



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LEONILDO SEVERINO DA SILVA

**PRÁTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE REPRODUTIVA DE MULHERES DA ETNIA
KAMBIWÁ**

**SALVADOR
2014**

LEONILDO SEVERINO DA SILVA

**PRÁTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE REPRODUTIVA DE MULHERES DA ETNIA
KAMBIWÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Orientadora: Dra. Enilda Rosendo do Nascimento

SALVADOR
2014

Ficha Catalográfica elaborada pela BUS – Biblioteca Universitária de Saúde da UFBA

S586 Silva, Leonildo Severino da
Práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da
etnia Kambiwá / Leonildo Severino da Silva. – Salvador,
2014.
98 f.: il.

Orientadora: Prof^a Dr^a Enilda Rosendo do Nascimento.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2014.

1. Saúde da mulher. 2. Saúde reprodutiva. 3. Etnia e saúde
4. Cuidados de enfermagem. I.Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem. II. Nascimento, Enilda Rosendo do.
III. Título.

CDU 613.99

LEONILDO SEVERINO DA SILVA

**PRÁTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE REPRODUTIVA DE MULHERES DA ETNIA
KAMBIWÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Aprovada em 17 de julho de 2014

BANCA EXAMINADORA

Rosendo

Orientadora: **Enilda Rosendo do Nascimento**. Doutora em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Leila Rangel da Silva

1ª Examinadora: **Leila Rangel da Silva**. Doutora em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Mirian Santos Paiva

2ª Examinadora: **Mirian Santos Paiva**. Doutora em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Isa Maria Nunes

Suplente: **Isa Maria Nunes**. Doutora em Enfermagem e Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Dedico esta pesquisa a todas as mulheres indígenas Kambiwá, pelas quais a cultura e a ancestralidade se fazem perpetuar através das gerações.

AGRADECIMENTOS

A Deus, e “abaixo de Deus só as forças encantadas” presença constante na nossa vida, assim como aos orixás, espíritos de luz encarnados e desencarnados, forças da Umbanda, e caboclos;

Às mulheres indígenas Kambiwá, por me receberem de forma tão acolhedora em suas casas;

À índia Kambiwá Márcia Marina (Bitá) e sua companheira Luciana Ferreira (Lú) pela estadia em sua residência, carinho e apoio em todos os momentos que estive na Baixa da Alexandra;

Às índias Kambiwá Tia Marluce, Macileide e a índia Kiriri Rose, por me fazerem ser também “parente”;

Ao povo Kambiwá sem distinção, agentes indígenas de saúde, equipe técnica, a Vânia Silva, coordenadora administrativa do Pólo Base, e as enfermeiras Taís e Jeane, que abriram as portas para minha entrada em campo, e a Luciene, presidente do Conselho Local de Saúde Indígena Kambiwá;

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco, especialmente Antônio Fernando e Dra. Clícia, pelo apoio na autorização dessa pesquisa, e ao Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco, por apreciarem e aprovarem minha proposta de pesquisa;

À minha orientadora professora Enilda Rosendo do Nascimento, por aceitar participar comigo dessa jornada desafiadora, desde a concepção desse projeto ao seu nascimento;

À minha banca desde o projeto de dissertação, professoras Miriam Paiva, Isa Maria Nunes e Sílvia Lúcia Ferreira, bem como a Professora Leila Rangel da Silva;

À minha “ex” ou “sempre” orientadora Professora Maria Lúcia Neto de Menezes, por ter despertado o meu interesse em estudar saúde reprodutiva de mulheres indígenas, há cinco anos, junto a minha eterna dupla da graduação, pela Universidade de Pernambuco, minha amiga Cyntia Lins de Almeida;

À professora Darci Santa Rosa, pelo apoio na aprovação do projeto na Plataforma Brasil, e construção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

A meu companheiro de tantas jornadas Edeilton Julião de Souza, pelo carinho e apoio durante todos esses anos, sempre presente, mesmo distante, me impulsionando a seguir em frente na reflexão sobre cada passo dado;

À minha mãe, Maria Pereira da Silva, meu pai, Nelson Severino da Silva, minha irmã, Luciana Maria da Silva e meu irmão, Severino Marcos da Silva, por me apoiarem em diversos momentos, e em outros nem tanto, sempre cautelosos, me protegendo e nunca descreditando em meu potencial;

À Ivete Maria Benício Belo, pessoa incrível, mãe, amiga, exerce mais do que seu papel de madrinha na minha vida, minha mãe/irmã Ana Maria do Nascimento, e a minha Tia Luzinete, a partir das quais estendo meus agradecimentos a toda minha família;

Às amigas da turma do mestrado, Simone da Silva Oliveira, Fabiana Lira, Mariana Gibaut, principalmente a Lívia Magalhães, a quem tenho uma dívida especial por todo o apoio dado;

Às doutorandas e mestrandas da turma 2012.1, e ao meu grupo de pesquisa Enfermagem, Gênero, Raça e Etnia, bem como ao GEM.

À Tânia Bulcão, pelo apoio e amizade, e também, como presidente da ABEn-BA, em nome da qual saúdo toda a diretoria e conselho fiscal dessa entidade da qual faço parte;

À minha amiga Emanuelle Góes e seu companheiro Diosmar, por todo o carinho, energia e apoio em tantos momentos nos quais me “guiaram”;

À professora Mariza Almeida, por ser mais do que minha professora e colega de trabalho, por ser minha amiga, e mestra;

Às autoras e autores dos textos de grandes pesquisas, inspiradoras, as(os) quais não citarei nomes, para não cometer injustiça;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado, e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por todo o apoio ao longo do curso.

SILVA, Leonildo Severino. **Práticas e Cuidados em Saúde Reprodutiva de Mulheres da Etnia Kambiwá**. 2014. 98f. Dissertação (mestrado em enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMO

Características culturais da vida reprodutiva de mulheres indígenas exigem uma atenção especial, tendo em vista a produção de cuidados coerentes e adequados prestados por serviços de saúde e profissionais, especialmente por enfermeiras. Assim, os objetivos desse estudo foram: descrever as práticas em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá; identificar o autocuidado das mulheres Kambiwá e o cuidado oferecido por serviços de saúde, principalmente pela equipe de enfermagem, relacionado à saúde reprodutiva; e, analisar práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá à luz da teoria transcultural do cuidado. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem qualitativa que se utilizou da etnoenfermagem, como proposta metodológica e da Teoria Transcultural do Cuidado. Foi realizada na Aldeia Baixa da Alexandra, em Ibimirim-Pernambuco, com vinte mulheres no período de setembro de 2012 a maio de 2014. A seleção das entrevistadas ocorreu por meio de informantes gerais e informantes-chaves. Utilizamos para obtenção dos dados: formulário etnodemográfico – socioeconômico, técnica da Observação-Participação-Reflexão e roteiro de entrevista semiestruturado da História de Vida e Cuidados em Saúde. Os modos de vida da etnia Kambiwá, semelhantes a uma comunidade rural não indígena, com casas de alvenaria, energia elétrica, água de poço artesiano, entre outros aspectos, são de muita relevância para a manutenção das condições de sobrevivência, e, nem por isso, descaracterizam suas particularidades étnicas. A religiosidade praticada por meio dos rituais como o Praiá e os “trabalhos de mesa”, é uma forma de cuidado tradicional para cura e proteção física e espiritual. As entrevistadas têm entre 22 e 85 anos de idade com escolaridade até o ensino médio. A maioria convive com parceiro sexual em domicílios com até quinze pessoas. Realizam o trabalho doméstico e praticam a agricultura de subsistência, com renda básica do Programa Bolsa Família. Têm em média seis filhos(as). A contracepção é praticada por utilização de contraceptivos modernos e práticas tradicionais como beber água antes e após a relação sexual, banhos com “água de sal” e amamentação. Identificam a gravidez por meio do enjojo e da amenorreia. Os cuidados durante a gravidez estão dirigidos a manutenção gestacional, evitando o aborto: satisfazer o desejo por alimentos, não ter sustos, evitar quedas e atividades pesadas. O parto, fisiológico, é permeado por práticas xamânicas de autocuidado e pela atenção hospitalar, apresentando-se em um modelo híbrido de cuidado. No pós-parto, geralmente, permanecem em repouso por 30 dias, delegando o trabalho doméstico as parentas e companheiro, além dos cuidados relacionados à higiene pessoal, seguindo um ritual que inclui um tempo determinado para retornar às suas atividades. As práticas e cuidados de mulheres Kambiwá em relação à saúde reprodutiva mostraram que é constituída dentro de um contexto cultural no qual diferentes sistemas de saúde atuam na construção de sentidos que lhes são peculiares. A cultura é dinâmica, possui forte influência do modelo de saúde hospitalocêntrico e medicalizado, e pode interferir na manutenção do cuidado tradicional.

Palavras-chaves: Saúde Reprodutiva. Etnia e saúde. Cuidados de Enfermagem. Saúde da Mulher.

SILVA, Leonildo Severino. **Practice and Care in Reproductive Health of Kambiwá Women**. 2014. 98f. Dissertation (Master in Nursing)- Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2014.

ABSTRACT

Cultural characteristics of the reproductive life of indigenous women require special attention in order to provide consistent and adequate care by health professionals and health services, especially by nurses. Thus, the objectives of this study were: to describe the practices in reproductive health of Kambiwá-ethnicity women; to identify the self-care of Kambiwá women and the care provided by health services, especially by nursing staff related to reproductive health; and to analyze practices and care in reproductive health of Kambiwá-ethnicity women in the light of the transcultural theory of care. This is a descriptive, exploratory qualitative approach that used the ethno-nursing as a methodological proposal and Transcultural Theory of Care. It was performed at the Aldeia Baixa da Alexandra in Ibimirim-Pernambuco, with twenty women from September 2012 to May 2014. The selection of interviewees was through general informants and key informants. Data was obtained from: Ethno-demographic-socioeconomic form, Observation-Participation-Reflection technique and semi structured interview guide on History of Life and Health Care. The life styles of Kambiwá ethnicity, similar to a non-indigenous rural community, with masonry houses, electricity, water well, among others, are of great relevance to the maintenance of survival conditions, and, even so, mischaracterize their ethnic particularities. The religion practiced by rituals, such as the Praiá and the "trabalhos de mesa", is a traditional type of care for physical and spiritual healing and protection. The interviewees are aged between 22 and 85 years with education up to high school, most living with sexual partner in domiciles with up to fifteen people. They perform housework and practice subsistence agriculture, with basic income of the Bolsa Família Program (Family Grant Program). Have on average six children. Contraception is practiced by use of modern contraceptives and traditional practices such as drinking water before and after sexual intercourse, bathing with "salt water" and breastfeeding. Identify pregnancy through "entojo" and amenorrhea. Care during pregnancy is aimed at maintaining pregnancy, avoiding abortion: satisfy the desire for food, not scares, prevent falls and heavy activities. Physiological childbirth is permeated by shamanic practices of self-care and for hospital care, showing up in a hybrid model of care. Usually remain at rest for 30 days in the Postpartum, delegating housework to relatives and the partner, besides the care related to personal hygiene care, following a ritual that includes a determined time to return to their activities. Practices and care of Kambiwá women regarding reproductive health showed that it is composed within a cultural context in which different health systems operate in the construction of meanings that are peculiar to them. Culture is dynamic, has a strong influence of hospitalocentric and medicalized health model, and can interfere with the maintenance of traditional care.

Keywords: Reproductive Health. Ethnicity and Health. Nursing. Women's Health.

SILVA, Leonildo Severino. **Prácticas y Cuidados en Salud Reproductiva de Mujeres de la Etnia Kambiwá.** 2014. 98f. Disertación (máster en enfermería)- Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2014.

RESUMEN

Las características culturales de la vida reproductiva de mujeres indígenas exigen una atención especial, teniendo en cuenta la producción de cuidados coherentes y adecuados prestados por los servicios de salud y profesionales, especialmente por las enfermeras. Los objetivos de este estudio fueron: describir las prácticas en salud reproductiva de mujeres de la etnia Kambiwá; identificar el auto-cuidado de las mujeres Kambiwá y el cuidado ofrecido por los servicios de salud, principalmente por el equipo de enfermería, en relación a la salud reproductiva y analizar prácticas y cuidados en salud reproductiva de mujeres de la etnia Kambiwá a la luz de la Teoría Transcultural del Cuidado. Investigación descriptiva, exploratoria con abordaje cualitativo que utilizó la etnoenfermería como propuesta metodológica y la Teoría Transcultural del Cuidado. Fue realizada en la Aldea Baja de Alexandra, en Ibimirim-Pernambuco, con veinte mujeres entre septiembre de 2012 y mayo de 2014. La selección de las entrevistadas se hizo por medio de informantes generales e informantes-clave. Utilizamos para obtener los datos: formulario etnodemográfico-socioeconómico, técnica de la Observación-Participación-Reflexión y guión de entrevista semi-estructurado de la Historia de Vida y Cuidados en Salud. Los modos de vida de la etnia Kambiwá, semejantes a una comunidad rural no indígena, con casas de ladrillo, energía eléctrica, agua de pozo artesiano, entre otros aspectos, son muy relevantes para el mantenimiento de las condiciones de sobrevivencia, sin por ello desvirtuar sus particularidades étnicas. La religiosidad practicada con rituales como el Praiá y los “trabajos de mesa”, es una forma de cuidado tradicional para cura y protección física y espiritual. Las entrevistadas tienen entre 22 y 85 años de edad con escolaridad hasta enseñanza media. La mayoría convive con el compañero sexual en domicilios con hasta quince personas. Realizan el trabajo doméstico y practican agricultura de subsistencia, con renta básica del Programa Bolsa Familia. Tienen una media de seis hijos(as). La contracepción es practicada con utilización de anticonceptivos modernos y prácticas tradicionales como beber agua antes y después de la relación sexual, baños con “agua de sal” y amamantamiento. Identifican el embarazo a través de “entojo” y amenorrea. Los cuidados durante el embarazo están dirigidos al mantenimiento gestacional, evitando el aborto: satisfacer el deseo por alimentos, evitar sustos, caídas y actividades pesadas. El parto, fisiológico, está influido por prácticas chamánicas de auto-cuidado y por la atención hospitalaria, presentándose como un modelo híbrido de cuidado. En el postparto, generalmente, permanecen en reposo por 30 días, delegando trabajo doméstico y cuidados relacionados a la higiene personal a las parientes y al compañero, siguiendo un ritual que incluye un tiempo determinado para retornar a sus actividades. Las prácticas y cuidados de las mujeres Kambiwá en relación a la salud reproductiva mostraron que está constituida dentro de un contexto cultural en el cual diferentes sistemas de salud actúan en la construcción de sentidos que son peculiares para ellas. La cultura es dinámica, tiene una fuerte influencia del modelo de salud hospitalocéntrico y medicalizado, y puede interferir en el mantenimiento del cuidado tradicional.

Palabras-clave: Salud Reproductiva. Origen Étnico y Salud. Atención de Enfermería. Salud de la Mujer.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo Sunrise proposto por Leininger	32
Figura 2 -	Imagem panorâmica da Aldeia da Baixa da Alexandra (época de escassez de chuvas)	33
Figura 3 -	Posto de saúde da Aldeia Nazário	34
Figura 4 -	Posto de saúde da Aldeia da Baixa da Alexandra	34
Figura 5 -	Uso de celular no “guela”	43
Figura 6 -	Igreja Católica, mesa alta e mesa baixa	44
Figura 7 -	Praia no terreiro com cruzeiro ao centro e Poró	45
Figura 8 -	Colar de mamona	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Etapas da Observação-Participação-Reflexão	38
Quadro 2 -	Características sociodemográficas de mulheres da etnia Kambiwá	47
Quadro 3 -	Dados reprodutivos de mulheres da etnia Kambiwá	50
Quadro 4 -	Aborto e morte neonatal em mulheres da etnia Kambiwá com intervalo intergestacional de 1 ano	51
Quadro 5 -	Métodos/modos de evitar gravidez das índias Kambiwá	52

LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde	34
AISAN	Agente Indígena de Saneamento	34
CELPE	Companhia Energética de Pernambuco	42
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa	41
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena	36
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa	41
DSEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas	24
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis	48
DVD	Digital Versatile Disc	43
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena	34
FUNAI	Fundação Nacional do Índio	24
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde	25
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais	35
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada	49
OGIK	Organização de Guerreiras Indígenas Kambiwá	35
PAISM	Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher	27
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher	26
PNASI	Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena	26
SIASI	Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena	25
SIG	Special Interesting Group	19
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA DA PESQUISA	17
2 SAÚDE REPRODUTIVA DAS INDÍGENAS BRASILEIRAS	20
3. ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER	24
4 MÉTODO	30
4.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO	33
4.3 APROXIMAÇÕES COM O CAMPO DA PESQUISA	36
4.4 SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
4.5 A COLETA DE DADOS	37
4.5.1 Técnicas de coleta dos dados	38
4.5.2 Instrumentos de coleta dos dados	39
4.5.2.1 Formulário etnodemográfico – socioeconômico	39
4.5.2.2 Roteiro de entrevista semiestruturado da História de Vida e Cuidados em Saúde	39
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	40
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL.....	42
5.1.1 Condições de moradia (modos de vida)	42
5.1.2 Fatores tecnológicos.....	42
5.1.3 Fatores religiosos e valores culturais	43
5.1.4 Organização política.....	46
5.1.5 Fatores sociais, econômicos e educacionais	46
5.2 PRÁTICAS E SABERES SOBRE CONTRACEPÇÃO.....	52

5.3 “NÃO TEM COMO A MULHER NÃO SABER O QUE É FAMÍLIA”: SUSPEITAS E CERTEZAS DE GRAVIDEZ E O CUIDADO NESSE CONTEXTO.....	56
5.4 EXPERIÊNCIAS COM ABORTAMENTO.....	59
5.5 EXPERIÊNCIAS E CUIDADOS NO PARTO.....	62
5.6 O RESGUARDO NO PÓS-PARTO	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	88
ANEXOS	94

1 INTRODUÇÃO

A saúde reprodutiva das mulheres está relacionada à fecundidade, contracepção, gestações, partos, abortos e entre outros eventos, bem como aos cuidados correspondentes à esses, caracterizando assim as práticas reprodutivas próprias de determinada cultura ou povo.

A fecundidade é influenciada por questões macroestruturais, culturais e pessoais, de modo a pressupormos que suas altas taxas denunciam, em geral, problemas de acesso a insumos e serviços da saúde de qualidade, violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Por outro lado, a depender da especificidade de determinados grupos populacionais, as elevadas taxas da fecundidade podem estar associadas aos processos de preservação de um povo ou culturas marginalizadas, especialmente as indígenas.

No Brasil, a taxa de fecundidade situa-se abaixo do valor de reposição, representando 1,9 no ano 2010 (IBGE, 2012a). No entanto, observam-se grandes diferenças quando consideramos as várias regiões do País. Nos estados e municípios, fatores de ordem geográfica, sociocultural, étnicos e raciais, têm sido relacionados a maiores taxas de nascimento. Entre os fatores destaca-se a ruralidade e o pertencimento às populações tradicionais indígenas e quilombolas.

As mulheres pertencentes aos povos indígenas aldeados e de áreas rurais têm prole mais numerosa em comparação às índias que vivem nos centros urbanos. As mulheres indígenas aldeadas da região do Xingu, por exemplo, apresentaram taxas de fecundidade que chegaram a 8,8 filhos por mulher no período de 2000 a 2007 (PAGLIARO, et al., 2011).

As índias, geralmente, possuem compreensões sobre a gravidez que estão ligadas às próprias crenças numa estreita relação com a religiosidade. Para povos indígenas Mbya e Nhandéva, no sudeste do Brasil, e no Paraguai, respectivamente, a gravidez é anunciada às mulheres por meio de sonhos, além de representar uma forma de comunicação entre o mundo sobrenatural (dos deuses) e humano (SILVA, 2007). Assim como para os povos mencionados, existem também outras maneiras de conceber a gravidez entre indígenas, dependendo da cultura/etnia.

A reprodução também está ligada tanto às relações de gênero quanto aos papéis das mulheres nas sociedades indígenas. Estudo realizado sobre as mulheres indígenas Kukamas Kukamirias, no Peru, verificou que mesmo com uma prole numerosa, há tanto um interesse em regular a fecundidade como um desejo em aumentar a filiação, pois as que não tinham filhos(as) não eram bem aceitas nessa sociedade por acreditarem nela que a mulher nasceu

para ser mãe, logo, sua especificidade biológica e o papel social de mãe, responsável pela manutenção da etnia não estavam sendo cumpridas (YAJAHUANCA, 2009).

Os estudos que serão apresentados a seguir demonstram que várias questões ligadas à reprodução apresentam especificidades quanto às etnias existentes no Brasil. No tocante à contracepção, há que se levar em conta o nível de contato com a cultura não indígena, gerador, na maioria das vezes, de incorporação das práticas não tradicionais como o uso de contraceptivos hormonais oferecidos em serviços da rede básica de saúde.

As mulheres Guarani Mbyá, em São Paulo, utilizam tanto ervas para concepção quanto para contracepção, e, também, contraceptivos orais, mesmo com as queixas frequentes de efeitos colaterais e o uso sem acompanhamento de profissional da saúde (MENEZES, 2012). Já em aldeias da região do rio Xingu, as mulheres Suyá recorrem em grande proporção às práticas tradicionais de controle da fertilidade, tais como: longo período de abstinência sexual pós-parto, tempo de amamentação prolongado e, ao aborto (PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI, 2009).

No parto, as particularidades utilizadas por mulheres indígenas da região do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto do Juruá, no Acre, estão relacionadas ao uso de ervas medicinais para terem um parto rápido, sem dor, e posteriormente, durante o pós-parto, para preservar a saúde da criança (GIL, 2007).

Em relação aos cuidados dispensados/utilizados pelas mulheres indígenas no período gravídico-puerperal, estudo realizado com três etnias do estado de Alagoas (Kariri-Xukuru, Geripankó e Karuazu) verificou-se que, em geral, as mulheres afirmam não ser necessário nenhum cuidado especial durante a gravidez. A maioria realiza o pré-natal e toma os remédios prescritos, como o sulfato ferroso. Contudo, se cuidam para não terem emoções fortes, “sustos” ou “raiva”. O parto é realizado de cócoras, no próprio domicílio. Quando a criança está mal posicionada, as mulheres mais experientes sabem colocá-la na posição adequada. A assepsia com álcool antes de cortar o umbigo é mencionada, demonstrando a influência de práticas biomédicas no universo das mulheres indígenas (WAKANÃ; GIL, 2007).

Entre indígenas Guarani Mbyá de Paraty (RJ) a preguiça e vida sedentária da mãe podem levar ao parto complicado. Outros comportamentos do pai e da mãe também podem provocar o aborto como sendo um castigo de Deus devido às relações extraconjugais e maus comportamentos (LÓPEZ, 2000).

Essas situações apontam para especificidades da vida reprodutiva nas diferentes etnias espalhadas pelo Brasil. No entanto, o levantamento bibliográfico realizado para esta pesquisa revelou que existem poucos estudos sobre aspectos da saúde reprodutiva das mulheres

indígenas habitantes da região nordeste (MACÊDO, 2007; SOUZA, 2002), particularmente em Pernambuco, haja vista numerosa população indígena habitante nesse estado (ATHIAS, 2004; WAKANÃ; GIL, 2007).

Segundo dados oficiais, o nordeste possui a segunda maior população indígena do país, sendo Pernambuco o quarto estado brasileiro com maior número absoluto dessa população (52.284), ficando atrás do Amazonas (168.680), Mato Grosso do Sul (73.295) e Bahia (56.381). Foi também essa Região do país, a que apresentou o maior ritmo de crescimento da população indígena rural nos últimos dez anos (IBGE, 2012b), onde se insere a etnia Kambiwá.

A população indígena Kambiwá é aculturada¹, porém, mantém sua comunidade territorialmente afastada do centro da cidade de Ibimirim (GASPAR, 2009), fala a língua portuguesa e vive em aldeias numa área demarcada localizada na zona rural, representando 5,5% da população indígena do estado de Pernambuco (IBGE, 2012b). A etnia Kambiwá, habita os municípios de Inajá, Floresta, Cabrobó e Ibimirim - Pernambuco, sendo que neste último município habitam 49% desse povo (IBGE, 2010).

Embora a etnia Kambiwá se caracterize por intenso convívio com a cultura não indígena, há indícios de preservação de práticas tradicionais compartilhadas com outros povos habitantes do nordeste brasileiro, como o Toré, ritual de “efeito curativo e de proteção espiritual”, referido por Cunha (2008). Nesse sentido, assumimos a denominação etnia, para designar suas peculiaridades culturais dentro da população indígena brasileira.

Considerando essas características da etnia Kambiwá, partimos do pressuposto de que as práticas reprodutivas e os cuidados dessas mulheres quanto à saúde reprodutiva são influenciadas a partir dos diferentes contextos culturais (tradicional e profissional); e de que o atendimento adequado das demandas de saúde implica na adoção de cuidados culturalmente congruentes direcionados a essa população por parte de serviços e de profissionais de saúde, particularmente de enfermeiras, que levem em consideração os aspectos intrínsecos das diferenças étnicas existentes.

Questiona-se então: Como se dão as práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá? Existe influência dos serviços de saúde, particularmente da equipe de enfermagem nos cuidados em saúde reprodutiva das mulheres indígenas Kambiwá?

Tendo como objeto as práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá, este estudo tem como objetivos:

¹ Sobre a aculturação de povos indígenas do nordeste do Brasil, segundo Albuquerque (2008), é entendida como uma perda da tradição ou da cultura, ou seja, um (re)ordenamento da vida social.

- Descrever as práticas em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá;
- Identificar o autocuidado das mulheres Kambiwá e o cuidado oferecido por serviços de saúde, principalmente pela equipe de enfermagem, relacionado à saúde reprodutiva;
- Analisar práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá à luz da teoria transcultural do cuidado.

1.1 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA DA PESQUISA

Meu envolvimento nesta temática iniciou-se no âmbito da graduação em enfermagem pela Universidade de Pernambuco, em 2009, por meio de minha orientadora, que havia desenvolvido uma pesquisa sobre a assistência pré-natal de mulheres da etnia Kambiwá. Construímos um projeto de pesquisa sobre saúde reprodutiva dessa etnia, como trabalho de conclusão de curso.

Com o intuito de desenvolver o projeto, mantivemos contatos com profissionais de enfermagem que trabalharam nas aldeias Kambiwá e com serviços de saúde locais. Identificamos, então, a carência de ações que promovessem a saúde reprodutiva da população indígena.

Tal projeto tinha como objetivo inicial analisar o comportamento reprodutivo e práticas de controle da fertilidade utilizadas por mulheres da etnia Kambiwá do Sertão de Pernambuco, sendo este o primeiro contato com um objeto de estudo tão fascinante para mim, partindo da relação entre meu interesse na área da saúde da mulher e indígena. No entanto, devido ao pouco tempo destinado, na época, para realização do mesmo, a ideia foi abandonada.

Posteriormente, ingressei no curso de especialização sob a forma de residência, em 2010, pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Mulher, da Universidade Federal de Pernambuco e, embora tenha desenvolvido um projeto com outra temática, continuei aprofundando leituras de diversos trabalhos sobre a saúde da mulher indígena.

Dentre as várias leituras que realizei, destaco o artigo de Azevedo (2009) que discorre sobre concepções das mulheres indígenas do Alto Rio Negro a respeito de saúde reprodutiva dessa. Tal conhecimento me provocou inúmeras indagações sobre a problemática no nordeste brasileiro.

Ao ingressar no curso de mestrado, vislumbrei a possibilidade de dar continuidade à ideia de um projeto com mulheres indígenas. Com o levantamento bibliográfico que se seguiu para construção do projeto de dissertação, verifiquei que existem poucos estudos sobre a reprodução das indígenas habitantes do nordeste brasileiro, como o trabalho de Wakanã e Gil (2007) e a dissertação de Macêdo (2007), referidos anteriormente.

Apresentei uma proposta inicial à minha orientadora, e resolvemos ampliar o arcabouço teórico sobre a temática. Consideramos insuficiente uma pesquisa que se limitasse ao “comportamento reprodutivo” tal como taxa de fecundidade ou controle da fertilidade. E, acrescentamos, junto ao nosso grupo de pesquisa (nomeado Enfermagem, Gênero, Raça e, Etnia), novas perspectivas teóricas e de análise que abordassem o cuidado de forma mais integral, além disso, que pudesse contemplar as especificidades das mulheres indígenas num cenário plural de concepções culturais tradicionais e àquelas ligadas ao modelo biomédico dispensado nos serviços de saúde, ou seja, o cuidado num contexto cultural.

Outro fato, que chama bastante atenção, é a ausência da discussão sobre as particularidades que envolvem a atenção à saúde das populações indígenas no âmbito da graduação em enfermagem. No decorrer da minha especialização (Enfermagem em Saúde da Mulher) na modalidade de residência, também não foi abordado esse tema. Sendo assim, considero ainda incipiente, na formação profissional da enfermagem, elementos que permitam uma melhor atuação na área de saúde indígena, especificamente das mulheres indígenas, contempladas pelas políticas específicas para esta minoria.

Atentando para o fato de que o Ministério da Saúde abordou a necessidade de valorizar concepções indígenas na atenção à saúde por meio da Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena (FUNASA, 2002) e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), buscamos com este estudo, contribuir para construção das práticas de cuidado que sejam adequadas às necessidades das mulheres da etnia Kambiwá, respeitando seu contexto cultural.

Além disso, esperamos sensibilizar os órgãos responsáveis pela saúde indígena, bem como os serviços pactuados que prestam serviços à dada população, nomeadamente, Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco, e serviços de média e alta complexidade dos municípios de Ibimirim, e Arcoverde – Pernambuco, respectivamente.

Sendo assim, partindo de uma interface entre os aspectos antropológicos e a saúde reprodutiva das ameríndias, chegamos à construção da problemática da pesquisa. Concluimos, previamente, que a saúde e a reprodução biológica são eventos por meio dos quais o conhecimento denominado tradicional, pode manter-se e se reproduzir no interior de cada

grupamento étnico, dando sentido às práticas de cuidados que lhes são próprias. Tais eventos estão, em grande medida, ligados às experiências e vivências das mulheres, o que as transforma em agentes ativas da preservação duma cultura.

Na tentativa de ter substratos consistentes para discutir as concepções teóricas sobre o cuidado cultural e a saúde da mulher indígena, buscamos, na Universidade Federal da Bahia, os recursos necessários para ampliar a temática. Para tanto, ingressamos no SIG (Special Interesting Group) Saúde Indígena da Rede Universitária de Telemedicina, promovida pelo Hospital Universitário Professor Edgard Santos, onde participamos de encontros periódicos com outras instituições do país que possuem grupos de interesse e trabalho na área.

O SIG Saúde Indígena tem como objetivo promover, à distância, a difusão e atualização de conhecimentos técnico-científicos para contribuir na estruturação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, por meio de videoconferências que viabilizam reuniões e discussões a respeito dos assuntos dessa área.

Além da participação no SIG, apresentei o projeto de pesquisa no Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, em 2013, na cidade de Florianópolis-SC, um espaço de discussão sobre a assistência obstétrica de enfermagem, onde pude trocar experiências com outras(os) pesquisadoras(es) da área de saúde indígena.

2 SAÚDE REPRODUTIVA DAS INDÍGENAS BRASILEIRAS

A saúde da população indígena não pode ser compreendida sem a avaliação dos contextos sociocultural e ambientais no qual ela se insere. Sendo assim, os eventos ligados à saúde reprodutiva de mulheres indígenas estão inscritos em uma complexa dinâmica que envolve os saberes profissionais e das tradições, além da compreensão do processo saúde-doença no contexto sociocultural (AZEVEDO, 2009). Particularidades sociais e culturais devem ser destacadas por suas implicações sobre a saúde reprodutiva, como por exemplo, a demanda por pré-natal e parto, que é pequena, podendo refletir a necessidade de manter tais eventos sob o controle das próprias indígenas (COIMBRA JÚNIOR; GARNELO, 2004).

A saúde reprodutiva indígena é marcada pelas formas distintas de organização social, pela constituição cultural da família, regras de casamento e de residência, pelos padrões de idade da menarca e da menopausa, casamento e nascimento do(a) primeiro(a) filho(a), pelas normas relativas à concepção e contracepção, tempo de aleitamento, pela realização do parto, entre tantas outros, que influenciam a demografia dessas sociedades por meio da reprodução biológica, social e culturais desses povos (PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI, 2009).

Nesse contexto, Conklin (2004) enfatiza que as mulheres indígenas lidam com dificuldades no que se refere aos direitos reprodutivos, pois enfrentam a discriminação étnica e de gênero, que se refletem na prestação dos serviços de saúde baseados no modelo biomédico. A autora cita que vários fatores contribuem para esta inadequação dos serviços de saúde, principalmente nos que se referem à saúde reprodutiva, tais como: precária infraestrutura, desconhecimento da saúde reprodutiva indígena em suas diferentes concepções e a associação da imagem das indígenas como parte da natureza.

Diante de tantas mudanças socioculturais, econômicas e ambientais que perpassam as sociedades indígenas do Brasil, outros fatores, como os educacionais, e da dificuldade de acesso, contribuem para ampliar a complexidade da saúde reprodutiva entre populações indígenas.

Entre esses fatores, Coimbra Júnior e Garnelo (2004) destacam as mudanças nos padrões de saúde no que concerne saúde reprodutiva, identificando características nos comportamentos sexual e reprodutivo que se mantêm, e outras que sofrem profundas modificações, tais como: relações frequentes de indígenas com não indígenas, manutenção de altas taxas de fecundidade devido à valorização sociocultural de famílias numerosas (para preservação da etnia, por exemplo); o início da vida reprodutiva precoce, se comparada a outros povos; o abandono de práticas tradicionais que promoviam o espaçamento das

gestações; a tendência à migração indígena para as cidades; falta de recursos humanos para atendimento especializado nas áreas de saúde reprodutiva em geral, num enfoque de cuidado cultural; e, ainda, a falta ou inexistência de estatísticas confiáveis sobre a morbimortalidade dessas mulheres.

Destacamos os padrões reprodutivos encontrados entre as Suyá, habitantes do Parque Indígena do Xingu, por exemplo, (PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI, 2009), onde foi verificado que os(as) mesmos(as) possuem estreita relação com a organização social, valorizando a mulher que tem uma prole numerosa, conferindo-lhes maior autoridade. Ao envelhecer, a posição de destaque, na determinada sociedade, é concebida a estas mulheres pelo grande número de netos(as). Outro aspecto verificado no estudo, foi a representação da geração de filhos(as), que significa para a etnia Suyá a consumação do casamento. Nascimentos são evitados com práticas tradicionais como, aleitamento prolongado e abstinência sexual pós-parto, dado que não utilizam ervas contraceptivas como em outras etnias.

Num estudo com a etnia Kamaiurá, foi verificada certa semelhança com a Suyá, pois após o casamento, as mulheres deveriam engravidar o mais breve possível, sob risco de separação do casal. A infertilidade é vista como um estigma que recai sobre a mulher. Se com o tempo ela não engravidar, pedirá ao marido que lhe traga *pitang*, um tipo de remédio elaborado a partir da raiz de um capim, que estimula a fecundidade e deve ser tomado em jejum, friccionado no ventre. Sobre esse aspecto, o estudo destacou o depoimento de um idoso indígena, grande conhecedor de remédios para infertilidade feminina, o qual referiu: “a mulher que só tem um homem pode demorar a engravidar, mas tendo dois, pega logo filho” (JUNQUEIRA; PAGLIARO, 2008).

Vale destacar no exemplo anterior, a desigualdade de gênero que recai sobre a mulher indígena, tida como infértil, mas que poderá, mais facilmente, engravidar tendo relações com mais de um homem, o que nos leva a concluir que, a infertilidade era de um dos homens. No entanto, o fato ocorre numa teia de valores culturais que fazem um sentido próprio para aquela população.

Por outro lado, a gravidez indesejada é o primeiro aspecto mencionado pelas mulheres indígenas do Alto Rio Negro quando se fala em saúde reprodutiva. Nessa região, existem casos de mulheres indígenas Iauaretê adultas e jovens que foram mães de crianças geradas em relações com os militares. E todas elas trazem conflitos com relação às próprias crenças tradicionais. Existem conflitos culturais com as mães solteiras e com as crianças oriundas

dessas relações (AZEVEDO, 2009), tendo em vista ser uma relação de parentesco diferente daquela aceita nessa comunidade.

Estes aspectos apresentados até agora, mostram a complexidade da saúde reprodutiva das mulheres indígenas. No entanto, dentro do vasto campo de conhecimento, é importante destacar também o planejamento reprodutivo², considerando-o como um aspecto da saúde reprodutiva pela disponibilização de métodos contraceptivos.

Aqui destacamos o caso da laqueadura tubária ocorrida em massa no sul da Bahia com um grupo de mulheres Pataxó Hã-hã-hãe, promovidas por um deputado, apoiado por forças políticas e econômicas locais (SOUZA, 2002). Esse fato foi considerado pela imprensa como crime de etnocídio. É um exemplo claro de uma interseção de gênero, saúde e etnicidade.

Nesse caso, personagens locais, cujos interesses se evidenciavam de modo peculiar, utilizaram-se de temas ligados à modernidade e uma cultura etnocêntrica de forma a argumentar e justificar tal ato (como a ideologia de que a gravidez dificulta o ingresso das mulheres no mercado de trabalho). Não se devem confundir direitos reprodutivos com atos compulsórios para garanti-los. E mais, é importante destacar que direitos reprodutivos não se resumem à contracepção (MACÊDO, 2007).

O contexto político e ideológico, frente à esterilização das mulheres Pataxó Hã-hã-hãe, causou grande indignação pública, e a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), bem como os órgãos que atuam com povos indígenas, agem de forma silenciosa e velada quando se trata do planejamento reprodutivo nessas comunidades, visando não serem acusados pelo controle de natalidade, muito menos de reduzir a população indígena. Há uma ideologia que circula no órgão responsável pela saúde indígena, e entre os(as) profissionais, de proibição do fornecimento dos métodos contraceptivos nessas comunidades, negligenciando e negando os direitos reprodutivos das índias. Essa ideologia, reproduzida por alguns profissionais de saúde que atuam com indígenas, está apoiada no argumento de que tal fato está na lei. Entretanto, não foram encontrados documentos que respaldem essa atitude.

Entre as mulheres Pataxó Hã-hã-hãe, Macêdo (2007) verificou que circulam na aldeia vários comprimidos anticoncepcionais. Os mesmos são indicados por amigas mais velhas ou “parentas”, e há aquelas que vão ao posto do município para fazerem uma consulta de “planejamento familiar” com a finalidade de obter a receita médica voltada para tal anseio. No entanto, o que ocorre é que nem todas conseguem o medicamento, gratuitamente pelo posto,

² Embora algumas referências usem planejamento familiar, nesta pesquisa optamos, por designá-lo planejamento reprodutivo, pois a constituição de família, seu conceito e significados nestas populações baseiam-se em um vasto campo semântico que envolve as relações parentais e de etnia.

ou sequer chegam a solicitar, pois são informadas a respeito de uma “proibição” da distribuição de métodos anticoncepcionais para índias, levando boa parte dessas a tentar comprá-los, muitas vezes sem sucesso.

Por outros vértices, foi publicada uma nota técnica pela própria FUNASA (2005a) considerando a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e a Lei do Planejamento Familiar no Brasil, entre outros documentos e conferências sobre a temática, que direciona a implantação de programas de orientação para o planejamento reprodutivo, com respeito às peculiaridades e interesses de cada povo.

A FUNASA (2005a) enfatiza que o planejamento reprodutivo pode ser importante para determinar a melhoria da qualidade de vida das pessoas, com impacto positivo na saúde da mulher, como por exemplo, a ampliação dos intervalos interpartais; prevenção de gravidez indesejada; prevenção da utilização de métodos abortivos ou até infanticídio, que em algumas comunidades é admitido culturalmente. A disponibilização de métodos contraceptivos de forma generalizada deve ser analisada dos pontos de vista demográfico, antropológicos e ser debatida de forma clara com as comunidades indígenas, estabelecendo o acompanhamento participativo dessas, para que possam optar ou não pelo uso de determinada técnica.

3 ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a população indígena contabilizada a partir do quesito cor ou raça, foi de 817,9 mil pessoas de acordo com o censo demográfico de 2010, representando 0,4% da população total do Brasil, num equilíbrio entre a razão homens/mulheres. Foram totalizadas 305 etnias, falantes de 192 línguas identificadas. Essa população apresenta costumes, crenças, línguas e formas de inserção próprias com o meio ambiente, bem como uma longa história de interação com colonizadores e com o Estado nacional brasileiro. Assim sendo, configuram-se distintas maneiras de coexistir na sociedade nacional (IBGE, 2012c).

Historicamente, as políticas públicas voltadas para os povos indígenas esboçaram-se com inspiração positivista, em que tais povos, considerados num estágio infantil de humanidade, passarão a ser vistos como passíveis de “evolução” e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. Só em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena – tornando obsoleta a instituição de tutela – e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena (FUNASA, 2002).

No tocante à saúde indígena, foram realizadas, respectivamente em 1986 e 1993 a I Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde. Estas conferências propuseram a estruturação de um modelo diferenciado de assistência à saúde, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), como forma de garantir o direito universal e integral à saúde aos povos indígenas, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo as(os) indígenas em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações (FUNASA, 2002).

Até o final da década de 90, a falta de uma política de saúde que respeitasse os vários fatores envolvidos no processo de adoecer e buscar tratamento das pessoas indígenas dificultava o acesso dessa população aos serviços de saúde e, conseqüentemente, os indicadores de saúde não eram favoráveis. Além de desconhecer as diferentes inserções históricas e geográficas na sociedade nacional, línguas e modos próprios de perceber e agir no mundo, a pouca abrangência dos serviços de saúde disponíveis era agravada pela falta de recursos para execução das ações, especialmente na FUNAI (Fundação Nacional do Índio), órgão do Ministério da Justiça responsável por estas populações, e que não possuía recursos

para assistência à saúde. Ao passo que as(os) índias(os) eram acometidas(os) por infecções respiratórias e intestinais, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças passíveis de prevenção pela vacinação, evidenciando a falta das ações sistemáticas e contínuas de atenção básica à saúde (PELLEGRINI, 2000).

O processo de formulação duma política nacional de saúde para os povos indígenas que revertesse esse quadro de desassistência foi retomado no âmbito do Ministério da Saúde no segundo semestre de 1998 e intensificado em 1999, com a grande participação do então Deputado Sérgio Arouca. A responsabilidade pelos serviços de saúde aos povos indígenas, em 1999, passou da FUNAI para a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), após ter migrado entre outros órgãos do governo, que então realizou a implantação dos DSEIs, ligados ao Sistema Único de Saúde (PELLEGRINI, 2000; FUNASA, 2002). A FUNASA geriu a atenção à saúde indígena até o ano de 2010, quando foi criada uma Secretaria Especial de Saúde Indígena ligada ao Ministério da Saúde.

Os DSEIs são estabelecidos a partir de uma população e território definidos por critérios socioculturais, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços; contando com uma rede de serviços própria nas terras indígenas, capacitada para as ações de atenção básica à saúde, e ligada à rede regional para procedimentos de média e alta complexidade. A participação indígena é garantida nos Conselhos Locais e no Conselho Distrital de Saúde que tem composição paritária entre usuários(as) indígenas (50%), prestadores de serviços e profissionais de saúde. Existem 34 distritos implantados em todo o país, em diferentes graus de estruturação, oportunizando uma participação indígena inédita na história do Brasil, que decide em direção dum processo de saúde para todas(os) (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003).

O Ministério da Saúde tem atualmente, por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena, o DSEI como seu representante nas aldeias. O DSEI gerencia, organiza e fiscaliza as ações da atenção básica nas aldeias (BRASIL, 2006). Ao todo no Brasil, existem 34 DSEIs, sendo o DSEI Pernambuco o distrito que coordena a área desse estudo.

Seguido do DSEI, vem o chamado Pólo Base, que funciona como apoio para as equipes de saúde que atendem à população indígena. Esse Pólo representa a Secretaria de Saúde para a área indígena (BRASIL, 2006) que, no nosso estudo, fica no município de Ibimirim.

Como parte das ações estruturantes para consolidação do subsistema, foi criado, em 2000, o Sistema de Informação da Atenção a Saúde Indígena (SIASI), visando à coleta, o processamento e análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades

indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, recursos humanos e infraestrutura. Antes da criação do SIASI, até 1999, as informações de saúde dos povos indígenas eram gerenciadas pela FUNAI, que não conseguia coletar, consolidar, analisar e divulgar dados vitais, particularmente nascimentos e óbitos, de forma satisfatória (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 2000).

No entanto, mesmo com a abrangência nacional, com uma produção de dados epidemiológicos, demográficos e de acesso aos serviços com variadas informações, as avaliações já realizadas demonstraram problemas de qualidade no SIASI, com indicadores não confiáveis (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). Salientamos ainda a importância e complexidade do panorama saúde/doença indígena que se diferencia daquele configurado para a população brasileira em geral (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2003). Diante disso, é fundamental se contar com informações que permitam retratar, com fidedignidade, esse cenário, inclusive para melhor orientar o planejamento e a gestão das políticas públicas.

Nesta conjuntura, foi lançada em 2002 a Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena (PNASI) instituída para consolidar os direitos diferenciados constitucionalmente garantidos aos povos indígenas pela Lei Orgânica da Saúde (FUNASA, 2002). A PNASI deve ser compreendida neste cenário como uma política setorial produzida numa interface entre a política de saúde do Estado brasileiro para a população como um todo, e a política indigenista, orientada para os povos indígenas que vivem no território nacional (GARNELO, 2004).

A PNASI estabelece as diretrizes para garantir o acesso à atenção integral e saúde indígena. No entanto, mesmo com este reconhecimento das especificidades étnicas e culturais, do seu direito de receber uma atenção à saúde diferenciada, a PNASI não contempla o enfoque de gênero (FUNASA, 2002). Diante desse panorama, a partir de 2004 a FUNASA tomou iniciativas visando a elaboração de uma política específica para a saúde das mulheres indígenas, mas até o momento nenhuma política foi efetivamente consolidada, exceto, pela inclusão da necessidade dessa na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (FERREIRA, 2013).

Ao focar políticas públicas de saúde, é necessário situar os princípios doutrinários em que o sistema de saúde está baseado: universalidade, equidade e integralidade. Nesse contexto, o termo “atendimento integral/integralidade”, como um dos princípios, é um dos mais utilizados no debate das políticas de saúde das mulheres (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

A universalidade se refere ao acesso às ações e aos serviços de saúde garantidos para todas as pessoas; a equidade objetiva diminuir desigualdades e integralidade, baseia-se no

atendimento às necessidades das pessoas, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e reabilitação da(o) usuária(o) (BRASIL, 2001).

Foram estes princípios que fortaleceram, na década de 1980, o movimento sanitário e feminista na conquista pelo direito a saúde. Vale ressaltar que o movimento feminista e o processo de redemocratização do país foram decisivos na consolidação das políticas de saúde da mulher, com o lançamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, que ampliou a visão sobre a integralidade, rompendo com o enfoque da saúde materno-infantil conferido às mulheres.

O PAISM resultou da luta social numa perspectiva de política pública emancipatória, que transformasse as relações desiguais de gênero e fortalecesse a autonomia das mulheres. Foi um marco histórico, pioneiro, que trouxe avanços significativos em um contexto político difícil para o país, incluindo a integralidade e o enfoque de gênero, mesmo que de forma limitada, pois discutir relações de gênero não se resume apenas a saúde da mulher, mas também suas relações desiguais com homens e masculinidades, e, como as relações, entre ambos produzem vulnerabilidades em saúde (SOUTO, 2008).

Após duas décadas do lançamento do PAISM, ainda não havia no país uma política que o legitimasse. A política do Estado mínimo neoliberal foi um dos fatores que mais retardaram a consolidação do programa como política de Estado. Foi então em 2003, num cenário onde a integralidade e a intersetorialidade retomaram seu papel fundamental na consolidação das políticas públicas; que a área técnica de saúde da mulher incorporou novas ações e propostas ao PAISM, incluindo as mulheres negras, rurais, lésbicas, indígenas, portadoras de deficiência, adolescentes, idosas em seus diferentes ciclos de vida, resultando no ano seguinte, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004).

No entanto, apenas o fato de estar direcionada para as mulheres não implica, necessariamente que esta política incorpore a discussão de gênero, bem como a integralidade do cuidado em saúde pleiteada desde 1983, já que não se resumem em ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva para diferentes mulheres. Temos também, no Relatório de Gestão – 2003 a 2006 – da PNAISM, uma abordagem voltada para o campo da saúde sexual e reprodutiva, que negligencia, por exemplo, ações direcionadas para a principal causa de mortalidade feminina no país: as doenças cardiovasculares (SOUTO, 2008).

Por outro lado, há avanços, pois temos uma política de saúde integral, dirigida para segmentos sociais distintos de mulheres (lésbicas, indígenas, mulheres rurais, etc.) cuja proposta é considerar a totalidade do ser humano (física, mental, afetiva, espiritual), como

objeto do cuidado em saúde, bem como a existência de saberes e práticas de saúde tradicionais presentes nestes grupos que influenciam no processo saúde/doença (SOUTO, 2008).

Diante dessa visão integral e com a necessidade de construção de uma política de saúde para as mulheres indígenas, foi realizada em 2005, pelo Departamento de Saúde Indígena da FUNASA, a Oficina de Mulheres Indígenas sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher Índia em Brasília. O evento contou com 52 participantes das quais 23 eram mulheres indígenas de diferentes procedências étnicas. Teve como objetivo debater os problemas de saúde inerentes ao segmento populacional para implementação da atenção na saúde da mulher indígena. As lideranças indígenas reivindicaram maior participação feminina na elaboração das estratégias de ação e das políticas públicas voltadas para a assistência à mulher indígena (FUNASA, 2005b).

Os principais problemas de saúde identificados nesta oficina pelas indígenas foram: a falta de assistência à gestante e de realização do pré-natal; a desnutrição de mulheres e de crianças; a mortalidade por câncer de colo uterino e de mama; a dificuldade de se fazer o tratamento das DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) em mulheres e homens; o alcoolismo e o uso de drogas; a violência contra a mulher e prostituição; a pequena participação da mulher indígena nas instâncias de controle social; e o número pequeno de mulheres indígenas atuando como Agentes Indígenas de Saúde. As mulheres indígenas também reivindicaram que os serviços de saúde respeitem as especificidades culturais dos povos indígenas, o que já está posto desde a Constituição Federal de 1988, enfatizando a importância de valorizar e apoiar o trabalho dos sistemas tradicionais, incentivando práticas indígenas de cuidado com a saúde da mulher e da criança (FUNASA, 2005b).

Nesse âmbito, as políticas públicas deveriam buscar meios para intervir nos problemas de saúde enfrentados pelas mulheres, reconhecendo a multiplicidade dos pontos de vistas acionados pelas indígenas. As reivindicações de respeito para com as diferenças de raça, orientação sexual, etnia e classe social devem estar alinhadas com o princípio de equidade. É esse princípio que regula a forma como as diferenças devem ser tratadas pelas políticas. Porém, a noção de equidade não necessariamente contempla os aspectos relativos à diversidade cultural, mas sim, remete às desigualdades socioeconômicas vigentes entre as mulheres brasileiras (FERREIRA, 2013).

A diversidade cultural, que, no caso da saúde, traduz-se num contexto de interculturalidade, no qual modelos distintos se cruzam para assistir à população indígena, nem sempre de modo respeitoso, não pode ser tratada de forma generalizada. As concepções,

que generalizam todos os povos indígenas do Brasil, tornam-se incapazes de atender às necessidades dessa população, haja vista que até a construção coletiva da “pessoa” se subordina às formas de representação da corporalidade, da sexualidade e da individualidade próprias de cada etnia (COIMBRA JÚNIOR; GARNELO, 2004).

A criação de uma política de atenção à saúde da mulher indígena deve ser vista com muita prudência, pois possui tendência em medicalizar os corpos femininos, intervindo, principalmente, sobre os processos reprodutivos indígenas socialmente concebidos. Políticas direcionadas às mulheres indígenas devem considerá-las como cidadãs inscritas em contextos singulares e imersas em sistemas de parentescos que são bases das relações sociais da etnia. Pensar a saúde da mulher indígena é compreender as relações de gênero, geralmente pautadas no princípio da complementariedade dos papéis desempenhados entre indígenas, bem como em sociedades patriarcais ou matriarcais (FERREIRA, 2013).

4 MÉTODO

4.1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa que se utilizou da etnoenfermagem como proposta metodológica, além da teoria transcultural do cuidado. Teve como foco principal a influência do contexto cultural nas práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá para tomada de decisões e ações do cuidado de enfermagem.

A pesquisa descritiva auxiliou na observação, descrição e exploração de determinados aspectos da problemática, enquanto a pesquisa exploratória se constituiu nas dimensões do fenômeno, na maneira como ele se manifesta e noutros fatores relacionados, dentre os quais a comunicação e a interação social incluídas no contexto da coleta de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). A abordagem qualitativa buscou demonstrar diferentes perspectivas de uma mesma situação, como um meio para explorar e entender o significado que as mulheres deram para uma mesma questão (CRESWELL, 2010).

A proposta teórica e metodológica baseou-se na Enfermagem Transcultural, sendo considerada um ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e práticas de cuidados de saúde-doença, crenças e valores, objetivando proporcionar um atendimento coerente com a realidade das clientes. Nesse sentido a etnoenfermagem foi desenvolvida por Leininger, sendo um método rigoroso, sistemático e profundo para estudar a diversidade cultural e, de cuidados em saúde dentro de grupos de pessoas, concentrando-se nas inter-relações entre esses para se chegar a um cuidado culturalmente congruente (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, ou teoria transcultural do cuidado, operacionaliza a etnoenfermagem que, pode delimitar práticas de cuidado coerentes à cultura de cada pessoa. Nesta abordagem, a cultura é a característica holística e de aspecto universal dos seres humanos, sobre a qual estão inseridas as práticas de cuidado. Sendo assim, cultura e cuidado devem ser compreendidos para que sejam impressas as necessidades das pessoas (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A cultura abrange grupos que preservam determinados comportamentos como forma de pertencimento social, na qual se revelam coletivamente em contextos específicos. A família pode ser considerada um grupo que apreendidos e compartilha determinados

comportamentos. Logo, a abrangência da teoria envolve, além dos grupos étnicos, aqueles nos quais indivíduos atuam juntos num determinado contexto (SEIMA, et. al., 2011).

No entanto, a convivência entre as culturas nem sempre se deu de forma equitativa. O que acontece muitas vezes é a cultura dita “ocidental” dominar e subordinar as outras culturas (SADLER, 2009). Essa subordinação está relacionada a uma visão etnocêntrica, que por vezes permeia o cuidado em saúde oferecido para minorias étnicas. Mas, faz-se necessário um cuidado transcultural que respeite as diferenças e, para isso é preciso uma compreensão do conceito de Cultura.

Tal como definida por Langdon e Wiik (2010), cultura pode ser entendida como um conjunto de fatores norteadores de qualquer atividade realizada por um grupo, não determinante pela biologia, e que seja compartilhada com todos(as) desse mesmo grupo social que agrega, por si, significado e normas nas ações e interações sociais. Sendo assim, a saúde não está fora desta composição. Conseqüentemente, para manter a saúde e enfrentar episódios de doenças, a visão de mundo do grupo é posta em evidência com base nas experiências socioculturais construídas.

Quando tratamos do atendimento à saúde, estabelecemos uma perspectiva de diálogo entre as diferenças com vistas à inclusão e equidade, questionando o modelo social e cultural da medicina ocidental que se caracteriza por excluir os outros saberes tradicionais da saúde. A saúde da população deve ser tratada de forma democrática, fortalecendo a participação das pessoas que utilizarão os serviços e procurando medidas que satisfaçam suas necessidades. Desse modo o cuidado deveria ser baseado na interseção entre o modelo vigente e os saberes e práticas tradicionais (ECUADOR, 2008) compondo-se numa perspectiva transcultural.

Cultura é o constructo central da teoria de Leininger, sendo considerada também como os valores aprendidos, compartilhados e transmitidos; crenças, normas e modos de vida determinados que orientam o pensamento, as decisões e ações de forma padronizada e, muitas vezes intergeracional. Partindo de uma perspectiva antropológica, a cultura é geralmente vista como um amplo e mais abrangente meio para conhecer, explicar e predizer modos de vida das pessoas ao longo do tempo e em diferentes localizações geográficas (LEININGER; McFARLAND, 2006).

A partir do estudo das visões de mundo, significados, símbolos e experiências de vida, é possível compreender as representações e práticas de cuidado em enfermagem, particulares a uma determinada cultura ou comum entre algumas delas. De posse desse saber, a enfermeira estaria apta a proporcionar um cuidado de enfermagem significativo e eficaz de acordo com a cultura de cada indivíduo. Assim prestaria um cuidado congruente com a realidade

sociocultural da pessoa, ou seja, sua atuação estaria inscrita no âmbito da Enfermagem Transcultural (MELO, 2010).

Nesse contexto, Leininger propôs um esquema teórico para organização das dimensões que influenciam na saúde e pressupõem as decisões, ações de cuidado da enfermagem culturalmente congruentes. Esquema esse que denomina de Modelo Sunrise (Figura 3). Tal modelo foi usado cuidadosamente como um guia para o estudo em tela, com o objetivo de compreender as múltiplas influências da cultura sobre os cuidados tidos e recebidos em relação à saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá. Para construir o Modelo Sunrise, fez-se necessário o uso de outros instrumentos e técnicas de coleta que compõem a etnoenfermagem, como veremos adiante.

Nesse estudo não avançamos para a aplicação do cuidado transcultural (cuidado congruente com a cultura). Sendo nossa proposta a construção de uma competência cultural direcionada para enfermeiras que atuam nessa etnia.

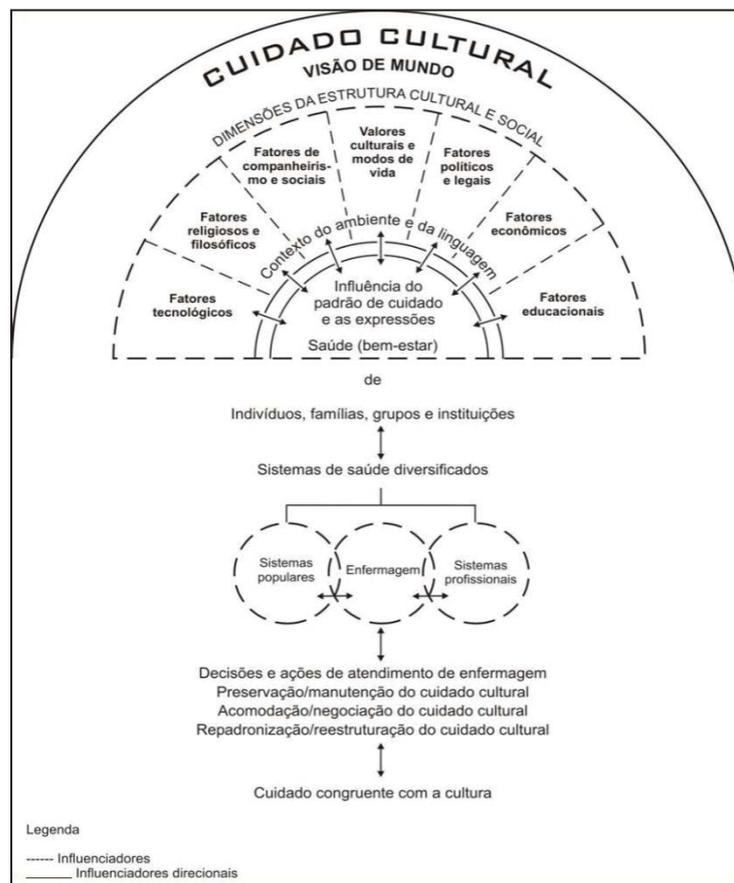


Figura 1 - Modelo Sunrise proposto por Leininger.
 Fonte: Silva, 2003.

A competência cultural, que o modelo referido pode prover, permite às enfermeiras melhorarem a eficácia na capacidade de comunicação e aquisição de conhecimentos relacionados às práticas de saúde de diferentes culturas, exigindo um esforço contínuo por

parte das profissionais em enfermagem, para oferecerem um cuidado efetivo dentro dos padrões culturais vigentes. Além disso, cuidar das pessoas com uma aguçada consciência das diversidades culturais é construir uma base sólida de conhecimentos e competências em Enfermagem Transcultural e, especialmente, um forte respeito pessoal e profissional para com as várias culturas (VILELAS; JANEIRO, 2012).

O cuidado transcultural no atendimento em saúde é extremamente relevante para atender as diferentes necessidades das minorias, e, principalmente, das indígenas. O reconhecimento e respeito às diferenças é indispensável para que as famílias indígenas tenham atendimento adequado nos serviços de saúde (MENEZES, 2012).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Aldeia da Baixa da Alexandra, território habitado por aproximadamente 60% de indígenas da etnia Kambiwá, no Município de Ibimirim/Pernambuco, numa população de 900 pessoas, aproximadamente 26 km da sede desse Município.



Figura 2 - Imagem panorâmica da Aldeia da Baixa da Alexandra (época de escassez de chuvas)
Fonte: Acervo pessoal do pesquisador.

Ibimirim localiza-se no sertão, microrregião do Moxotó, em Pernambuco. Possui uma área de 1.906,4 Km², onde predomina um solo arenoso de vegetação caatinga, situando-se em uma distância de 339 km da capital do estado, Recife. Foi elevado à categoria de município autônomo em 20 de Dezembro de 1963. A população de Ibimirim é de 26.954, da qual 7,1% são indígenas, ficando em 8º lugar percentual dessa população, por município no estado de Pernambuco (IBGE, 2010).

O município dá o suporte para atendimentos de saúde de baixa complexidade, servindo a Unidade Mista de Saúde Marcos Ferreira D'Ávila como unidade de referência.

Para os atendimentos de média complexidade, essa área possui como referência o município de Arcoverde e, Recife para alta complexidade.

Todas as aldeias indígenas de Ibimirim são atendidas por uma EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena), composta por um 1 médica, 1 enfermeira coordenadora técnica, 1 enfermeira coordenadora de equipe e assistencial, 5 auxiliares de enfermagem (sendo que duas dessas ficam no Pólo-Base e 3 atendem na área), 1 odontóloga, 1 auxiliar de consultório dentário, 10 AIS (Agentes Indígenas de Saúde), e 5 AISAN (Agentes Indígenas de Saneamento) que fazem papel semelhante a uma equipe da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006).

A EMSI, de referência dessa pesquisa, atua em 2 Postos de Saúde, localizado na aldeia Nazário (Figura 1) e na Baixa da Alexandra (Figura 2). Nas demais aldeias, o atendimento é prestado em um ponto de apoio que corresponde à casa de lideranças ou outros(as) moradores(as). Os atendimentos realizados nas aldeias são os mesmos realizados em outros Postos de Saúde não indígenas, todos seguindo os programas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).



Figura 3 - Posto de Saúde da Aldeia Nazário.
Fonte: Acervo pessoal do Pesquisador



Figura 4 - Posto de Saúde da aldeia Baixa da Alexandra.
Fonte: Acervo pessoal do Pesquisador

O território indígena Kambiwá foi demarcado, inicialmente, em 1978, numa área de 15.934 hectares, passando posteriormente para 31.495 hectares³ (UFPE, 2008). Essa ampliação ocorreu por força da Portaria 1.284/92 da FUNAI que criou um grupo de trabalho, responsável pela identificação, levantamento fundiário e delimitação das terras indígenas da etnia Kambiwá.

³Ver mapas no anexo A.

Dentre os critérios utilizados para demarcação de terras indígenas, destacam-se as relações prévias de cada etnia com o lugar onde vive, e que podem estar ligadas às questões sagradas. Para a etnia Kambiwá, por exemplo, a Serra Negra, não habitada (protegida pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais - IBAMA), é considerada um local sagrado, e nela a população faz um acampamento, todos os anos no mês de setembro, para celebrar sua história e pedir proteção das forças “encantadas”, impulsionada pela relação ancestral com esse local. Sobre a importância territorial para grupos étnicos/raciais, Corrêa (2012), refere o conceito de “espaço vivido” composto por uma afetividade e religiosidade que se vinculam ao território e aos valores culturais estabelecidos.

A etnia Kambiwá é um grupamento indígena, de filiação linguística não determinada, que habita esse território desde, pelo menos, o início do século XIX. Dada etnia tem como meio de subsistência a agricultura com plantio de milho, feijão e mandioca, a caça, a extração do mel de abelhas e o artesanato (CONDEPE, 2006).

Produzido em pequena escala, o artesanato constitui-se de peças para os trajes rituais, (“saiota” usada pelas mulheres e a roupa dos “vovôs” usada pelos homens – anexo B) e de aiós (pequenos cestos considerados como símbolo Kambiwá – anexo B), confeccionados com a palha do ouricuri e a fibra do caroá. A etnia Kambiwá conserva tradições ancestrais, na forma de rituais sagrados (Toré e Praiá que serão descritos nos resultados), e a presença de um chefe político (cacique) e religioso/curativo (pajé⁴). Quanto ao Toré, praticado durante os rituais, reúne homens, mulheres e crianças, que conduzidos geralmente pelos homens mais velhos ao som de maracás de cabaças (confeccionadas ou adquiridas em outras etnias), entoam cânticos em português, misturados com algumas palavras, provavelmente da sua língua de origem que não é mais falada em fluências, invocando proteção espiritual (CONDEPE, 2006).

As mulheres da etnia Kambiwá fundaram, em 1992, a OGIK, que significa Organização das Guerreiras Indígenas de Kambiwá. São mulheres que se organizaram na comunidade para resolver os problemas emergentes. Cada comunidade tinha uma guerreira. Nessa organização, as guerreiras das comunidades eram chamadas de pétala seguido do nome, assim como as comunidades eram chamadas de pétala seguido do nome da comunidade, por exemplo, na pétala Nazário tinha a pétala Virgínia, uma grande guerreira e a parteira da região, também conhecida como a mãe de todas (ALMEIDA; MARIN; SANTOS, 2010). No

⁴O pajé (ou xamã) tem a capacidade de contatar o mundo espiritual, de onde obtém orientação terapêutica, como o uso de plantas, cantos e rezas, para buscar a cura de doenças (LORENZO, 2011).

entanto, segundo informantes da Baixa da Alexandra, esta organização foi extinta anos depois.

4.3 APROXIMAÇÕES COM O CAMPO DA PESQUISA

A aproximação com o local, para o fim específico da pesquisa, iniciou em 2012, por meio de contato com a enfermeira do posto de saúde e com a coordenadora do Pólo base que concordaram com a importância do projeto e se dispuseram a ajudar no que fosse preciso para o seu desenvolvimento.

No intuito de dar andamento aos trâmites ético-legais para desenvolvimento do estudo, realizamos várias visitas ao local nos anos 2012 e 2013, por meio das quais, aprofundamos o nosso conhecimento sobre a população, principalmente em relação aos cuidados oferecidos às mulheres no posto de saúde e demais características do funcionamento de subsistema e saúde indígena na região. Tais informações foram prestadas por agentes privilegiadas: a enfermeira coordenadora técnica e a coordenadora administrativa do Pólo base, ambas índias Kambiwá, além da enfermeira que atua nos postos de saúde. Além disso, consultamos documentos e ampliamos as leituras da bibliografia referente à etnia em estudo. Participamos da reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco (CONDISI) na qual foi aprovada a realização da pesquisa e recebemos convite para participar da Etapa Distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Realizada nos dias 27, 28 e 29 de setembro de 2013, na cidade de Garanhuns-PE, a etapa distrital da conferência contou com a presença de mais de 300 indígenas eleitos(as) nas etapas locais de todo o DSEI-PE. Representou oportunidade ímpar de contato e aprendizado sobre algumas demandas indígenas no tocante à saúde que incluíam a necessidade urgente de implantação de um sistema de referência e contra referência, o acesso à água de qualidade nas aldeias e saneamento básico, a demarcação de terras indígenas e a agricultura/pecuária de subsistência.

Após a apresentação da proposta de pesquisa nas instâncias de controle social de saúde indígena, propus à coordenadora técnica e à enfermeira assistencial das aldeias, uma visita ao campo de pesquisa para aproximação com as mulheres do estudo e toda a equipe multidisciplinar de saúde indígena, ou seja, os(as) agentes indígenas de saúde (AIS) e de saneamento (AISAN).

Conhecemos o entorno da Baixa da Alexandra, como a Aldeia Nazário. Enquanto a equipe prestava atendimento às pessoas que as aguardavam no posto, permanecemos na

recepção com as duas agentes indígenas de saúde e, a auxiliar de enfermagem observando as pessoas, ouvindo suas conversas. Após término da consulta de pré-natal, acompanhamos a enfermeira em uma visita domiciliar a uma mulher que havia parido há cerca de oito dias. Nesse primeiro contato e nos posteriores, fomos bem recebidos(as), e a enfermeira informou às mulheres sobre o estudo a ser desenvolvido.

Após esta visita inicial, marcamos uma reunião, no dia 26 de setembro de 2013, com Agentes Indígenas de Saúde (AIS) da Aldeia da Baixa da Alexandra, no Posto de Saúde localizado ao lado da Escola Estadual Indígena Amberê, distante cerca de 6 km da Aldeia Nazário. Nessa reunião contamos com a presença da enfermeira coordenadora técnica do Pólo base e seis AIS de um total de sete que compõem a equipe. Apresentamos a proposta da pesquisa e discutimos a operacionalização da coleta de dados no tocante às entrevistas. Acordamos como seria feita a escolha das primeiras mulheres a serem entrevistadas e sobre a possibilidade de acompanhamento durante as visitas domiciliares. Ressaltamos a importância da pesquisa para as mulheres indígenas e os(as) AIS mostraram seu apoio em me acompanhar nas visitas aos domicílios das possíveis participantes. Neste dia da reunião na Baixa da Alexandra, não houve atendimento da equipe no Posto de Saúde, pois estava prevista também outra reunião para assuntos administrativos.

4.4 SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo vinte mulheres pertencentes à etnia Kambiwá, maiores de 18 anos com paridade igual ou maior que 1, residentes na aldeia da Baixa da Alexandra em Ibimirim.

A seleção das entrevistadas ocorreu inicialmente por meio de indicação por informantes gerais - agentes indígenas de saúde e lideranças locais. Durante as visitas às residências das mulheres indicadas, essas, por sua vez, indicavam outras índias para a entrevista, tornando-se informantes-chaves. Também foram incluídas mulheres que aguardavam atendimento no posto de saúde e atenderam ao nosso convite.

4.5 A COLETA DE DADOS

A operacionalização da coleta de dados por meio da etnoenfermagem, pressupõe o desenvolvimento de guias que auxiliam na investigação sobre a cultura e o cuidado. Os guias são meios para levantamento e análise dos dados e não se constituem em modelos por si só

(LEININGER; McFARLAND, 2006). Segundo Leininger, os guias servem para elucidar o problema de pesquisa em profundidade, e têm sido extremamente valiosos para trazer a tona dados ocultos e complexos, ou seja, facilitar informantes para compartilharem suas ideias da forma mais natural possível.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2012 até maio de 2014 em três fases não lineares. Na primeira fase, procedemos ao levantamento de aspectos populacionais, conhecimento da cultura, crenças e modos de vida, a seleção de informantes-gerais tendo servido também para o estabelecimento de vínculos com a população, fase que se estendeu até a saída do campo por meio de visitas mensais à aldeia.

Na segunda fase, foram realizadas as entrevistas após aprovação ética, na qual informantes-gerais indicaram as informantes-chaves, aquelas mais bem informadas sobre aspectos relevantes da cultura e do fenômeno da pesquisa (LEININGER; McFARLAND, 2006).

Na terceira fase de coleta, foram esclarecidas as dúvidas derivadas das entrevistas e da observação-participação-reflexão, com as mulheres participantes.

4.5.1 Técnicas de coleta dos dados

As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a Observação-Participação-Reflexão (O-P-R) e a entrevista.

A O-P-R foi utilizada com o intuito de explorar alguns aspectos das dimensões que compõem a estrutura social e cultural indígena Kambiwá. Para utilização dessa técnica na etnoenfermagem, fez-se necessário seguir quatro etapas, descritas no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 -Etapas da Observação-Participação-Reflexão.

	1	2	3	4
Etapas	Observação & escuta ativa (sem participação ativa)	Observação com participação limitada	Participação com observações continuadas	Reflexão e reconfirmação de resultados com as informantes

Fonte: Leininger e McFarland (2006)

A primeira e a segunda etapa da O-P-R constituiu-se numa aproximação com o campo de pesquisa, por meio da qual podemos conhecer as condições de moradia incluída no fator modos de vida; os valores culturais, fatores religiosos e filosóficos; fatores tecnológicos e

políticos, todos previstos no 1º nível do Modelo Sunrise. Essas duas etapas estão inseridas na primeira fase de coleta de dados.

A terceira etapa da O-P-R foi realizada concomitantemente com as entrevistas, compondo a segunda fase de coleta de dados. Nessa etapa participamos da rotina das pessoas na aldeia da Baixa da Alexandra, incluindo rituais sagrados e convívio com as participantes do estudo.

Na quarta etapa da O-P-R, procedemos a reflexão e reconfirmação dos resultados com as informantes-chaves, esclarecendo também dúvidas decorrentes das entrevistas.

4.5.2 Instrumentos de coleta dos dados

Os instrumentos de coleta dos dados foram: gravador de voz, formulário etnodemográfico – socioeconômico e o roteiro de entrevista semiestruturado.

4.5.2.1 Formulário etnodemográfico – socioeconômico

Este formulário contemplou os fatores econômicos; educacionais; de companheirismo e sociais contidos nas dimensões da estrutura cultural e social do 1º nível do Modelo Sunrise e considerou as seguintes variáveis: idade, escolaridade, língua falada, ocupação, renda pessoal e familiar, além do estado conjugal.

4.5.2.2 Roteiro de entrevista semiestruturado da História de Vida e Cuidados em Saúde

Utilizamos o roteiro de entrevista semiestruturado, com a intenção de obter dados referentes às experiências, práticas e cuidados em saúde reprodutiva desde a tenra idade contemplando os sistemas de saúde diversificados do Modelo Sunrise. Salientamos a relevância em ampliar práticas de cuidados tidos ou recebidos no passado, comparando-os com os atuais na interface entre sistemas profissionais e os populares de saúde.

O roteiro de entrevista conteve questões relacionadas à saúde reprodutiva, e, para melhor compreensão das informações coletadas, dividimos o mesmo em três categorias, nas quais possuem os seguintes dados:

- Saberes sobre contracepção – como evitavam a gestação e o conhecimento sobre métodos contraceptivos modernos.

- A gravidez e cuidados – paridade e identificação dos intervalos entre as gestações (em anos, obtidos a partir da idade da mãe), bem como o desfecho de cada gravidez (parto normal, cesariana ou aborto), experiência da gestação, cuidados tidos ou recebidos durante o processo gestacional.
- Cuidados no parto e puerpério – processamentos tidos ou recebidos durante o parto e no pós-parto, incluindo a amamentação.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A descrição detalhada de todas as dimensões previstas no Modelo Sunrise, nos formulários (etnodemográfico e semiestruturado da história de vida) e, na Observação-Participação-Reflexão, foi baseada na Etnoenfermagem. Segundo Leininger e McFarland (2006) trata-se de uma sistemática, profunda e rigorosa etapa da pesquisa qualitativa dividida em quatro fases:

Fase I

- Coleta, Descrição e Documentação de Matéria Prima- Após a coleta, fizemos a transcrição de todas as entrevistas, observamos os aspectos relativos aos objetivos em cotejo das questões estudadas no percurso e em processo no dado momento;

Fase II

- Identificação e Categorização dos componentes das dimensões de estrutura sociocultural que compõem o Modelo Sunrise, bem como das práticas e cuidados em saúde reprodutiva (contracepção, gestação, aborto, parto, puerpério)- Os dados em face foram codificados e classificados de acordo com as questões em estudo;

Fase III

- Padrão e Análise Contextual- Nessa fase, os dados das entrevistas foram escrutinados para descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, as expressões, as formas estruturais e interpretações.

Fase IV

- Temas principais, resultados de Pesquisas, Formulações Teóricas e Recomendações- Esta foi a mais complexa fase de análise de dados, síntese e interpretação. Requeremos uma síntese de pensamento, de análise dos resultados, da interpretação e formulação criativa das conclusões de fases anteriores. Buscamos abstrair e confirmar os principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, fazer novas formulações teóricas baseando-se nas três decisões e

ações do cuidado cultural de enfermagem do Modelo Sunrise (preservação, acomodação ou repadronização) (LEININGER E MCFARLAND, 2006).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Diferentemente de estudos que envolvem seres humanos desenvolvidos em organizações de saúde, as normas para a pesquisa com povos tradicionais indígenas, no Brasil, exige a anuência da comunidade por intermédio de suas lideranças ou organizações de controle social local e de distrito, aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da organização responsável pelo estudo, e posteriormente, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Desse modo, obtivemos autorização do Conselho Local e do Conselho Distrital de Saúde Indígena, e, com a posse dos respectivos documentos, cadastramos o Projeto na Plataforma Brasil. Obtivemos aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de enfermagem/UFBA, sob o protocolo de número 632.512. O parecer favorável da CONEP ratificou a avaliação do comitê de ética referido, em abril de 2014.

A pesquisa foi desenvolvida conforme todas as normatizações contidas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), referente aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos e pelas normatizações da Resolução 304/2000 do Conselho Nacional de saúde (BRASIL, 2000), referente a estudos com populações indígenas, especificamente.

A participação das mulheres foi voluntária e para cada entrevistada foi esclarecido o teor da pesquisa, garantindo-lhes o anonimato, a privacidade, também a possibilidade de desistência a qualquer momento sem prejudicar as anônimas. Quando a participante não sabia ler ou escrever, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido por alguém escolhido por ela e, nesses casos, o consentimento foi obtido por meio da impressão digital direita da entrevistada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DIMENSÕES DA ESTRUTURA CULTURAL E SOCIAL

5.1.1 Condições de moradia (modos de vida)

Com relação às condições de moradia da etnia Kambiwá, na aldeia da Baixa da Alexandra, predominam casas de alvenaria, sendo que algumas não possuem banheiro. A água utilizada em todas as casas é proveniente do fornecimento de poços artesianos construídos pela FUNASA, com profundidade que chega a 200 metros, fazendo o uso de água considerada mineral por análises feitas na perfuração, segundo informações da comunidade.

A energia elétrica está presente em quase todos os domicílios, sendo que no momento da pesquisa, a Companhia Energética de Pernambuco (CELPE) estava providenciando a instalação de contadores de consumo nas casas para que a população começasse a pagar pelo serviço, anteriormente gratuito.

Em se tratando de aldeias indígenas, a falsa impressão de que todas as etnias do Brasil vivem em “ocas”, e numa floresta isolada, não condiz com a realidade desses povos no nordeste brasileiro. Decorrente do intenso convívio com a sociedade nacional por muitas décadas, a etnia Kambiwá possui semelhança a uma comunidade rural não indígena, com casas de alvenaria, possuindo energia elétrica, e utilização gratuita de água do poço artesiano, de muita relevância para a manutenção das condições de sobrevivência na região. No entanto, a energia elétrica pode se tornar de uso restrito a quem puder pagar, quando terminarem a instalação dos contadores de consumo.

5.1.2 Fatores tecnológicos

Os recursos tecnológicos constituem-se de telefone celular e eletrodomésticos. Existem dois orelhões na aldeia, mas não funcionam. O sinal de celular mais próximo só é possível a uma distância de 7 km da Baixa da Alexandra, num alto conhecido como “*guela*”, onde existe uma árvore com uma escada para que do alto se consiga realizar ligação pela telefonia móvel com o sinal proveniente do município de Inajá-PE. O uso do celular é importante para comunicação entre aldeias ou etnias vizinhas, parentes que estão em outra cidade e, inclusive, internados(as) em serviços de saúde.



Figura 5 - Uso de celular no “*guela*”
 Fonte: Acervo pessoal do pesquisador (foto autorizada)

Quase todos os domicílios possuem televisão, fogão a gás e geladeira, conferindo relevância com relação ao entretenimento, a conservação e cozimento dos alimentos. Quando não possuem geladeira, utilizam a de alguma vizinha, e, na ausência de fogão a gás, cozinham no fogo de lenha. Alguns domicílios possuem, além desses equipamentos, aparelho de som, ventilador, liquidificador, e aparelho de DVD, melhorando a qualidade de vida das pessoas, revelando um poder aquisitivo e, acentuando desigualdades sociais a quem não os possui.

5.1.3 Fatores religiosos e valores culturais

A religiosidade Kambiwá está baseada em um universo de significados entre a religião católica e a tradição dos *Encantados*. As aldeias participam de todos os rituais da Igreja Católica e consideram as tradições indígenas como parte desse complexo religioso-cultural. Na aldeia da Baixa da Alexandra, há uma Igreja Católica que funciona como local de realização dos sacramentos (batismo, casamento, comunhão) e também novenas a santos e santas católicas.

O Toré, elemento principal da tradição indígena Kambiwá, é antes de tudo um sistema religioso e curativo, e conta com a presença dos *Encantos* que são “entidades vivas” que não morreram, mas “encantaram” e “irradiam” quem participa do Toré, trazendo cura também para o(a) médium que os recebe. Salienta-se que, os *Encantados* são as forças da natureza (ALBUQUERQUE, 2008, p. 65).

Esse complexo ritual configura-se com diferentes performances, logo: dança, música e ritual. Na Aldeia da Baixa da Alexandra, o Toré como música e ritual, sem a dança,

compreende os *trabalhos de mesa* conduzidos geralmente, na casa do irmão do Pajé (curador através da reza). Mas existem também rezadeiras na aldeia que conferem esse poder de cura). O Pajé vive em outra aldeia, sendo o seu irmão gêmeo aquele que possui estreita relação com os trabalhos de mesa, divididos em *mesa alta* e *mesa baixa*.

O ritual possui semelhança com os terreiros de Umbanda, e é conduzido de acordo com a tendência de *irradiações* dos *caboclos* que chegam às(aos) médiuns de uma em uma hora. Desse ritual, homens e mulheres participam. Os cânticos são entoados a partir das oito horas da noite e se prolongam até a madrugada, sendo que a partir da meia noite apenas as *irradiações* dos *caboclos mesa baixa* ou também chamados *da esquerda* se apresentam. Um Toré de *mesa baixa* está “predisposto” a receber *caboclos da esquerda*, ou seja, aqueles que são temidos pela capacidade de perturbar quem não os servir de maneira adequada (por exemplo: Zé Pilintra - *entidade viva*).

Na *mesa baixa*, as imagens de santos(as), entidades, orixás, alfazema, cachimbos, pretos-velhos, maracás, velas e água ficam em uma toalha forrada no chão, no momento dos trabalhos. Por isso a designação do nome: *mesa baixa*.

Na *mesa alta*, o ritual é conduzido ao redor dessa. Em ambas as mesas, o *trabalho* é feito com as pessoas sentadas em cadeiras ou sofás das casas. No entanto, na *mesa baixa*, algumas pessoas sentam-se no chão também. O cachimbo que as pessoas usam cotidianamente é compartilhado por todos(as) que desejarem fumar, geralmente, fumos vendidos no comércio das cidades vizinhas. A alfazema serve para aliviar os sintomas que as *irradiações* deixam nos(as) médiuns (tontura, fraqueza, dor de cabeça).



Figura 6- Da esquerda para a direita: Igreja Católica, mesa alta e mesa baixa. Fonte: Acervo pessoal do pesquisador.

Quando os *caboclos* se apresentam por intermédio dos(as) médiuns, são estabelecidos diálogos com eles, já conhecidos por quem participa dos trabalhos, inclusive identificados pelo nome, e são feitos “passes” de limpeza espiritual, bem como são intercedidos, também que estes se desloquem para casa de quem está doente dentro da aldeia, e dêem proteção e cura.

A dança do Toré, está presente tanto no Praiá, ritual sagrado realizado na lua cheia, quanto nas celebrações das datas importantes, como o dia 19 de abril, dia do(a) índio(a), ou, antes de eventos determinados, como na etapa distrital da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, por exemplo.

Para a etnia Kambiwá, o Toré é dançado em conjunto, com participantes soltos(as), e algumas crianças de mãos dadas, é dançado também em duplas com os braços enlaçados. Práticas essas, semelhantes ao Toré das etnias Pipipã e Pankararu (ambas do estado de Pernambuco) (ARCANJO, 2007).

O Praiá, como ritual sagrado originário da etnia Pankararu, é uma representação dos *Encantados*, em sua forma terrena (CUNHA, 2007, p. 50), com indivíduos (apenas homens) especificamente designados pelas lideranças para dançarem e “cruzarem” as pessoas. Esses homens utilizam uma máscara ritual e uma vestimenta cobrindo todo o corpo. Eles dançam em círculo, embalados pelos toantes (músicas do Toré), em torno de um cruzeiro fixado no terreiro, feito de madeira da árvore sagrada, a Juremeira, cuja raiz também era usada na fabricação de bebida (NASCIMENTO, 1994).

Os “vovôs”, como são chamados os homens que usam a vestimenta do Praiá, “cruzam” as pessoas que assistem ao ritual em um círculo externo ao formado por eles. Depois de cruzarem várias vezes, todos(as) dançam em círculo ao redor do cruzeiro. Para que um homem possa usar a vestimenta do ritual, é necessário que fique uma semana se alimentando de comidas sem condimentos, apenas com sal, e brancas (arroz e carne de boi cozida com apenas sal) além de ficar em abstinência sexual. Esta alimentação também é compartilhada, no dia do Praiá, por todos(as) que participam do ritual, na hora do almoço e à noite, pois, geralmente, um Praiá dura todo o dia.



Figura 7 - A esquerda Praiá no terreiro com cruzeiro ao centro e a direita o Poró (local onde as roupas sagradas são guardadas e não é permitida a entrada de mulheres, nem de crianças). Fonte: Acervo pessoal do pesquisador.

Corroboramos com Albuquerque (2008) quando sinaliza que o Toré é, portanto, um tipo de culto que divide uma linguagem ritual com vários outros tipos de cultos indígenas (de grupos pernambucanos, como o Ouricuri dos Fulni-ô e o Praiá dos Pankararu) e dos afro-brasileiros (catimbó, umbanda, xangô, entre várias outras formas híbridas).

A religiosidade, assim como uma filosofia de vida, influencia o modo das pessoas viverem e verem o mundo que as cercam (LEININGER; McFARLAND, 2006). Desse modo, os rituais “híbridos” da etnia Kambiwá se configuram em mecanismos tradicionais de proteção e cura espiritual, como também sistemas de cuidados populares que são recorridos pela população, para a manutenção do bem estar físico e mental.

5.1.4 Organização política

A etnia Kambiwá possui um líder político, o Cacique Josué, conhecido como ‘Zuca’, que mora na aldeia Retomada. A aldeia recebe este nome devido ao processo recente de reocupação (1992 com a demarcação da terra) de um território sagrado e ancestral que foi tomado por um fazendeiro da região.

Essa representação política confere ao Cacique um poder que ultrapassa o espaço local, sendo um mecanismo de busca por bens e serviços, aos órgãos governamentais responsáveis, em benefício de toda a população.

5.1.5 Fatores sociais, econômicos e educacionais

Baseado no formulário etnodemográfico – socioeconômico, apresentamos no Quadro 2 (na página seguinte), a primeira parte de algumas características das índias participantes da pesquisa, contemplando fatores sociais, econômicos e educacionais.

As mulheres do estudo têm entre 22 e 85 anos de idade, a maioria com escolaridade máxima correspondente ao ensino fundamental, destacando-se que sete (~35%) não sabem ler nem escrever. Notadamente, as maiores de 40 anos, acrescentando aqui que todas falam apenas o idioma português. Na maioria dos casos, as mulheres convivem com parceiro sexual em domicílios habitados por 3 a 15 pessoas entre filhos(as) e parentes.

Quanto à atividade laboral, destaca-se o trabalho doméstico e a agricultura de subsistência (roçado). A renda pessoal das índias é proveniente, basicamente, dos programas de transferência direta da renda do Governo Federal (Bolsa Família e Bolsa Escola), pensão e aposentadoria, variando de R\$ 134,00 à R\$ 2.148,00.

Quadro 2 - Características sociodemográficas de mulheres da etnia Kambiawá, Pernambuco, 2014.

Entrevistada	Idade	Escolaridade	Estado conjugal	Hab. no domicílio (inclui a mulher) e parentesco	Ocupação	Renda pessoal	Renda familiar	Fonte da renda
1	25	Fundamental completo	Casada	4 (marido e filhas)	Dona de casa, roçado	200,00	200,00	Bolsa família
2	54	Fundamental incompleto	Casada	8 (marido, filhas/os e netos/as)	Dona de casa, roçado	316,00	516,00	Bolsa escola e bolsa família
3	40	Fundamental incompleto	Casada	15 (marido, filhos/as, enteado)	Dona de casa	792,00	2.148,00	Bolsa família, pensão e aposentadoria
4	43	Analfabeta	Separada	9 (filhos/as)	Dona de casa, roçado	Não sabe	-	Bolsa família
5	60	Analfabeta	Casada	6 (marido, filhos/as, neto)	Dona de casa, roçado, faz artesanato	724,00	724,00	Aposentadoria
6	46	Analfabeta	Separada	3 (filha e neta)	Dona de casa	724,00	724,00	Aposentadoria
7	27	Médio completo	Casada	5 (marido e filhos)	Dona de casa	350,00	1.430,00	Bolsa família, salário do companheiro
8	56	Fundamental incompleto	Casada	3 (marido e filha)	Dona de casa, roçado	724,00	920,00	Aposentadoria e bolsa família
9	85	Analfabeta	Viúva	8 (filho, netos, nora)	Dona de casa	724,00	724,00	Aposentadoria e bolsa família (não sabe valor)
10	30	Fundamental incompleto	Casada	4 (marido, filhos/as)	Dona de casa, roçado	134,00	>134,00	Bolsa família e renda autônoma
11	26	Analfabeta	Casada	7 (marido, filhos/as)	Dona de casa, roçado	480,00	1.204,00	Bolsa família e aposentadoria
12	34	Fundamental incompleto	Solteira	8 (pai, mãe, filhos/as, sobrinha)	Dona de casa, roçado	422,00	1.870,00	Bolsa família e aposentadoria
13	31	Médio incompleto	Casada	7 (marido, filho, filhas)	Dona de casa e merendeira na escola	724,00	724,00	Assalariada
14	35	Fundamental incompleto	Casada	4 (marido, filho e filha)	Dona de casa e roçado	333,00	333,00	Bolsa família
15	22	Fundamental incompleto	Casada	5 (marido, filhas, filho)	Dona de casa	300,00	300,00	Bolsa família
16	24	Fundamental incompleto	Casada	5 (marido, filho e filhas)	Dona de casa	280,00	280,00	Bolsa família
17	31	Médio incompleto	Separada	4 (filhas)	Dona de casa	250,00	250,00	Bolsa família
18	70	Analfabeta	Casada	2 (marido)	Dona de casa	724,00	1.448,00	Aposentadoria
19	33	Fundamental incompleto	Casada	7 (marido, filhos/as, cunhado, sogro e sogra)	Dona de casa e roçado	386,00	386,00	Bolsa família
20	34	Analfabeta	Casada	6 (marido, filho, filhas)	Dona de casa e roçado	Não tem	Não sabe	Bolsa Família

A variação da idade das participantes do estudo foi um dado importante para mostrar diferenças comportamentais e, também, mudanças na própria cultura- dado que discutiremos na discussão das entrevistas-. Essa mudança cultural, além de mostrar que as tradições também são dinâmicas, denuncia uma forte influência do modelo de saúde hospitalocêntrico e medicalizado, podendo ter interferência na manutenção do cuidado tradicional.

Em relação à escolaridade, verificamos um nível educacional que vai do analfabetismo ao ensino médio completo. Os dados refletem um cenário nacional, pois, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2012c), as mulheres indígenas de áreas rurais, com 15 anos ou mais de idade, atingem percentual de analfabetismo de 36,5%, considerando que não sabem ler, nem escrever qualquer palavra, no idioma que conhecem.

No Brasil, a população indígena, como um todo, possui um nível educacional mais baixo do que a população rural não indígena, a qual indica um percentual de analfabetismo de aproximadamente 23%. Entre as mulheres indígenas, esse percentual chega a 25%, sendo maior do que os homens indígenas (21,6%) (IBGE, 2012c).

Vale salientar que devido o critério de inclusão ter sido maiores de 18 anos, nenhuma das mulheres do nosso estudo estava em idade escolar. Mesmo assim, três delas continuavam estudando. A diversidade educacional, assim como a idade das mulheres, pode ter influência nas práticas de cuidados referentes à saúde reprodutiva dessas.

Predominaram as mulheres casadas⁵, cuja constituição de família, na maioria das vezes numerosa, é um importante fator cultural dos povos indígenas, por relacionar-se com dada organização econômica, social e política. No interior de grupos étnicos, a constituição de famílias extensas e de uma prole numerosa, estruturam a organização sócio-espacial dos territórios indígenas segundo relações de parentesco, afinidade, padrões de moradia e produção econômica (MADEIRA, 2010).

Sobre a ocupação das mulheres da etnia Kambiwá, haja vista a condição de ruralidade, não difere de outras comunidades da região. Entre as entrevistadas, a maioria delas desenvolve mais de uma atividade laboral, entre o trabalho doméstico, o roçado (agricultura) e artesanato. Cabe destacar que dentre esses trabalhos estão inclusos também os cuidados com filhos(as), mesmo que não tenham sido mencionados, tendo em vista possuírem uma filiação numerosa. Esse fato possui relevância sobre as experiências reprodutivas dessas mulheres que passaram grande parte de suas vidas grávidas, ou no puerpério, concomitantemente com atividades laborais.

⁵ Utilizamos essa denominação para considerar as mulheres casadas no civil, religioso, ou ambos, ou ainda aquelas que conviviam com seu companheiro sem nenhuma formalização institucional.

A maioria das mulheres entrevistadas possui renda do Programa Bolsa Família/Bolsa Escola no próprio nome, o que é uma recomendação feita nas diretrizes dos tais programas de transferência direta de renda (BICHIR, 2010) e confere relevância no combate às desigualdades de gênero, assim como afirma pesquisa do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), onde relataram que o benefício aumentou sua autonomia. Agora que têm os próprios recursos, não precisam mais pedir dinheiro e se sujeitar às “brincas” dos maridos para fazerem as compras da casa (SOARES; SÁTYRO, 2009).

A segunda parte da caracterização das participantes do estudo constitui-se em dados reprodutivos baseados na entrevista semiestruturada. Observa-se (de acordo com o Quadro 3, na página seguinte), uma variação do número de gestações que vai de 03 a 14, sendo a presença de gemelaridade relativamente alta, levando em consideração o número de entrevistadas. Elas têm em média 6,0 filhos(as), sendo mais baixa que dados registrados na Amazônia indígena, cujas taxas chegam a aproximadamente 8,8 (PAGLIARO, et al., 2011).

Sobre o tipo de parto, identificamos um número muito maior de partos normais aos cesarianos. Inclusive, em gestação de gêmeares, mantendo um percentual de cesariana que não ultrapassa 4,2%, sendo bem inferior ao registrado entre indígenas brasileiras no ano de 2010, com aproximadamente 14,3% (BRASIL, 2012b) estando dentro dos valores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (10-15%). Este é um fator muito importante na vivência do parto como um evento fisiológico, tal como veremos nos depoimentos das mulheres entrevistadas sobre os cuidados durante a gestação, parto e puerpério.

O alto número de partos normais entre as mulheres da etnia Kambiwá revela uma vivência pessoal e sociocultural desse momento na vida das mulheres, que está intimamente ligado à tradição cultural desses povos no Brasil. Por outro lado, a menor prevalência de partos cesáreos entre indígenas pode estar relacionada também ao menor acesso em serviços de saúde (BRASIL, 2012b).

O nascimento de uma criança é um evento que se traduz diferentemente entre os diversos povos indígenas do Brasil, mas que tem como ponto convergente o caráter privado e familiar (BRASIL, 2011, p.27). E é nessa perspectiva que a concepção, a gestação e parturição são costuradas pela experiência de vida individual e coletiva, pela solidariedade entre as mulheres indígenas, ou seja, entre quem vai auxiliar e quem vai parir, essa última protagonista desse processo sociocultural. Gestar e parir constituem em eventos bem mais amplos do que a simples reprodução de pessoas enquanto corpos físicos aparentados. É aí que

Quadro 3 -Dados reprodutivos de mulheres indígenas da etnia Kambiá, Pernambuco, 2014.

Entrevistada	Idade	Gestações	Paridade	Aborto	Tipo de parto		Gestação gemelar	Menor intervalo intergestacional (em anos)	Maior intervalo intergestacional (em anos)
					Normal	Cesário			
1	25	4*	3	0	2	1	Não	1	2
2	54	6	6	0	6	0	Sim /1	4	5
3	40	14	14	0	12	2	Sim/1	1	2
4	43	10	9	1	8	1	Não	1	5
5	60	13	13	0	13	0	Sim/1	1	2
6	46	12	10	2	10	0	Sim/2	1	1
7	27	3	3	0	3	0	Não	2	5
8	56	6	6	0	6	0	Sim/1	1	6
9	85	6	5	1	5	0	Não	3	5
10	30	4*	2	1	2	0	Não	2	3
11	26	5	5	0	5	0	Não	1	3
12	34	5	5	0	5	0	Não	2	5
13	31	5	5	0	5	0	Não	1	2
14	35	3	3	0	3	0	Não	4	7
15	22	4	4	0	4	0	Não	2	3
16	24	4*	3	0	3	0	Não	2	3
17	31	3	3	0	3	0	Não	3	5
18	70	14	12	2	14	0	Sim/1	1	4
19	33	5	5	0	5	0	Não	2	3
20	34	5	5	0	4	1	Não	2	4

* Participantes que estavam grávidas no momento da coleta dos dados.

perpassam os modos de viver, de ser e de conceber o mundo num espaço privilegiado para construção de sujeitos, sendo processos importantes nas diversas formas de entender o mundo (REIS; SILVA, 2014), e, portanto, a multiparidade, não significa unicamente um dado quantitativo, mas também um processo de reprodução cultural e reafirmação étnica.

Por outro lado, no que concerne ao intervalo intergestacional (entre gestações, independente se culminou em nascimento ou aborto), observa-se que o menor tempo foi de 1 ano entre uma gestação e, o maior tempo foi de 7 anos. Estudos apontam que um período intergestacional menor que 24 meses é um fator de risco reprodutivo, por exemplo, para parto pré-termo, e, para maiores complicações neonatais incluindo a morte perinatal. O melhor período intergestacional para prevenir complicações maternas e fetais é de 2 a 4 anos, tendo em vista tempo superior a quatro anos está ligado a distúrbios hipertensivos na gestação (DOMÍNGUEZ; VIGIL-DE GRACIA, 2004; MOURA et al., 2010).

Nesse sentido, a maioria das mulheres do estudo com intervalo intergestacional de 1 ano abortaram espontaneamente ou perderam pelo menos um(a) filho(a) antes dos 28 dias de vida (morte neonatal), conforme Quadro 4. Mesmo com número pequeno de participantes, esse é um dado relevante para estudos posteriores que envolvam todas as mulheres da etnia Kambiwá.

Quadro 4 - Aborto e morte neonatal em mulheres da etnia Kambiwá com intervalo intergestacional de 1 ano, Pernambuco, 2014.

Entrevistada	Idade	Aborto	Morte neonatal
1	25	0	1
3	40	0	1
4	43	1	1
5	60	0	1
6	46	2	5
8	56	0	1
18	70	2	2
Total		5	12

Os aspectos da reprodução de mulheres da etnia Kambiwá apresentados, revelam características muito peculiares da população em estudo. A multiparidade presente em diversas indígenas do Brasil também foi verificada entre as Kambiwá, no entanto, os dados apresentados sobre a paridade, a gemelaridade e o curto intervalo intergestacional conferem um padrão reprodutivo que se configura ora por manter grande número de gestações e partos, ora por desfechos desfavoráveis (aborto ou morte neonatal), que ocorreram em variadas gerações.

5.2 PRÁTICAS E SABERES SOBRE CONTRACEPÇÃO

Do total de mulheres da etnia Kambiwá entrevistadas, 16 relataram experiências com a contracepção. Referiram uso de variados métodos de evitar a gravidez, assim como os tipos de métodos conhecidos incluindo seus efeitos sobre a saúde e a vida (Quadro 5).

Quadro 5 – Métodos/modos de evitar gravidez das mulheres Kambiwá, Pernambuco, 2014.

Idade		Métodos/modos de evitar gravidez		
		Utilizado	Tem conhecimento	Efeitos na saúde e na vida
Métodos modernos	22-27	-Comprimido; -Preservativo; -Coito interrompido.	-Preservativo; -Ligação (laqueadura); -Injetável.	-A ligação causa dor nas costas e pode prejudicar a mulher no futuro.
	30-40	-Injetável; -Ligação (laqueadura); -Comprimido; -Preservativo.	-Injetável; -Comprimido; -Ligação (laqueadura); -Tabelinha; -Água de sal.	-A laqueadura interfere nas atividades laborais, dificultando-as; -Por causa da anestesia a laqueadura causa uma dor nas costas; -O comprimido “acumula” no útero da mulher; -Os remédios para evitar gravidez causam inchaço.
Métodos tradicionais	43-54	-Não utilizava nada; -Tomava ‘água do pote’ antes da relação sexual.	-Comprimido; -Camisinha.	-Não referiram
	56-85	-Não utilizava nada; -Água de sal (bebe um pouco e toma banho após a relação sexual com essa água); -Amamentação (enquanto amamentava não engravidava).	-Preservativo; -Comprimido; -Ligação (laqueadura); -Aborto; -Coito interrompido.	-“Os comprimidos ficam dentro do útero da mulher”.

Verifica-se que as experiências com a contracepção das Kambiwá variam de acordo com a idade, pois as mulheres com idade a partir de 43 anos ou nada faziam para não ter “família”, ou utilizavam práticas tradicionais (beber e se banhar com água de sal, beber água do pote, amamentação).

Nas mulheres que possuem até 40 anos, pode-se verificar a existência de modos diversos para evitar a gestação, como a utilização de contraceptivos orais e injetáveis, métodos de barreira, e também tradicionais.

Essas diferenças nos modos de evitar a gravidez de acordo com a idade das mulheres também foram verificadas com indígenas do Alto do Rio Negro, onde as mais velhas, assim como as mulheres da etnia Kambiwá, com maior número de filhos(as), utilizavam os modos tradicionais de contracepção, já as mais jovens possuíam menor conhecimento do sistema tradicional e não os utilizam (AZEVEDO, 2009).

“Evitar” e “não ter família” são termos utilizados pelas mulheres da etnia Kambiwá como referência a dois aspectos da contracepção relativos às práticas utilizadas. “Evitar” está invariavelmente referido a contracepção com uso de métodos assimilados culturalmente, como comprimidos, injeções e preservativos. O termo “não ter família” foi utilizado pelas mulheres mais velhas para referirem as práticas e saberes tradicionais, como é possível observar nos depoimentos abaixo:

Nunca evitei filhos, tomava ‘água do pote’ antes de deitar [ter relação com o marido] **daí ficava 4 ou 5 anos sem ter família** [entrevistada 2, 54 anos].

Nunca tomei remédio pra evitar. Eu passava tempo pra não ter família, é porque enquanto eu tava amamentando, eu não engravidava. Aí que quando eu tirava a mama do menino, aí eu pegava [engravidava]. **Mas pra dizer que eu tomava remédio, nunca tomei não. Se fosse pra evitar eu não evitaria não. Queria mesmo. Eu queria ter meus filhos** [entrevistada 18, 70 anos].

Sobre a constituição da “família”, as índias revelaram que uma prole numerosa indica um desejo de manter filhos(as) vivos(as), pois “quem tem dois só tem um, e quem tem um só não tem nenhum” [entrevistada 9, 85 anos], o que irá ser um mecanismo de evitar a solidão quando estiver na velhice, mesmo diante das dificuldades inerentes ao crescimento dessas crianças.

Queria sim, meu orgulho é minha família [...] e eu digo direto: só engravidei porque só tenho duas filhas, quem tem dois, três filhos, nunca tá sozinho. Você fica pra velhice... [entrevistada 10, 30 anos].

Eu queria ter meus filhos. Não tinha condições de criar, mas queria [entrevistada 18, 70 anos].

Já as índias Pataxó Hã-hã-hãe afirmaram o desejo de ter filhos(as) sim, mas também querem ter a possibilidade de controlar o número e o momento de sua chegada. Argumentam que só quem vivencia, na prática, experiências similares as suas, é que pode decidir e opinar sobre a contracepção. E por isso, frequentemente, questionavam a FUNASA por não lhes garantir esse acesso. Elas se justificam citando o custo que possuem em “criar” muitos(as) filhos(as) para dar-lhes alimentação e condições de saúde (MACÊDO, 2007).

Em estudo com indígenas Guarani-Mbyá também foi evidenciado o desejo de poder controlar a prole. No entanto, o conhecimento e uso dos métodos contraceptivos disponíveis foi diversificada entre as gerações, pois as(os) jovens consideraram melhores os métodos adotados pelos “brancos”, enquanto a população mais velha preconizou os métodos/modos tradicionais (AZEVEDO; ADORNO, 2007). Já as mulheres indígenas do Brasil Central, alegaram, em sua maioria, a grande paridade e o sofrimento das gestações como principais motivos para o uso da contracepção (PAGLIARO, et al., 2009).

Considerando a erosão dos conhecimentos tradicionais sobre contracepção entre as mulheres indígenas brasileiras, na etnia Kambiwá as mais velhas praticavam modos/cuidados culturalmente apreendidos, as mais jovens conhecem menos, e já não os utilizam, e com a proximidade dos serviços modernos de saúde, existe uma perda cultural da tradição, como por exemplo, a amamentação, “água do pote”, água de sal para beber e se banhar após as relações não são mais utilizados entre elas como métodos contraceptivos.

A mudança cultural da contracepção é verificada no Quadro 5, onde todas as índias com menos de 40 anos utilizam métodos que fazem parte das técnicas modernas e incidem sobre seus corpos num processo de medicalização desses. Nenhuma das entrevistadas fez referência ao uso da vasectomia como uma alternativa contraceptiva, e o preservativo é referido em poucas situações, usado em último caso, ou para “evitar doenças”.

Já usei preservativo... Usei pra evitar doenças [entrevistada 12, 34 anos].

Já evitei, mas agora eu fiz ligação [laqueadura], **do último filho [...]** **Eu usava preservativo, usava comprimido também. [...]** **Eu sempre era assim, todo ano era um filho, aí resolvi fazer a ligação, aí não tenho mais** [entrevistada 13, 31 anos].

Além da medicalização da contracepção incidindo nas mulheres indígenas, a laqueadura é algo que chama atenção na etnia Kambiwá. Sobre esse fato nos remetemos aos ideais do feminismo, que busca garantir a liberdade e o direito do uso da contracepção para todas as mulheres. Ao mesmo tempo há uma ausência de pesquisas para a contracepção masculina, pois se trata de incluir os homens nesse processo, quebrando um paradigma dominante. Vale ressaltar que os métodos reversíveis como pílulas e injetáveis, e, mais ainda, a laqueadura, “liberam” os homens do uso do preservativo e do coito interrompido, métodos que já lhes haviam conferido maior responsabilidade na reprodução biológica (SCAVONE, 2012). Sendo assim, a vasectomia é um método que nem chega a ser cogitado.

O uso dos métodos contraceptivos modernos pode ter interferência direta sobre a manutenção dos modos tradicionais para evitar gravidez indesejada nas sociedades indígenas. Quando criticamos a medicalização não estamos negando o direito que as mulheres indígenas

possuem em ter a sua disposição os métodos que julgarem necessários, mas verifica-se que não estão bem esclarecidas sobre outras possibilidades contraceptivas, como preconizado pela nota técnica da FUNASA (2005a), a qual pressupõe o esclarecimento às comunidades indígenas sobre as opções pelo uso ou não de determinado método para prevenir gravidezes.

Além do esclarecimento sobre os métodos disponíveis, é necessário um acompanhamento dos serviços de saúde sobre os efeitos colaterais e riscos que cada um deles possa ter sobre as pessoas, principalmente as mulheres, que usam diversos métodos medicalizados. A presença de efeitos adversos gera insatisfação naquelas que trocam o uso do método, como apontado nos relatos:

Eu evitava tomando remédio. Tem momento que agente tem que parar um pouco, porque eu tomando muito remédio, tava ultrapassando o limite do peso. Eu nem achava que tava engordando, era inchando [...] Troquei a medicação por injeção, não deu certo. Aí parei e engraidei [entrevistada 10, 30 anos].

Os comprimidos eu não usaria, porque têm ‘deles’ que faz medo, esses comprimidos fica tudo ali dentro do útero da mulher [entrevistada 8, 56 anos].

A ligação [laqueadura] eu tenho medo. Eu tinha vontade de fazer, mas a pessoa vê os casos aí [...] Tem menina aí que fez, e disse que começa a sentir dor nas costas, de coluna, eu fico com medo só disso mesmo. [entrevistada 15, 22 anos].

A ligação não tinha vontade de fazer, porque eu tomando comprimido não faz mal eu fazer nada, trabalhar em roça, nem em casa, nem nada, e eu sei que se eu fazer a ligação eu não vou mais fazer o que eu faço. Diz o povo que sempre fica com uma dor nos espinhaço ‘mode’ [por causa de] a anestesia, então eu mesmo prefiro tá fazendo minhas coisas do que a ligação [laqueadura] [entrevistada 19, 33 anos].

Os efeitos da contracepção nas mulheres da etnia Kambiwá são semelhantes ao estudo feito com indígenas do Peru, onde os métodos anticoncepcionais mais conhecidos foram as pílulas e a injeção, tendo também resultados negativos como dor de cabeça, debilidade e muitas ficaram doentes, sem trabalhar bem, o que evidenciou a falta de uma orientação adequada no momento da indicação do método anticoncepcional (YAJAHUANCA, 2009).

Além disso, as mulheres da etnia Kambiwá apontaram que os comprimidos ficam retidos no útero (podendo estar relacionada a ausência da menstruação que os medicamentos provocam) e a “ligação” (laqueadura) pode impedir o trabalho além de trazer complicações sérias, como uma dor nas costas.

Considerando essa discussão dos saberes e práticas contraceptivas, deve-se pensar num serviço de saúde que atenda as demandas das mulheres indígenas, e compreenda os aspectos culturais, bem como suas concepções filosóficas sobre os aspectos apontados. Vimos que as entrevistadas entendem sobre a contracepção e possuem suas convicções sobre o uso racional desse recurso para evitar gravidez ou para espaçar os nascimentos.

O cuidado ofertado no serviço básico de saúde deve levar em consideração todos esses aspectos apontados e procurar estabelecer uma negociação transcultural de acordo com as necessidades das indígenas a respeito do número de filhos(as). Essa negociação, prevista na teoria transcultural do cuidado, proposta teórica deste estudo, seria a ampliação da oferta de métodos contraceptivos para aquelas que assim o desejarem, mas também esclarecer todas as dúvidas sobre o uso destes, bem como indicar outras possibilidades terapêuticas.

A oferta e discussão sobre contracepção já é prevista na legislação que rege este tema em comunidades indígenas (FUNASA, 2005a), e a enfermeira é uma das responsáveis por esse processo, pois a consulta de enfermagem é sua função privativa, onde ela deve agir de acordo com as dúvidas das usuárias do serviço.

Entretanto, para a realização de uma consulta de enfermagem que esteja pautada numa abordagem transcultural do cuidado no planejamento reprodutivo, é necessária a compreensão da equipe de saúde das dimensões culturais e sociais dessa etnia e de uma reconfiguração na utilização do serviço de saúde pelas mulheres. A fragmentação da assistência prestada às mulheres, basicamente em pré-natal, planejamento reprodutivo e prevenção de câncer de colo de útero, favorece uma lógica de oferta e procura (essa última nem sempre voluntária) com pouco espaço para o diálogo e a escuta sensível da enfermeira com as indígenas.

Além disso, é por meio das vizinhas, parentas e outros agentes que as mulheres se informam sobre os métodos contraceptivos modernos que podem acessar na rede de saúde, e a tomada de decisão sobre o uso deles se dá fora do atendimento ginecológico/obstétrico, o que resulta em falta de informações adequadas sobre a disponibilidade dos métodos, perdas culturais e, portanto, violação de seus direitos reprodutivos.

5.3 “NÃO TEM COMO A MULHER NÃO SABER O QUE É FAMÍLIA”: SUSPEITAS E CERTEZAS DE GRAVIDEZ E O CUIDADO NESSE CONTEXTO

O “intojo”⁶ e a “menstruação que não desce”, denominados na cultura exógena como náuseas e amenorreia, respectivamente, são experimentadas como suspeitas de gravidez. Para algumas mulheres a concomitância dos dois indica a certeza do evento, como é possível verificar nos depoimentos abaixo:

Geralmente, eu mesmo penso assim, porque minhas datas menstruais é muito certa, aí quando acontece de não vir dez dias após eu esperar, aí eu já suspeito

⁶ Termo oral, utilizado pelas índias da etnia Kambiwá pra se referirem ao enjojo, repugnância, enjoo que sente, eventualmente, uma mulher grávida.

[...] se não vier, aí eu já ‘caço’ um meio de saber se é uma anemia, o que é o problema, aí por isso que eu digo: não tem como a mulher não saber o que é a família [estar grávida] [entrevistada 14, 35 anos].

Eu sabia que estava grávida quando chegava o primeiro mês que não vinha né? [a menstruação] aí começava os enjoos, a pessoa fica com aquela indisposição [entrevista 7, 27 anos].

Sabia que estava grávida quando sentia “intojo”, sempre descobri com o ‘intojo’ mais a menstruação que “sobe” e não volta mais, [risadas] e com nove meses ela “desce” [entrevistada 1, 25 anos].

Outros sintomas citados pelas mulheres são: falta de apetite, sensibilidade a odores, sialorreia (cuspideira):

Aí começava o ‘intojo’, assim, a pessoa abusar a comida, ficar a comida fedorenta, se botava um tempero a comida não prestava. Comer? De jeito nenhum, só bebendo água, somente. Desse último eu passava dias e dias, passei mais de 3 semanas deitada, e comer de jeito nenhum, as comidinhas era muito pouca. E uma cuspideira nojenta, até o fumo no gravidez eu deixei [entrevista 4, 43 anos].

Esses relatos corroboram com os dados verificados entre indígenas Kukamas Kukamirias (Peru), onde as mulheres reconhecem a gravidez na ausência da menstruação, e o início de alguma sintomatologia como náusea (aqui referiram como “intojo”), falta de apetite, debilidade (YAJAHUANCA, 2009).

Em se apresentando alguns dos sintomas descritos, e na persistência da suspeita de gravidez, as mulheres da etnia Kambiwá procuram o serviço de saúde para teste confirmatório. Porém, pela experiência em campo, pude perceber que algumas delas quando confirmam a gravidez (seja pelo conhecimento tradicional ou exame sanguíneo) acabam postergando a primeira consulta de pré-natal com a enfermeira, indo iniciá-la quando já estão perto de parir, mesmo com a insistência constante de agentes indígenas de saúde para procurarem atendimento no posto de saúde.

A captação precoce para início do pré-natal foi um dos problemas apontados pela enfermeira assistencial da Baixa da Alexandra, principalmente porque acarreta a não realização de alguns exames laboratoriais em tempo hábil antes do parto. E, uma das estratégias informais adotadas pela equipe de saúde foi a realização de no mínimo 6 consultas de pré-natal para que as gestantes recebessem a cesta básica fornecida em outro Programa do Governo Federal, bem como o encaminhamento para ter o auxílio financeiro da Previdência nesse período (salário maternidade).

Formalmente, não existem mecanismos legais que impeçam a mulher de receber tal benefício se não realizar o pré-natal. No entanto, esta estratégia utilizada pela equipe de saúde

é fruto de uma pressão exercida pela gestão da assistência à saúde indígena para o cumprimento de metas pactuadas com o Ministério da Saúde do Brasil.

Para as mulheres da etnia Kambiwá, o pré-natal é considerado importante para saber se o feto está bem, por meio de ausculta dos batimentos cardíofetais, o que demora no mínimo 12 semanas para ser possível com o sonar. Os outros cuidados durante a gravidez possuem estreita relação com a sintomatologia apresentada, ou seja, alimentação para não aumentar o “intojo”; não ingerir bebida alcoólica; ao risco de queda para não abortar; evitar ter raiva e pegar muito peso, e, satisfazer os desejos alimentares.

No dia que dizia assim: é pra ir pra fazer o pré-natal eu achava bom, porque aquilo dali pra mim era bom saber que tava os batimentos certos. Eu sempre acompanhava, não deixava de não ir. Eu achava o melhor, porque eu tinha a certeza do que eu sentia. Que eu sentia que tava tudo bem, mas aí eu acreditava mais quando eu ia fazer o pré-natal e a médica comprovava, os batimentos tá bem, você tá bem [entrevistada 14, 35 anos].

Os cuidados que tinha quando estava grávida era a alimentação, não comia porque o estômago não aceita é nada, nem uso perfume porque aumenta o “intojo”, mas quando passa, volto a alimentação normal [entrevistada 1, 25 anos].

Os cuidados que tinha era pra não cair. Ficava com a vista “escura”, tonturas e vômitos, por isso tinha medo de cair, não comia direito, só dava vontade de comer coisa azeda, umbu, batia o umbu, comia e vomitava [entrevistada 2, 54 anos].

Eu fazia tudo, só não podia pegar peso demais. Porque quando eu pegava peso demais eu sentia uma dor nas ‘cadeira’ [região lombar] [entrevistada 4, 43 anos].

Cuidado de evitar raiva, bebida [alcoólica] não pode beber, fumar também não pode fumar na gestação, se tem algum “desejo” [alimentar] correr atrás, procurar, pra não acontecer de ter um aborto. Se sente vontade de comer alguma coisa, você vai ter que correr atrás daquilo ali pra ver se não prejudica a criança, e ir pro médico né? Pra médica tá escutando, pra enfermeira tá olhando né? [entrevistada 10, 30 anos].

Existe um amplo e complexo conjunto de condutas, técnicas e recursos utilizados pelas comunidades indígenas de maneira geral, a exemplo do Alto Juruá (MENÉNDEZ, 2003) e também entre as Kambiwá, nos cuidados com a gestação e o parto que podem ser compreendidos como práticas de autocuidado. Tais práticas construídas num contexto sociocultural, além de garantir uma gestação tranquila, evitando o aborto, tem como finalidade o parto de uma criança saudável.

Assim, os cuidados em não cair para evitar aborto, se alimentar depois que passar o “intojo”, não ter “raiva” e continuar com suas atividades laborais, normalmente são essenciais para a manutenção da gravidez, o que confere num autocuidado tido como satisfatório, e um controle sobre seu próprio corpo. A busca do cuidado institucionalizado por meio da consulta

pré-natal denota a assimilação do paradigma de saúde vigente no país ao mesmo tempo em que mantêm suas próprias orientações durante a gestação.

O cuidado de enfermagem ofertado às mulheres da etnia Kambiwá no pré-natal deve levar em conta o autocuidado desenvolvido desde quando elas suspeitam da gravidez, e o consideram como suficiente. A enfermeira deve compreender a consulta para além da “escuta dos batimentos cardíofetais do bebê” e da solicitação de exames, que pode estar ligada a identificação das mulheres como “práticas médicas”.

É pela compreensão, respeito e inclusão de diferentes modos de entendimento sobre o cuidado durante a gestação que se faz possível considerá-lo como transcultural e aumentar ainda mais o grau de autonomia das mulheres indígenas nos processos de produção de saúde. Partindo dessa compreensão é que se torna possível estreitar o estabelecimento de vínculo entre indígenas e a equipe de saúde, bem como uma corresponsabilização entre estas, procurando viabilizar o atendimento das necessidades das índias, estimulando, e/ou priorizando práticas tradicionais (REIS; SILVA, 2014) que valorizem culturalmente os sistemas de saúde acessados (tradicional e profissional).

Para desenvolver estratégias de articulação entre os sistemas tradicionais indígenas e o sistema de saúde oficial, como preconizado pela política de saúde indígena vigente no país (FUNASA, 2002), é necessário levar em consideração que em muitas situações as concepções de cada sistema podem ser contrapostas e até excludentes. No entanto, o pré-natal pode ser um espaço privilegiado para que os profissionais de saúde atuem conjuntamente e concatenadas(os) com o cuidado tradicional indígena (FERREIRA, 2012), sobretudo por permitir um acompanhamento com maior número de consultas e pela possibilidade de um diálogo com competência cultural para atingir o cuidado congruente, ou seja, transcultural.

5.4 EXPERIÊNCIAS COM ABORTAMENTO

Na análise sobre o processo de abortamento, relatado pelas mulheres da etnia Kambiwá, três aspectos serão discutidos: a concepção sociocultural desse evento, as causas de um aborto espontâneo e práticas de autocuidado utilizadas.

O aborto provocado, tal como a sociedade julga pela realização de uma prática ilegal, carregado de estereótipos e preconceitos não foi relatado pelas Kambiwá. Para elas, o atraso menstrual de até 15 dias pode ser motivo de utilizar uma erva para “a menstruação vir no começo”, e não necessariamente a realização voluntária do aborto.

Quando aconteceu de atrasar [a menstruação], eu fiquei preocupada, tomei uns remédios de erva né? Esse chá assim, por exemplo, babosa, o pessoal mais velho sempre falava aquele remédio assim amargoso né? [...] Amarga, e acontece através disso um aborto, quer dizer, um aborto não, através disso a menstruação pode vir no começo. Depois que tá gerado aí já é um aborto, aí se a pessoa fizer isso, já é um crime né? Aí por exemplo, eu tomei, só que até quinze dias, como quinze dias não resolveu nada, aí eu não tomei mais, porque se eu passasse de quinze dias, eu sabia que ia causar ali um problema mais sério né? Aí eu não tomei [entrevistada 10, 30 anos].

A concepção sobre o aborto das mulheres da etnia Kambiwá está implicada no início da vida intrauterina, sendo assim, o tempo de 15 dias de amenorreia é o limite entre a descida da menstruação, que pode acontecer a qualquer momento com o uso do chá, ou o aborto, quando passa desse período e permanecem tomando os ‘remédios’ na persistência do atraso menstrual.

Quando a menstruação não vem, e elas deixam de tomar os ‘remédios’, assumem a responsabilidade de uma possível gestação, tendo em vista que consideram um ‘crime’ o aborto. Por tratar-se de uma decisão concebida interculturalmente, e não um acontecimento natural pode ser eventualmente conflituosa e indesejada (SANDI; BRAZ, 2010), privilegiando a visão etnocêntrica estabelecida na sociedade nacional.

A criminalização do aborto, assimilada parcialmente na etnia Kambiwá, constitui-se de concepções híbridas, pois de um lado as mulheres assumem essa visão condenatória, de outro mantém suas próprias tradições culturais para ‘menstruar’. Assim, acusações e repressões às (supostas) práticas de aborto entre povos indígenas desconsideram as condições de inserção desse no universo simbólico e cultural inerente à dada população (BELTRÃO; OLIVEIRA, 2011).

O recurso terapêutico utilizado nesse processo (babosa – *Aloe spp.*) possui, entre as suas propriedades farmacológicas, um efeito estimulatório no intestino grosso que pode provocar reflexos na musculatura uterina com atividade ocitócica (FREITAS; RODRIGUES; GASPI, 2014). Sendo assim, a atividade farmacológica dessa planta corrobora o uso tradicional.

Quando o aborto acontece espontaneamente, as mulheres identificam facilmente a sua causa, apontando a queda, o desejo não satisfeito por um alimento e medo.

Eu tive aqui nessa casa mesmo, tava passando o pano na casa, foi de um escorregão que eu tive, com três meses que tava [...] Eu só fiquei sentido umas ‘dosadas’ na barriga, aí depois comecei a sangrar, eu digo não! Só se foi a menstruação que voltou pra trás. Eu disse não! Mas estava com três meses que nunca mais tinha visto nada [a menstruação]. Aí quando foi depois apareceu aquele negócio, aquele ‘bolo’. Aí eu sem saber o que era, que eu também nunca tinha botado um aborto [entrevistada 4, 43 anos].

Eu escorreguei cai, tive um medo. Aí o povo disse: ela teve medo e deram remédio pra sustentar, mas não teve jeito, aí foi pro mato, morreu, nasceu morto. Tive em casa, não fui pra hospital nenhum [entrevistada 6, 46 anos].

Tava com três meses, quando aconteceu o aborto. Foi o susto que tive lá na roça por causa de uma melancia. Eu não senti dor, foi o choque que eu tive ao chegar lá e não encontrar a melancia que havia guardado [entrevistada 9, 85 anos].

Tive dois aborto, um foi medo de uma vaca, aí perdi. O outro foi desejo. Eu desejei um pão. Nós passamos na casa da vizinha, não tínhamos tomado café. Aí quando nós passamos tava aquele cheiro gostoso de pão assando na margarina. O povo que tava assando pão não mandaram nós esperar pra nós comer um pedaço de pão. Voltamos e eu já vinha sentindo dor pra perder [entrevistada 18, 70 anos].

O desejo não atendido por alimentos durante a gestação também foi apontado como causa de aborto entre mulheres Guarani-Mbyá de Paraty (LÓPEZ, 2000) e as Kukamas Kukamirias no Peru (YAJAHUANCA, 2009). Entre as mulheres Guarani-Mbya o castigo do feto sobre elas, por não ter satisfeito os desejos desse; a vontade que a mãe sente por determinados alimentos, ou por outras coisas, correspondem a uma solicitação da criança que está sendo gerada no ventre.

As causas do aborto apontadas pelas mulheres da etnia Kambiwá parecem ser inevitáveis mesmo diante de “remédio para sustentar”, pois os acontecimentos que o provocam não são previsíveis. Os desejos alimentares, nem quando saciados foram considerados suficientes para evitar que o aborto acontecesse, como destacado na fala:

Ela correu lá na casa, e trouxe uma banda de pão, e passou margarina, e trouxe pra eu, oxe! Não serviu de jeito nenhum. Aí perdi com quatro meses [...] [entrevistada 18, 70 anos].

A respeito dos cuidados no abortamento, quando se torna inevitável, utilizam ervas para “limpar por dentro” e depois seguem a “dieta” (resguardo).

Se eu tivesse mais a assistente⁷, aí ela tinha passado um remédio, que aqui tem um remédio pra gente fazer e beber e limpa tudo. É do mato mesmo aqui. É a aroeira, aí rapa e bota n’água pra beber, quando aquela água tá bem rosadinha agente bebe a água e se banha. Tudo que a gente tiver por dentro, limpa tudo [...] Fiquei só guardando a dieta em casa mesmo [entrevistada 4, 43 anos].

As práticas de autocuidado realizadas após a ocorrência de um aborto seguem os procedimentos semelhantes ao puerpério, que trataremos adiante, como por exemplo, a realização dos banhos terapêuticos. A aroeira (*Myracrodruon urundeuva*), também conhecida como aroeira do sertão, quando ingerida e usada no banho ‘limpa tudo que tiver por dentro’

⁷A ‘assistente’ foi um termo bastante utilizado entre as índias Kambiwá. Algumas consideram a assistente e a parteira a mesma pessoa, como essa entrevistada (4). Outras, porém, fazem a distinção de que a parteira seria a pessoa experiente e inteligente da aldeia, que inclusive pode também trabalhar no Hospital em Ibimirim junto com outras parteiras (referidas algumas vezes como as enfermeiras), já outras consideram a ‘assistente’, aquela que pega o bebê e dá os primeiros cuidados, geralmente alguém que “estudou” (a técnica de enfermagem).

decorrente do aborto. Sobre o uso dessa planta, em revisão de literatura recente, foram destacadas as seguintes propriedades medicinais: antimicrobiana; anti-inflamatória e cicatrizante em ferimentos, contra cervicites; vaginites e hemorroidas (MACHADO; OLIVEIRA, 2014).

A concepção do aborto na etnia Kambiwá situa-se numa zona de conflitos entre a dimensão sociocultural existente sobre esse evento sofrendo interferências etnocêntricas e outras interferências equivocadas da sociedade envolvente. O conhecimento dessas normas éticas construídas na sociedade Kambiwá sobre o aborto, pode ser a base para a atenção à saúde da mulher indígena dessa etnia, nesse processo tão complexo e polêmico, que exige um cuidado distante de estereótipos e julgamentos.

A enfermeira precisa compreender o significado do aborto na etnia Kambiwá para dar seguimento a um cuidado congruente com a cultura étnica, ou seja, respeitar a decisão da mulher indígena em manter a própria tradição cultural permeada de regras definidas nesse processo, não a julgando pela visão do universo “branco”. Sob outro prisma, deve-se ter conhecimento das situações adversas que podem provocar o aborto nas mulheres dessa etnia, tendo em vista, associar causas conhecidas tradicionalmente a outras complicações obstétricas que causam a interrupção precoce da gestação numa interface entre os dois sistemas de saúde (tradicional e profissional). Assim, a tornar os sistemas excludentes entre si, podem-se ser tais sistemas, complementares, possibilitando um cuidado direcionado para as necessidades dessas mulheres, que já detém um autocuidado bastante significativo.

5.5 EXPERIÊNCIAS E CUIDADOS NO PARTO

Ao analisarmos as experiências das mulheres Kambiwá sobre o parto, observaremos uma mudança de paradigma transgeracional. Algumas concepções sobre o parto permanecem, outras sofreram adaptações, mas a vivência desse fenômeno como parte de um evento fisiológico é um dos aspectos mais relevantes que perpassa em todas as gerações.

O parto é de domínio exclusivamente feminino, às vezes sem apoio de outra pessoa no período expulsivo ou auxiliado pelas mulheres “experientes” e “inteligentes” que possuem uma relação de parentesco com estas parturientes, bem como com a criança que ajudam a pôr no mundo.

Para parir em casa, vinham as mulheres experientes, principalmente minha cunhada, uma mulher inteligente [...] [entrevista 2, 54 anos].

Quando eu tava sofrendo para ter menino, aí eu não dizia pra ninguém. Eu não! [...] Quando eu cansava eu parava um pouco, mas já sabia. Tomava banho

de água limpa [sem ervas]. **Quando eu mandava chamar a parteira o menino já tinha nascido. Eu queria ficar só, que era pra não ajuntar muita gente, quem ia sofrer só era eu só. Nem o marido eu queria, eu dava graças a Deus quando ele ia pro mato** [entrevista 5, 60 anos].

Tive sozinha [...] deu vontade de ir fora [no banheiro], **quando chegou lá: tum!! Nasceu** [entrevistada 6, 46 anos].

Considerando este domínio feminino como um empoderamento presente num sistema de parto tradicional, observa-se que isso é marcado pelo xamanismo⁸, que é utilizado entre outros povos indígenas do Acre (GIL, 2007). As mulheres experientes sejam elas chamadas de parteiras ou assistentes, conhecem as práticas xamânicas (rezas e ervas) e as utilizam para solucionar problemas durante a gravidez e o parto.

Às vezes eu tomava uns chás, gengibre, de endro [...] essas coisas assim, agente tomava. Acontecia da criatura tá aperriado [a criança], **tinha o chá de erva cidreira ou um chá da pimenta do reino. Às vezes demora** [o parto], **mas o que a assistente** [aqui considerada a parteira] **fazia era rezar uma oração [...]** [entrevistada 9, 85 anos].

Fazia um molho com pimenta pra esquentar. As parteiras que vinha pra me ajudar que fazia um caldo bem quente com tempero, pra gente tomar que era pra criança nascer, eu tomei dos dois que nasceu em casa. Pari deitada. Era tranquilo meus partos [Entrevistada 3, 40 anos].

Eu tinha medo de morrer. Quando foi nos meninos gêmeos, eu disse a madrinha que ela rezasse por mim, que eu tava com medo. Ai ela rezou n'eu e disse: não mulher, morre não. Mas eu sentia que ia ser dois, e ela lá viu, que ela é sabida. Ela lá viu que era dois [entrevistada 8, 56 anos].

Aí antes de ir pra rua [para parir no hospital] **tomei um banho de erva cidreira [...]** [entrevistada 19, 33 anos].

No momento do parto, a mulher, ciente de que está chegada a hora, possui a liberdade de decidir pela presença de quem quer que seja, ou inclusive de ficar sozinha, exercendo sua autonomia nesse processo. Tal fato é semelhante ao de indígenas do Acre, que dão à luz sozinhas ou acompanhadas de mulheres experientes, em geral mais velhas, com um papel marcado pelo caráter social: receber a criança ou cortar o umbigo, gerando uma relação especial entre estas pessoas (GIL, 2007).

A erva cidreira foi a mais utilizada entre as Kambiwá, sendo inclusive de sabedoria popular, não necessariamente indicada pela parteira ou por outra mulher experiente como ocorre com o chá da pimenta. Essa erva utilizada tanto no banho quanto para beber o chá, tem a propriedade de acelerar o parto, principalmente quando a criança tá “aperriada”, ou seja, quando tem algum impedimento para a progressão do parto. As propriedades farmacológicas

⁸O Xamanismo é produto de saber acumulado por tradição com base experimental e simbólica, fundado sobre a relação harmoniosa entre indivíduo, meio ambiente e cultura, em práticas ritualizadas de cura (MELLO, 2010).

da erva cidreira (*Lippia alba*) relatadas na literatura científica são: antiespasmódico, tratamento de enxaqueca em mulheres, atividade analgésica, anti-inflamatória e anestésica (BLANCO, et al., 2013; PARODI, et al., 2012), o que significa que seu uso pelas mulheres da etnia Kambiwá possui relação com os efeitos que ajudam a parir, não necessariamente estimulando contrações uterinas.

O uso de ervas por meio de práticas xamânicas confere uma sabedoria popular que transcende o universo do parto medicalizado, pois parte da experiência vivida, e da comprovação da eficácia, não pela ciência mas, pela vivência de cada mulher neste processo junto àquelas nas quais ela confia pela alteridade que possuem, logo, as parteiras ou assistentes. Assim como a erva cidreira, de acordo com levantamento feito no estado de Pernambuco, a pimenta, prescrita por parteiras tradicionais, foi outro recurso mencionado para acelerar o trabalho de parto (MELO; MÜLLER; GAYOSO, 2013). Basicamente, o uso de bebidas consideradas “quentes”, como o gengibre e a pimenta, de acordo com a dicotomia entre alimentos quentes e frios, também presentes em outras partes da América Latina, podem ajudar durante o trabalho de parto (YAJAHUANCA, 2009). A outra erva mencionada, o endro (*Anethum graveolens*), tem sido relatado contra dores em estudo recente (SOUZA; MEDEIROS, 2013).

As rezas foram outro recurso utilizado como práticas xamânicas. As parteiras rezam sobre as mulheres, dando-lhes condições para o seguimento do parto sem maiores problemas. Essa prática também foi relatada entre indígenas do Alto Juruá, para preservar a saúde da mãe e da criança durante o parto, caso esse apresente complicações (GIL, 2007).

Esse sistema de parto tradicional está cada vez mais sendo desaprendido, pois as mulheres que realizam práticas xamânicas fazem parte de uma geração anterior, que não tinham acesso aos serviços oficiais de saúde, e, os partos eram realizados na aldeia. Atualmente, os partos acontecem predominantemente no hospital ou no trajeto entre a aldeia e o mesmo. Ainda assim, existem mecanismos que permitem as mulheres da etnia Kambiwá exercer o controle sobre esse processo, sendo uma vivência marcada pela experiência das mulheres mais “velhas”.

Aí minha mãe chegou lá [no hospital] com um chá, feito de pimenta do reino, que eu não tava conseguindo comer nada, tudo que eu comia eu vomitava. Esse chá, tipo o que o povo chama um ‘Pará’⁹, elas fazem com manteiga de gado, aí foi me deu. Eu tomei, joguei pra fora, só que era tão ardoso, que ficou queimando assim no peito. Aí pronto [...] o chá acho que ajudou, porque se não fosse o ardoso dele eu tinha sofrido muito mais [entrevistada 14, 35 anos].

⁹ O ‘Pará’ é um caldo feito com água fervente, pimenta do reino em pó e uma pitada de manteiga de gado. Deixa esfriar um pouco e as mulheres tomam ainda quente para ajudar no trabalho de parto.

Sobre estes mecanismos de controle sobre o parto, verifica-se que mesmo no hospital, é possível a manutenção de práticas xamânicas. Este espaço de interseção foi discutido em estudo com povos do Alto Xingu (NOVO, 2010) na relação de contato entre diferentes práticas curativas e de autocuidado, que, apesar de criar tensões e paradoxos em muitos casos, também permitem a multiplicação das escolhas por itinerários terapêuticos, possibilitando, assim, a concretização de “respostas híbridas”, das quais envolvem tanto elementos das terapêuticas tradicionais como do modelo hospitalar.

Esta hibridização tem ocorrido em diversas aldeias indígenas espalhadas pelo Brasil, e em muitas situações gera conflitos no que diz respeito às diferentes expectativas que se criam a respeito do cuidado em saúde. Felizmente, não foi o caso da etnia Kambiwá, em que foi permitido no hospital o uso de tal prática tradicional sem relatos de proibições que se acentuam quando orientadas por princípios tecnicistas da biomedicina (NOVO, 2010, p. 56), podendo estabelecer posturas etnocêntricas na contramão do cuidado transcultural.

Para designar o espaço de atuação de diferentes indivíduos, do qual emerge saberes “híbridos” voltados ao processo de saúde, doença e cuidado, marcado por negociações na utilização de práticas sociais e culturais em processos de saúde-doença, tem sido referido o constructo intermedicalidade (SCOPEL; DIAS SCOPEL; WIJK, 2012), ou pluralidade terapêutica, não sendo realidades homogêneas, rotuladas como medicina tradicional indígena, ou biomedicina, mas, espaços de trocas, de recursos compartilhados, contestados ou negociados (VIEIRA; OLIVEIRA; NEVES, 2013).

É nesse contexto de sistemas terapêuticos híbridos, nos quais agentes sociais diferentes (profissionais de saúde e a população indígena) interagem na construção de um modelo de saúde. Dentro desse processo, está inserido o cuidado, que é fruto do encontro entre concepções diferentes de saúde e doença e, dá-se num ambiente de interculturalidade, estando passível de uma assimetria histórica, que por sua vez é fruto de relações de poder entre o que se faz “científico” e o “tradicional”.

Considerando a intermedicalidade no âmbito do parto como um evento fisiológico, podemos afirmar que é definido e desenvolvido num contexto intercultural. Assim, os relatos seguintes fazem parte desse modelo, que podemos chamar de híbrido, acontecendo no ambiente hospitalar, mas auxiliado por parteiras tradicionais e/ou por enfermeiras, também chamadas de parteiras por algumas mulheres, ambas atuando no mesmo espaço. A faixa etária das índias que representam um modelo híbrido, nesse estudo, não ultrapassou os 35 anos de

idade, o que pode ser um fator de relevância para observarmos a mudança gradativa do cuidado tradicional.

Os meus partos sempre foi a parteira lá. Prefiro lá porque se a gente tiver fraco, faltar força, eles dão uma injeção de força, dá uma vitamina. Às vezes tem mulher que quando tem a criança dá hemorragia, e lá já tem o remédio adequado pra eles aplicarem e em casa não tem. Eu acho que é melhor lá [entrevistada 07, 27 anos].

Os meus sempre foram todos na rua [no hospital]. Eu tinha medo que acontecesse o pior, às vezes na hora do parto a pessoa não conseguir... O menino tá de ruim posição, não ter condição de sair, que podia levar até a morte né? A morte da criança, e principalmente da pessoa né? [entrevistada 13, 31 anos].

Pari deitada, só era eu e a enfermeira mesmo. Queria que alguém tivesse lá, mas não tinha. Faziam um tal de chá de cidreira, mas pra mim não achei resultado nenhum. Na hora lá só tomei o soro mesmo. Eu queria lá, porque minha pressão é muito alta desde a segunda gravidez. Aí por causa disso eu preferia na rua mesmo [em Ibimirim] [entrevistada 17, 31 anos].

Se tivesse dado fuga [condições] pra parir aqui, eu tinha parido aqui mesmo, mas não deu, eu fui pra rua [hospital]. Que aqui, o povo tem uma moda, que quando sabe que uma mulher tá buchuda pra ganhar menino, enche a casa todinha de gente. Uma moda feia. Aí na rua eu quero ver, não enche de gente. Eu mesmo preferia mais no hospital do que em casa. Tinha minha mãe comigo só depois, na hora do parto só a enfermeira mesmo. Não tomei chá, nem tomei soro. Só tomava a injeção de força [entrevistada 19, 33 anos].

Na etnia Kambiwá, o parto sofreu as interferências das modificações sociais e culturais por meio da inserção de um novo paradigma na saúde obstétrica. Com o tempo, o processo de parturição foi transformado do âmbito privado, onde a mulher tinha um relativo domínio e controle para o social, mediado pela instituição hospitalar, na constituição de um espaço híbrido com a interface dos saberes (tradicional e profissional). A inclusão de novos recursos terapêuticos no parto, de um lado trouxe possíveis benefícios, como: a capacidade resolutiva, e a busca pela minimização de riscos à saúde, como apontado pelas entrevistadas 7 e 13; por outro lado, gerou novos riscos e danos, como: uma dependência excessiva e certa perda da autonomia (LEÃO, et al., 2013).

As interferências de acordo com o modelo de saúde acessado pelas mulheres no decorrer das gerações e, incorporam novas concepções culturais. Essas interferências provocadas pela “pluralidade terapêutica” disponível, implicaram numa remodelação do cuidado no parto, pois no hospital, por exemplo, “tem o remédio adequado”. Quando se dispõem os dois sistemas de saúde (tradicional e profissional) em questionamento, o sistema tradicional tem “um tal de chá de cidreira, mas pra mim não achei resultado nenhum”, o que reitera uma desvalorização das práticas tradicionais.

No entanto, além de uma erosão no cuidado tradicional, que não é homogênea, outros motivos levam as mulheres a não mais parir em casa, pois “enche a casa todinha de gente”, existe a possibilidade de uma cesariana ou “a pressão é muito alta”, implicando em riscos à saúde. Esse itinerário terapêutico tendo como destino o hospital, é acreditado como a opção “mais racional” atualmente, tendo em vista que na aldeia, segundo algumas informantes relataram: as parteiras que ajudavam no parto em casa estão se “aposentando”.

Nesse sentido, corroboramos com Helman (2009) quando salienta que na sociedade ocidental, os marcos do ciclo vital (puberdade, menstruação, gravidez, parto e menopausa) tornaram-se gradativamente mais medicalizados e foram transformados em estados patológicos, ao invés de naturais. Sendo assim, o serviço de saúde hospitalar vem impulsionando a transformação do parto como evento mórbido na etnia Kambiwá e como local preferencial das mulheres em idade reprodutiva atualmente.

A medicalização incidente sobre as mulheres é refletida por Pereira e Moura (2008) quando questionam a compreensão do corpo humano como uma engenhosa máquina, mas com o funcionamento imperfeito do feminino, influenciando na percepção do ciclo vital [parto] como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos. Partindo da reflexão dos relatos das Kambiwá, corroboramos com essas autoras, quando afirmam ser a gravidez e o parto interpretados como fenômenos fortemente predispostos a manifestações mórbidas e desfavoráveis, necessitando de ações imediatas de controle e de artificialização, constituindo-se na instrumentalização do processo de nascimento humano, tal como vem se apresentando na sociedade moderna – hospitalar e tecnológico.

Por outros prismas, a mudança do sistema tradicional para um modelo híbrido, aponta-se também para concepções convergentes pois, enquanto no sistema anterior as mulheres preferiram parir em casa, de preferência sozinhas, ou acompanhadas de uma mulher experiente, no novo modelo preferem ficar sem muita “gente”, por isso vão ao hospital. Acreditam que necessitam de algum auxílio medicamentoso, sejam práticas xamânicas ou “injeção de força” no parto. E se os cuidados com o processo de parto não forem adequados, a criança pode ir a óbito, bem como a própria mulher.

Diante desse cenário terapêutico híbrido, observa-se uma série de contradições em relação ao paradigma dominante na atenção obstétrica. Ao institucionalizar o parto, foi valorizado o maior aparato tecnológico, como medicamentos e cesarianas com a proposta de promover um processo com o mínimo de riscos, rápido e sem dor, que foram assimiladas culturalmente por aquelas que dispunham desse serviço. A partir do momento que as evidências científicas apontam para a menor intervenção possível nesse processo, as classes

dominantes começam a cultivar o parto domiciliar, e as mulheres indígenas, que antes tinham seus partos em casa, passam a preferir o hospital, enquanto profissionais e instituições, voltam-se a refletir sobre as inerentes intervenções a parturição, com o objetivo explícito de promover a autonomia das mulheres e, com outro objetivo, o implícito: de diminuição dos custos.

Assim, a construção coletiva de um cuidado transcultural é essencial a toda equipe de saúde, principalmente à enfermeira, pois trata-se do seu objeto epistemológico, no sentido de evitar imposições institucionais ao atuarem junto às mulheres por meio de julgamentos sobre as situações com as quais se deparam, levando em consideração seus próprios referenciais culturais, bem como os protocolos dos serviços. Estes julgamentos caracterizam uma atitude etnocêntrica, que é frequente nos cenários de atenção à saúde (MELO, 2010). E é por meio dessas atitudes que se estabelecem as relações de poder entre as(os) profissionais e suas clientes, assim como a violência institucional, sendo descrita no seguinte relato:

Quando cheguei foi induzido o parto com soro para sentir dor. As parteiras que estavam no hospital disseram que “mulher nenhuma vai parir sem sentir dor”
[entrevistada 1, 25 anos].

Versando sobre sistemas de saúde culturalmente apropriados Conklin (2004) enfatiza que devemos evitar a recriação de estereótipos típicos das culturas indígenas, tendo em vista que temos uma variedade enorme de povos e costumes. Ela ressalta que aspectos da cultura (sem generalizações) e do comportamento desses povos são especialmente relevantes para o planejamento de ações em saúde, e acrescentamos que é o substrato essencial para exercer o cuidado congruente com a cultura, proposto na teoria transcultural que norteia essa pesquisa.

Sendo substrato para um cuidado congruente, a interface entre as práticas de cuidado tradicional e profissional, permite-nos afirmar que as mulheres indígenas mais jovens, em idade reprodutiva preferem a manutenção desse cuidado híbrido. No entanto, deve-se ter cautela para não desapropriar o parto das mulheres indígenas e torná-lo um ato de domínio profissional, susceptível de ocorrer apenas no hospital, pela ideologia da “segurança” que esse oferece através do conhecimento, da tecnologia e dos medicamentos.

5.6 O RESGUARDO NO PÓS-PARTO

O resguardo é o período pós-parto que possui forte influência cultural, com cuidados bem delimitados, transmitidos por familiares do sexo feminino, ou parteiras (e/ou assistentes), as quais influenciam na rotina adotada pela puérpera (LUNDBERG; TRIEU, 2011). Na etnia

Kambiwá, é um cuidado de transmissão transgeracional, mantido até 30-45 dias pós-parto para recuperação da saúde da índia e a prevenção de complicações associadas ao puerpério.

Assim, o pós-parto, constitui-se como uma fase de reclusão, e repouso, em que a mulher passa a ter certa dependência de alguém para ajudá-la a manter os cuidados necessários, principalmente, com sua higiene pessoal a envolver também as atividades laborais, e o retorno da atividade sexual.

O resguardo vai até 30 - 45 dias. Com 15 dias lava o cabelo. Eu nem sei por que... É coisa dos mais antigo [entrevistada 07, 27 anos].

Agora aí era mais cuidado, minha mãe chegava ia cuidar, 5 dias sem se levantar, só levantava pra se banhar. Com três dias agente se sentava. Era um sacrifício da muléstia pra se sentar! São 15 dias sem lavar a cabeça, as mais velhas não deixava molhar a cabeça, disse que é mode o sangue não subir pra cabeça, morria [...], depois daí que lava com água morna. Depois de 30 dias é que tomava banho com o marido e já encaminhava outro filho! [entrevistada 05, 60 anos].

Com a água fria tinha delas que é quando completa 44 dias era que vinha tomar banho frio. Nós quando completou um mês, era todo mundo mergulhando no poço a vontade. O resguardo assim era um mês [entrevistada 09, 85 anos].

Não fazia muito movimento, porque às vezes fazer muito movimento aí dá sangramento né? Eu sempre era cuidadosa. Não fazia doidiça como varrer casa, me prejudicava, teve uma vez que eu fui varrer casa, quase que dava hemorragia né? Porque ali vai fazendo aquela força né? Eu mesmo ficava assim oito dias [sem fazer muito movimento], e o resguardo, trinta [entrevistada 11, 26 anos].

Geralmente eu faço assim, após eu ganhar neném, aí eu não me abaixo, eu não pego nada pesado. Eu não desço batente. Pra trocar uma muda de roupa, eu troco com muito cuidado, porque assim, você teve a criança normal suas carnes tá muito aberta, né? Mas pra fazer mesmo, serviço de casa e tudo, era negócio depois de trinta dias. Nesse período quem ficava era meu marido, e então a menina que morava aqui com agente [entrevistada 14, 35 anos].

Como observamos nos relatos, a mulher quando se encontra no resguardo não pode realizar tarefas domésticas, e necessita seguir alguns cuidados para sua higiene pessoal, bem como respeitar o tempo determinado culturalmente para retornar as suas atividades. Vale salientar que essas informações referem-se aos partos normais, não sendo explorados outros cuidados específicos das cesarianas, principalmente pelo fato dessa via de parto ter sido um percentual mínimo entre as participantes.

Assim, o resguardo é um período que exige atenção especial, pois “aí era mais cuidado”. Fazer atividades domésticas consideradas pesadas, como varrer a casa e pegar muito peso implica em riscos para a mulher da etnia Kambiwá, que pode ter uma hemorragia se não seguir estas normas. Os banhos são recomendados com uso de plantas e cascas de pau, que discutiremos adiante, exceto lavar o cabelo, que pode levar o sangue a “subir para a

cabeça”. Portanto, lavavam o cabelo com água morna no décimo quinto dia pós-parto, seguindo assim até os trinta dias pós-parto, sendo “liberada” para a água fria partindo dessa data.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados com outros povos indígenas de Pernambuco e Alagoas, onde os cuidados a serem observados no pós-parto para preservar a saúde são: repouso absoluto de três a cinco dias depois do parto, cuidados com o asseio, e não pegar peso (WAKANÃ; GIL, 2007). As índias Pankararu, no sertão pernambucano, de forma parecida seguem o cuidado de lavar a cabeça apenas depois de quinze dias do parto, e contaram com o apoio da mãe, sogra ou outra figura feminina (irmã, por exemplo), para ajuda-las nesse período (ATHIAS, 2004).

Em todo o período do resguardo pós-parto é recomendável que façam banhos de assento, assim seja a vontade de cada uma, com cascas da raspa de pau (tronco de árvores), ou plantas que são utilizadas no intuito de evitar inflamação e infecção para que haja uma cicatrização rápida. As propriedades farmacológicas conhecidas cientificamente das cascas de pau e plantas utilizadas no puerpério estão descritas no apêndice A.

Depois do parto eu fazia banho de cajueiro, aroeira. As pessoas mais de idade ensinavam: a senhora pegue uma vasilha, bota a água pra ferver, pega umas cascas de pau, e coloque dentro pra fazer o banho de assento [entrevistada 06, 46 anos].

Depois do parto fazia banho de assento, com casca de cajueiro, quixabeira, casca de pau de ameixa, e também folhas de melão de São Caetano. É bom pra evitar infecção. Tive infecção na minha primeira filha, fui para Ibimirim, tomei os remédios 3 dias e não melhorei, vim pra casa, e minha cunhada disse que só tinha uma solução pra curar: o gergelim, daí tomei um copo de leite de gergelim, aí fiquei boa [entrevistada 02, 54 anos].

Às vezes a gente tá com uma inflamação no útero, aí é bom, o povo diz. A aroeira também, ela é muito boa. Sempre é indicado agente fazer o banho de assento, e às vezes tomar um ou dois goles dele [entrevistada 07, 27 anos].

Só mesmo a gengibre. Mãe fazia assim um chazinho de gengibre, que dizia que era pra limpar. Só o chá que eu tomava era gengibre mesmo, não fiz banho de assento [entrevistada 11, 26 anos].

Banho de assento eu fiz muito. As ervas que eu fazia era de cajueiro roxo e melão de São Caetano. Eu fazia muito. Eu achava que aquilo ali era pra igualar as carnes né? Pra unir as carnes [entrevistada 18, 70 anos].

As condutas no pós-parto são bem definidas pelas índias, como o uso de plantas e cascas de pau nos banhos de assento, tempo mínimo permitido para que tomem banho “de cabeça” bem como a temperatura da água utilizada. Além de utilizar no banho de assento, estas infusões podem ser ingeridas, assim como outros preparos com a mesma função, como o

leite de gergelim¹⁰ e o chá de gengibre- esse último já foi relatado na discussão anterior sobre o parto com outra finalidade, porém, no puerpério tem a intenção de “limpar” tendo em vista a não realização do banho de assento pela índia que o mencionou-.

Mesmo na presença de alguém para auxiliar nas tarefas mais pesadas, observamos o desejo da mulher indígena em manter sua autonomia e controle no período do resguardo, levando-a, em alguns momentos a deixar de seguir as “tradições”, tomando o banho de acordo com sua vontade, sem respeitar o tempo e a temperatura recomendada. Além disso, executando as tarefas consideradas pesadas, ou seja, desafiando o risco de adoecimento que a “quebra do resguardo” pode trazer.

Eu tomava banho de cabeça, não segui as tradições não, a partir de oito dias eu tomava banho de cabeça, eu tomava era de água morna às vezes, e às vezes não, já de cabeça e tudo. Meus serviços de casa minhas irmãs vinham fazer. Depois dos quinze dias eu fazia tudo [entrevistada 17, 31 anos].

Eu mesmo não, que eu já fiz um bocado de coisa, do primeiro mesmo eu me sentei de banho no menino até. Em casa mesmo pra cuidar, só meu marido mesmo, porque ele fazia tudo, dentro de casa ele lava prato, ele cozinha a comida, lava pano. A parteira só ficava uma semana. Minha sogra ficava também [entrevistada 04, 43 anos].

Eu digo quem? Eu? Vou tomar banho é direto, mode [por causa do] o calor [...] Diziam tal tempo pra tomar os banhos mornos e os frios. Eu dizia: oxe eu tô tomando é direto, eu não guardava não! Pensa que eu guardava dieta é? Trabalhava na enxada e na foice [entrevistada 06, 46 anos].

Vale salientar que mesmo não seguindo o tempo e a temperatura recomendada para o banho de cabeça no resguardo, há uma preocupação em fazer o banho de assento, como reforçado no relato seguinte:

Agora dessa menina derradeira, eu molhava, eu fiz meias loucuras né? Graças a Deus nunca tive nada. Eu lavava, mas ficava com medo, de lavar a cabeça. Agora meu banho graças a Deus, minha limpeza eu nunca deixei não. Agente tomava o banho, aí botava aguinha do cajueiro, de assento e ficava um pouco [entrevista 08, 56 anos].

Os cuidados tradicionais com os banhos de assento são muito importantes para recuperação no pós-parto. Os 15 dias guardados para tomar o banho “de cabeça”, são compensados pela utilização dos banhos de assento. Dessa forma, não foi mencionado nenhum relato de infecção puerperal, assim como descrito em outro estudo com mulheres do nordeste (SOUSA, 2011), provavelmente pelas propriedades terapêuticas das plantas e cascas de pau utilizadas.

¹⁰ O leite de gergelim é um preparo feito com gergelim (comprado na feira livre do município de Ibimirim) e água, batido no liquidificador. Sobre as propriedades terapêuticas do gergelim, não encontramos dados em artigos científicos, no entanto, o site Receita Natural, refere às propriedades bactericida, anti-inflamatória e diurética dessa semente. Cf. <http://natural.enternauta.com.br/cha/gergelim-propriedades-medicinais>.

Por outro lado, uma das índias relatou as consequências que sofreu após ter quebrado a rotina dos banhos frios e quentes antes do tempo recomendado para o banho frio de cabeça (30 dias):

Eu tava louca pra tomar aquele banho frio, gelado, de refrescar mesmo a memória sabe? Aí quando foi nesse dia que completava os quinze dias, aí eu fui, cinco horas da manhã, levantei. Aquela água boa, eu digo vou tomar um banho. Aí quando minha mãe se levantou eu tava me vendo com uma dor. Aí ela disse: o que foi que tu fizesse, pelo amor de Deus? Eu digo: eu tomei um banho ali na beira da caixa. Ela disse: eita! Minha Nossa Senhora! Quebrou o resguardo. Hoje era com água morna. Eu digo: eu não sabia. Eu senti dor. Agente aqui chama a dona do corpo né? Que é uma dor que dá, que ela fica roncando aqui, aquela dor forte. Aí pronto, eu quebrei o resguardo do menino, aí fiquei sentindo ela [entrevistada 14, 35 anos].

Para a entrevistada, tal fato decorrente da quebra do resguardo foi devido o não cumprimento das regras estabelecidas na “tradição”. Assim como afirmado no estudo com parteiras de Fleischer (2007): se o resguardo não for cumprido, os “partos” podem subir para a cabeça dessas mulheres, ou seja, o sangue “sobe”. E os sintomas apresentados nessa situação são intensas dores de cabeça (SOUSA, 2011). Essas consequências comprometem a saúde dessas mulheres e, por esse perigo, é exigido o repouso e seguimento dessas regras em tal período.

Sobre a “dona do corpo”, como a responsável pelas dores que a índia sentiu devido à quebra do resguardo, o povo Tupinambá da Serra na Bahia refere que ela se localiza no interior da barriga da mulher e controla a saída e entrada do seu sangue, além de ser responsável por permitir a vivência saudável dos eventos reprodutivos. A “dona do corpo” não é exatamente o útero, tal como concebido no modelo biomédico, pois mesmo as mulheres Tupinambá que realizaram a histerectomia, a referiam como um lugar na organização do sistema reprodutivo (MACÊDO, 2007).

A entrevistada 14 refere a dona do corpo como uma dor que sentiu depois que não seguiu as recomendações do pós-parto, experiência única na vida dessa mulher, convicta da importância do resguardo, e, contrária a outras experiências apresentadas em que as mulheres não seguiram a “tradição” e não apresentaram complicações, muito embora referiram ter medo. Assim, as medidas de cuidados no pós-parto, com o objetivo de promover a saúde da mulher, contribuem para a construção do corpo e da pessoa indígena (FERREIRA, 2010) diferenciando-a das mulheres não indígenas.

Essa distinção nos cuidados da mulher indígena também se destaca na amamentação pelo manejo das mamas em diversas circunstâncias, desde quando queriam evitar complicações, até interromper a lactogênese em caso de morte neonatal.

Depois do parto, como o menino morreu, o cuidado foi o uso do colar de mamona¹¹, pega o pau da mamona e coloca no cordão, pendura no pescoço, daí seca o leite [entrevistada 01, 25 anos].

A amamentação agente dá né? O ditado é até seis meses né? Mas sempre eu dô até... esse aqui mesmo mamou até uns três meses quando eu já tava grávida [da outra filha] [entrevistada 03, 40 anos].

Tinha cuidado, porque a gente tinha que ter cuidado. A criança quando ia mamar se arrotasse no peito, adoecia [entrevistada 05, 60 anos].

Quando a pessoa não tinha leite no peito aí dizia: tu vai lá e pede um leitinho ao mamoeiro. Corta assim pedindo leite pelo amor de Deus! Aí a gente ia e chegava um pouquinho de leite no pé de mamão [entrevistada 08, 56 anos].

As recomendações de amamentação repassadas no modelo de saúde profissional são de que perdure no mínimo até 6 meses, exclusivamente, e após esse período, como alimentação complementar (BRASIL, 2009). Essas informações são conhecidas entre as índias, muito embora, nem sempre houve tempo suficiente para segui-la.

Quando o leite era pouco, elas podiam fazer o pedido desse ao mamoeiro (*Carica papaya*) ou do contrário, fazê-lo secar, em caso de morte neonatal por meio do uso de colar de mamona (Figura 8), o qual seca junto com o peito, sendo usado também por outras mulheres não indígenas e, considerado como fitoterápico, principalmente pelo uso ritualístico e simbólico¹².



Figura 8 - Colar de mamona.

Fonte: <http://baomaiaacupuntura.wordpress.com>

Outro cuidado tido com a amamentação era para que a criança não arrotasse no peito, pois podia “empedrar a mama”. Os cuidados nessa complicação são a realização de massagem, que pode ajudar a recuperar a mama. Esta causa de ingurgitamento mamário é considerada como um “mito” por outras mulheres e profissionais (VASCONCELOS, 2008), no entanto, devemos levar em consideração que os valores culturais baseiam-se na experiência vivida, numa lógica de organização que permeia o universo sociocosmológico, levando-nos a estabelecer relações entre o que chamamos de cultura como modo de organização desses valores e as práticas utilizadas na busca pelo “bem viver”.

¹¹ A mamona refere-se a uma planta conhecida no nordeste como carrapateira (*Ricinus communis L.*).

¹²Cf. <http://baomaiaacupuntura.wordpress.com/2012/11/13/desmamando-lais/>

Deve-se ter cautela em fazer julgamentos sobre os “mitos”, pois como salienta Yajahuanca (2009) as crenças e costumes que deveriam ser consideradas nas aldeias indígenas, acabam se tornando irrelevantes para as(os) profissionais de saúde. Ao contrário, pensam que são coisas do passado e pouco se interessam por estes conhecimentos tradicionais da população.

Os cuidados tradicionais no resguardo podem subsidiar toda equipe de saúde, especialmente a de enfermagem na recuperação das mulheres indígenas. Deve-se pensar numa perspectiva dialógica, para não desrespeitar normas culturais, com práticas que as vezes se sobrepõem a todo o conhecimento tradicional relatado. As mulheres da etnia Kambiwá devem ter a liberdade de decidir pelo uso ou não de determinada prática, como os banhos de assento, por exemplo. As(os) profissionais de saúde não podem julgar ineficientes e desnecessárias práticas que possuem um significado todo especial para as índias, inclusive com propriedades científicas comprovadas. A preservação do cuidado cultural no pós-parto pode coexistir com o modelo de saúde biomédico, ampliando a eficácia terapêutica, e mais uma vez, como dois sistemas complementares.

Exemplificando como é possível formas de cuidado congruente com a cultura, um estudo com indígenas Guarani Mbyá do Espírito Santo (PELLON; VARGAS, 2010), verificou que de um lado, o modelo biomédico constitui meio indispensável, e foi utilizado para o tratamento de algumas doenças. De outro, as terapias tradicionais direcionadas para a etiologia dos processos mórbidos, ou seja, o foco era qualquer um dos aspectos da causa, ou o conjunto destas, sejam biológicas, espirituais ou sociais. Este arcabouço terapêutico dos(as) indígenas Mbya faz parte da sua cultura e não é estanque, cristalizado, parado no tempo, imune as transformações e ao diálogo com os outros sistemas de saúde. Os(as) Mbya também reconhecem a eficácia do modelo biomédico e utilizam-no numa relação de complementariedade com os métodos próprios.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descrição e análise das práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá, permite-nos afirmar que, dentro do contexto cultural são construídos recursos terapêuticos com sentidos que lhes são peculiares. Essa especificidade confere aos povos indígenas uma atenção diferenciada, que deve ser garantida por profissionais de saúde, especialmente pelas enfermeiras, tendo em vista a abordagem da etnoenfermagem nesse estudo. O cuidado de enfermagem direcionado para as Kambiwá torna-se mais específico e com bases sólidas quando levar em consideração as dimensões da Estrutura Cultural e Social descritas no Modelo Sunrise de Leininger.

Os modos de vida da população Kambiwá, semelhantes a uma comunidade rural não indígena, com casas de alvenaria, energia elétrica, água de poço artesiano, são de muita relevância para a manutenção das condições de sobrevivência na região, e nem por isso, descaracterizam suas particularidades étnicas. O uso do celular é importante para comunicação com aldeias ou etnias vizinhas, parentes que estão em outra cidade ou em outros serviços de saúde. E a aquisição de eletrodomésticos melhora a qualidade de vida das pessoas, mesmo que acentuem desigualdades sociais internas.

A religiosidade influencia o modo das índias viverem e verem o mundo que as cerca, sendo os rituais, formas tradicionais de proteção e cura espiritual e física, e, portanto, sistemas de cuidado populares, que são recorridos pela população para manutenção do bem estar. Já a representação política confere ao Cacique um poder que ultrapassa o espaço local, sendo um mecanismo de busca por bens e serviços, aos órgãos governamentais responsáveis, em benefício de toda a população.

Além do conhecimento da etnia Kambiwá como um todo, nosso estudo apontou aspectos importantes das mulheres. A variação da idade das participantes foi um dado importante apontando diferenças comportamentais e também mudanças na própria cultura. Esse fato, além de mostrar que as tradições também são dinâmicas, denuncia uma forte influência do modelo de saúde hospitalocêntrico e medicalizado, o qual pode ter influência na manutenção do cuidado tradicional.

Os aspectos da saúde reprodutiva revelaram que a multiparidade presente em diversas indígenas do Brasil está presente entre as mulheres da etnia Kambiwá, no entanto, os dados apresentados sobre a paridade, a gemelaridade e o curto intervalo intergestacional conferem

um padrão reprodutivo que se configura ora por manter grande número de gestações e partos, ora por desfechos desfavoráveis (aborto ou morte neonatal).

A multiparidade não significa unicamente um dado quantitativo, mas também um processo de reprodução cultural e reafirmação étnica, bem como a constituição da “família” que irá ser um mecanismo de evitar a solidão quando estiverem na velhice. Nesse sentido, a concepção, a gestação e a parturição são costuradas pela experiência de vida individual e também coletiva, implicando em práticas de cuidado tradicionais e modelos de saúde híbridos, em diversos momentos da vida reprodutiva.

Sobre o tipo de parto, identificamos um número muito maior de partos normais, do que de cesarianas, o que é um fator muito importante na vivência do parto como um evento fisiológico. Por outros vértices, os saberes e práticas com a contracepção das Kambiwá variam de acordo com a idade, coexistindo modos diversos para evitar a gestação, como a utilização de anticoncepcionais orais e injetáveis, métodos de barreira, e, também, dos tradicionais. O uso dos métodos contraceptivos modernos pode ter interferência direta sobre a manutenção dos modos tradicionais para evitar gravidez indesejada nas sociedades indígenas. Essa medicalização pode estar ligada ao não esclarecimento sobre outras possibilidades contraceptivas junto às populações indígenas. Além do esclarecimento sobre os métodos disponíveis, é necessário um acompanhamento dos serviços de saúde sobre os efeitos colaterais e riscos que cada um deles possa ter sobre as pessoas, principalmente as mulheres, que utilizam diversos métodos medicalizados.

Considerando práticas contraceptivas, deve-se pensar num serviço de saúde que atenda as demandas das mulheres da etnia Kambiwá, e compreenda os valores culturais, bem como suas concepções filosóficas sobre os aspectos apontados. De outra forma, os cuidados na gravidez são tidos como satisfatórios, e conferem um controle sobre seu próprio corpo. A busca do cuidado institucionalizado por meio da consulta pré-natal denota a assimilação do paradigma de saúde vigente no país ao mesmo tempo em que mantêm suas próprias orientações durante a gestação.

Na experiência com o aborto a enfermeira precisa compreender seu significado para as mulheres da etnia Kambiwá e dar seguimento a um cuidado congruente com a Cultura, ou seja, respeitar a decisão da indígena em manter sua tradição cultural permeada de regras definidas nesse processo, não a julgando pela visão etnocêntrica. Além disso, associar causas, do aborto espontâneo, conhecidas tradicionalmente a outras complicações obstétricas que causam a interrupção precoce da gestação numa interface entre os dois sistemas de saúde (o

tradicional e profissional) é torná-los complementares, possibilitando um cuidado direcionado para as necessidades dessas mulheres, que já detém um autocuidado bastante significativo.

O parto, marcado por práticas xamânicas, por mulheres experientes e inteligentes, tem sido cada vez mais direcionado para sua artificialização. As mulheres que realizam práticas xamânicas fazem parte de uma geração anterior, que não tinham acesso aos serviços oficiais de saúde, e os partos eram realizados na aldeia. Como atualmente, os partos acontecem predominantemente no hospital ou no trajeto entre este e a aldeia, estão cada vez menos “naturais”, mesmo que sejam vaginais. Com o tempo, passou para o controle hospitalar, na constituição de um espaço híbrido pela interface dos saberes (tradicional e profissional) e, portanto, definido e desenvolvido num contexto intercultural não necessariamente congruente às necessidades das mulheres (transcultural).

A mudança para um modelo híbrido no parto aponta também para concepções convergentes, pois as mulheres que preferiram parir em casa, de preferência sozinhas, ou acompanhadas de uma mulher experiente, no novo modelo, também, preferem ficar sem muita “gente”, e por isso vão ao hospital. As mulheres indígenas mais jovens, principalmente, preferem a manutenção desse cuidado híbrido. No entanto, deve-se ter cautela para não desapropriar o parto das mulheres indígenas, e torná-lo um ato de domínio profissional, susceptível de ocorrer apenas no hospital, pela “segurança” idealizada que o mesmo oferece através do conhecimento, da tecnologia e dos medicamentos.

No período pós-parto, denominado resguardo, os cuidados tradicionais podem subsidiar a construção de novas práticas por parte das enfermeiras e dos serviços de saúde direcionados para a população indígena, buscando não desrespeitar os padrões culturais inerentes à tal. Os banhos de assento relatados pelas Kambiwá nesse período, por exemplo, não podem ser julgados como ineficientes e desnecessários, tendo em vista que possui significado todo especial para elas, inclusive com propriedades científicas identificadas. A preservação do cuidado cultural no pós-parto pode coexistir ao modelo de saúde biomédico, ampliando a eficácia terapêutica, e mais uma vez, como dois sistemas complementares.

Acreditamos que atingimos os objetivos propostos nesse estudo: descrevendo práticas em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá; identificando o autocuidado das mulheres Kambiwá e o cuidado com a saúde reprodutiva oferecido por serviços de saúde, principalmente pela equipe de enfermagem, incluindo as parteiras nesse contexto; e, analisando essas práticas e cuidados à luz da teoria transcultural do cuidado, proposta por Madeleine Leininger.

Para além de subsidiar a equipe de enfermagem na preservação, ou adoção de novas práticas de cuidados, os resultados aqui apresentados podem embasar uma discussão mais ampla sobre a qualificação do Subsistema de Saúde Indígena, principalmente, no tocante à saúde reprodutiva, pois propõe a valorização de concepções tradicionais no atendimento prestado às mulheres da etnia Kambiwá.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Marcos Alexandre dos Santos. O dom e a tradição indígena Kapinawá (ensaio sobre uma noção nativa de autoria). **Rev. Religião e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 56-79, 2008.
- ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de; MARIN, Rosa Elizabeth Acevedo; SANTOS, Juracy Marques dos. **Nova cartografia social dos povos e comunidades tradicionais do Brasil: povo indígena Kambiwá**. Manaus: UEA Edições, 2010. 12 p.
- ALVES, Rômulo Romeu Nóbrega.; SILVA, Alan Angeles Guedes; SOUTO, Wedson Medeiros Silva, et al. Utilização e comércio de plantas medicinais em Campina Grande, PB, Brasil. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 4, n. 2, p. 175-198, 2007.
- ARCANJO, Jozelito Alves. Toré, o Som dos Antigos entre os Pipipã. In: ATHIAS, Renato (Org.). **Povos indígenas de Pernambuco: identidade, diversidade e conflito**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2007.
- ATHIAS, Renato. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio (Orgs.) **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 189-209.
- AZEVEDO, Marcos Augusto P.; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Juventude e reprodução entre os Guarani-Mbyá da Aldeia Morro da Saudade na Periferia da Cidade de São Paulo. **Rev Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 17, n. 2, p. 64-73, 2007.
- AZEVEDO, Marta Maria do Amaral. Saúde Reprodutiva e Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 463-477, set./dez. 2009.
- BELTRÃO Annie Elizabeth Santiago; TOMAZ, Anna Cláudia de A.; BELTRÃO, Fabiana Augusta S., et al. In vitro biomass production of *Sideroxylon obtusifolium* (Roem & Schult). **Rev Bras farmacogn.**, v. 18, p. 696-698, 2008.
- BELTRÃO, Jane Felipe; OLIVEIRA, Assis da Costa. Desafios e tensões da proteção plural de indígenas/crianças. **Rev. Tellus**, Campo Grande, v. 11, n. 20 p. 151-172, 2011.
- BICHIR, Renata Mirandola. O Bolsa Família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 87, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002010000200007>>. Acesso em: 18 jun. 2014.
- BLANCO, Marcos; COLAREDA, Germán; VAN BAREN, Catalina, et al. Antispasmodic effects and composition of the essential oils from two South American chemotypes of *Lippia alba*. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 149, n. 3, p. 803-809, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. 344 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 304, de 09 de agosto de 2000**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009, 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Trabalhando com parteiras tradicionais: caderno da(o) facilitadora(or)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 444 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: Secretaria da Vigilância em Saúde, 2006.

BRASILEIRO, Mariana Trycia; EGITO, Amanda Alencar do; LIMA, Januária Rodrigues, et al. *Ximena americana L.*: botânica, química e farmacologia no interesse da tecnologia farmacêutica. **Rev. Bras. Farm.**, v. 89, n. 2, 2008.

COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alvares; GARNELO, Luiza. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio (Org). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 153-173.

COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura. Minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, p. 125-132, 2000.

CONDEPE. Instituto de Desenvolvimento de Pernambuco. **Kambiwá**. 2006. Disponível em: <<http://www.arara.fr/BBTRIBOKAMBIWA.html>>. Acesso em: 29 fev. 2013.

CONKLIN, Beth A. O conceito de direitos reprodutivos: na interseção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 175-188.

CORRÊA, Roberto Lobato. Espaço: um conceito-chave da Geografia. In: CASTRO, Iná Elias de; GOMES, Paulo Cesar da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato (orgs). **Geografia: conceitos e temas**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, Leonardo Campos Mendes da. **Toré da aldeia para a cidade: música e territorialidade indígena na grande salvador**. 2008. 265 p. Dissertação (mestrado em música)- Escola de Música da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

CUNHA, Maximiliano Carneiro. Performance e Prática nos Cerimoniais Pankararu. In: ATHIAS, Renato (Org.). **Povos indígenas de Pernambuco: identidade, diversidade e conflito**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2007.

DOMÍNGUEZ, Leyvis; VIGIL-DE GRACIA, Paulino. El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. **Clin Invest Gin Obst.**, v. 32, n. 3, p. 122-126, 2005.

ECUADOR. Ministerio de Salud Pública. **Guía técnica para Atención del Parto Culturalmente Adecuado**. Sistema Nacional de Salud. Consejo Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública. 2008. Disponível em: <<http://aacid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20Atenci%C3%B3n%20del%20Parto%20Culturalmente%20Adecuado.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública**. 2010. 256 p. Tese (doutorado em antropologia)- Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FERREIRA, Luciane Ouriques. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saúde e Soc.**, v. 21, n. suppl. 1, p. 265-277, 2012.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400028>>. Acesso em: 3 jun. 2014.

FLEISCHER, Soraya Resende. **Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará**. 2007. 315 p. Tese (doutorado em antropologia social)- Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FREITAS, Verônica Santana; RODRIGUES, Rodney Alexandre Ferreira; GASPI, Fernanda Oliveira de Gaspari de. Propriedades farmacológicas da *Aloe vera* (L.) Burm. f. **Rev. bras.**

plantas med., Botucatu , v. 16, n. 2, 2014. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722014000200020>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. **Nota técnica nº 028/2005/CGASI/DESAI**. 2005a. Disponível em:
<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub85.doc>. Acesso em: 10 out. 2012.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde, mar. 2002. 40 p.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Relatório Final da Oficina de Lideranças de Mulheres Índias sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança Índia**. Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde, 2005b.

GARNELO, Luiza. **Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004**. Documento de Trabalho n. 9. Universidade do Amazonas, Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Dane, Fundação Oswaldo Cruz - Manaus. Porto Velho, nov. 2004. Disponível em: < <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

GARNELO, Luiza; MACEDO, Guilherme; BRANDÃO, Luiz Carlos. **Os povos indígenas e a construção da política de saúde no Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

GASPAR, Lúcia. **Índios em Pernambuco**. Fundação Joaquim Nabuco, Recife, 2009. Disponível em: <http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/index.php?option=com_content&view=article&id=649&Itemid=188>. Acesso em: 06 ago. 2011.

GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: Os Fundamentos À Prática Profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 286-294.

GIL, Laura Pérez. Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá. In: FERREIRA, Luciane Ouriques; OSORIO, Patrícia Silva (Org). **Medicina tradicional indígena em contextos**. Anais da I Reunião de Monitoramento do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Projeto Vigisus II, Coordenação Técnica, Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília, 2007. p. 23-36.

HELMAM, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Ana Rose Bohem. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Nupcialidade, fecundidade e migração. Resultados da amostra. Rio de Janeiro, RJ, 2012a. 349 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Características gerais dos indígenas. Resultados da amostra. Rio de Janeiro, RJ, 2012c. 244 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**. Primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro, RJ, 2012b. 31 p.

JUNQUEIRA, Carmen; PAGLIARO, Heloisa. **Saúde do Corpo e Comportamento Reprodutivo dos Kamaiurá**. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu, MG, set./out. 2008.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, p. 173-181, mai./jun. 2010.

LEAO, Míriam Rêgo de Castro; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez, SCHNECK, Camilla Alexandra, et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800024>>. Acesso em: 29 jun. 2014.

LEININGER, Madeleine M.; McFARLAND, Marilyn R. **Cultural care diversity and universality: A Worldwide Nursing Theory**. 2ª ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LÓPEZ, Gloria Margarita Alcaraz. **A fecundidade entre os Guarani: um legado de Kunhankarai**. 2000. 220 p. Tese (doutorado em ciências da saúde)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

LORENZO, Cláudio. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, 2011.

LUNDBERG, Pranee C.; TRIEU, Thi Ngoc Thu. Vietnamese women's cultural beliefs and practices related to the postpartum period. **Midwifery**, v. 27, p. 731-736, 2011.

MACÊDO, Ulla. **A dona do corpo: um olhar sobre a reprodução entre os Tupinambá da Serra-BA**. 2007. Dissertação (mestrado em ciências sociais)- Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

MACHADO, Alessandra Cury; OLIVEIRA, Rodrigo Cardoso. Medicamentos Fitoterápicos na odontologia: evidências e perspectivas sobre o uso da aroeira-do-sertão (*Myracrodruon urundeuva* Allemão). **Rev. bras. Plantas med.**, Botucatu, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722014000200018>>. Acesso em: 24 jun. 2014.

MADEIRA, Sofia Pereira. **Perfil demográfico e estimativas de Paridade dos Guarani nas regiões Sul e Sudeste do Brasil**. 2010. 119 p. Dissertação (mestrado em demografia)- Instituto de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

MATOS, Francisco José de Abreu. **Plantas medicinais: Guia de seleção e emprego de plantas usadas em fitoterapia no Nordeste do Brasil**. 3ª ed. Fortaleza, UFC Edições, 2007.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, jan./abr. 2009.

MELLO, Gláucia Buratto Rodrigues de. Reflexões sobre a relação entre sistemas de crenças e terapêuticas tradicionais: O caso do Xamanismo. **Tempo da Ciência**, v. 17, n. 34, p. 99-116, 2010.

MELO, Júlia Morim de; MÜLLER, Elaine; GAYOSO, Daniella Bittencourt. Parteiros tradicionais de Pernambuco: saberes, práticas e políticas. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10: desafios atuais do feminismo. **Anais Eletrônicos**. Florianópolis, 2013.

MELO, Lucas Pereira de. A contemporaneidade da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 2, p. 21-32, 2010.

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MENEZES, Mariane de Oliveira. **Gestar e parir em terra de juruá: a experiência de mulheres Guarani Mbya na cidade de São Paulo**. 2012. 93 p. Dissertação (mestrado em saúde pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da; GOMES, Annatália Meneses de Amorim, et al. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 119-133, 2010.

NASCIMENTO, Marcos Tromboni de Souza. **O tronco da Jurema: ritual e etnicidade entre os povos indígenas do Nordeste – o caso Kiriri**. 1994. 324 p. Dissertação (mestrado em sociologia)- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

NOVO, Marina Pereira. **Os agentes indígenas de saúde do alto Xingu**. Brasília: ABA Paralelo 15, 2010.

PAGLIARO, Heloisa; COELHO, Clayton C.; MENDONÇA, Sofia, et al. **Fecundidade e saúde sexual e reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá, Ikpeng e Kaiabi, do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central**. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Salud Sexual y Reproductiva en América Latina. Avance e insuficiencias a la luz de el Cairo +15 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Lima, 12 al 14 de Octubre. 2009.

PAGLIARO, Heloisa; MARTINS, Jade Cury; COELHO, Clayton de Carvalho, et al. Fecundidade de povos indígenas aldeados no Brasil Central, 2000-2007. In: POPOLO,

- Fabiana Del; CUNHA, Estela Maria Garcia de Pinto da; RIBOTTA, Bruno; AZEVEDO, Marta (Org). **Pueblos indígenas y afrodescendientes em América Latina: dinámicas poblacionales diversas y desafíos comunes**. Rio de Janeiro: ALAP Editor, p. 33-46, 2011. Disponível em: <http://www.alapop.org/2009/SerieInvestigaciones/Serie12/Serie12_Completo.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.
- PAGLIARO, Heloisa; MENDONÇA, Sofia; BARUZZI, Roberto. Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 479-491, set./dez. 2009.
- PARODI, Thaylise Vey; CUNHA, Mauro Alves, HELDWEIN, Clarissa Giesel, et al. The anesthetic efficacy of eugenol and the essential oils of *Lippia alba* and *Aloysia triphylla* in post-larvae and sub-adults of *Litopenaeus vannamei* (Crustacea, Penaeidae). **Comparative Biochemistry and Physiology**, v. 155, p. 462-468, 2012.
- PELLEGRINI, Marcos. Povos indígenas e a conquista da cidadania no campo da saúde: o desafio de participar. In: RICARDO, Carlos Alberto (ed.). **Povos indígenas no Brasil 1996/2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. p. 139-142.
- PELLON, Luiz Henrique Chad; VARGAS, Liliana Angel. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1377-1397, 2010.
- PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. Ciência, natureza e nascimento humano: interfaces com o movimento de humanização do parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 10, n. 2, p. 537-543, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a25.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2014.
- POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- PONZI, Elizabeth Arruda Carneiro; OLIVEIRA, Thompson Lopes de; MORAIS, Iracema Andrade Ferrer de, et al. Atividade antimicrobiana do extrato de *Momordica charantia* L. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.**, Camaragibe, v. 10, n. 1, 2010.
- REIS, Roberta Aguiar Cerri; SILVA, Núbia Maria de Melo. Etnicidade e Humanização: Fortalecendo a Rede de Cuidado à Saúde Materno-Infantil Indígena. In: **Humanização do parto e do nascimento**. Ministério da Saúde / Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p.
- SADLER, Michele. **Revisión Del Parto Personalizado: Herramientas y Experiências em Chile**. 1ª ed. Chile: Universidad de Chile, Departamento de Antropología, 2009. p. 106-127.
- SANDI, Stella de Faro; BRAZ, Marlene. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. **Revista Bioética**, v. 18, n. 1, 2010.

SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alvares. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2003. p. 13-47.

SCAVONE, Lucila. Nosso corpo nos pertence? Discursos feministas do corpo. **Revista Gênero**, v. 10, n. 2, 2012.

SCOPEL, Daniel; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva; WIIK, Flávio Braune. Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, 2012.

SEIMA, Márcia Daniele, MICHEL, Tatiane; MÉIER, Marineli Joaquim, et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeleine Leininger: revisão integrativa 1985 - 2011. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 851-857, 2011.

SILVA, Evaldo Mendes da. **Folhas ao vento**: a micromobilidade de grupos Mbya e Nhandeva (Guarani) a Tríplice Fronteira. 2007. 215 p. Tese (doutorado em antropologia social)- Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, Leila Rangel. **Cuidado de Enfermagem na Dimensão Cultural e Social**: História de Vida de Mães com Sífilis. Tese (doutorado em enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

SOARES, Sergei; SÁTYRO, Natália. **O Programa Bolsa Família**: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Nº 1424. Brasília, outubro de 2009.

SOUSA, Maria da Conceição de; SCATENA, João Henrique G.; SANTOS, Ricardo Ventura. O sistema de informação da atenção à saúde indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, v. 23, n. 4, p. 853-861, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/12.pdf>>. Acesso em: jun. 2009.

SOUSA, Noelia Alves. Experiências de partos domiciliares no sertão do Ceará (1960-2000). **OP SIS**, v. 11, n. 1, p. 171-189, 2011.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA, João Pedro Costa; MEDEIROS, Viviane Ferreira. **Levantamento etnobotânico e etnofarmacológico da região do alto-oeste potiguar - RN**. In: IX Congresso de Iniciação Científica do IFRN. 2013.

SOUZA, Jurema. **Mulheres Pataxó Hã-hã-hãe: gênero, sexualidade e reprodução**. 2002. Trabalho de conclusão de curso (graduação)- Departamento de Antropologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

UFPE. Universidade Federal de Pernambuco. **Kambiwá**. 2008. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/nepe/povosindigenas/kambiwa.htm>> Acesso em: 05 mar. 2013.

VASCONCELOS, Camila Teixeira; MACHADO, Márcia Maria Tavares; VASCONCELOS NETO, José Ananias, et al. Aleitamento materno no pré-natal e alojamento conjunto: conhecimento de puérperas em um Hospital Amigo da Criança. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 44-51, 2008.

VIEIRA, Hítalo Thiago Gomes; OLIVEIRA, Jacqueline Eyleen de lima; NEVES, Rita de Cássia Maria. A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó-Pernambuco. **Saúde e Soc.**, v. 22, n. 2, p. 566-574, 2013.

VILELAS, José Manuel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 120-127, 2012.

WAKANÃ, Graciliana Selestino; GIL, Laura Pérez. Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais entre os Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultados da primeira etapa. In: FERREIRA, Luciane Ouriques; OSORIO, Patrícia Silva (Org). **Medicina tradicional indígena em contextos**. Anais da I Reunião de Monitoramento do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Projeto Vigisus II, Coordenação Técnica, Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília, 2007. p.37-47.

YAJAHUANCA, Rosario del Socorro Avellaneda. **Sem kutipa**: Concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes Kukamas Kukamirias, Peru. 2009. 169 p. Dissertação (mestrado em saúde pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

APÊNDICES

Apêndice A - Plantas medicinais utilizadas no pós-parto pelas índias Kambiawá

Nome popular / Nome científico	Indicações	Imagem	Referências
Ameixa / <i>Ximenia americana</i>	Evitar infecção.	 Fonte: Brasileiro, et al., 2008	Sua atividade antimicrobiana em diferentes microorganismos e sua atividade anti-inflamatória, antialérgica e seus efeitos vasoprotetores tornam a planta uma promissora fonte de matéria prima para a utilização na produção de medicamentos fitoterápicos (BRASILEIRO et al., 2008).
Quixabeira / quixaba <i>Sideroxylon obtusifolium</i>	Anti-inflamatório	 Fonte: http://www.ufrgs.br/fitoecologia	<i>S. obtusifolium</i> é muito utilizada na medicina popular, a sua casca é usada para dores no trato gastrointestinal, inflamações crônicas, lesões nas genitais, inflamações nos ovários, cólicas, problemas renais, problemas cardíacos e diabetes (BELTRÃO et al., 2008).
Cajueiro/ Cajueiro-roxo/ <i>Anacardium occidentale L.</i>	Anti-inflamatório	 Fonte: http://www.cerratinga.org.br/caju/	Inflamações em geral, diabetes e tratamento pós-cirúrgico (ALVES et al., 2007).
Melão de São Caetano/ <i>Momordica charantia L.</i>	Evitar infecção	 Fonte: Acervo pessoal do pesquisador	Em estudo experimental, o extrato dessa planta foi eficaz, inibindo as linhagens estudadas de <i>Staphylococcus aureus</i> e <i>S. epidermidis</i> e <i>Candida albicans</i> e <i>C. tropicalis</i> , ou seja, possui atividade antimicrobiana (PONZI et al., 2010).
Aroeira do sertão/ <i>Myracrodruon urundeuva</i>	Evitar infecção e anti-inflamatório	 Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Myracrodruon_urundeuva	A entrecasca da aroeira é largamente usada na medicina popular do nordeste brasileiro para o tratamento de problemas dermatológicos e ginecológicos (MATOS, 2007), e possui atividade antimicrobiana; anti-inflamatória e cicatrizante em ferimentos, cervicites; vaginites e hemorroidas (MACHADO; OLIVEIRA, 2014).

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados

Formulário etnodemográfico-socioeconômico

1- Idade (em anos): _____

2- Escolaridade:

- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Superior
- () Analfabeta

3- Estado conjugal atual:

- () Solteira
- () Separada
- () Viúva
- () Casada

Com quem vive atualmente? _____

4- Fala alguma outra língua além da língua portuguesa?

5- Ocupação: (especificar) _____

Relatar o que faz no dia-a-dia

6- Renda Pessoal

Valor: _____

Periodicidade: Mensal () Semanal () Outra _____

Fonte:

7- Renda Familiar

Valor: _____

Periodicidade: Mensal () Semanal () Outra _____

Fonte:

Roteiro de entrevista semiestruturado da História de Vida e Cuidados em Saúde

Saberes sobre contracepção

8- Evita filhos/as? (ou já evitou?)

() Sim () Não

Por quê?

Se sim, como você evita?

9- Você conhece ou já ouviu falar de (outras) maneiras para evitar filhos?

Se sim, quais? E dessas, qual você usaria ou não, e por quê?

Como soube dessas informações?

10- Deseja (ou desejaria) ter (ou ter mais) filhos/as? () Sim () Não
Por quê? _____

Gravidez e seus cuidados

11- Intervalo intergestacional (entre as gestações):

Sequência da paridade	Idade correspondente	Desfecho da Gravidez (parto normal, cesariana, aborto)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
...		

12- Número de filhas/os vivas/os _____

Questão 13, apenas para mulheres que tiveram aborto:

13- Fale sobre a experiência da gestação que resultou em aborto (explorar também os cuidados tidos ou recebidos).

14- Fale-me de suas gravidezes, desde que soube que estava grávida. E como foi a última gravidez? (complementar, caso não apareça na fala: como soube que estava grávida?)

15- Fale-me sobre os cuidados que você tinha ou recebia da sua família ou comunidade quando estava grávida? E na última gravidez?

Cuidados no parto e puerpério

16- Local do último parto: _____

17- Fale-me sobre os cuidados que você tinha ou recebia durante os partos.

18- Fale-me sobre os cuidados que você tinha ou recebia no pós-parto (explorar também aspectos da amamentação).

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Informações à participante:

Prezada Senhora,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada PRÁTICAS E CUIDADOS EM SAÚDE REPRODUTIVA DE MULHERES DA ETNIA KAMBIWÁ. Esta pesquisa faz parte de um projeto que está sob a responsabilidade do enfermeiro e estudante de mestrado, LEONILDO SEVERINO DA SILVA, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, orientado pela pesquisadora: ENILDA ROSENDO NASCIMENTO, doutora em enfermagem e professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Inicialmente iremos lhe dar os seguintes esclarecimentos:

- 1) A capacidade de engravidar e parir permite que o conhecimento mantido pelas suas antepassadas se mantenha presente nas aldeias indígenas, dando sentido às suas práticas de cuidados. Em grande parte, a saúde necessária para engravidar e parir está ligada às experiências e a vida das mulheres indígenas, o que significa que elas mesmas participam da preservação da sua cultura.
- 2) Esta pesquisa tem como **objetivo**: Analisar práticas com a gravidez, parto e pós-parto, bem como os cuidados que as mulheres da etnia Kambiwá têm e recebem nesses períodos. A partir das suas práticas vamos discutir a relação entre a cultura indígena e a cultura da sociedade que a rodeia, no município de Ibimirim – Pernambuco.
- 3) Ao participar da entrevista você poderá sentir-se cansada devido ao tempo que levará para responder às perguntas. Este cansaço é um dos **riscos** dessa pesquisa. Outro risco que essa pesquisa traz é que ao falar sobre gravidez, parto e pós-parto, você sinta vergonha, por tratar-se da sua vida pessoal e de sua cultura indígena. Para que você se sinta mais à vontade e possa responder mais facilmente as perguntas, fica ao seu critério o local para a realização da entrevista. Caso se sinta incomodada com as perguntas você poderá parar de respondê-las e marcar um novo momento ou desistir de participar, sem que isso venha trazer prejuízos para você ou para nós. Estes são os possíveis **riscos** que esta pesquisa traz para você e para outras mulheres indígenas que aceitarem participar desta pesquisa. As respostas apresentadas, caso você permita, serão gravadas em um aparelho, e esta gravação será transcrita e guardada com o pesquisador por um período de cinco anos, junto com sua autorização. Depois desse período, caso você permita, destruiremos esta documentação.

Leonildo Severino da Silva
Pesquisador Responsável

Enilda Rosendo do Nascimento
Orientadora e Pesquisadora

Rubrica da voluntária (ou impressão digital -
dactiloscópica)

4) Os **benefícios** que esta pesquisa pode trazer são: melhorar as práticas de cuidado das enfermeiras, técnicas e agentes indígenas de saúde por conhecer melhor à sua cultura e práticas de cuidado com a saúde, principalmente nos períodos de pré-natal, parto e pós-parto no posto de saúde e no serviço hospitalar do município de Ibimirim-Pernambuco. Também pode ser importante para dar conhecimento sobre a saúde na gravidez, parto e pós-parto das mulheres Kambiwá, principalmente aos responsáveis pela saúde indígena. Dá oportunidade às mulheres indígenas a expressarem suas dificuldades para terem os cuidados necessários durante a gravidez, parto e pós-parto.

5) O Pesquisador possui a permissão para participar das atividades do dia a dia das aldeias. Essa participação é para observar a rotina diária da vida das mulheres Kambiwá. Entre estas atividades ele poderá conversar sobre os cuidados com sua saúde nos períodos da gravidez, do parto e do pós-parto.

6) Seu nome só ficará escrito nesse documento que será guardado em segredo, por mim e não será visto por ninguém mais que o pesquisador e sua orientadora. As informações dessa pesquisa só vão ser usadas na análise dos cuidados com a sua saúde, como foi dito no objetivo desta pesquisa no item 2 (dois). Também serão usadas essas informações para apresentação do estudo na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e nos eventos promovidos por instituições de ensino e pesquisa, ou em revistas de pesquisa, no entanto, não será identificada com seu nome, ou qualquer outro que lhe identifique. As falas transcritas receberão um número para garantir que seu nome não seja divulgado.

7) Caso você aceite participar desta pesquisa, você não irá pagar nada. Esclarecemos que não recebemos e nem iremos pagar nenhum dinheiro, ou qualquer outra forma de pagamento para que você participe. Nós pesquisadores, nos responsabilizamos por qualquer risco que você tenha, os quais já foram descritos no item 3 (três) ou outros que não estão previstos, inclusive lhe daremos a assistência e/ou indenização se for preciso.

8) Nós estamos disponíveis para lhe esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre esta pesquisa a qualquer momento que você desejar.

9) Convido você a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que é um documento que foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Este termo vem junto com os esclarecimentos que nós estamos lhe dando neste momento e você tem o tempo que desejar para pensar e responder se aceita ou não participar desta pesquisa. Caso você se sinta suficientemente esclarecida e concordar em participar, existe um espaço reservado para registrar o seu aceite em todas as páginas já assinadas por mim e pela minha orientadora. Isso requer a assinatura em duas vias. Uma ficará comigo e a outra com você.

Leonildo Severino da Silva
Pesquisador Responsável

Enilda Rosendo do Nascimento
Orientadora e Pesquisadora

Rubrica da voluntária (ou impressão digital -
dactiloscópica)

CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-ESCLARECIDO

Após ter esclarecido minhas dúvidas, me sinto confiante de que todas as informações necessárias me permitem aceitar participar da pesquisa sem pressão ou coação. Nesse convite pude conhecer o objetivo da pesquisa em analisar as práticas e cuidados em saúde de mulheres Kambiwá em situação de gravidez, parto e pós-parto, aos riscos de cansaço ou vergonha em responder as perguntas e aos benefícios para o cuidado em saúde, principalmente de enfermagem prestado a mulher Kambiwá.

Também estou ciente de que estas informações serão obtidas com a entrevista e a participação do pesquisador na aldeia. Ficou claro que meu nome ficará em segredo junto com este documento, e que tive um tempo para pensar em decidir participar e a assinar este documento que ficarei com uma via e ele com a outra, e que ele guardará este termo e as entrevistas por cinco anos e depois destruirá.

Caso eu tenha alguma dúvida para esclarecimentos ou queixa sobre a pesquisa, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone (71) 3283.7615. Endereço: Rua Augusto Viana, S/N, Bairro: Canela, CEP: 40110-060 – Salvador–BA, que tomará todas as providências necessárias. Também poderei entrar em contato com o pesquisador: Leonildo Severino da Silva: residente à Rua João de Moura Borba, nº 89, Centro, Cumaru-PE, CEP: 55655-000, telefone: (81) 99576090, e-mail: leonildoss@gmail.com; com a Professora e orientadora: Enilda Rosendo do Nascimento, Campus Universitário do Canela, Av. Dr. Augusto Viana, S/N, Canela, Salvador-BA, CEP.: 40110-060, ou ainda, com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, situada no endereço: SEPN 510 norte, Bloco A 1º Subsolo, Edifício Ex-INAN – Unidade II – Ministério da Saúde, CEP.: 70750-521 Brasília-DF. Telefone: (61) 33155878. Telefax: (61) 33155879. E-mail: conep@saude.gov.br.

Assim, aceito o convite em participar dessa pesquisa e assino esse documento, dando o meu consentimento como voluntária. Estou ciente da importância desse estudo para as mulheres Kambiwá e, poderei obter, a qualquer momento, esclarecimentos que se façam necessários a respeito de toda a coleta das informações, bem como dos resultados do mesmo.

Ibimirim, Território Indígena Kambiwá, _____ de _____ de 2014.

Leonildo Severino da Silva
RG: 7323455 – SDS – PE
Pesquisador Responsável
Escola de Enfermagem da UFBA

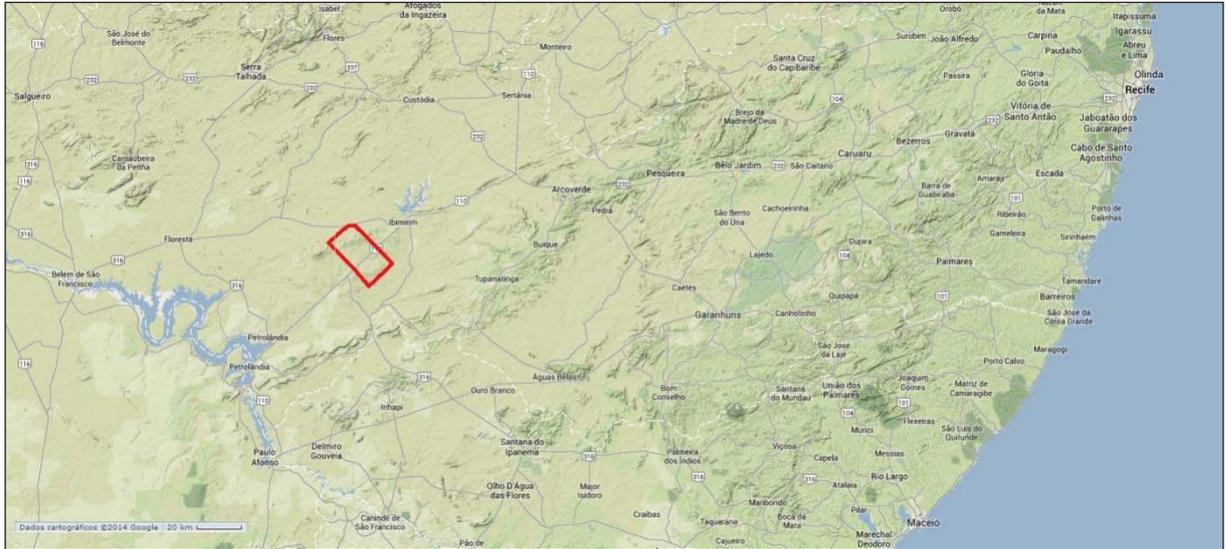
Enilda Rosendo do Nascimento
RG: 1368627560
Orientadora e Pesquisadora
Escola de Enfermagem da UFBA

Nome da voluntária

Assinatura da voluntária (ou impressão
digital - dactiloscópica)

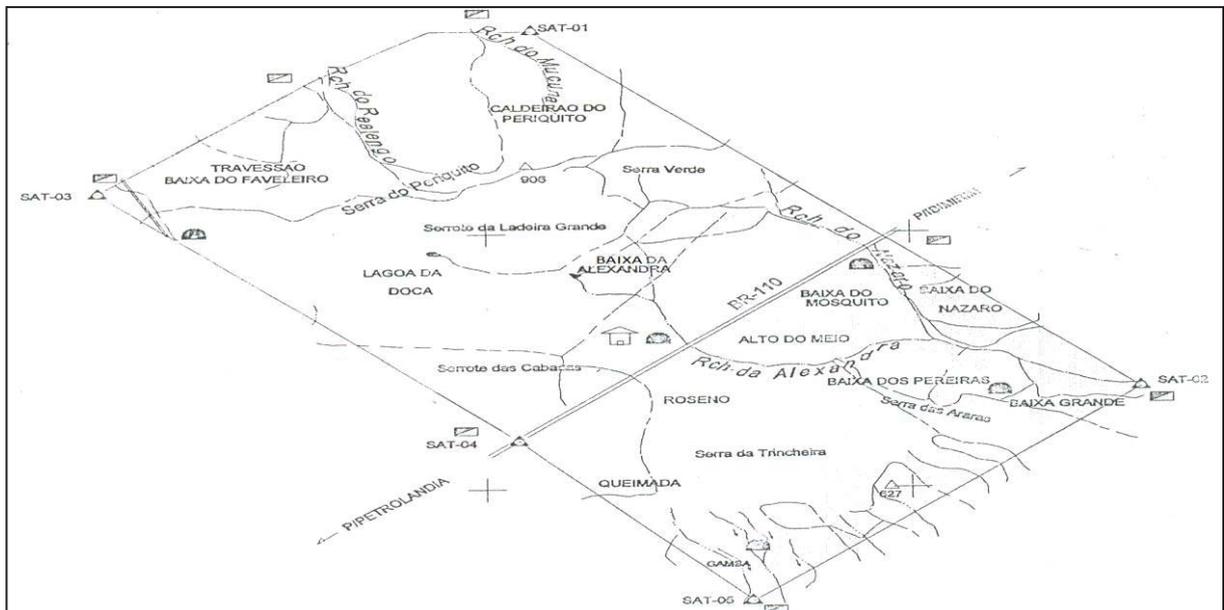
ANEXOS

Anexo A – Mapas do Território Indígena Kambiawá



Território indígena Kambiawá demarcado dentro do estado de Pernambuco

Fonte: <http://mapas2.funai.gov.br/i3geo/interface/googlemaps.phtml?40ea964c5d8f598851b03aa3c6b50174>



Território indígena Kambiawá.

Fonte: <http://www.ufpe.br/nepe/povosindigenas/mapakambiwa.htm>

Anexo B – Imagens



Saiota à esquerda e roupa dos “vovôs” à direita
(Fonte: Acervo pessoal do pesquisador – foto autorizada)



Aió – considerado símbolo Kambiwá
(Fonte: Acervo pessoal do pesquisador)

Anexo C – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXPERIÊNCIAS E CUIDADOS EM SAÚDE REPRODUTIVA DE MULHERES DA ETNIA KAMBIWÁ

Pesquisador: Leonildo Severino Silva

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 21107513.0.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 632.512

Data da Relatoria: 14/05/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de dissertação de mestrado em enfermagem da UFBA , proposta pelo mestrando Leonildo Severino Silva sobre a saúde reprodutiva de mulheres indígenas. A saúde reprodutiva das mulheres está relacionada a uma série de eventos relativos à fecundidade; contracepção; gestações, partos e abortos, entre outros, assim como aos cuidados correspondentes. A depender das especificidades de determinados grupos populacionais, elevadas taxas da fecundidade, por exemplo, podem estar associadas a processos de preservação de um povo ou culturas marginalizadas, sendo um aspecto importante para o cuidado em saúde num contexto intercultural, no que concerne ao respeito das particularidades étnicas existentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as experiências reprodutivas e de cuidados de mulheres da Etnia Kambiwá em um contexto intercultural.

Objetivos Secundários:

- Descrever as experiências reprodutivas das mulheres do estudo;
- Descrever o autocuidado e os cuidados recebidos relacionados às experiências reprodutivas

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 632.512

dessas mulheres;

- Identificar a diversidade e a universalidade do autocuidado e dos cuidados recebidos em saúde reprodutiva de mulheres indígenas Kambiwá, na interface entre o cuidado tradicional e o cuidado dispensado na rede básica de serviços de saúde pela enfermeira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para as participantes da pesquisa podem estar relacionados ao desgaste físico mínimo, devido ao tempo que levarão para responder às perguntas formuladas durante a entrevista, bem como a possibilidade de algum constrangimento em responder a algumas das perguntas, por se tratar da intimidade de cada uma. Entretanto, o TCLE informa que a participante é livre para deixar de responder às perguntas e para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. O balanço entre riscos e benefícios é adequado.

Benefícios:

Este estudo poderá contribuir para o fortalecimento do SUS por meio da identificação de práticas de cuidado úteis para a assistência de enfermagem congruente com a cultura, valorizando o protagonismo das mulheres indígenas nessa construção. Por outro lado, a proposta é congruente com a Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa na Saúde do Brasil. A pesquisa sobre experiências e cuidados em saúde reprodutiva de índias Kambiwá pode apresentar benefícios relacionados à construção de práticas singulares de cuidado direcionadas para a assistência de enfermagem, considerando aspectos culturais e centrados nas necessidades das mulheres, principalmente no que tange a saúde reprodutiva, devido à complexidade desta temática. Pode permitir também abertura de novas perspectivas na vigilância à saúde do contexto indígena, principalmente por considerar o protagonismo das mulheres na construção de indicadores de atenção à saúde numa perspectiva de cuidado congruente com a cultura.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendidas as recomendações do PARECER CONEP - 579.376 de 27.01.2014, itens 1.a)TCLE, item 1.b) correção da linguagem de tratamento; 1.c)correção do Português; 1.d)Adequação do item).IV.5.d da Resolução CNS n° 466 de 2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendidas as recomendações do PARECER CONEP - 579.376 de 27.01.2014,

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 632.512

Recomendações:

NHA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SEM PENDÊNCIAS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado homologa o parecer de APROVAÇÃO do relator.

SALVADOR, 30 de Abril de 2014

Assinador por:

**Dra DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)**

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br