

INICIAÇÃO SEXUAL, GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO EM COMUNIDADES INDÍGENAS DO BRASIL: UMA BREVE REVISÃO INTEGRATIVA

SEXUAL INITIATION, GESTATION, CHILDBIRTH AND PUERPERIUM IN INDIGENOUS COMMUNITIES OF BRAZIL:
An INTEGRATIVE REVIEW

Clara Martins da Anunciação Lima¹, Karyna Duarte Alcântara², André Marcos Damaceno Sógia³,
Felipe Ruan Miranda de Novais⁴, Jorge Miguel Laje Cerqueira⁵, Paulo Henrique Chaves de Oliveira⁶,
Paulo Victor Moreira Brito⁷, Sandra Adriana Neves Nunes⁸

^{1,2,3,4,5,6,7}Estudante do BI-Saúde da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Itabuna, Bahia, Brasil
claralima3@hotmail.com, karynaalcantara@hotmail.com, asoglia@hotmail.com, feliperuan303@outlook.com,
cerqueiraemeneses@gmail.com, apolochaves@gmail.com, pvmoreirabrito@gmail.com

⁸Professora Ajunta da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Itabuna, Bahia, Brasil
psandranunes7@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Enquanto a produção científica sobre saúde reprodutiva da mulher tem ascendido no meio acadêmico, a literatura envolvendo as especificidades da mulher indígena com enfoque no seu contexto cultural ainda é escassa. De modo geral, as pesquisas são geográfica e etnograficamente bastante circunscritas. **Objetivo:** Nessa perspectiva, o presente estudo objetivou compreender as crenças, tradições e práticas acerca da saúde reprodutiva, em especial, sobre a iniciação sexual, gravidez, parto e puerpério nas comunidades indígenas do Brasil, de acordo com pesquisas publicadas entre os anos de 1989 e 2016. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura nas bases de dados BIREME, SCIELO, LILACS e Google acadêmico. Os descritores utilizados foram: "Saúde de Populações Indígenas", "Gravidez", "Parto", "Período Pós-Parto", "Tradição", "DSEI" (Distrito Sanitário Especial Indígena) e "sexualidade indígena". Os critérios de inclusão foram: tratar da temática, ser trabalho de cunho científico publicado ou apresentado evento científico, produzidos durante os anos de 1989 e 2016, empregar abordagem descritiva, e estar disponível, na íntegra e online, sem restrição de idioma. Foram excluídos materiais cujos objetivos fugiram da temática e/ou quando se tratavam de livros completos. **Resultados:** Os resultados evidenciam que apesar de haver semelhanças entre as crenças e práticas tradicionais indígenas, existem também diversas singularidades em cada etnia que precisam ser levadas em consideração pelos profissionais de saúde e pelas políticas públicas. **Conclusão:** Espera-se que trabalhos dessa natureza se somem a outros que inspirarão a construção de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena, que sejam eficientes e não violentem a identidade cultural desse grupo étnico.

Palavras-chave: Saúde reprodutiva. Mulheres indígenas. Gravidez. Parto. Período Pós-Parto.

ABSTRACT

While the scientific literature on women's reproductive health has risen in the academic world, the literature involving the specificities of indigenous women with a focus on their cultural context is still scarce. In general, the studies are geographically and ethnographically quite circumscribed. In this perspective, the present study aimed to understand beliefs, traditions and practices about reproductive health, especially on sexual initiation, pregnancy, childbirth and puerperium in the indigenous communities of Brazilian indigenous, based on to scientific work published between 1989 and 2016. It is a bibliographical study, of integrative review of literature using BIREME, SCIELO, LILACS and Google Academic databases. The descriptors used were: "Health of Indigenous Populations", "Pregnancy", "Childbirth", "Postpartum period", "Tradition", "Indigenous Special Sanitary District ("DSEI") e "Indigenous sexuality". The inclusion criteria were: to deal with the theme, to be scientific work published or presented in scientific event, during the years 1989 and 2016, to use a descriptive approach, and be available, in full text and online, without language restriction. Materials that did not meet the inclusion criteria e/or books were excluded. The results show that, although there are similarities between indigenous beliefs and traditional practices, there are also several singularities in each ethnicity that need to be taken into account by health professionals and public policies. It is hoped that work of this nature will be added to others that will inspire the construction of public health policies for indigenous women that are efficient and do not violate the cultural identity of this ethnic group.

Keywords: Reproductive health. Indigenous women. Pregnancy. Childbirth. Postpartum period.



INTRODUÇÃO

Enquanto a produção científica sobre saúde reprodutiva da mulher tem ascendido no meio acadêmico, a literatura envolvendo as especificidades da mulher indígena com enfoque no seu contexto cultural ainda é escassa. Por se tratar de um grupo étnico marginalizado e empobrecido de nossa sociedade, talvez sua representatividade social se reflita no ambiente acadêmico. O fato é que, para a efetivação do plano de ação 2004-2007 do Ministério da Saúde, elaborado a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que propõe em seu objetivo 12, a implantação da atenção integral à saúde da mulher indígena em 100% dos polos base (BRASIL, 2004), torna-se fundamental compreender as características culturais (crenças, valores, conhecimentos, comportamentos e práticas) relativas à saúde em geral e à saúde reprodutiva, em especial, desses povos para que se promova as suas condições de saúde e qualidade de vida no âmbito da saúde pública.

As ações de saúde dos povos indígenas no Brasil são coordenadas pela Secretaria Especial de Saúde indígena (SESAI). Com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 é instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) e em 1999 são criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), com a Portaria nº 852/1999. Os DSEIs são organizados em 34 distritos distribuídos em vários estados do Brasil. São organizados em uma rede de saúde dentro das áreas indígenas com serviços de atenção básica em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas. A rede de atendimento deve ser composta de Postos de Saúde Indígena, Polos Base e a Casa de Apoio à Saúde do Índio na condição de prestar apoio e assistência aos indígenas (BRASIL, 2007). Os Polos Base têm como função servir de referência para os Postos de Saúde Indígena, unidades de apoio e aldeias no que tange as ações administrativas, de saúde

e de saneamento na sua área geográfica de abrangência e são articulados e incentivados a atender os índios, levando em consideração a realidade socioeconômica e a cultura de cada povo indígena (BRASIL, 2002). Mais tarde a Portaria nº 254/2002 aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) na qual os DSEIs são definidos como um modelo de organização de serviços que engloba atividades técnicas com vistas a qualificação da atenção à saúde indígena, levando em conta a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de cada grupo. Dessa forma a PNASPI volta-se para a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde, incluindo àqueles relacionados à gestação e ao puerpério (BRASIL, 2002). De acordo com essa política, as Secretarias Estaduais e Municipais devem atuar de maneira complementar ao executar as ações de saúde indígena, articuladas com o Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). A integração das ações é particularmente indispensável nos programas especiais, como nos casos de imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional, controle da tuberculose, malária, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Também devem estar integradas nos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária e no combate às doenças crônico-degenerativas (como o câncer cérvico-uterino; diabetes) que já acometem grande parte da população indígena brasileira.

Dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, indicam que havia 817.963 indígenas no Brasil e mais 78.954 pessoas que residiam em áreas indígenas e se consideram indígenas pela cultura, tradições e antepassados, apesar de se declararem com outras raças (IBGE, 2010). Com relação ao percentual de mulheres indígenas em idade fértil (15 a 49 anos) a região Norte, em 2010, concentrava 33% do total, a Nordeste 27%, enquanto as regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul apresentavam, respectivamente, 16%, 14% e 9%

(CRUZ et al., 2014). Além disso, a proporção de crianças é menor nos grupos indígenas residentes no meio urbano, sendo 22,1% de pessoas entre 0-14 anos nesta população, contra 45% nos grupos rurais (IBGE, 2010).

De acordo com Coimbra e Garnelo (2004), comparados aos brancos, há uma alta taxa de natalidade entre os indígenas, fato que pode se justificar pela valorização cultural de famílias extensas, pelo elevado número de mulheres em uniões conjugais, pelo curto período entre partos e pelo início precoce da vida reprodutiva. De fato, a taxa de natalidade desses povos parece ser reduzida ou controlada apenas por “tabus” que regem a frequência sexual e os períodos de abstinência que devem ser obedecidos. No entanto, de acordo com os autores, não é possível generalizar essas informações devido ao fato de serem, de maneira geral, circunscritas a algumas regiões e a poucos grupos indígenas, especialmente, da região amazônica (COIMBRA; GARNELO, 2004).

No que diz respeito à saúde reprodutiva da mulher indígena, grande parte dos estudos está centrada em abordagens epidemiológicas de infecções e agravos específicos – geralmente doenças sexualmente transmissíveis ou câncer, enquanto as poucas produções de caráter etnográfico ou sociológico não são capazes de criar perfis amplos por estarem, também, circunscritas a realidades muito particulares (COIMBRA; GARNELO, 2004). Com relação aos estudos epidemiológicos, tem chamado a atenção a vulnerabilidade social dos indígenas às DST/AIDS. De acordo com as Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids (BRASIL, 2005) essa vulnerabilidade está relacionada com a intensificação das relações dessas populações com a sociedade a sua volta, de onde se deduz que a frequência e permanência dos indígenas nas áreas urbanas e nas terras indígenas afetadas por projetos de exploração de recursos naturais leva a um aumento da exposição as DST/AIDS. Tal fato levou o Ministério da Saúde a publicar três edições do manual Oficina de Aconselhamento

em DST/HIV/Aids no Contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena (BRASIL, 2008), como estratégia para romper a cadeia de transmissão das DST e do HIV, incluindo a detecção precoce e a adoção de práticas sexuais mais seguras.

Da mesma forma que se entende que o binômio saúde-doença é uma construção histórica e sociocultural, as formas de conceituar a vida e de conceber sua reprodução são forjadas, ao longo do tempo, por tradições, sujeitos e tabus específicos de cada grupo cultural. Para promover a melhoria das condições de reprodução nas comunidades indígenas no Brasil e tratar de problemas ocasionais dela advindos, de maneira eficaz e não culturalmente violenta, é fundamental entender como esses povos identificam, interpretam e lidam com as necessidades de saúde relacionadas à maternidade, assim como, suas fragilidades, anseios e temores relativos à reprodução, à gravidez, ao parto e ao puerpério. Vale lembrar que o PNAISM (BRASIL, 2004) não menciona a questão de gênero e nem diversidade cultural inerente a essas populações. Além disso, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/PNASPI, (BRASIL, 2002), também não faz referência à urgência de planejar ações com base nas tradições, crenças e práticas de cuidado valorizadas pelas mulheres indígenas na fase gestacional, parto e puerpério.

Com base no que foi exposto, parece relevante que se proceda com o levantamento e análise de estudos etnográficos, documentais e de revisão de literatura disponíveis nas bases de dados nacionais, com vistas à produção de uma síntese integrativa que ofereça uma visão holística sobre a temática. Dessa forma, o objetivo dessa revisão integrativa de literatura é de compreender as crenças, tradições e práticas acerca da saúde reprodutiva, com ênfase na iniciação sexual, da gravidez, parto e puerpério em algumas comunidades indígenas do Brasil, de acordo com trabalhos publicados entre os anos de 1989 e 2016. Espera-se que trabalhos dessa natureza se somem a outros que inspirarão a

construção de políticas públicas afirmativas e de atenção à saúde da mulher indígena, que sejam eficientes e não violentem a identidade cultural desse grupo étnico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, das publicações existentes sobre saúde reprodutiva com enfoque nas tradições de iniciação sexual, gestação, parto e puerpério nas comunidades indígenas no Brasil, nas bases de dados BIREME, SCIELO, LILACS e Google acadêmico. O método empregado é o de Cooper (1982), que se divide em cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

Estratégia de busca

As buscas foram realizadas durante o mês de agosto de 2016, utilizando a base de dados BIREME, SCIELO, LILACS e Google Acadêmico. Nas bases de dados BIREME, SCIELO e LILACS foi empregada a combinação dos seguintes descritores: “Saúde” “Populações Indígenas” AND “Gravidez” AND “Parto” AND “puerpério”. No Google acadêmico, os descritores utilizados foram: “Saúde Populações Indígenas”, “Gravidez”, “Parto”, “Período Pós-Parto”, “Tradição”, “Distrito Sanitário Especial Indígena” (“DSEI”) e “sexualidade indígena”. Como as buscas resultaram em um número limitado de publicações, as referências presentes nos trabalhos identificados pela estratégia de busca inicial também foram consultadas a fim de se somarem à revisão da literatura.

Os critérios de inclusão foram: tratar da temática, ser trabalho de cunho científico publicado ou apresentado evento científico, produzidos durante os anos de 1989 e 2016, empregar abordagem descritiva, e estar disponível, na íntegra e online, sem restrição de

idioma. Foram excluídos materiais cujos objetivos fugiram da temática e/ou quando se tratavam de livros completos e trabalhos sobre populações indígenas fora do Brasil.

Identificação, seleção dos estudos e extração de dados

Inicialmente, procedeu-se com a leitura dos resumos dos trabalhos pré-selecionados, a fim de se identificar os estudos que preenchiam corretamente os critérios de inclusão. Nessa etapa, foram encontrados quatro artigos na base de dados BIREME, três no SCIELO e 14 na LILACS. No que se refere ao Google acadêmico, optou-se por fazer uma busca mais abrangente, de início, uma vez que a busca nas três outras bases de dados não trouxe resultados satisfatórios. A inserção, concomitante, de todos os descritores no Google acadêmico levou a 51.600 artigos, a maioria dos quais não se encaixava no tema, numa análise superficial dos resultados. Optou-se, por isso, por inserir os descritores, um a um, e analisar os resultados principais, que apareceram até a quinta página dessa ferramenta de busca. Desses, apenas onze atendiam aos critérios de inclusão e um foi descartado por se tratar de livro completo. Assim, a amostra desse estudo constitui-se de dez trabalhos científicos, sendo três artigos, um capítulo de livro, duas dissertações de mestrado, duas monografias, e um trabalho apresentado em evento científico. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra dos trabalhos selecionados na etapa anterior, com vistas à identificação dos critérios de análise postulados nos objetivos do estudo.

Análise dos dados

Os dados foram, inicialmente, organizados em duas tabelas, de acordo com os critérios de análise escolhidos para a revisão: 1) dados bibliográficos, 2) título, 3) objetivos e 4) metodologia. Em seguida, buscou-se extrair, das seções referentes aos resultados e

discussão/conclusões dos trabalhos que compuseram a amostra final, as informações relativas à saúde reprodutiva da mulher indígena, em especial suas crenças, tradições e práticas sobre iniciação sexual, gravidez, parto e puerpério. Uma vez extraídas essas informações, procede-se com uma análise criteriosa dos conteúdos, buscando identificar elementos convergentes e divergentes, isto é, buscando identificar o que havia de comum entre os estudos e o que havia de particular nos estudos. Com base nessa análise, procede-se com uma síntese integrativa das informações, que estão organizadas na seção de resultados do presente artigo.

RESULTADOS

A inserção dos descritores na base de dados BIREME resultou em apenas quatro trabalhos, três dos quais eram artigos completos e um resumo de apresentação de trabalho. Dos três artigos que restaram, um era referente aos

indígenas da Guatemala e, por isso, foi excluído. Os dois restantes tratavam somente de questões epidemiológicas (morte materna e perfil epidemiológico dos nascidos vivos), e, por essa razão, também não foram escolhidos para fazerem parte dessa revisão. Já na base de dados SCIELO, os resultados foram ainda mais limitados, de apenas dois artigos, ambos epidemiológicos, que tratavam da morbidade ou da mortalidade materna dos xavantes.

Na base de dados LILACS foram encontrados 14 resultados, sendo sete deles relativos a questões puramente epidemiológicas de grupos indígenas brasileiros (por exemplo, prevalência de infecção por citomegalovírus, mortalidade materna, alcoolismo, vírus HTLV1 e 2 e de nascidos vivos), cinco conduzidos fora do Brasil, um que não se tratava de trabalho completo, mas apenas resumo, e um que se tratava de um livro que fugia da temática. Na base de dados Google Acadêmico, foram selecionados dez trabalhos que estão descritos nos quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Dados bibliográficos dos artigos selecionados na base de dados Google acadêmico

Nº	Título	Autores	Ano
01	Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil	COIMBRA JUNIOR, C.E.A.; GARNELO, L.	2004
02	Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang	MOLITERNO, A. C. M.; BORGHI, A. C.; ORLANDI, L.H.S.F.; FAUSTINO, R.C.; SERAFIM, D.; CARREIRA, L.	2013
03	Reflexões sobre as práticas Kaingang de cuidados com a gestação, parto e pós-parto e suas interfaces com o sistema oficial de saúde	COROAIA, M. E. N.	2013
04	Natalidade indígena na região do alto Rio Negro – AM	LIMA, M. E. de M.	1989
05	Saúde das mulheres indígenas no Brasil: uma revisão integrativa	MARCOLINO, D. L.	2012
06	Saúde do Corpo e Comportamento Reprodutivo dos Kamaiurá	JUNQUEIRA, C.; PAGLIARO, H.	2008
07	Saberes e Práticas das Parteiras Tupinikim	OLIVEIRA, V. B.	2014
08	Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais	PAGLIARO, H.; MENDONÇA, S.; BARUZZI, R.	2009
09	Saúde reprodutiva das mulheres Akewe-xerente: uma perspectiva intercultural.	RODRIGUES, K. S.	2014
10	Saúde Reprodutiva de Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro	AZEVEDO, M.	2009

Fonte: Dados da pesquisa

Como é possível observar, os artigos foram publicados nas últimas três décadas, com maior concentração nos últimos 15 anos, o que permite pensar que há muito pouco tempo esse tema tem recebido atenção dos pesquisadores nacionais, a despeito de sua relevância social. Além disso, os títulos abrangem principalmente a

saúde reprodutiva de mulheres indígenas e os saberes e práticas no cuidado com a gestação, parto e puerpério.

No quadro 2, é apresentada uma síntese da metodologia utilizada, dos objetivos e das etnias estudadas nos dez estudos selecionados para essa revisão.

Quadro 2 - Informações sobre metodologia, objetivos e etnias dos estudos selecionados

(Continua)

Nº	Metodologia	Objetivos	Etnia
01	Revisão de literatura	Abordar a interface entre dinâmica demográfica e saúde reprodutiva e os serviços de saúde, sobretudo no que tange à fecundidade; perfil epidemiológico relacionado ao campo da saúde reprodutiva; fatores socioculturais relacionados à saúde reprodutiva.	Diversas
02	Pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica. As mulheres tinham idade entre 14 e 100 anos. Entre a população estudada havia tetravós, bisavós, avós e mães de uma mesma família.	Identificar o processo de gestação e nascimento entre as mulheres Kaingang	Kaingang
03	Pesquisa bibliográfica e documental de caráter qualitativo, de cunho exploratório e descritivo.	Pretendeu realizar uma reflexão sobre práticas de cuidados à saúde das mulheres Kaingang durante a gestação, o parto e o pós-parto e a interface com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	Kaingang
04	Relato de experiência com base em observações realizadas em instituição hospitalar da região do Alto Rio Negro.	Comparar o uso da Medicina Ocidental e da Medicina Tradicional, na região do Alto Rio Negro, relacionando as patologias definidas por uma e por outra, como também as crenças e representações indígenas e não indígenas.	Não especificada
05	Revisão integrativa de literatura, baseada na metodologia de Cooper (1982), com base em 15 publicações que abordaram povos indígenas localizados em todo o território Brasileiro.	Conhecer os temas abordados na literatura científica sobre a saúde das mulheres indígenas brasileiras.	Kaingang, Xavante, Araweté, Aruák, Baniwa, Guarani, Parakanã, Suyá, Suruí, Ticuna e outra não informada
06	Observação participante. Os participantes foram cerca de 450 pessoas que fazem parte do povo Kamaiurá, localizada no Alto do Xingu, no Mato Grosso.	Mostrar como o saber sobre a saúde é construído a partir de elementos que compõem a visão de mundo Kamaiurá.	Kamaiurá

Quadro 2 - Informações sobre metodologia, objetivos e etnias dos estudos selecionados

(Conclusão)

07	Estudo qualitativo de cunho etnográfico. Participaram três enfermeiras, duas técnicas de enfermagem do Programa Saúde da Família das aldeias, três parteiras e duas filhas, netas e bisnetas de parteiras, com vasto conhecimento sobre o partejar Tupinikim em Aracruz no Espírito Santo. Análise de conteúdo.	Conhecer as práticas de cuidado tradicionais que as parteiras realizam nas aldeias Tupinikim; Comparar as práticas de cuidado com as práticas médicas; Analisar os motivos que levaram as parteiras a deixar de assistir ao binômio mãe-filho; Identificar as práticas indígenas que são passíveis de serem implementadas no processo de cuidado da enfermagem.	Tupinikim
08	Análise documental de registros de eventos demográficos e de saúde para o período 1970-2006 e levantamento de campo para o ano 2007 nas aldeias Suyá, sobre as histórias reprodutivas das mulheres entre 12 e 24 anos.	Levantar a taxa de fecundidade dos Suyá ao longo do tempo; Estimar a taxa de fecundidade atual; Comparar a evolução da fecundidade e entender suas causas.	Suyá
09	Estudo qualitativo, por meio da "observação participante". O estudo foi realizado na Aldeia Salto Kripré na Terra Indígena Xerente – TO, com participação de mulheres Akwe gestantes e/ou que já haviam tido filhos; agentes de saúde indígena e anciãos (dois considerados pajés).	Acessar, compreender e interpretar a questão da saúde reprodutiva das mulheres Akwê-Xerente, considerando, sobretudo, o campo da saúde não em exclusiva perspectiva biomédica, mas, fundamentalmente, no âmbito sociocultural que o perpassa, verificando a existência de um momento de interseccionalidade entre o dito universal e o particular, apontando para uma perspectiva intercultural.	Akwê-Xerente
10	Estudo Qualitativo, por meio de diálogos com as mulheres indígenas da região. O estudo foi realizado na região de Iauaretê, Terra Indígena Alto Rio Negro (AM).	Investigar o sistema tradicional de cuidados com a saúde das mulheres e a maneira como elas percebem suas condições de saúde e relaciona algumas medidas de fecundidade e parturição com as percepções que elas têm do seu corpo	Mulheres Tukano

Nos itens a seguir, serão apresentadas as principais conclusões obtidas nos estudos selecionados, buscando atender aos objetivos dessa revisão integrativa de literatura.

Iniciação sexual

Junqueira e Pagliaro (2008) explicam que as meninas Kamaiurá, do Mato Grosso, podem ser iniciadas sexualmente antes da menarca, mas, quando menstruam, são afastadas do convívio com outras pessoas e ficam isoladas em um canto da sua casa por um tempo, com a finalidade de

amadurecimento do organismo como, também, abstinência sexual. Em reclusão, recebem uma dieta e cuidados diferenciados; além disso, é realizado a escarificação como forma de preparar o corpo para a futura maternidade, sendo esse um processo recorrente ao longo da vida devido as suas finalidades curativas. Os autores ainda elucidam que os meninos passam por um processo semelhante de reclusão, mas por um período mais prolongado, com objetivo de torná-los fortes para a luta huka-huka e, também, para o desempenho das atividades masculinas. A saída da reclusão para meninas e meninos funciona

como uma transição do universo infantil para o adulto, tornando a atividade sexual mais regular e iniciando a busca do parceiro para constituir uma família (JUNQUEIRA; PAGLIARO, 2008).

O povo Suyá, também do Mato Grosso, tem tradições semelhantes. Com base em análises documentais e levantamento de campo, Pagliaro, Mendonça e Baruzzi (2009) descrevem que os Suyá possuem categorias de idades, isto é, períodos do ciclo vital por meio do qual eles marcam o tempo; também a mudança de um período para outro é marcada por ritos de passagem. Assim, quando a menina menstrua (normalmente entre 12 e 14 anos) passa a ficar reclusa por dois meses com rigorosa dieta e proibida de ter relações sexuais para o bom desenvolvimento do seu corpo (PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI, 2009). Ainda cabe acrescentar que as mulheres Suyá são mais valorizadas na medida em que têm mais filhos, e as regras residenciais do Suyá são matriarcais, isto é, após o nascimento do primeiro filho, o homem se muda para a casa da família da esposa, embora nem todos os Suyá obedeçam a essa regra hoje (PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI, 2009).

O estudo de Paliaro, Mendonça e Baruzzi (2009) destaca ainda que, na modernidade, observa-se que algumas regras vêm sendo desrespeitadas pelos jovens, como a redução do período de reclusão pubertária, o casamento antes da idade esperada, a não-abstinência sexual, a transgressão da dieta, a interação com profissionais de saúde 'brancos', além da falta de interesse em aprender a 'fazer parto'. Também, hoje os Suyá não mais sacrificam os filhos como era tradição, o que contribuiu para o aumento da fecundidade e segundo as indígenas, explica o grande número de doenças das crianças atualmente, especialmente a desnutrição.

Gestação

Lima (1989) descreve que, para as comunidades da região do Alto do Rio Negro –

AM, o pai exerce a função de principal doador da substância vital que é indispensável à concepção de crescimento e maturação da criança dentro do útero da mãe. Por isso, a mulher somente poderá gerar um filho após numerosas relações sexuais, quando seu útero estiver cheio de tal substância. Nesse sentido, o sangue da mãe contribui para a formação da carne, sangue e gordura do filho, enquanto o pai contribui na formação dos ossos, medula e espírito. O autor também observa que as mulheres dessa região obedecem a dietas alimentares e certas restrições de atividades durante todos os períodos menstruais, a fim de se prepararem para ter bons partos. Durante esse período, consomem-se alimentos mais leves, como beiju, algumas frutas, pouco sal e pequenos peixes. Nessa fase da gravidez, as mulheres evitam comer carne de macaco, cobra e peixes grande de pele, pois acreditam fazer mal a saúde do bebê e que trará complicações no momento do parto. Além disso, evitam tomar banho de rio por medo da "cobra grande", entidade que pode encantar ou engravidar (LIMA, 1989). Vale destacar que esse estudo foi realizado antes do ano de 1999, ano em que foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com a implantação dos DSEI. Assim, após essa data aconteceu a entrada de profissionais de saúde nas áreas indígenas, que acabaram por levar conhecimentos e práticas da medicina não tradicional indígena, alterando em muitas regiões a cultura e prática local. Portanto, é razoável pensar que nos dias atuais o cenário descrito já não seja mais o mesmo.

Ainda, no que se refere ao cuidado da mulher grávida, constatou-se que durante todo o período de gestação e, em especial, nos últimos meses, são intensificadas as visitas da gestante a um rezador, com o objetivo de "encaixar" o bebê no útero, na posição de nascimento. Essas visitas são de extrema importância no preparo psicológico da gestante (LIMA, 1989). No que tange as atividades ao nível de resguardo durante a gestação, o estudo de Lima (1989) relata que, para as comunidades indígenas do alto do Rio

Negro, o trabalho desenvolvido pela gestante influencia na qualidade do parto. Por exemplo, se uma gestante somente realiza os afazeres domésticos e quase sempre se mantém sentada, essa pode esperar um parto não muito bom; por outro lado, uma gestante que além de trabalhar como doméstica ainda trabalha na agricultura, essa pode esperar um bom parto além de um filho bonito e forte (LIMA, 1989).

O estudo de Lima (1989) também ilustra que as gestantes indígenas também buscam assistência médica tradicional, quando pensam que sua gravidez pode ser de risco. O pesquisador constata que, em sua maioria, as gestantes que frequentavam a unidade de saúde local apresentavam, nos membros inferiores, veias varicosas e, por isso, temiam por alguma complicação na hora do parto. Ao longo das consultas foi possível concluir que o receio poderia ser pelo medo de hemorragias no pós-parto, causado, na maioria das vezes, pela anemia em razão da má alimentação. Também, constatou-se que as orientações de cuidado eram recebidas com estranheza e descrédito, já que os procedimentos ocidentais não estão em sintonia com as explicações indígenas para doenças e agravos (LIMA, 1989).

Coroia (2013), em sua pesquisa bibliográfica e documental relativamente recente, concluiu que o ciclo de vida Kaingang têm início na fecundação e continua até que seja finalizada a vida terrena, quando se inicia a viagem para a aldeia dos mortos. O papel do homem na constituição física e social da criança é fundamental, portanto, quando um casal não consegue ter filhos do sexo masculino, o homem procura o Kujà ou o especialista em plantas medicinais para tratamento que possibilite o nascimento de um filho menino. Apesar disso, as mulheres possuem autonomia para decidir o momento de engravidar. Além disso, as mulheres mais velhas, nessa tribo, possuem conhecimentos sobre plantas com poder contraceptivos e utilizavam desses recursos para garantir um maior espaço de tempo entre as gestações.

No que se refere ao período de gravidez, propriamente dito, quando os membros da família da Kaingang constatarem a gestação, esses iniciam práticas de autoatenção – sistema de cuidado que se estende até o puerpério. Os cuidados consistem em preparo de chás de plantas medicinais e banhos que atuam no corpo da mãe, preparando para as mudanças que ocorrerão na gravidez. O envolvimento das mulheres da família é fundamental, pois estabelece laços de parentesco com o hã (filho), uma vez que a sociedade Kaingang é patrilinear. Também, na fase inicial da gestação, a mulher Kaingang deve se resguardar, evitando longas caminhadas, alimentações “fortes” e deve diminuir a frequência das relações sexuais, pois acreditam que o corpo origina-se de uma única relação sexual, ao contrário de outros povos indígenas (COROIA, 2013).

Por outro lado, Moliterno et al. (2013), em seu estudo etnográfico que envolveu mulheres Kaingang, descrevem que, para uma gestação tranquila, há a necessidade de a mulher manter-se ativa durante esse período. Há também a proibição de a mulher sentir desejos nessa cultura. Acredita-se que a dieta da mulher tem o poder de controlar o tamanho do bebê, que está relacionado a facilidade/dificuldade do trabalho de parto. Dentre as medidas adotadas pelas mulheres para evitar o crescimento dos bebês, há a redução da quantidade de comida, porém, não há restrições quanto ao tipo de alimento ingerido. As indígenas também relataram a utilização de ervas para inibir o crescimento do feto de forma a facilitar o período expulsivo durante o parto e atribuem a esse recurso o posicionamento adequado da criança para o nascimento (MOLITERNO et al., 2013). Esse grupo também busca auxílio no sistema de saúde público, em unidades básicas de saúde para o acompanhamento pré-natal. Além disso, por ocasião do início do trabalho de parto, as mulheres são encaminhadas ao hospital do município mais próximo, para o parto institucionalizado. Porém, as mulheres que

pariram de forma tradicional e, mesmo aquelas que pariram das duas formas, são contra essa prática, por estranharem o ambiente e posicionamento no momento de parir (MOLITERNO et al., 2013).

Rodrigues (2014), em sua pesquisa qualitativa, por meio de observação participante, ao investigar a saúde reprodutiva das mulheres Akwẽ-Xerente, do Tocantins, descobre que os profissionais que atuam nas unidades de saúde relataram a grande incidência de eclampsia, fazendo perceber que o acompanhamento do pré-natal na comunidade é problemática. Alguns entrevistados disseram haver negligência por parte dos profissionais de saúde com relação à distribuição de informações, o que influencia também na adesão e eficácia do tratamento. Um desafio apontado pelos profissionais é referente à resistência de realizar os exames e ir para a unidade de saúde situada na cidade (RODRIGUES, 2014).

O estudo qualitativo, também por meio de observação participante desenvolvido por Junqueira e Pagliaro (2008) no Mato Grosso, evidencia que, quando casados, para os Kamaiurá, o nascimento de uma criança é tido como um elo necessário para a materialização da união e a prova de que a mulher não é infértil. Caso isso não aconteça rapidamente, ambos têm recursos como chás, que auxiliam para que uma gestação ocorra. Enquanto grávida, a mulher deve seguir uma dieta específica e uma série de recomendações, a fim de evitar que a criança venha ter algum problema de saúde, além de assegurar o seu desenvolvimento normal.

Oliveira (2014), ao buscar compreender como se dá o acompanhamento das parteiras durante a gestação nas comunidades Tupinikim do Espírito Santo, conclui que elas costumavam orientar as mulheres grávidas a não dormir muito durante o dia, fazer seus trabalhos domésticos diários normalmente e tomar um laxante no quinto mês para que a criança não nasça com doenças de pele. As parteiras, também, conseguiam saber se a criança estava na posição

certa tocando na barriga da mãe e são capazes de realizar uma massagem com óleo de amêndoa para “endireitá-la”, se necessário (OLIVEIRA, 2014).

Azevedo (2009) descreve que entre as mulheres Tukano, do alto do Rio Negro, a gestação é o período em que o feto vai se formando aos poucos, pela união do *wahsó* (sêmen) masculino com o *wahsó* feminino, sendo esse algo que presente já nos óvulos e ovários femininos, ou então, visto como uma substância de aspecto gelatinoso que seria produzido durante o orgasmo feminino. A partir da concepção, a mãe passa se chamada de mãe do feto (*nihîpahkó*) e o pai, pai do feto (*nihîpahkî*). A placenta, ou *nihikumunó*, adquire valor simbólico relevante, pois é considerada o banco cerimonial do feto, se desenvolvendo com ele e dando-lhe identidade social.

Parto

Entre as comunidades da região do Alto do Rio Negro foi relatada, pela maioria das gestantes, a preferência pelo parto domiciliar, por encararem-no como um evento natural e simples, o qual pode ser realizado sem ajuda de terceiros. Por isso, a dificuldade de encontrar parteiras na comunidade. Na maioria das vezes, o parto é realizado com ajuda da mãe da gestante ou da sogra, e, em alguns casos, o marido sentado num banco, apoia sua esposa, pressionando o abdome dela que está na posição de cócoras. A partir do segundo filho, geralmente, a mulher realiza seu parto sozinha, em uma rede elevada a determinada altura onde se apoiará pelas axilas (LIMA, 1989). Em caso de partos demorados, com alguma complicação ou em caso de primeiro parto, um rezador é chamado para fazer orações ou até mesmo fazer palpções e estimular a saída do feto por meio de movimentos nos braços, pernas e barriga da gestante. Usa-se também ervas para induzir o parto, para esterilização ou, ainda de forma sigilosa, para o controle de natalidade (anticonceptivo ou abortivo). No

entanto, esses conhecimentos são de propriedade restritamente das mulheres mais velhas da região (LIMA, 1989). O autor também explica que, no parto normal domiciliar, algumas mulheres apresentavam dificuldades na hora de expelir a placenta. Nessas situações, as gestantes podem recorrer a alguns métodos tradicionais como, por exemplo, passar um fio de cabelo na garganta ou uma mistura do caldo viçoso de algumas frutas na vagina para lubrificar. Já casos de hemorragia são tratados com a imersão do corpo da mulher até a cintura em rios da região. Novamente, nesse caso, reafirmamos que com criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a partir de 1999, os conhecimentos e as práticas culturais descritas podem ter se modificado.

Entre os Kaingang, de acordo com Moliterno et al.(2013), as índias têm o filho acoradas. O fato de realizarem atividades diárias nesta posição exercita a musculatura, assim, as indígenas apresentam melhor estado genital, estando menos propensas à incontinência urinária, prolapsos ou rupturas perineais, além do alargamento dos canais vaginal, anal e uretral. Há, ainda, relatos da utilização de “remédios do mato” no momento do parto e da perpetuação das práticas através dos idosos. Apenas no primeiro parto, a parturiente pode receber orientação e ter acompanhamento da mãe ou parteira, os demais partos ela deve realizar sozinha. O papel do progenitor envolve providenciar medicamentos e realizar o corte do cordão umbilical, porém deve aguardar o processo do nascimento junto à porta, sem se aproximar da parturiente. (MOLITERNO et al, 2013). Os autores também descrevem que entre as indígenas, há estranheza em relação às práticas da Medicina Ocidental como o toque vaginal, que é considerado invasivo e constrangedor. O parto institucionalizado, cuja posição impede o contato visual entre mãe e filho, também causa desconforto. O desconforto está relacionado à crença desse povo que acredita que esse contato é benéfico, pois traz satisfação

e uma sensação de recompensa à mãe diante da dor, e transmite uma sensação de confiança e conforto ao bebê. Ocorre o choque de culturas quando as práticas, opinião e conhecimentos das indígenas não são respeitados no meio hospitalar. E isto tende a piorar quando a comunicação não é clara, isto é, quando a equipe médica não consegue explicar às indígenas o motivo de determinadas intervenções médicas, como o parto cesárea, por exemplo. Entretanto, houve aquelas que reconheceram a importância da instituição no sentido de salvar vidas de mães e crianças (MOLITERNO et al, 2013).

Oliveira (2014) explica que não há registros sobre o partejar Tupinikim e que essa experiência foi transmitida oralmente de mulher para mulher, ao longo do tempo. As parteiras que ainda existem aprenderam o ofício com membros da família, mas, na atualidade, tem crescido o número de partos das crianças Tupinikim no hospital da cidade. Essa mudança trouxe benefícios para a saúde da mãe e do bebê, mas algumas dificuldades emocionais. Além disso, o pesquisador observou que o Sistema de Saúde biomédico exigiu que as parteiras possuíssem uma carteira de autorização para suas práticas e foram ameaçadas de ser responsabilizadas, caso algo acontecesse com os bebês ou com a mãe. Posteriormente, médicos e outros profissionais de saúde chegaram às aldeias, assumindo a centralidade nos tratamentos de saúde, contribuindo para o esvaziamento da função social feminina no parto.

Nos partos que ainda ocorrer com parteiras, Oliveira (2014) relata que as parturientes têm liberdade de escolha da posição de parto, seja deitadas, sentadas ou recostadas. Já as condutas terapêuticas usadas entre os Tupinikins são: banhos quentes com ou sem ervas, sacudir a barriga, banho com água de sabão, massagem com óleo de amêndoa e chá de mentrasto para aliviar as contrações uterinas. Uma das parteiras relatou que sua mãe aquecia as mãos no fogo, antes de fazer a massagem. Além de colocar o bebê na posição correta, a

massagem alivia a dor e facilita o relaxamento. Este tipo de massagem é similar ao do Povo Kaingang (COROAIA, 2013), com a diferença do uso de banha de galinha no lugar do óleo de amêndoa. As rezas próprias do momento do parto morreram com as parteiras Tupinikins antigas.

Segundo Junqueira e Pagliaro (2008), na aldeia Kamaiurá, do Alto do Xingu, no Mato Grosso, o parto é realizado em casa, com o auxílio da mãe ou parente próxima. Caso haja dificuldades uma mulher com muita experiência é acionada, e caso se agrave o problema, o pajé. Uma vez detectada a impossibilidade de realizar o parto na aldeia, a parturiente pode ser movida para o hospital da cidade. Em caso de malformação muito grave o recém-nascido, crianças geradas por mãe solteira ou em relações extraconjugais, e gêmeos, a criança é sacrificado com veneno. Contudo, há casos mais atuais de aceitação destas crianças nas comunidades Kamaiurá.

Entre os Kaingang, de acordo com Coroaia (2013), assim que a gestante começa a sentir as primeiras contrações, ela recebe chá de folhas de guaxuma ou vassourinha (planta rasteira), para aumentar a frequência das mesmas e facilitar a expulsão do feto. Nesse processo, a família sai do ambiente em que ocorrerá o parto, permanecendo apenas a mãe, a sogra e algumas mulheres da família. A mãe e/ou a sogra exercem o papel de parteiras, puxando o feto e massageando as costas da parturiente com banha morna de galinha. As outras mulheres da família atuarão após o nascimento, massageando a barriga da mãe para sair expelir a placenta, cuidando do recém-nascido, atuando como coadjuvantes do processo. Durante o trabalho de parto, na comunidade Kaingang, o marido fica do lado de fora da casa fazendo esforços físicos para ajudar sua esposa nas contrações. Tanto a mãe quando o recém-nascido devem receber banhos com ervas logo após o nascimento. Esse banho com ervas ajudará a criança no desenvolvimento

de certas habilidades quando adultos e auxiliará na recuperação da mãe (COROAIA, 2013).

Azevedo (2009) relata que entre as mulheres Tukano, as práticas mais antigas em relação ao parto envolviam dar a luz longe de casa, na roça, devido ao perigo do contágio pelo sangue do parto. O parto deveria ser acompanhado de longe por um *Kumu*, que vai fazendo os benzimentos de acordo com as necessidades apresentadas durante o trabalho de parto. Por exemplo, se o bebê demora em nascer, o *Kamu* benze com caroço de uva amazônica (cucura), que por ser escorregadio simbolicamente ajuda na passagem do bebê pela vagina. Após o parto e antes de ela voltar para casa, o *Kumu* queimava o breu na cabaça e benzia todo o lugar, como forma de proteção desse lugar dos perigos do sangue, assim como para proteger a mulher com a criança. Depois do retorno à casa, a mulher deveria ficar isolada e em repouso, com o pai, por, em média, três dias, a depender da cicatrização do umbigo do recém-nascido. Depois do período de repouso e isolamento era dado o primeiro banho do recém-nascido. Nesta etapa, o *Kumu* deve mais uma vez benzer e indicar as comidas que podem ser serem ingeridas, bem como os objetos que podem ser usados pelo recém-nascido. O ritual deve envolver mais uma vez a queima do breu e assopro da fumaça em cima dos objetos que estão sendo bentos. Mais recentemente, os partos passaram a ser realizados em locais reservados dentro da aldeia, ainda com o acompanhamento à distância do *Kamu*.

Puerpério

Com relação ao pós-parto, Rodrigues (2014) descreve que os Akwe-xerenge possuem noções específicas e práticas singulares. As mulheres que têm seus filhos nos hospitais, segundo a cultura akwe-xerenge, têm mais chances de desenvolverem complicações. Eles associam ao uso de medicamentos alopáticos e ao ambiente

hospitalar como principais causadores das enfermidades. Sobre o repouso pós-parto, homem é um agente determinante no estado de saúde da mulher e da criança. De acordo com anciãos e o pajé, é dever do homem permanecer em estado de resguardo acompanhado da esposa e do filho. Contudo, essa prática vem sendo submergida em detrimento das alterações na rotina da comunidade (RODRIGUES, 2014).

Por outro lado, de acordo com Junqueira e Pagliaro (2008), após o parto, a mãe Kamaiurá ingere uma substância extraída de uma raiz que provoca vômito, e tem a finalidade de tirar o sangue que ainda esteja em seu corpo, seguido de dietas específicas. O marido também passa por um processo semelhante, voltando os dois, às suas atividades e dietas rotineiras quando a criança completa três ou quatro anos. Há também uma grande expectativa de que o primeiro filho seja homem e caso a esposa não gere filhos homens nas próximas gravidezes, é comum que a mulher tome um medicamento que tem por finalidade estimular o nascimento de meninos (JUNQUEIRA; PAGLIARO, 2008). É interessante notar que, no passado, as crianças só recebiam nomes após seis ou oito meses de vida, quando os pais tinham mais segurança da sobrevivência prole, mas atualmente esse processo ocorre logo após o nascimento, o que revela, ainda que indiretamente, a melhoria nas condições de saúde das crianças. Já em caso de gravidez indesejada ou vontade de impedi-la, há chás e medicamentos indicados, principalmente, entre os Arapawaakawã (JUNQUEIRA; PAGLIARO, 2008).

Coroia (2013) aponta que, no puerpério dos Kaingang, a mãe e o pai ficam em resguardo por no mínimo 15 dias e seguem dietas alimentares. Os alimentos consumidos pela mulher são preparados exclusivamente para ela, sendo esses “enxutos”, sem caldo e que não sejam amanhecidos. Esses alimentos, geralmente uma mistura de ervas com casa de laranja e milho triturado, servem para a recuperação e limpeza do útero e fortalecimento da mulher. Moliterno

et al. (2013), com base em seu estudo, acrescenta que, para a mãe, na alimentação, há restrição da ingestão de carne de porco e demais alimentos tidos como pesados. Baseiam-se na canja e canjica com cinza, para melhorar a produção de leite, pois a cinza tem princípios capazes de fortalecer o organismo feminino. Em contrapartida, o pai utiliza alimentos mais fortes. Nesse período de resguardo, o pai precisa cuidar da família com mais atenção, caso ele tenha que sair, precisa deixar alguém em seu lugar (COROIA, 2013). Durante os primeiros sete dias, de acordo com a cultura Kaingang, a criança precisa ficar isolada de todas as fontes de luminosidades. Acredita-se que os espíritos presentes nas fontes luminosas, como sol, lua, relâmpago podem adoecer a criança enquanto não é atribuído um nome a esse recém-nascido. Caso esse venha a adoecer somente o Kujà que é o Xamã pode afastar os espíritos causadores da doença no recém-nascido. Para isso, o Kujà orienta a família a seguir uma dieta alimentar, além de fazer uso de plantas medicinais (COROIA, 2013).

Segundo Lima (1989), nas comunidades que vivem na região do Alto Rio Negro, após o nascimento, é fundamental a presença de um rezador para benzer a criança e afastar os espíritos malignos. Durante o período do puerpério, o pai também fica de resguardo de 7 a 15 dias, sem praticar a caça, a pesca e outras atividades. A razão disso é a crença de que, junto com a caça, o pai pode trazer espíritos da mata que podem tomar o corpo do filho e levá-lo a morte. A alimentação torna-se ainda mais rigorosa no período puerpério, pois acreditam que se a mãe do recém-nascido ingerir carne de animal, esse poderá tomar o corpo do recém-nascido como os espíritos da mata.

As parteiras Tupinikins, no estudo de Oliveira (2014), medem o cordão umbilical, cortam com tesoura, limpam com algodão, amarram o fio e enrolam o coto umbilical num tecido fino, deixando sobre o abdome da criança. Uma das parteiras referiu-se a cuidados para

evitar o mal de Sete Dias, tais como: colocar a tesoura embaixo do travesseiro da criança, porque se porventura a 'bruxa' vier durante a noite sugar o sangue da criança, a mãe usaria a tesoura para cortar sua língua. Após o parto, as mulheres tomam chá de Bet e Quitoco para limpeza e involução uterina. No sétimo dia, faz-se uma defumação com incenso em um quarto fechado com mãe e filho. A fumaça purifica o ambiente e protege o bebê dos males. A criança toma banho em uma bacia exclusiva. A puérpera também é orientada a tomar banho de bacia com água morna, recebe uma massagem e coloca uma cinta de tecido na barriga para dar maior firmeza ao abdome e favorecer a involução uterina. O uso da cinta não é consenso entre as parteiras. Após o parto, a mãe fica restrita ao leito entre três e cinco dias. A placenta é enterrada em um dos cantos da casa (OLIVEIRA, 2014). Sobre o resguardo, esse, caso seja quebrado, pode acarretar em dor de barriga, diarreia e flatulência. Ainda são recomendadas garrafadas com cachaça e arruda, chá de picumã (teia de aranha mais a fumaça da queima de madeiras que se forma em cima do fogão de lenha) e óleo de rícino. Alguns alimentos são contraindicados como tainha, caçã, veado, paca, tatu, quati, etc. (OLIVEIRA, 2014).

Sobre os Suyá, segundo Plagiario, Mendonça e Baruzzi (2009), no passado, no dia seguinte ao parto, o pai perfura a glândula do pênis, espreme o sangue, passava em seu corpo como forma de purificação. Quando a criança nasce, os pais não podem mais ter relações sexuais até que ela ande. As mulheres Suyá não conhecem substância que previna gravidez, porém o período abstinência sexual é mais longo que o de outras tribos. Nos primeiros meses de vida da criança, os pais estão sujeitos a restrições alimentares bem como isentos de atividades que exijam muita força física como esticar arco e flecha, derrubar roça, construir casa (pai) ou mexer com fogo (mãe). A avó ou irmã mais velha cuida da casa e dos alimentos (PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI, 2009). A criança só deve

ser carregada pelos pais para não prejudicar sua saúde física e espiritual. Massagens, amarrações, pinturas e banhos com ervas são realizados durante a primeira infância para modelar e formar seu corpo, prevenir doenças e garantir a boa saúde. O nome da criança é escolhido entre nomes de antepassados e dado pelos avós da mesma (PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI, 2009).

DISCUSSÃO

De modo geral, constata-se, nesse estudo, o que também foi observado por Marcolino (2012), em sua revisão integrativa de literatura: existe uma escassez de literatura referente às questões de saúde reprodutiva da mulher indígena. Da literatura analisada, conclui-se que há algumas convergências no que diz respeito à temática abordada: as mulheres indígenas iniciam sua vida reprodutiva cedo, ainda na adolescência, mas há uma série de cuidados com a chegada na menarca, que envolvem o isolamento e a abstinência sexual até que seja considerado que o corpo está preparado para gestar e parir. Elas são culturalmente incentivadas a terem seus filhos na própria aldeia, sozinhas ou acompanhadas de outras mulheres (parteiras ou parentes mais experientes), mas a prática do pré-natal é incentivada. Normalmente, o parto é precedido, acompanhado e seguido de rituais específicos a cada tribo, envolvendo benzedoras ou rezadoras, que visam proteger a vida da mãe e/ou do recém-nascido. Na maioria dos casos, quando são observadas complicações, a busca do auxílio no sistema público de saúde é realizada. Assim, observa-se um aumento, nos últimos anos, da busca pelo parto institucionalizado pelas indígenas mais jovens, ainda que isso seja mal visto pelas mulheres mais velhas das aldeias, que tiveram partos naturais. Há também queixas, por parte das parturientes, no que se refere ao modo como são tratadas pelos profissionais de saúde de suas Unidades Básicas de Saúde ou dos hospitais.

Apesar de estudos evidenciarem algumas semelhanças entre as crenças e práticas tradicionais indígenas relativas à iniciação sexual, gravidez, parto e puerpério, o que mais marca essa revisão é a diversidade cultural desses grupos. Vale lembrar que a diversidade cultural entre os povos indígenas, reveladas nos estudos demográficos e antropológicos se centram, sobretudo, nos grupos que vivem na região amazônica e que inexistem, praticamente, estudos sobre as regiões nordeste, sudeste e sul do Brasil (COIMBRA; GARNELO, 2004). Assim, qualquer tentativa de generalização representa um desafio ao delineamento de uma política nacional de saúde reprodutiva indígena.

No que se refere à diversidade cultural observada, alguns estudos analisados evidenciam um processo inicial de transição cultural, onde o contato com a sociedade branca tem limitado o exercício de algumas tradições, e, em muitos casos, refletido negativamente na saúde das comunidades indígenas. Entre o povo Akwé-Xerente, por exemplo, a chegada da Medicina Ocidental tem aumentado as complicações e morte pós-parto (RODRIGUES, 2014).

Os Suya vêm passando por uma recuperação demográfica, assim como outros povos, com crescimento médio de 3% ao ano. Se por um lado, o desconhecimento sobre ervas contraceptivas usadas por outros povos indígenas do Alto do Xingu aumenta na natalidade dos Suya, por outro, os contatos com a sociedade branca influenciaram na sua tradição de modo decisivo, especialmente na questão dos sacrifícios de crianças indesejáveis, além de modificar o comportamento das jovens meninas Suyá, que nos dias atuais tendem a se casar e iniciar sua vida reprodutiva mais cedo. Além disso, as meninas de hoje na tribo tendem a transgredir as regras nutricionais e de abstinência sexual no puerpério. De acordo com as mulheres Suyá, tais mudanças culturais têm ocasionado um aumento da fecundidade entre as mulheres jovens da aldeia. Por outro lado, a redução dos níveis mortalidade – relacionadas com a ação médica –

está contribuindo para que as mulheres mais velhas consigam levar suas gestações a termo, aumentar a estabilidade das uniões conjugais, possibilitando um melhor equilíbrio entre os sexos (PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI, 2009).

Finalmente, observa-se que as modificações ocorridas nesses processos de gestação, parto e pós-parto, estão associadas às implementações de políticas públicas universalizantes que visam promover cuidados à gestante. Não há dúvidas, da importância dessa promoção, em contrapartida, percebe-se uma medicalização dos corpos e uma transformação de eventos naturais em eventos que precisam ser monitorados e controlados (COROIA, 2013). Assim, os estudos apontam para o efeito nocivo da falta de “competência cultural” dos profissionais da saúde e seu impacto na adesão e eficácia dos tratamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi apresentado, pode-se afirmar que existem diferentes formas e perspectivas de cuidado e atenção da saúde da mulher nas comunidades indígenas do Brasil. São práticas seculares que garantiram a sobrevivência dessas comunidades, sendo fortemente ancoradas na forma de organização social e espiritualidades. Tal fato permite ratificar a necessidade de entender a esfera cultural no momento de elaboração de políticas pública e preparação de profissionais, a fim de garantir eficiência e respeito no processo.

Vale lembrar o Brasil possui uma das maiores diversidades étnicas e linguísticas do planeta, com 215 sociedades indígenas e cerca de 55 grupos isolados, sobre os quais carecemos de dados objetivos (BRASIL, 2005). Assim, faz-se necessário manter em mente que as práticas e os conhecimentos relativos à iniciação sexual, à gestação, ao parto e ao puerpério observados em estudos de comunidades específicas não podem

ser generalizados para toda a população indígena do país.

Por outro lado, a produção científica nessa área ainda é limitada, e pela especificidade e variabilidade das etnias indígenas, além das metodologias empregadas, torna-se pouco aconselhável fazer generalizações. Há uma sobreposição de estudos gerais com foco epidemiológico sobre estudos específicos de caráter etnográfico, mesmo que ambos sejam igualmente importantes. Sendo assim, considera-se que a pesquisa em saúde das comunidades indígenas no Brasil devem se tornar prioridade, sobretudo, pelas instituições de ensino e pesquisa que hoje reconhecem a importância do estudo sistemático, analítico, antropológico e científico nesta área.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. Caderno CRH, Salvador, v.22, n.57, p. 463-477, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cch/v22n57/a03v2257.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios de Diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Diretrizes para Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde para Povos Indígenas**. Portaria n. 840, de 15 de agosto de 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids no contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; GARNELO, L. **Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil**. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2004. p. 153-173.
- COOPER, H.M. Scientific guidelines for conducting integrativeresearch reviews. **Review of Educational Research**, Washington, v. 52, n.2, p. 291-302, 1982.
- COROAIA, M. E. N. **Reflexões sobre as práticas Kaingang de cuidados com a gestação, parto e pós-parto e suas interfaces com o sistema oficial de saúde**. 2013. 104f. Dissertação (Mestrado Profissional em Desenvolvimento Sustentável) – Centro de Desenvolvimento sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13554/1/2013_MariaElenirNevesCoroia.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2016.
- CRUZ, A. K. R. et al. O tamanho da descendência da prole de mulheres indígenas e não indígenas no Brasil, 2010. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais – ABEP, 19., 2014, São Pedro. **Anais...** São Pedro: ABEP, 2014. p. 1-14. Disponível em: <www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/download/2191/2146>. Acesso em: 24 ago.2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas – resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- JUNQUEIRA, C.; PAGLIARO, H. **Saúde do Corpo e Comportamento Reprodutivo dos Kamaiurá**. São Paulo: Universidade Católica de São Paulo, 2008.
- LIMA, M. E. M. Natalidade indígena na região do alto rio negro – AM. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 42, p. 122-127, 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v42n1-2-3-4/v42n1-2-3-4a18.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2016.
- MARCOLINO, D. L. **Saúde das mulheres indígenas no Brasil: uma revisão integrativa**. 2012. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- MOLITERNO, Aline Cardoso Machado et al . Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 293-301, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200004&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 31.08.2016.
- OLIVEIRA, V. B. de. **Saberes e práticas das parteiras Tupinikim**. 2014. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) — Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/10812>>. Acesso em: 27 ago. 2016.
- PAGLIARO, H.; MENDONCA, S.; BARUZZI, R. Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 479-491, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792009000300004&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2016.
- RODRIGUES, K. S. **Saúde reprodutiva das mulheres Akwe-Xerente: uma perspectiva intercultural**. 2014. 168 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

RECEBIDO: 25/07/2018

ACEITO: 10/09/2018

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse