% da passagem para ir a Popayán e fazer o ultrassom" (Sejankua).

"Mama Dominga tem uma casa em Popayán, onde, se a gestante tiver alguma intercorrência e ficar internada por uma ou duas semanas, o familiar pode ir para ficar, dormir e não se mudar para Silvia todos os dias, pois o custo econômico para eles é bastante" (Kallim).

No caso que seja necessária a transferência, mas a mulher não aceite, o pessoal do Hospital entra em contato com o Centro de Justiça da comunidade para que façam uma gestão de conscientização com a gestante.

"Se tem o Centro de Justiça próprio. O que a gente faz é ligar para eles e apresentar o caso que a gente tem, se é grave, se a mãe não quer ser transferida, mas o caso é que se ela não se deixa transferir se coloca em risco a vida do bebê ou, se for uma pré-eclâmpsia ou coisa parecida, a vida da mãe corre risco, eles costumam vir aqui e tentar fazer como uma educação, uma conscientização para que a usuária ou a família aceite ir para Popayán, mas você vê que isso é complicado" (Lulumoy).

- **Categoria 3. Papel da equipe de enfermagem na saúde da mulher gestante indígena**

Traz o papel e o sentir dos profissionais de enfermagem e dos auxiliares na atenção da saúde da gestante indígena e torna visível a importância da comunicação nesse processo.

Na unidade de registro **"Profissional de enfermagem na saúde da mulher indígena"** se evidencia o papel das enfermeiras e enfermeiros que, embora não atendam diretamente nos controles pré-natais ou no parto, têm a função de educar, assistir e acompanhar à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

"Nosso processo em relação à gestante é o acompanhamento de cada uma em relação a tudo que tem a ver com seus processos de atendimento, exames clínicos, que os seguimentos feitos pelas auxiliares estejam em dia, que se não foram a olhar a gestante, que eles vão o mais rápido possível, então, a gente é mais de seguimento e quando a gente tem a oportunidade de fazer Planos de Intervenção Coletiva (PIC) no município, entra a equipe de enfermagem diretamente na educação de mulheres grávidas" (Kallim).

"Nós como enfermeiros cuidamos de acompanhar a mãe, de apoiá-la psicologicamente porque muitas vezes a gestante não tem aquela confiança que de repente tem na parteira" (Kallim).

"O profissional enfermeiro se encarrega de acompanhar o paciente, tomando os sinais vitais, conforme determina a norma, a cada hora dependendo de como está dilatando... Eles também explicam o parto, sempre focado nisso, tenta ter a parteira presente para a explicação" (Maleiwa).

Na unidade de registro **"Os auxiliares de enfermagem como colaboradores na atenção da mulher indígena"**, todos os colaboradores manifestaram o papel que os auxiliares de enfermagem desenvolvem na atenção das grávidas. Eles executam as atividades que direciona o médico ou a(o)

enfermeira(o) e, na instituição tem uma função fundamental, posto que a maioria deles são Misak, portanto, conhecem o idioma além dos costumes. Igualmente têm uma preparação, no caso que precisem atender um parto.

"A gente é como um apoio aí ao médico para o parto" (Sejankua).

"Uma coisa que Mama Dominga tem é que todo o pessoal que é auxiliar, o pessoal técnico, é Misak, ou seja, todo mundo fala Misak menos nós, as enfermeiras e os médicos... Às vezes, quando o usuário não nos entende bem, os auxiliares sabem e tentam nos traduzir, falam e depois eles nos respondem" (Lulumoy)

"Quando as gestantes estão muito dispersas, a gente tem um kit de emergência de medicamentos, equipamento de parto, compressas, tudo isso, então quando chamam a ambulância a gente sai com todos os elementos, se for para atender, a gente também pode manejar" (Maleiwa).

Na unidade de registro **“Comunicação: elemento chave na atenção”**, seis colaboradores falaram da importância de saber como comunicar-se com as mulheres, devido a que muitas delas não entendem perfeitamente o espanhol, sendo sua língua principal o Misak, também denominado guambiano ou nam trick. Na comunicação se deve procurar termos simples e falar de uma maneira gentil devido a que elas poderiam se sentir facilmente compreendidas.

"O que a gente faz principalmente é explicar o que o médico define, quando o médico vai avaliando, é explicado no Guambiano o que ele vai fazer, como vai fazer, que atividades o médico vai desenvolver, tudo isso, a gente explica no Guambiano e assim elas permitem que a atividade seja realizada, porque se eles não entendem é muito difícil para elas permitirem" (Maleiwa).

"Embora saibam ler aqui, estudaram até pelo menos o quinto ano do ensino fundamental, não entendem muitos detalhes técnicos da parte da saúde e deve-se tentar fazer a parte da comunicação o mais simples possível para que entendam" (Kallim).

"Falavam que o médico a havia repreendido por não ter vindo à consulta anterior ou por outros motivos, porém, não foi uma bronca e sim um pedido de atenção, disse o médico, mas as grávidas e as Misak são muito, pode-se dizer delicadas" (Kallim).

A unidade de registro **“O sentir e recomendações desveladas do cuidar das mulheres indígenas”** traz os sentimentos da equipe de enfermagem com relação ao cuidado que realizam com as gestantes indígenas, relatando a

experiencia como enriquecedora e de bem-estar, principalmente porque os Misak sentem que pertencem à comunidade.

"No Mama Dominga a experiência foi muito enriquecedora porque é como regressar à minha terra porque nasci aqui, mas cresci em outra cidade" (Kallim).

"Como pertenço à etnia, sinto-me muito bem, sente-se uma nova alegria" (Maleiwa).

"Minha experiência tem sido enriquecedora no assunto que é uma cultura nova, digamos que os Misak são uma população muito nobre, muito ouvinte, você nunca pode falar asperamente com eles ou fazê-los entender que não estão te entendendo porque são sensíveis" (Lulumoy).

Igualmente sentimento de impotência surgiu, a razão de que em ocasiões as mulheres indígenas não querem aceitar a medicina ocidental, dessa maneira, o pessoal que trabalha na instituição precisa de compromisso e vocação.

"É difícil quando elas não aceitam o cuidado, quando elas não querem entender que realmente precisam ser cuidados em outro lugar, que a doença é muito grave, que a saúde deles, do bebê está realmente em risco, para mim é difícil porque me sinto impotente" (Lulumoy).

"O profissional que entra na instituição para trabalhar precisa ter vocação e, portanto, o compromisso de que não será fácil atender essas mulheres, muitas não as atenderão de forma adequada, não é que os médicos ou enfermeiras sejam os mais capacitados com especializações, eu acho que o que a equipe de enfermagem deve ter é o compromisso e a humanidade para cuidar dessas pessoas" (Kallim).

Entre as recomendações que propuseram os participantes está a realização de novas pesquisas, mais espaços de educação de interculturalidade na graduação, e socialização dos costumes com o pessoal que vai ingressar na instituição, além do fortalecimento nos costumes próprios.

"É muito importante que o enfermeiro ou pessoal de saúde se proponha a gerar um estudo ou pesquisa para que posteriormente sejam formuladas propostas em relação ao estudo voltado para as mães" (Kallim).

"Ter mais espaços em termos de graduação para que quando forem trabalhar saibam muito melhor o que vão enfrentar" (Kallim).

"É importante estar socializando cada vez que chega um novo pessoal, levar em consideração qual é o costume da nossa comunidade Misak e atendê-los da melhor forma" (Mexión).

"Eu por ser Misak, por pertencer a um povo indígena, acho que temos que fortalecer ainda mais o que é nosso, fazer como uma rota de gestão das mães em casa com as parteiras, fortalecer ainda mais o trabalho com as parteiras quando não são partos complicados, mas já quando são partos complicados que venham aqui na instituição" (Dachisesé).

- **Categoria 4. Barreiras percebidas para a atenção institucional da mulher indígena**

Esta categoria trata das barreiras que a equipe de enfermagem tem percebido pelas mães que não gostam da medicina ocidental, achando elementos próprios tanto da mulher como dos profissionais e da localização geográfica.

Na unidade de registro "**Relutância, desconhecimento e timidez da mulher indígena**" todos os colaboradores expressaram como a comunidade Misak tem sido relutante por causa dos costumes próprios, da timidez e do desconhecimento que algumas vezes possuem com relação à medicina ocidental, apresentando casos em que não conhecem os sinais de alerta, no entanto, outras vezes sabem os sinais, mas não se mobilizam para receber a assistência.

"Aqui, especificamente em Silvia, há muita relutância em relação à medicina ocidental, é por isso que a maioria dos partos tem sido em casa" (Lulumoy).

"Estudos de campo mostram que o fator predisponente para que essas mulheres tenham esses tipos de alterações é que às vezes não conhecem bem os sinais de alerta e isso é como a primeira demora desde a paciente. Em outras ocasiões, foi constatado que gestantes reconhecem o sinal de alarme, mas não vão ao pronto-socorro para atendimento de urgência, seja porque aumentou a pressão, porque tem parto prematuro ou porque o parto é complicado" (Kallim).

"A mulher indígena não gosta tanto da atenção do homem, então a primeira coisa que falavam é que a mulher dê atenção, primeiro a atenção e depois quando precisa entrar o homem como apoio" (Dachisesé).

"Aqui a população às vezes tende a ser muito tímida com as partes genitais, então o que a parteira faz é dizer a ela, para colaborar com o médico nisso, e o que fazer" (Pishimisak).

A unidade de registro "**Medo da imposição de práticas institucionais**" evidência como a relutância das mulheres indígenas com a atenção da medicina ocidental é principalmente pela preocupação que tem com práticas ocidentais intrusivas que leva a perda dos costumes próprios.

"Uma das parteiras me disse que a gestante não queria que o pessoal do hospital viesse porque, o maior medo delas é que a mandem para Popayán, porque ela terá que gastar dinheiro e perder tudo que tem a ver com os 40 dias de ficar na cama sem esfriar-se e tudo mais" (Kallim).

"Na visita de campo que foi feita com a usuária falecida que apresentou hemorragia pós-parto, a sogra disse que não gostava de vir aqui no hospital porque quando nascia a criança davam banho com água fria, por isso ela não queria que o parto fosse atendido no hospital" (Lulumoy).

"Com o paciente é um pouco difícil, porque aqui a sala de parto é muito fria, além disso o parto é deitado, na maca e elas tem ajoelhado ou em pé em casa, elas penduram um fio e seguram para fazer o parto de pé. Aqui como é diferente, pode não gostar muito" (Maleiwa).

"Eu acho que o desconforto delas é que a gente sempre deixa elas esfriar, isso deveria ser melhorado" (Sejankua).

"Acima de tudo, as pacientes temem a cirurgia e a família têm aquele medo da cesariana, tem sido complicado naquela parte, que eles não querem sair porque pensam que vão fazer cesárea" (Pishimisak).

Na unidade de registro **"Localização geográfica"** sete colaboradores falaram das dificuldades que podem ter com a localização das moradias das gestantes pela distância ou o estado das estradas, adicionalmente, eles mencionam que muitas mulheres viajam constantemente para outras cidades, o que dificulta o acompanhamento por parte da instituição.

"Pode gerar mortalidade perinatal ou materna repentinamente porque o acesso é muito limitado, as estradas são muito ruins, uma ambulância de repente não chega a tempo e é por isso que tem havido casos de mortalidade perinatal e materna que poderiam ser evitados se fosse mais fácil o acesso" (Kallim).

"Quando eu era assistente de zona, como era uma área bastante dispersa, era difícil encontrar as mães" (Dachisesé).

"Na calçada você tinha que subir a trilha, tinha que andar muito e lá as estradas não são como nas cidades, tinha que ir de bota, estava chovendo, é uma situação muito difícil, é de paciência, é uma responsabilidade" (Maleiwa).

"O problema que a gente tem aqui é que a população é muito flutuante, tem várias fazendas em outros municípios, em Piendamó, em Cajibío, em Morales, então são daqui para lá e de lá para cá" (Lulumoy).

Na unidade de registro **"Falta de conhecimento do processo cultural por parte dos profissionais"** três colaboradores expressaram como a rotação por parte

dos profissionais da instituição pode afetar o atendimento das mulheres, já que não permite obter um conhecimento aprofundado no que concerne aos cuidados culturais e as características das gestantes indígenas.

"A maioria do pessoal auxiliar pertence à etnia Misak, eles falam, entendem e conhecem o processo todo, mas, os profissionais médicos e de enfermagem oscilam muito, o que faz com que às vezes o processo se perca" (Kallim).

"Com o corpo médico, muitas vezes chegam com seu treinamento rigoroso e não sabem como lidar com uma gestante de 35-36 anos, que de repente teve o ensino médio e meio sabe ler e escrever, ele começa a explicar para ela, e ela por medo, não diz que não entendeu, mas diz que sim e quando ela sai, está perdida" (Kallim).

"Nós que estamos lá há muito tempo, temos conhecimento da situação das mães, dos costumes e tudo isso e sim, tem muitos funcionários novos que chegam e de repente não levam isso em conta, de repente não vão ter o mesmo cuidado" (Mexión).

"Trabalhamos em uma instituição indígena, mas no ingresso não é explicado o contexto, qual é a cosmovisão que eles têm, o que significa para eles trazer um bebê ao mundo, a gente não sabe na cultura delas o que significa, os costumes" (Lulumoy).

5 DISCUSSÃO

As narrativas dos colaboradores permitiram conhecer a experiência da equipe de enfermagem no cuidado às mulheres indígenas no processo de parto e nascimento, desvelando elementos da medicina tradicional e como a medicina ocidental tem ingressado na comunidade por meio de uma atenção diferenciada que respeita suas crenças e práticas culturais. Ainda assim, o modelo que predomina no hospital onde foi realizada a pesquisa está voltado para as ideologias ocidentais que configuram a assistência ao parto, identificando barreiras na hora de prestar essa assistência.

Jordan (1993), expõe o nascimento como um evento universal, biossocial, no qual a biologia e a cultura geram uma produção social que determina a vivência da mulher em cada sistema particular instaurado.

A autora apresenta como os sistemas tradicionais sofreram transformações em virtude das doutrinas levantadas pela medicina ocidental e, no caso da Colômbia observa-se as influências de outros sistemas na cultura própria em relação à atenção do parto, inicialmente pelos espanhóis durante sua conquista (ERASO, 2016) e atualmente, pelos denominados países desenvolvidos.

De acordo com o trabalho de Jordan (1993), as práticas de nascimento de cada sociedade possuem uma matriz particular que pode ser revelada a partir do conhecimento das características biossociais do nascimento, como a definição cultural do evento, o preparo para o nascimento, os profissionais e a rede de apoio, o local do nascimento, uso de medicação, a tecnologia do nascimento e a natureza do processo de tomada de decisões.

A participação antropológica tem se estabelecido como uma forma adequada de compreender esses eventos biossociais (JORDAN, 1993), não obstante, as entrevistas com a equipe de enfermagem possibilitaram conhecer algumas práticas desenvolvidas na instituição, objeto desta discussão. Na sequência, foi gerado um diálogo de cada categoria com a produção científica em conformidade com a metodologia desenvolvida, história oral temática híbrida.

Jordan (1993) postula a **definição do evento** como o indicador mais poderoso pelo fato de mostrar a configuração do nascimento, “Quem” atende, “Onde” e “Como” ocorre. No caso do HMD, apesar de muitos partos em Silvia serem atendidos em casa por parteiras, no local o parto é feito principalmente pelo médico

com apoio da equipe de enfermagem e a parteira está presente na maioria dos casos. A estrutura física da sala de parto foi desenhada conforme os princípios biomédicos, com maca horizontal, medicação e instrumental necessário para intervir no processo.

Por outro lado, no local de “Serra Morena”, os colaboradores especificaram que os responsáveis pelas grávidas são o médico tradicional e a parteira. Para o parto possuem artefatos como a “manila” ou “chumbe” com o intuito de que a parturiente possa se sustentar durante o parto, além disso, há o fogão, plantas e tapetes de acordo com seus costumes. Quando o evento ocorre ali, o pessoal de pronto-socorro fica atento, caso surja alguma complicação.

O **local do nascimento** diz respeito ao lugar onde acontece o parto, seja em um ambiente especializado -clínicas ou hospitais-, ou não especializado com significado na esfera pessoal da mulher -sua casa, parentes ou vizinhos-. O lugar traz consequências tanto nos recursos disponíveis quanto na interação social produzida.

No local de Silvia do HMD, o espaço foi construído conforme as concepções biomédicas, representando uma barreira para um cuidado cultural que englobe os desejos e expectativas das mulheres indígenas.

Cabe ressaltar que a instituição foi uma iniciativa que surgiu após um diagnóstico das fragilidades e necessidades da comunidade, foi o primeiro plano de vida do Povo Misak que procurou orientar toda a comunidade na procura do bem-estar social de acordo com sua cosmovisão, nesse processo, identifica-se a importância de ter seu próprio centro de saúde, visto que algumas pessoas foram vítimas de maus-tratos nos hospitais de diferentes cidades, além das distâncias que deviam percorrer. Assim, decidiram construir uma instituição indígena que teria um desenho próprio e se chamaria “Mama Dominga”, espírito do vento e do pântano (TUNUBALA, 2017).

Apesar disso, o conceito foi mudando por parte de alguns líderes e eles propuseram a construção de um hospital, trazendo rupturas nas ideologias concebidas, pois, de um lado, há pessoas que lutam para fortalecer o sistema de saúde próprio, enquanto outras seguem os preceitos hegemônicos da medicina ocidental, encontrando processos ambivalentes dentro do Hospital (TUNUBALA, 2017).

Segundo o DANE em 2020, no departamento de Cauca houve 12.557 partos, dos quais 11.252 foram em instituições de saúde, 11.250 foram atendidos por médicos, 1.089 por parteiras, 29 foram as enfermeiras e o restante por outras pessoas. Dados que indicam uma mudança na forma de atendimento ao parto na comunidade, sendo as instituições de saúde o principal local (DANE, 2021a).

O **preparo para o nascimento**, segundo Jordan (1993), tem a ver com os métodos utilizados para preparar a gestante para o parto, ou seja, introduz a mulher na cultura do sistema de parto estabelecido. Aqui deve-se considerar como as informações são transmitidas, além do conteúdo específico fornecido.

No presente caso, é feito através de um canal formal que são os controles pré-natais que seguem a regulamentação do país, mas o acompanhamento é feito em casa pelo médico, auxiliar de enfermagem e parteira, que, segundo os participantes, foi a estratégia implementada pelo hospital para conseguir fazer o controle. Como as mulheres indígenas apresentam taxas de morbimortalidade superiores às nacionais, todas as gestações são classificadas como de alto risco, cabendo ao médico o acompanhamento pré-natal.

De acordo com o estudo de Tunubala (2017), as gestantes percebem que o pessoal do HMD as obriga a realizar o pré-natal com a intenção de que o parto ocorra na instituição. Segundo elas, os hospitais são centros de desequilíbrio e desarmonia que precisam constantemente de banhos de limpeza e harmonização. Se não forem realizados, o acúmulo de energias negativas dos mortos e da menstruação podem desencadear consequências negativas no futuro da gravidez.

Nesse tópico, seria relevante realizar uma pesquisa que buscasse conhecer a percepção das mulheres sobre os controles pré-natais domiciliares realizados pela equipe de saúde do hospital em conjunto com a equipe tradicional da comunidade na atualidade à conta da falta da literatura com o intuito de identificar os possíveis medos que persistem nas mulheres e como poderiam ser melhorados os cuidados a partir dos dois sistemas de saúde (ocidental e tradicional).

Em relação aos **profissionais e a rede de apoio**, refere-se à presença de outros indivíduos no processo, entendendo o parto como um evento que requer interação social. No HMD, observa-se a participação de médicos especialistas, da equipe de enfermagem, parteira e dos familiares.

Na equipe de saúde, quem estabelece uma relação mais próxima com a mulher são os auxiliares de enfermagem, pelo fato de pertencer à comunidade

Misak e conhecerem mais a fundo a língua do povo, bem como os costumes. No parto, o médico é o principal responsável pelo procedimento, mas a comunicação com a mulher é feita por meio dos auxiliares e da parteira, se presente. Os familiares acompanham o processo, de acordo com a vontade da parturiente.

O **processo de tomada de decisão** trata do empoderamento que o sistema permite à parturiente e está vinculado à pergunta “quem é dono do parto?” “quem é responsável pelas decisões e desfecho do parto?”, leva em consideração a colaboração ou negociação realizada para a tomada de decisões.

Na cidade de Silvia, a mulher pode decidir o local, as pessoas que irão atendê-la, a posição, entre outros elementos do parto, não obstante, ao ingressar no HMD o poder de decisão cabe principalmente ao médico, encontrando discrepâncias entre o profissional e a parturiente.

O Observatório Nacional de Saúde (ONS) e o Instituto Nacional de Saúde (INS) realizaram um estudo qualitativo em 2014 com o objetivo de descrever a configuração entre as mães indígenas Nasa e Misak e os serviços de saúde tradicionais e ocidentais no cuidado da gravidez, parto e puerpério. Nos resultados, após entrevistarem às gestantes, parteiras, médicos tradicionais, pessoas trabalhadoras das secretarias e serviços de saúde, constataram algumas tensões, conflitos, principalmente no momento do parto devido a diferenças nas concepções e práticas realizadas, como a posição do parto (ONS; INS, 2016).

No que concerne ao HMD, diferentemente de outras instituições, busca-se o respeito às crenças pessoais das mulheres indígenas, no entanto, ainda é preciso aprimorar processos com os profissionais de saúde que ingressam na instituição com o intuito de “escutar”, compreender e respeitar melhor as decisões das mulheres Misak. Além disso, por fatores logísticos e administrativos, não podem ser realizados cuidados culturais, como o parto vertical ou a manutenção do calor corporal da parturiente e puérpera, práticas necessárias na comunidade.

Dentro das categorias desta pesquisa, a primeira expõe elementos básicos da saúde da mulher grávida na comunidade Misak percebidos pelos colaboradores, como a presença da parteira e do médico tradicional durante o ciclo gravídico-puerperal, o uso de plantas, do fogão, a posição vertical durante o parto, a importância de semear a placenta, e os cuidados no pós-parto para não esfriar o corpo, ficando em casa com uma alimentação especial.

Da mesma maneira, outros estudos mostram como os povos indígenas, sendo povos ancestrais, possuem tradições, práticas, rituais que são transmitidos ao longo da história, tornando o parto um fenômeno social e cultural. (RODRIGUEZ; DUARTE, 2020) (GREFA; LEÓN, 2020).

Ao olhar para a cultura Misak, é preciso considerar todo o sistema simbólico que eles têm, entendo que cada ação está carregada de significados próprios e históricos (Geertz, 1978), mas quando a medicina ocidental não compreende esse fato, as práticas tradicionais tornam-se desnecessárias.

Para os indígenas, a saúde é compreendida como um espaço de relações harmônicas e sistêmicas entre o indivíduo e os diferentes contextos de sua vida cotidiana, ademais, as tradições culturais são um processo de resistência aos diversos tipos de violência por eles vivenciados, como a homogeneização. Em contraste, para a medicina ocidental, a saúde está centrada na ausência de doença, e o processo de gravidez é visto como um estado de risco. Essa diferença de conceitos cria uma relação distante entre os sistemas que afeta a experiência das mulheres indígenas (ONS; INS, 2016).

Da mesma forma, no estudo do ONS; INS (2016), são apresentadas as práticas culturais das gestantes Misak. Para elas, a gestação é uma etapa do ciclo vital que envolve todo seu entorno (família, comunidade, povo e natureza), assim, precisam harmonizar todas as relações por meio de rituais e práticas cotidianas. Os encarregados da limpeza espiritual e dos cuidados são a parteira e o médico tradicional, para isso utilizam plantas chamadas "quentes" e a dieta da mulher também deve incluir alimentos específicos que lhe permitam conservar o calor do corpo.

Toda a família está envolvida no processo para evitar que “os espíritos da Mãe Terra¹⁰ afetem à criança”, por conseguinte, a comunicação com a natureza é essencial. Se coisas boas acontecem ou, inversamente, situações ruins, dependerá do cumprimento de normas culturais durante a gravidez (ONS; INS, 2016).

Quem orienta essas normas são as parteiras tradicionais (PT), que, segundo a OMS, são as que cuidam da parturiente e adquiriram seus conhecimentos por conta própria ou aprenderam com outras parteiras tradicionais (WHO, 1993), porém,

¹⁰ Ela integra todos os espíritos da água, vento, fogo, chuva, Páramo, entre outros.

na comunidade Misak, o deus milenar Pishimisak¹¹ escolhe os homens e mulheres que receberão saberes e dons por meio dos sonhos para cumprir sua missão na comunidade. Os *shures* e *shuras*¹² ajudam a transmitir o conhecimento de Pishimisak (TUNUBALA, 2017).

Um estudo etnográfico revela como as mulheres gostam da assistência das parteiras pelo diálogo mútuo, pois, o intercâmbio de experiências instaura uma relação de confiança entre as partes e fornece suporte social e espiritual de acordo com a cosmovisão do povo Misak (TUNUBALA, 2017).

Cabe esclarecer que os médicos tradicionais, do mesmo modo, são importantes na saúde da mulher, possuem sabedoria ancestral e da Mãe Terra, são mensageiros da divindade, portanto, realizam limpezas espirituais e reparam ações negativas praticadas contra a natureza, o espírito, o indivíduo ou família (CARDONA-ARIAS, 2012).

Existem diversos tipos de médicos tradicionais, como os sonhadores, especialistas em plantas, os que semeiam água, as parteiras, entre outros (TUNUBALA, 2017). Assim, a parteira também pode ser médico tradicional, ou seja, seu processo de aprendizagem se deu de forma espiritual, diretamente por meio de sonhos ou da conexão da natureza, o que leva a uma maior sabedoria.

Outro elemento importante é a nutrição da mulher. A teoria dos alimentos “quentes” e “frios” está presente em países asiáticos, latino-americanos, europeus e alguns africanos, nos quais o equilíbrio dos quatro humores (sangue, fleuma, bile negra e bile amarela) se iguala respectivamente ao calor, frio, umidade e secura, e permitem uma boa saúde na pessoa. Desta forma, os alimentos têm um papel essencial na manutenção do equilíbrio. Na última fase da gravidez, alimentos “quentes” são recomendados para auxiliar a expulsão do feto (MANDERSON, 1987).

Em vista do exposto, o processo de parto e nascimento na cultura Misak é um ritual que reflete o que é importante para eles. A *casa* é o ponto de união do casal e da família, sendo o local do parto tradicional, o *fogão* também era um lugar de socialização, além de proporcionar calor ao lar, a *natureza*, que repercute na saúde, está presente através das plantas que elas bebem, a prática de semear a placenta e

¹¹ Deus milenário da comunidade Misak, em conjunto com o deus Kallim, espíritos que habitam o Páramo, estão encarregados da estrutura sociocultural do povo Misak.

¹² Sábios anciãos da comunidade que lutaram pela sobrevivência do povo.

a conexão espiritual com a “Mãe Terra”, os *alimentos*, que vem da terra, é sua fonte de conservação, dá origem a tradições, costumes, laços de amizade (AGUILAR-PEÑA; BLANDON; GARCIA-PERDOMO, 2020).

A segunda categoria deste estudo destaca o trabalho desenvolvido pelo HMD no atendimento à mulher indígena durante seu ciclo gravídico-puerperal, buscando estabelecer uma relação próxima com as parteiras, além de respeitar as diversas crenças culturais.

Quanto ao acompanhamento, a instituição, ao evidenciar o baixo comparecimento aos controles pré-natais em Silvia, misturou a medicina tradicional e ocidental, envolvendo a parteira em suas consultas domiciliares.

A OMS no documento “recomendações no cuidado pré-natal para uma experiência positiva na gravidez”, destaca a importância do controle pré-natal para triagem, diagnóstico, promoção da saúde e prevenção de doenças nas mulheres grávidas, para o qual pelo menos quatro consultas devem ser realizadas para estratificar, identificar o risco a fim de prevenir e controlar a gravidez. Não obstante, um suporte efetivo envolve também o contexto sociocultural, psicológico e emocional da mulher, sendo a comunicação e o apoio relevantes no processo (WHO, 2018).

Na pesquisa realizada por Muñoz et al. (2021) na Colômbia sobre a experiência da enfermeira no cuidado à mulher no processo de parto e nascimento, o pré-natal foi visto como um espaço de orientação que permite a criação de vínculo entre os envolvidos, favorecendo uma vivência positiva no parto graças a que a gestante, juntamente com sua família, tem maior grau tanto de compreensão como de preparação para o momento do nascimento.

Porém, na Colômbia, a desigualdade nos serviços de saúde materna indígena por causa dos obstáculos administrativos, geográficos, econômicos, além de culturais repercutem em uma maior proporção de mulheres indígenas sem atenção pré-natal ou inadequada¹³ (NOREÑA-HERRERA et al., 2015).

Dentro de fatores culturais, as mulheres indígenas têm costumes e tradições próprias que intervêm na assistência aos controles. No caso do Equador, um estudo mostra como ir à parteira, a realização do *manteo*¹⁴, o uso de plantas e o cuidado à

¹³ Começo do controle pré-natal depois dos 4 meses de gestação

¹⁴ Manobra para acomodar o feto de maneira cefálica no ventre

temperatura corporal são elementos que ajudam a controlar a gestação, portanto, muitas delas consideram que não precisam do controle ocidental (MOPOSITA; SANTANA, 2021).

Graham e Davis-Floyd (2021), apresentam em um artigo recente o Paradigma de Parceria (PP), que trata do estabelecimento de uma relação colaborativa entre as parteiras indígenas da tribo Karamojong no nordeste de Uganda com a equipe biomédica, mostrando como a união de dois sistemas foi possível e essencial para atender às mulheres.

Esse paradigma aborda um diálogo contínuo e de confiança entre os dois grupos para que os dois sistemas compartilhem e aprendam as práticas e técnicas utilizadas, valorizando o fazer do outro e, com algumas práticas se necessário, ofereçam algumas abordagens alternativas. Os métodos utilizados incluíram reuniões com parteiras tradicionais, agentes comunitários de saúde e funcionários do hospital (GRAHAM; DAVIS-FLOYD, 2021).

No HMD também foi evidenciada a relação próxima do pessoal de saúde com as parteiras, realizando encontros contínuos que permitem conhecer processos e unificar critérios no atendimento à mulher. Não obstante, o sujeito do cuidado poderia estar mais envolvido para saber suas expectativas e medos diante do evento, revelando que, mais que educar ou treinar as parteiras, precisa-se que a equipe de saúde se mobilize até a comunidade.

Em relação ao parto, embora o HMD conheça e respeite várias crenças das parturientes Misak, como o acompanhamento da parteira e do familiar durante o parto, o fornecimento do aquecedor para manter o calor de corpo da mulher ou a entrega da placenta, ainda faltam outros componentes de relevância para o parto intercultural, entendendo-o como aquele que respeita as tradições culturais, em posição confortável para a mãe (MATUTE; MARTINEZ; DONADI, 2021).

A maior polêmica que tem achado as pesquisas, centra-se no desejo de parto domiciliar e vertical para parturientes indígenas em comparação ao parto institucional e horizontal para o sistema ocidental (ONS; INS, 2016), este último mencionado é o que prevalece no HMD da Silvia, tendo em vista que o parto é praticado de forma tradicional na sede de Serra Morena.

Segundo os colaboradores, é preciso organizar a infraestrutura hospitalar e capacitar os profissionais para que possam realizar o parto vertical, em posição confortável para a mãe. Neste momento, estão em diálogo com o pessoal

administrativo para elaborar uma estratégia que permita que a parturiente adote a posição que desejar.

A documento da OMS (2018) para uma experiência positiva do parto, indica que a posição vertical no período expulsivo pode reduzir episiotomias e partos vaginais instrumentais lembrando que é a mulher quem deve escolher a posição mais confortável para si e, o profissional de saúde deve garantir o bem-estar do bebê nessa posição.

No Brasil, uma revisão sistemática em 2020 mostra a medicalização da assistência obstétrica no país, visto que mais de 99% dos nascimentos ocorrem em ambiente hospitalar, com taxas de cesariana superiores de 50%, estando a recomendação da OMS entre 10-15% (CURSINO; BENINCASA, 2020).

Diante disso, têm sido propostas iniciativas e política para a humanização do parto envolvendo a enfermeira obstetra e a criação de casas de partos, entre outras estratégias. Eles manifestam como o local onde é efetuado o parto também precisa ser escolha da mulher, por conseguinte, a proposta do Parto Domiciliar Planejado (PDP) mostra desfechos na saúde materna e neonatal positivos, possibilitando resgatar a humanização do parto (CURSINO; BENINCASA, 2020).

No caso das comunidades indígenas, o Brasil estabeleceu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) em 2002, que contempla a “diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política” para sua assistência (BRASIL, pág. 13, 2002), levando em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); integralidade, equidade e universalidade. Apesar disso, não há regulamentação específica que trate da atenção das mulheres indígenas, utilizando diretrizes gerais para o atendimento à gestante (GARNELO et al., 2019).

Por outro lado, o estudo Safe Birth in Cultural Safety no México encontrou que apoiar parteiras tradicionais em seus próprios termos aumenta a segurança cultural em torno ao parto sem afetar a saúde materna, promovendo o diálogo intercultural em vez de tentar substituir as práticas tradicionais pela medicina ocidental (SARMIENTO et al., 2022).

No caso do Equador, o parto intercultural foi estabelecido como política pública pelo Ministério da Saúde Pública, o que contribuiu para reduzir a distância entre as populações indígenas e não indígenas, além de observar uma diminuição na mortalidade materna na região. Para isso, o parto é realizado em posição vertical,

dirigido pela parteira em um espaço condicionado conforme às tradições culturais e desejos da parturiente (MATUTE; MARTINEZ; DONADI, 2021).

Na Colômbia, o último avanço dos povos indígenas no plano político foi a construção do “Sistema Indígena de saúde Própria e Intercultural” (SISPI), aprovado por meio do decreto 1953 de 2014, que busca que cada povo indígena planeje cuidados de saúde próprios no seu território com o apoio econômico do Estado, estando articulado com o SGSSS. A sabedoria ancestral, a Mãe Terra e a cosmovisão de cada comunidade tornam-se eixos fundamentais na construção de políticas, regulamentos, recursos, instituições e procedimentos desse sistema (COLOMBIA, 2016a).

No entanto, a implementação do SISPI é um processo lento, apresentando poucos avanços até 2017 segundo o CRIC (URREGO-RODRIGUEZ, 2020). Da mesma forma, os colaboradores deste estudo manifestaram a necessidade de aprofundar o trabalho com o SISPI nas instituições que atendem população indígena, como o HMD, para que se tenha instrumentos próprios de saúde dentro dos estabelecimentos de saúde.

Outra questão abordada pelos colaboradores foi a dificuldade de transferência da mulher indígena para outras instituições de saúde caso necessite de atendimento mais especializado, pois, gera medo e preocupação na gestante pela possível perda de costumes devido ao desconhecimento e a não inclusão do cuidado intercultural nesses estabelecimentos. Adicionalmente, representa ficar longe da família, do cuidado dos filhos e do esposo, haverá despesas para fazer a viagem, portanto, a equipe de saúde requer dar muita educação para que elas e suas famílias aceitem a transferência.

As estratégias que o HMD adotou são; o pagamento de 50% da passagem de transporte, a intervenção do Centro de Justiça Própria em algumas situações para conversar e educar sobre a importância da transferência e, possuem uma casa em Popayán para os parentes ficarem, caso a mulher seja internada naquela cidade. Algumas não aceitam o atendimento ocidental, chegando à instituição quando o estado de saúde é mais complexo.

Um estudo qualitativo realizado no Paquistão identifica como a busca por uma atenção clínica durante a gravidez está ligada ao sistema de crenças culturais dos indígenas, onde as condições econômicas, a ideologia patriarcal e o status da mulher no interior da família influenciam a tomada de decisões. Nessa pesquisa, da

mesma forma, as gestantes procuraram atendimento ocidental quando a situação já era grave, tentando adiar ao máximo a consulta, para ver se realmente precisavam daquele atendimento (OMER et al., 2021).

Igualmente, Felton-busch e Larkins (2019), em revisão bibliográfica de estudos que abordam a experiência de aborígenes australianos vivendo em moradias remotas e que são transferidos para hospitais regionais, sugerem que a separação da família, ainda mais dos filhos, a interação com o sistema de saúde devido a cuidados culturalmente inadequados e custos financeiros adicionais para alimentação ou transporte geram ansiedade, estresse, vergonha e solidão em mulheres hospitalizadas.

A terceira categoria enfatiza o papel desempenhado tanto pelo profissional quanto pelo auxiliar de enfermagem no cuidado à mulher indígena, além de apresentar a comunicação como elemento chave do processo.

Quanto ao profissional, seu trabalho é mais voltado para a educação e acompanhamento da gestante, pois, por se tratar de uma gravidez de alto risco, o responsável pela assistência direta no pré-natal e parto é o médico.

Segundo pesquisa de Muñoz et al. (2021), na Colômbia, a enfermeira tem perdido autonomia no cuidado à mulher em processo de parto e nascimento, principalmente devido ao modelo tecnocrático ainda vigente e às regulamentações do país, a Lei 100 de 1993, que segundo a resolução 412 de 2000 na Norma Técnica de Atenção ao Parto estabeleceu que: *“o parto deve ser assistido pelo médico e auxiliado pela equipe de enfermagem”*.

No entanto, a hierarquia entre as profissões, a falta de empoderamento da enfermagem, o pouco conhecimento e prática na assistência ao parto, também têm sido apontadas como causas da limitada atuação da enfermeira no País (DAZA, 2019).

Atualmente, com a resolução 3280 de 2018, a enfermeira especialista em atenção materno-perinatal conseguiu retornar ao atendimento de parturientes de risco habitual (COLOMBIA, 2018) precisando de mais treinamento na prática assistencial e na pesquisa. Mesmo assim, requer-se criar políticas que regulem o exercício profissional na área e mudem o modelo de atenção ao parto liderado por profissionais e médicos especialistas (DAZA, 2019).

No caso do Brasil, o atendimento às parturientes também tem sido caracterizado pelo excesso de intervenções e pelo uso de tecnologias duras em

detrimento de valores como o cuidado. Por isso, movimentos sociais, pesquisas, criação de protocolos e implementação da Prática Baseada em Evidências (PBE) têm sido necessários para resgatar o protagonismo da mulher na cena do parto, estimulando a adoção de boas práticas (ANDREZZO, 2016).

Assim, diferentes iniciativas nas últimas décadas têm perseguido esse objetivo, como a Rede cegonha em 2011 e o Projeto de Parto Adequado em 2015 (LEAL et al., 2019). Nesse contexto, a enfermeira obstetra é fundamental, constatando que a presença da enfermeira na atenção ao parto reduz cesáreas, intervenções e aumenta o acesso às boas práticas recomendadas pela OMS (GAMA et al., 2021).

Adicionalmente, as enfermeiras obstetras possuem toda uma legislação que permite seu atuar. O Decreto 94.406 de 1985, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre o exercício da atividade de enfermagem, ademais, a Portaria N.º 2.815 de 1998, do Ministério da Saúde, reconhece a importância do acompanhamento da enfermeira obstetra no trabalho de parto, com o objetivo de melhorar a assistência durante o parto normal (ABENFO; UERJ, 2010) e já, a resolução COFEN Nº 516/2016 regulamenta a atuação e responsabilidade da Enfermeira, Enfermeira Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos (COFEN, 2016).

No entanto, embora no Brasil a legislação permita à enfermeira assistir à mulher com parto de risco habitual em maior medida do que na Colômbia, existem barreiras para sua atuação na área encontrando diferenças em relação aos sistemas de saúde europeus, nos quais os médicos apenas prestam assistência em partos cirúrgicos ou com complicações (GAMA et al., 2021).

Uma revisão Cochrane de 15 ensaio clínicos comparou os efeitos dos modelos de assistência obstétrica de continuidade liderados por obstetrixes, que são profissionais treinadas no cuidado das gestantes, com outros modelos de atendimento que incluíam obstetras, médicos de família ou ambos, com a colaboração de enfermeiras e obstetrixes (SANDALL et al., 2016).

Como resultado, demonstraram que o modelo liderado por obstetrixes trouxe benefícios para a mãe e para os bebês em comparação aos demais modelos, como a redução do uso de anestesia peridural, episiotomia, parto instrumental, além de aumentar a probabilidade do parto espontâneo e que uma obstetrix conhecida tenha assistido à parturiente (SANDALL et al., 2016).

Da mesma maneira, cabe destacar que o cuidado da enfermeira obstetra é pautado no conhecimento integral da mulher, buscando sua autonomia, seu bem-estar físico e emocional, respeito aos seus direitos, suas crenças, sua privacidade e segurança, portanto, pesquisas mostram sua importância e recomendam sua assistência direta, pois, há redução de intervenções e maior satisfação das parturientes (DA SILVA MONTEIRO et al., 2020).

Um estudo com países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) confirmou que uma maior proporção na equipe de enfermagem e parteiras está associada a uma maior segurança para a mulher durante o parto (AMIRI, 2020).

Sobre a assistência de enfermagem na saúde indígena, é importante que o profissional respeite e valorize a diversidade, as crenças e cultura do povo, além de possuir qualidades que facilitem a identificação do sujeito, o planejamento, implementação e ação de cuidado (VIANA et al., 2020).

Os enfermeiros e enfermeiras desta pesquisa focaram a comunicação como elemento que permite estabelecer uma relação de confiança, onde a mulher consegue compreender o porquê dos cuidados realizados, fato que facilita o acompanhamento e atendimento pela equipe de saúde.

Dentro da comunicação, a linguagem verbal, não verbal e o tom de voz devem ser considerados na prestação de cuidados.

Ribeiro, Fortuna e Arantes (2015), em seu trabalho sobre os cuidados de enfermagem prestados aos índios na Casa de Apoio em Mato Grosso, Brasil, evidenciaram que o profissional necessita de habilidades de comunicação para o processo de cuidar por causa do receio que podem apresentar ao serem povos subjugados pelas sociedades. Dentre as ferramentas relacionais destacadas nesse estudo estão a empatia, o afeto e a confiança.

Na prática, constataram que a equipe de enfermagem realiza tanto atividades administrativas, incluindo agendamento das consultas, exames e o planejamento dos procedimentos, bem como assistência direta e acompanhamento do indivíduo e sua família, com maior prevalência na função administrativa (RIBEIRO; FORTUNA; ARANTES, 2015). De acordo com o estudo de Dos Santos et al. (2022), o exercício da interculturalidade também tem feito parte do trabalho da(o) enfermeira(o).

Em contraste, na presente pesquisa, a equipe de enfermagem relatou que suas atividades com as gestantes estão mais ligadas à educação e orientação

durante todo o processo, sendo a parte administrativa um componente importante na instituição, mas com a mulher indígena procuram estabelecer uma relação próxima que permita desenvolver um atendimento mais adequado.

Os auxiliares de enfermagem também têm papel fundamental no cenário pelo fato de realizarem diversas atividades assistenciais, além de terem uma rotatividade menor em relação aos profissionais de enfermagem e médicos, o que lhes permite conhecer melhor os processos institucionais e culturais, assim, estabelecem uma comunicação mais fluida e natural com a mulher.

Diehl e Follmann (2014), em estudo realizado com técnicos e auxiliares indígenas de enfermagem nos serviços de saúde da Terra Indígena em Santa Catarina, Brasil, identificaram como fator positivo o papel facilitador, mediador que desempenhavam junto à população atendida. Ainda assim, a atenção estava voltada apenas para o campo biomédico, em torno dos conflitos ou tensões geradas no desenvolvimento das atividades, mas não para os aspectos socioculturais indígenas, mostrando uma formação tecnicista tanto nos profissionais quanto nos técnicos e auxiliares indígenas e não indígenas.

No que respeita ao sentir da equipe de enfermagem, os colaboradores desta pesquisa expressaram duas percepções principais. Os que pertencem à comunidade Misak têm um sentimento de bem-estar por atender seu povo, porém, foi evidenciado um sentimento de impotência quando as gestantes indígenas apresentam uma situação de saúde e não cumprem às recomendações fornecidas pelo pessoal do HMD, destacando a importância da vocação e compromisso no cuidar das mulheres indígenas.

Por fim, a categoria quatro trouxe as barreiras que os colaboradores percebem para realizar a atenção institucional. Destacaram a relutância, desconhecimento e timidez da mulher indígena, o medo de perder os próprios costumes, a localização geográfica e, a falta de conhecimento dos profissionais quanto ao processo cultural.

O primeiro elemento a considerar são as características próprias da mulher indígena. Ela é responsável por preservar a vida da comunidade, a identidade étnica, transmitir saberes e fomentar o respeito de seus territórios. (BARRERA; MUÑOZ, 2021).

Suas tradições trazem consigo toda uma história e uma relação entre a espiritualidade, o território e o mundo abaixo, tornando assim o conhecimento

ocidental alheio e distante de muitas de suas crenças mais profundas. Por exemplo, na comunidade Misak, como a maternidade é um evento natural, não há necessidade de controle, apenas equilíbrio e harmonização que se consegue por meio de rituais (ONS; INS, 2016).

Assim, os oito colaboradores da presente pesquisa afirmaram que, embora seja explicado às mulheres a presença de uma doença ou situação de saúde que precisa de um controle adicional com exames e acompanhamento profissional, muitas delas não cumprem as recomendações e chegam ao HMD com complicações que requerem atendimento mais especializado de outras instituições em cidades próximas a Silvia.

Da mesma forma, estudos realizados na Ásia e na América, constataram o desconhecimento sobre os serviços prestados, sua importância ou os riscos à saúde como causa de as gestantes indígenas não frequentarem a instituição, percebendo o atendimento hospitalar necessário apenas quando há intercorrências obstétricas (AKTER et al., 2020) (GARDINER et al., 2021).

Outro elemento relatado pelos colaboradores deste estudo envolve a timidez. Segundo os estudos de Tunubala (2017) e Gleason et al. (2021), elas sentem-se incomodadas ao ser tocadas ou examinadas porque não estão acostumadas, ainda mais se forem homens. Se o profissional não informar e obter consentimento para qualquer exame físico, a mulher considera isso uma violação de sua privacidade e pode até perceber como abuso sexual, guardando-o em sua memória como um evento traumático que ela não deseja repetir.

Aliás, apesar do HMD ser uma solução para as longas distâncias que a comunidade Misak tinha que percorrer antes, a localização geográfica foi percebida pelos colaboradores como uma barreira no acesso aos serviços de saúde, principalmente devido às más condições de alguns caminhos.

Os povos indígenas ao redor do mundo são caracterizados por residir em áreas remotas com difícil acesso ao transporte e terrenos montanhosos não pavimentados, sendo identificado por diversas pesquisas como as parturientes preferem os partos domiciliares, pelas comodidades, evitando as experiências hospitalares, além da autonomia durante o processo. (AKTER et al., 2020) (GARDINER et al., 2021).

O medo das unidades de saúde decorrente dos maus tratos prestados pelos trabalhadores, práticas intrusivas e desnecessárias além da perda dos costumes

também influência na rejeição das instituições de saúde ocidentais por gestantes pertencentes aos povos indígenas (SHAH et al., 2018) (AKTER et al., 2020) (GARDINER et al., 2021).

No caso da Colômbia, o estudo de Gleason et al. (2022) com mulheres indígenas, atores da comunidade e profissionais de saúde, encontrou que a equipe de saúde desconhecia muitos dos saberes e práticas das comunidades indígenas, o que gerava violência, sentimentos de medo, confusão e solidão, baixa autonomia e empoderamento. Além disso, identificou falta de atendimento pré-natal, barreiras linguísticas e culturais, carência de infraestrutura, espaço e recursos humanos inadequados.

Não obstante, as Instituições de Saúde Indígena como o HMD, buscam uma conexão entre a medicina ocidental e tradicional, oferecendo um atendimento que respeita as crenças e práticas culturais. Ainda assim, a equipe de enfermagem que participou nesta pesquisa expressou a necessidade de mudanças administrativas, estruturais e da própria equipe de saúde com o intuito de cumprir as expectativas e anseios das mulheres grávidas Misak.

No que concerne à equipe de saúde da instituição, como os profissionais médicos e de enfermagem oscilam muito dentro da instituição, podem interferir no processo ao chegarem com um pensamento hegemônico ocidental que desconhece os saberes ancestrais e as características da população.

Uma revisão integrativa de 2020 apresenta a localização das aldeias, a rotatividade profissional, a sobrecarga de trabalho, a pouca ou nenhuma experiência em saúde indígena e o as barreiras linguísticas como dificuldades para atuação da enfermagem na atenção básica em saúde ao índio. Igualmente, apontou a falta de preparo ao iniciar a assistência ao índio (VIANA et al., 2020).

Os elementos anteriores também foram expressos pelos colaboradores desta pesquisa. Manifestaram a necessidade de; receber formação desde a graduação sobre os cuidados culturais às comunidades indígenas, ter processos de indução, educação nas instituições sobre a cosmovisão do povo, suas práticas, costumes, crenças e características com o intuito de aprimorar os processos e o conhecimento da equipe de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atingiu o objetivo proposto, evidenciando práticas de cuidado à mulher durante seu ciclo gravídico-puerperal tanto na instituição hospitalar quanto na cultura Misak, além disso, foram identificadas as barreiras percebidas para o atendimento institucional de gestantes indígenas, principalmente pelo distanciamento, ainda presente, entre os sistemas de saúde tradicional e ocidental.

Cabe destacar que, o HMD foi uma iniciativa que surgiu como resposta à desigualdade social, processos de violência, discriminação e falta de cuidados culturalmente congruentes nas instituições de saúde do país com o objetivo de respeitar a cosmovisão do povo Misak.

No entanto, ao vislumbrar as relações entre os atores que participam do evento; parturientes, familiares, parteiras, equipe de saúde e materialidade, percebe-se a necessidade de criar condições estruturais, administrativas, sociais, políticas e sobretudo, sensibilização, inclusão do respeito na formação e preparação da equipe de saúde a fim de alcançar um cuidado humanizado, alinhado com os anseios e expectativas culturais das mulheres indígenas.

A infraestrutura da instituição foi desenhada em conformidade com o modelo biomédico intervencionista, excluindo a possibilidade de parto vertical em todos os casos, com sala de parto fria e pouco acolhedora.

Os banhos de limpeza e harmonização não são realizados no centro hospitalar, acumulando energias ruins segundo a crença Misak, o que representa um elemento que poderia ser intervindo para ter um relacionamento mais próximo com a comunidade.

No plano político, o SISPI foi apresentado como uma forma de adotar um sistema de saúde próprio conforme com a cosmovisão de cada povo indígena tendo apoio do Estado. Porém, há dificuldades para a integração dos sistemas de saúde tradicional e ocidental dado que, muitos saberes e práticas ancestrais -inspirados por deuses milenários- são deslegitimados pela incompreensão de modelos de saúde hegemônicos e tecnocráticos.

Portanto, os sistemas e a equipe de saúde devem estar preparados desde sua formação acadêmica para atender gestantes indígenas, necessitando rever o currículo das Instituições de Ensino Superior (IES), além de oferecer induções e capacitações nos lugares de trabalho.

Apesar do exposto, destaca-se o trabalho desenvolvido pelo HMD na procura de uma conexão entre a medicina ocidental e tradicional, envolvendo a parteira, a família e o respeito pelas suas crenças no processo de gravidez, parto e puerpério, brindando uma atenção diferenciada às mulheres, o que precisa de trabalho, avaliação e aperfeiçoamento constante.

Em relação à equipe de enfermagem, realiza cuidados relevantes com a mulher no ciclo gravídico-puerperal por meio da educação, acompanhamento, comunicação e realização de atividades assistências, sendo mediadora do processo e gestora do cuidado. Mesmo assim, o profissional requer de maior empoderamento no desenvolvimento de estratégias que possibilitem melhorar o atendimento à mulher.

É necessário investimento na formação de recurso humano da enfermagem, além da criação de regulamentações, resoluções que orientem seu exercício profissional na área materno-perinatal e fomentem sua autonomia.

Como contribuição, espera-se com esta pesquisa trazer um olhar sobre as ações da equipe de enfermagem em uma Instituição Prestadora de Serviços de Saúde Indígena, procurando inspirar reflexões e inovações na prática do cuidado intercultural tanto no âmbito nacional quanto internacional.

Ademais, identificar as barreiras que dificultam o acesso das mulheres aos centros de saúde permite a geração de estratégias por parte do Estado, instituições, comunidades indígenas e equipes de saúde que impactem na forma de cuidar.

No campo da investigação, pesquisas de participação antropológica devem ser feitas no país para revelar o sistema simbólico das comunidades e, assim, obter uma interpretação das práticas realizadas pelas mulheres grávidas e como a medicina ocidental pode cada vez mais respeitar e promover a sua cultura.

Uma limitação da pesquisa foi, a pandemia pela Covid-19 e a situação de violência no país, fato que dificultou a ida da pesquisadora à instituição para uma compreensão mais aprofundada do cenário e o contexto em que ocorre o parto. Além disso, a equipe de enfermagem tinha múltiplas responsabilidades e demandas sociais devido às condições sanitária, interferindo no contato inicial e tendo que mudar a data das entrevistas em diversas ocasiões.

Os colaboradores que residiam em lugares de difícil acesso à internet, precisavam estar na instituição para ter a conexão necessária para a entrevista online.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-PENA, M.; BLANDON, M. F. T.; GARCIA-PERDOMO, H. A. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. **Rev. salud pública**, v. 22, n. 4, p. e303, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642020000400303&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- AKTER, S. et al. Barriers to accessing maternal health care services in the Chittagong Hill Tracts, Bangladesh: A qualitative descriptive study of Indigenous women's experiences. **PloS one**, v. 15, n. 8, p. e0237002, 2020. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0237002>>. Acesso em: 5 abr. 2022.
- AMIRI, A. Role of nurses and midwives in improving patient safety during childbirth: Evidence from obstetric trauma in OECD countries. **Applied Nursing Research**, v. 56, n. 1, p. 151343, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151343>>. Acesso em: 30 set. 2022
- ANDREZZO, H. F. D. A. **O desafio do direito à autonomia: uma experiência de Plano de Parto no SUS**. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/5c3d/e624020aa215e17db7359f5d89e57337186d.pdf>>. Acesso em 10 fev. 2022.
- ARNEY, W. R. **Power and the Profession of Obstetrics**. Chicago: University of Chicago Press, 1982. 290 p. ISBN 9780226027289.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRIZAS (ABENFO); UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ). **Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010. 164 p. ISBN - 978-85-63901-01-9.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p. ISBN 978-85-62938-04-7.
- BARRERA, M. D. V.; MUÑOZ, L. X. M. Mujer indígena, desigualdad social y quebrantamiento de sus derechos. **Novum Jus**, v. 15, n. 1, p. 251-275, 2021. Disponível em: <<https://novumjus.ucatolica.edu.co/article/view/NovumJus.2021.15.1.11>>. Acesso: 5 abr. 2022.
- BOTERO, D. M. B. Mujeres indígenas: ¿protección constitucional en Colombia?. **Revista CES Derecho**, v. 4, n. 2, p. 18-31, 2013. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4863650>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasil: **Diário Oficial da União**, 13 jun. 2013. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde; FUNASA, 2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

BRETAS, A. C. P. **As enfermeiras, o poder, a história: um estudo exploratório sobre mentalidades**. 92 f. Dissertação (Mestrado – Ciências sociais aplicadas à educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 1994. Disponível em: <<https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.1994.94925>>. Acesso em: 10 out. 2022.

CALDERÓN, C. A. A. et al. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2817-2828, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2020.

CARDONA-ARIAS, J. A. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. **Revista de salud pública**, v. 14, n. 4, p. 630-643, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n4/v14n4a08.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

CARVALHO, V. Enfermagem e história da enfermagem: aspectos epistemológicos destacados na construção do conhecimento profissional. **Escola Anna Nery [online]**, v. 11, n. 3, p. 500-508, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000300016>>. Acesso em: 10 out. 2022.

CASTILLO-SANTANA, P. T. et al. Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 61-74, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902017000100061&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em: 26 maio 2020.

CASTRILLÓN, J. J. C. El sistema de salud colombiano. **Archivos de Medicina (Col)**, v. 13, n. 2, p. 115-117, 2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2738/273829753001.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2020.

CENTRO NACIONAL DE MEMORIA HISTÓRICA (CHMH); ORGANIZACIÓN NACIONAL INDÍGENA DE COLOMBIA (ONIC). **Tiempos de vida y muerte Memorias y luchas de los pueblos indígenas en Colombia**. 1. Ed. Bogotá: CNMH-ONIC. 2019. 480 p. ISBN 978-958-5500-51-8.

COLOMBIA. Corte constitucional. **Auto N° 004 de 2009**. Bogotá: Corte constitucional, 2009. Disponível em: <<https://www.corteconstitucional.gov.co/T-025-04/AUTOS%202009/111.%20Auto%20del%2026-01-2009.%20Auto%20004.%20Indigenas.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Ley n° 100, de 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. **Diario Oficial No. 41.148**, Bogotá, p. 132, 23 dez. 1993. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2020.

COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Ley n° 1438, de 19 de enero de 2011. por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. **Diario Oficial No. 47.957**, Bogotá, p. 51, 19 jan. 2011. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf>. Acesso em: 30 fev. 2022.

COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Ley n° 1751, de 16 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Colombia: **Diario Oficial No. 49.427**, p. 13, 16 fev. 2015. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

COLOMBIA. Congreso de la República de Colombia. Ley 2244 de 11 de julio de 2022. Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y posparto y se dictan otras disposiciones. Colombia: **Diario Oficial**, p. 9, 11 jul. 2022. Disponível em: <<https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%202244%20DE%2011%20DE%20JULIO%20DE%202022.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Guía metodológica para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI**. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a. Disponível em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-metodologica-sispri.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2021.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Profamilia. UNFPA. **Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**. Bogotá: MinSalud, 2014. Disponível em: <https://oig.cepal.org/sites/default/files/col_politica_nac_dsdr_2014.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**. Bogotá: MinSalud, 2013. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 27 de septiembre de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud — PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE. Colombia: **Diario Oficial**, p. 17, 27 set. 2019. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf>. Acceso em: 30 jul. 2020.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 25 de julio de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS. Colombia: **Diario Oficial N° 49.947**, p. 72, 25 jul. 2016b. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203202%20de%202016.pdf>. Acceso em: 30 jul. 2020.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2 de agosto de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Colombia: **Diario Oficial N° 50.674**, p. 348, 2 ago. 2018. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf>. Acceso em: 30 jul. 2020.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Resolución 412, de 25 de febrero de 2000**. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: MinSalud, p. 7, 25 fev. 2000.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 17 de febrero de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, Colombia: **Diario Oficial N° 49.794**, p. 16, 17 fev. 2016c. Disponible em: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf. Acceso em: 30 jul. 2020.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. **Resolución 8430 de 04 de octubre de 1993**. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: MinSalud, p. 19, 4 out. 1993. Disponible em: <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>>. Acceso em: 30 jul. 2020.

COMISIÓN PARA EL ESCLARECIMIENTO DE LA VERDAD, LA CONVIVENCIA Y LA NO REPETICIÓN (CEV). **Mi cuerpo es la verdad. experiencias de mujeres y personas lgbtiq+ en el conflicto armado**. 2022. Disponible em: <<https://www.comisiondelaverdad.co/hay-futuro-si-hay-verdad>>. Acceso em: 10 jul. 2022.

CONSEJO REGIONAL INDIGENA DEL CAUCA (CRIC). **Origen del CRIC**. 2017. Disponível em: <<https://www.cric-colombia.org/portal/estructura-organizativa/origen-del-cric/>>.

CONSEJO TÉCNICO NACIONAL DE ENFERMERÍA (CTNE). **Política nacional de talento humano en Enfermería y plan estratégico 2020-2030**. 2020. Disponível em: <<https://www.oceinfo.org.co/difusion/normatividad?task=download.send&id=147&catid=4&m=0>>. Acesso em: 18 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 516, de 23 de junho de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais. Brasília, DF: COFEN; 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em: 5 fev 2022.

CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 4, pp. 1433-1444, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/PHwbP7cr6w4bSczKPGpBH7pw/abstract/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

DAMAS, B.; PÉREZ, S.; SÁNCHEZ M, R. Historia de las enfermeras obstétricas: importancia de sus cuidados en la atención al parto. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 34, n. 3, p. e1427, 2018. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000300014>. Acesso em: 20 ago. 2020.

DA SILVA, C. A. et al. Percepções atribuídas por parturientes sobre o cuidado de enfermeiras obstétricas em centro de parto normal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, n. e22, p. 1-19, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/68105>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

DA SILVA MONTEIRO, M. D. S. et al. Importância da assistência de enfermagem no parto humanizado. **Revista brasileira interdisciplinar de saúde**, v. 2, n 4, p. 51-58, 2020. Disponível em: <<https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/139>>. Acesso em: 01 set 2022.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, n. 1, p. S5-S23, 2001. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729201005100>>. Acesso em: 26 maio 2020.

DAZA PRIETO, D. M. **Rol de enfermería en la atención del parto en Colombia: abordaje desde las representaciones sociales de enfermería y ginecobstetricia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade da medicina e ciências da

saúde, Universidade do Rosario, 2019. Disponível em: <<https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/20138>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

DEL POPOLO, F.; JASPERS, D.; CEPAL. **Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos**. Santiago de Chile: Naciones Unidas y CEPAL, 2014. 128 p. Disponível em: <<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/37050>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). **ESTADÍSTICAS VITALES – EEVV: Cifras definitivas año 2019**. Bogotá: DANE, 2020. Disponível em: <<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2019.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2022.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). **Cifras definitivas de nacimientos 2020**. Bogotá: DANE, 2021a. Disponível em: <<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/2022/14-febrero-2022/nacimientos2020-cuadro-definitivo-2020.xls>>. Acesso em: 20 dez. 2021.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). **Mortalidad Materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19**. Bogotá: DANE, 2021b. 64 p. Disponível em: <<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE). **Población indígena de Colombia. Resultados del censo nacional de población y vivienda 2018**. Bogotá: DANE, 2019. 54 p. Disponível em: <<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-eticos/presentacion-grupos-eticos-2019.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

DIEHL, E. E.; FOLLMANN, H. B. C. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 451-459, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/J4B3qCQMcxm9hcvGtwGcwN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**. Dissertação de mestrado (Medicina), Faculdade da medicina, Universidade de São Paulo, 1997.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 10, n. 3. p. 627-637. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/#>>. Acesso em: 22 fev. 2022.

DOS SANTOS, J. V. N. C. et al. Atribuições e dificuldades apresentadas pelo enfermeiro frente a assistência de enfermagem à população indígena. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e2511426834-e2511426834, 2022.

Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26834>>. Acesso em: 10 abr. 2022.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras.** [S. l.]. Barcelona: Editorial La Sal. 1973. 41 p. ISBN 0912670134. Disponível em: <<https://we.riseup.net/assets/217402/brujas-parteras-y-enfermeras+1+.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2020.

ERASO, L. H. La mujer en la medicina colombiana. **Medicina (Bogotá)**, v. 38, n. 1(112), p. 73-81, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-868449>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

ESLAVA-CASTAÑEDA, J. C. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 3, p. 396-403, 2017. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/396-403/#>>. Acesso em: 21 fev. 2022.

FELTON-BUSCH, C.; LARKINS, S. Remote dwelling Aboriginal Australian women and birthing: A critical review of literature. **Women and Birth**, v. 32, n. 1, p. 6-15, 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519217305930>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

FIGUEROA, I.; FRANCO, N. M. El marco jurídico del enfoque diferencial en políticas públicas para mujeres indígenas en Colombia. **Estudios Políticos**, n. 57, p 71-90, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-51672020000100071>. Acesso em: 10 fev. 2022.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I. A vontade de saber.** 13. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GAITÁN-DUARTE, Hernando; ESLAVA-SCHMALBACH, Javier. Birth: an event which requires excellence in healthcare quality. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Colombia*, v. 68, n. 2, p. 97-101, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342017000200097. Acesso em: 26 maio 2020.

GAMA, S. G. N. D. et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil–2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 919-929, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/45jmN5Lrvb9hjnN5nj3YnVj/abstract/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

GARDINER, E. et al. Exploring women's decisions of where to give birth in the Peruvian Amazon; why do women continue to give birth at home? A qualitative study. **PloS one**, v. 16, n. 9, p. e0257135, 2021. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0257135>>. Acesso em: 5 abr. 2022.

GARNELO, L. et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 35, n. Suppl 3, p. e00181318, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35suppl3/e00181318/#ModalArticles>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GEERTZ, Clifford. **Nova luz sobre a antropologia**. [S. l.]: Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2014. 248 p. ISBN 857110588X.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. 4 ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações. 2018. 470 p. ISBN 9788554651299.

GLEASON, E. G. et al. “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. **Salud colectiva**, v. 17, n. 1, p. e3727, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/scol/2021.v17/e3727/#>>. Acesso em: 5 abr. 2022.

GLEASON, E. G., et al. Multistakeholder perspectives on the mistreatment of indigenous women during childbirth in Colombia: drivers and points for intervention. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 22, n. 1, p. 1-13, 2022. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04495-4>>. Acesso em: 5 abr. 2022.

GOBERNACIÓN DEL CAUCA: Oficina Asesora de Planeación. **Perfil departamento del Cauca**. [2020?]. Disponível em: <<https://www.cauca.gov.co/Dependencias/OficinaAsesoradePlaneacion/InformacioneIndicadores/Perfil%20Departamento%20del%20Cauca.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

GUALDA, D. M. R. et al. **Nascimento: Perspectivas antropológicas**. 1. Ed. São Paulo: Icone editora. 2017. 317 p. ISBN 9788527413046.

GUERRERO, R. et al. Sistema de salud de Colombia. **Salud pública de México**, v. 53, n. 2, p. s144-s155, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010>. Acesso em: 24 ago. 2020.

GÓMEZ GARCÍA, Pedro. **La antropología estructural de Claude Lévi-Strauss: ciencia, filosofía, ideología**. [S. l.]: Tecnos, 1981. 383 p. ISBN 9788430908578.

GRAHAM, S.; DAVIS-FLOYD, R. Indigenous midwives and the biomedical system among the Karamojong of Uganda: Introducing the Partnership Paradigm. **Frontiers in Sociology**, v. 6, n. [S. l.], p. 130. 2021. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2021.670551/full>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

HERNÁNDEZ BELLO, A. et al. **Determinantes sociales de las desigualdades en mortalidad materna y neonatal en las comunidades indígenas Arhuaca y Wayuu: evidencias y propuestas de intervención.** Bogotá: UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, PMA, 2017. 192 p. ISBN: 978-958-5437-03-6. Disponível em: <<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/41905>>. Acesso: 20 fev. 2022.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; COLLADO, C. F. **Metodología de la investigación.** México: McGraw-HILL / Interamericanas editoras, 2010. 656 p. ISBN 978-607-15-0291-9. Disponível em: <https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf>. Acesso em: 24 maio 2020.

HERRERA DIAZ, C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. **Revista General De Información Y Documentación**, v. 28, n. 1, p. 119-142, 2018. Disponível em: <http://www.academia.edu/download/56993195/Art._Invest._cuali_y_A.de_Cont._tematico_RGID_2018.pdf>. Acesso em: 1 set. 2020.

HERRERA, F. et al. **ODS en Colombia: Los retos para 2030.** Bogotá: Programa de Las Naciones Unidas Para El Desarrollo (PNUD), 2018. 74 p. Disponível em: <<https://reliefweb.int/report/colombia/ods-en-colombia-los-retos-para-2030>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

HOSPITAL MAMA DOMINGA (HMD). **Cabildo indígena de Guambia IPSI Hospital Mama Dominga.** 2020. Disponível em: <<https://www.mamadominga.com/quienes-somos/>>. Acesso em: 26 maio 2020.

JANGHORBAN, R.; ROUDSARI, R. L.; TAGHIPOUR, A. Skype interviewing: The new generation of online synchronous interview in qualitative research. **International journal of qualitative studies on health and well-being**, v. 9, n. 1, p. 24152, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3991833/>>. Acesso em: 1 jul. 2020.

JORDAN, B. **Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States.** Boston: Beacon Books, 1993.

LEAL, M. D. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. e00223018, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/grzf9kCgwKLFx8SV5DvPyJx/abstract/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

LEININGER, M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. **Cultura de los cuidados**, v. [S. l.], n. 6, p. 5-12, 1999. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5126/1/CC_06_01.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2022.

LEÓN, M.C.; GREFA, C. R. **Comunidades indígenas: creencias y costumbres en el embarazo, parto y puerperio.** 55 f. Monografía (Bacharelado em Enfermagem) –

Faculdade de enfermagem, Universidade Nacional de Chimborazo, 2020. Disponível em: < <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6645>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

LUZ, M. N. **racional, social: razão médica e racionalidade moderna**. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, 2019. 184 p. ISBN 9788581100777.

MANDERSON, L. Hot-cold food and medical theories: overview and introduction. **Soc Sci Med**, v. 25, n. 4, p. 329-330, 1987. Disponível em: <https://www.academia.edu/download/50724144/0277-9536_2887_2990270-x20161205-13922-40dzoo.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2021.

MARTINS, A. P. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. 20. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004. 287 p. ISBN 978-85-7541-451-4.

MATUTE, S. E. D.; MARTINEZ, E. Z.; DONADI, E. A. Intercultural Childbirth: impact on the maternal health of the Ecuadorian Kichwa and mestizo people of the Otavalo region. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 43, n. 1, p. 4-19, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/nqvtphwN6jY9k6X6MK6WNcv/abstract/?lang=en#ModalArticles>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

MEIHY, J. C. S. HOLANDA, F. **História oral: Como fazer como pensar**. 2. ed. São Paulo: Editora contexto, 2017. 175 p. ISBN 9788572443760.

MEIHY, J. C.; RIBEIRO, S. L. S. **Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias**. 1. ed. São Paulo: Editora contexto, 2011. 208 p. ISBN 8572446907.

MEJIA, C. M. et al. La deshumanización en el parto: significados y vivencias de las mujeres asistidas en la red pública de Medellín. **Invest. educ. enferm**, v. 36, n. 1, e3, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072018000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2021.

MINAYO, M. C.; COSTA, A. P. **Técnicas que fazem o uso da palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação**. 1. Ed. [S. l.]: Hucitec, 2019. 64 p. ISBN 8584042083.

MOPOSITA, A. C. M. **Asociación de los factores sociodemográficos y culturales al cumplimiento del control prenatal en gestantes indígenas de la comunidad de Salasaca**. 88 f. Monografía (especialização em medicina familiar e comunitária) – Faculdade de ciências da saúde, Universidade Técnica de Ambato Equador, 2021. <<http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/32824>>. Acesso em: 24 nov. 2021.

MUÑOZ, K. T. N. et al. História oral de enfermeiras na atenção ao parto e nascimento na Colômbia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p e533101019059-e533101019059, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19059>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

NOREÑA-HERRERA, C. et al. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2635-2648, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/bPqGFwhPqrjLDtphNqcW5Ns/abstract/?lang=es#ModalArticles>>. Acesso em: 15 nov. 2021.

OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD (ONS). INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS). Ministerio de Salud y Protección Social. **Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del departamento del Cauca**. Bogotá: INS. 2015. 101p.

OMER, S. et al. The influence of social and cultural practices on maternal mortality: a qualitative study from South Punjab, Pakistan. **Reproductive health**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2021. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-021-01151-6>>. Acesso em: 19 fev. 2022.

ORTIZ-LIZCANO, E. I. Colombia y el cumplimiento del Objetivo del Desarrollo del Milenio respecto a la salud materna. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 66, n. 2, p. 86-89, 2015. Disponível em: <<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/10>>. Acesso em: 24 maio 2020.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5 ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria. 1979. 138 p.

PALMA, J. C. R.; GUERRERO, J. P. C. **Revisión del desarrollo jurídico de la partería en Colombia**. 121 f. Monografía (Graduação em direito) - Faculdade de direito, Universidade Cooperativa de Colômbia, 2020. Disponível em: <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/28730/1/2020_parter%C3%ADa_juridica_colombia.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, p. e20160366, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000400203&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 1 jul. 2020.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015**. Bogotá: PNUD, 2015. 49 p. Disponível em: <<https://www.undp.org/es/colombia/publications/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-colombia-2015>>. Acesso em: 20 fev. 2022.

RAMOS VARAS, A. **Mapa mundial: Mapa político da Colômbia**. 2020. Disponível em: <<https://mapamundi.online/america/del-sur/colombia/>>. Acesso em: 20 dez. 2020.

RAMOS, W. M. A. et al. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 1, p. 173-179, 2018. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6019/pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2020.

RIBEIRO, A. A.; FORTUNA, C. M.; ARANTES, C. I. S. O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 138-145, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/5bvdDvq9b6XPtxhSMsfKHxf/abstract/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em 10 fev. 2022.

RODRÍGUEZ V.; DUARTE, C. Saberes ancestrales y prácticas tradicionales: Embarazo, parto y puerperio en mujeres colla de la región de Atacama. **Diálogo andino**, v. [S. l.], n. 63 p. 113-122. Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-26812020000300113&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 24 nov. 2022.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001. 224 p. ISBN 978-85-7541-399-9.

SADLER, M. **"Así me nacieron mi hija." Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario**. 176 f. Tese (Antropologia Social) - Faculdade de ciências sociais, Universidade do Chile, 2003. Disponível em: <<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

SANDALL J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. [S. l.], n. 4, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5full>>. Acesso em: 01 set. 2022

SANTAMARÍA FERNÁNDEZ, M.B. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ENFERMERÍA Y LA CARDIOLOGÍA. **Revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología**, v. 40, n [S. l.], p. 21-28, 2007. Disponível em: <<https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4002.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2020.

SARMIENTO, I. et al. Safe birth in cultural safety in southern Mexico: a pragmatic non-inferiority cluster-randomised controlled trial. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 22, n. 1, p. 1-15, 2022. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-04344-w>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SALEM, T. **Sobre o casal grávido: incursão em um universo ético**. [S. l.]. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Faculdade de antropologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.

SALEM, T. **O casal grávido: Disposições e Dilemas da Parceria Igualitária**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Família, Geração e Cultura, 2007. 232 p. ISBN 9788522506118.

SÁNCHEZ TORRES, F. **Historia de la Ginec Obstetricia en Colombia**. 1. ed. Bogotá: [s. n.], 1993. Disponível em: <<https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ginec obstetricia/>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

SCHIEBINGER, L. Skeletons in the closet: the first illustrations of the female skeleton in eighteenth-century anatomy. **Representations**, v. 14, n. [S. I.], p 42-82, 1987.

SHAH, R. et al. Barriers and facilitators to institutional delivery in rural areas of Chitwan district, Nepal: a qualitative study. **Reproductive health**, v. 15, n. 1, p. 1-13, 2018. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0553-0>>. Acesso em: 5 de abr. 2022.

SOTOMAYOR TRIBÍN, H. A. La mujer indígena en Colombia. **Revista Repertorio De Medicina Y Cirugía**, v. 16, n. 4, p. 195-216, 2007. Disponível em: <<https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/483>>. Acesso em: 10 fev 2022.

SUÁREZ, E. M. **El jardín de rosas: la formación universitaria en enfermería en Bogotá, 1950-1970**. 1 ed. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. 2021. 272 p. ISBN 978-958-781-625-9

TORNQUIST, C. S. **PARTO E PODER: O movimento pela humanização do parto no Brasil**. 429 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/86639>>. Acesso em: 30 jul. 2020.

TUNUBALÁ, J. **Parteras del pueblo Misak: mujeres hilando conocimientos de vida y de re-existencia**. 91 f. Monografía (Licenciatura em sociologia) – Faculdade de ciências sociais e económicas, Universidade do Vale, 2017. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/10219>>. Acesso em: 03 nov. 2021.

URREGO-MENDOZA, Z. et al. Consideraciones éticas para la investigación en salud con pueblos indígenas de Colombia. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 6, p. 827-832, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n6/0124-0064-rsap-19-06-827.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

URREGO-RODRIGUEZ, J. H. Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia. **Saúde em Debate [online]**. v. 44, n. spe1, pag. 79-90, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zD6K9BzY8Cv48gFRnjbdkJ/?lang=es#>>. Acesso em: 10 jan. 2022.

VALLANA SALA, V. V. "Es rico hacerlos, pero no tenerlos": análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. **Rev. Cienc. Salud**, v. 17, n. spe, p. 128-144, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000400128&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2021.

VASQUEZ, C. Una aproximación al estado de la partería tradicional en Colombia. **Index Enferm**, v. 21, n. 1-2, p. 53-57, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev 2022.

VELANDIA, A. L. Enfermería en Colombia. análisis sociohistórico. **Hist. enferm., Rev. eletrônica**, v. 1, n. 2, p. 263-294, 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028918>>. Acesso em: 18 out. 2022.

VELANDIA, A. L. Influencia española en la enfermería colombiana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 129-150, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000200011>. Acesso em: 18 out 2022.

VIANA, J. A. et al. A atuação do enfermeiro na saúde indígena: uma análise integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2113-2127, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/7836>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

VILLARINHO, M. V. História Oral e Memórias: Contribuições na Pesquisa Histórica em Enfermagem e Saúde. **Hist enferm Rev eletrônica**, v. 8, n. 2, p. 67-68, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32415>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth, **The lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436-437, 1985. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/appropriate-technology-for-birth-who/>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: WHO, 1996. 104 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Geneva: WHO, 2015. 8 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf>. Acesso em: 01 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Parteras tradicionales**. Geneva: WHO, FNUAP, UNICEF, 1993. 200 p. ISBN 9243561502.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. Washington: WHO, 2018. 200 p. ISBN 9789241550215. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Statement on the second meeting of the international health regulations. emergency committee regarding the**

outbreak of novel coronavirus (2019- ncov). 2020. disponível em: <[https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))>. acesso em: 29 jun. 2020.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados pessoais do colaborador

- Nome:
- Identidade de gênero:
- Raça/etnia:
- Estado civil:
- Local e data de nascimento / idade:
- Bairro / cidade onde você mora atualmente:
- Escolaridade:
- Tempo de formação:
- E-mail:
- Tempo em que trabalhou como profissional ou auxiliar de enfermagem:
- Tempo de trabalho no Hospital Mama Dominga na área obstétrica:
- Período que esteve vinculado na instituição:
- Data e hora da entrevista:
- Plataforma usada para a entrevista:

Roteiro

- Me conte sobre a sua trajetória laboral.
- Me conte sobre a sua atuação, especificamente na atenção à mulher indígena no Hospital Mama Dominga.
- Como você vê a saúde da mulher indígena na atenção ao parto e nascimento?
- Quais são as principais práticas de cuidado que você realiza no processo de parto e nascimento? como é o cotidiano da atuação da enfermeira e do auxiliar nesse contexto?
- Você considera que o atual cenário das políticas de saúde, fornece ferramentas para a atenção ao parto das mulheres indígenas (pensar em formas de organização: protocolos, diretrizes institucionais...)

ANEXO 1 – CARTA DE CESSÃO DOS DIREITOS

(Data do local)

Destinatário,

Eu, _____, estado civil _____, com documento de identidade _____, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada na data _____ para a Universidade Federal do Paraná e Universidade do Vale, pesquisadora Jhovana Trejos Serrato, a orientadora Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza e a professora co-orientadora Dra. Gladys Eugenia, usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à (instituição), que tem a guarda da mesma

(Nome e assinatura do colaborador)

(Adaptado de Meihy e Holanda, 2017)

ANEXO 2 – PARECER COMITÉ DE ETICA



FACULTAD DE SALUD
Vicedecanato De Investigaciones Y
Posgrados Comité de Ética Humana

FORMATO ACTA DE APROBACION
N°(001-021)

Proyecto:

“EXPERIENCIA DE ENFERMERAS EN EL CUIDADO A MUJERES INDÍGENAS EN PROCESO DE PARTO Y NACIMIENTO EN CAUCA, COLOMBIA”

Investigador Principal:

JHOVANA TREJOS SERRATO/GLADYS EUGENIA CANAVAL ERAZO/SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

Código Interno: (221-020)

DIA	MES	AÑO
18	01	2021

Fecha en que fue sometido:

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2013; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000. Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

X	Protocolo de Investigación
X	Instrumentos de recolección de datos
X	Formato de consentimiento informado
X	Soportes solicitados por el CIREH
X	Cartas de las instituciones participantes
	Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente Clasificación de Riesgo:


	Sin riesgo
X	Riesgo mínimo

4. Las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Informará inmediatamente a las directivas institucionales:
- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
 - Lesiones a sujetos humanos.
 - Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
- f. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán solicitar la renovación del aval, adjuntando los documentos solicitados por el CIREH.
7. El investigador principal deberá informar al Comité:
- Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente.
 - Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - Cualquier decisión tomada por otros comités de ética
 - La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - El investigador principal deberá presentar un informe final al terminar el proyecto.

Fecha de Expedición:

DIA	MES	AÑO
01	02	2021

Firma: Nombre: BEATRIZ EUGENIA FERNANDEZ H.

Capacidad Representativa: PRESIDENTE Teléfono: 5185677

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



Santiago de Cali, 12 de abril de 2021

Profesora
 GLADYS EUGENIA CANAVAL ERAZO
 SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
Escuela de Enfermería
Atn.
 JHOVANA TREJOS SERRATO
Estudiante de Maestría en Enfermería
Facultad de Salud
Universidad

Asunto: Aprobación de Enmienda

Cordial saludo.

El Comité Institucional de Revisión de Ética Humana en su reunión plenaria con acta No. 007-2021, registró el proyecto **“EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO A MUJERES INDÍGENAS EN PROCESO DE PARTO Y NACIMIENTO EN CAUCA, COLOMBIA”** Con código **221-020**. Para este efecto se revisaron los siguientes documentos: formato de solicitud de enmienda.

Se decide aprobar la enmienda solicitada para este proyecto consistente en:

1. Modificación en el título:

“Experiencia del personal de enfermería en el cuidado a mujeres indígenas en proceso de parto y nacimiento en Cauca, Colombia”

Atentamente,

BEATRIZ EUGENIA FERNANDEZ HURTADO
 Presidenta
 Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

ANEXO 3 – PARECER DO HOSPITAL MAMA DOMINGA

WWW.MAMADOMINGA.COM



CABILDO INDIGENA DE GUAMBIA IPS - HOSPITAL
MAMA DOMINGA
HOSPITAL INDIGENA DE GUAMBIA

Vereda las Delicias 27 de noviembre de 2020

Profesora
BEATRIZ EUGENIA FERNANDEZ HURTADO
Presidente Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud
Universidad del Valle

Ref: Autorización para la ejecución del proyecto "Experiencia de enfermeras en el cuidado a mujeres indígenas en proceso de parto y nacimiento en Colombia"

Cordial saludo:

Por la presente notificamos a ustedes que el Hospital Mama Dominga, sede Silvia, Cauca, avala la ejecución del proyecto titulado "Experiencia de enfermeras en el cuidado a mujeres indígenas en proceso de parto y nacimiento en Colombia", desarrollado por la estudiante Jhovana Trejos Serrato de la Maestría en Enfermería de la Universidad Federal de Paraná, bajo la orientación de la Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza y co-orientación de la Profa. Dra. Gladys Eugenia Canaval Erazo.

Adicionalmente, declaramos conocer y aceptar la ejecución del proyecto en nuestra sede en Silvia, estando conformes con las actividades que se esperan llevar a cabo con nuestro aporte, colaborando más específicamente para la realización de entrevistas a los profesionales de Enfermería que trabajan o trabajaron en la institución en el área de obstetricia al proporcionar los datos de los posibles participantes que pueden colaborar en la investigación.

Agradezco su atención.

Atentamente,


ASCENSION VELASCO.

Coordinadora IPS Hospital Mama Dominga.