

Universidade Federal de Rondônia
Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia

Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Endemias S. Pessoa

Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil

Documento de Trabalho no. 7

Carlos E.A. Coimbra Jr.
Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Luiza Garnelo
Faculdade de Medicina, Universidade do Amazonas e Centro de Pesquisas Leônidas e
Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus.

Porto Velho, fevereiro de 2003

As atividades de pesquisa, ensino e extensão do Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR) são financiadas pela **Fundação Ford**.

Endereço para contato:

Profa. Ana Lucia Escobar

Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR)

Universidade Federal de Rondônia - Centro

Av. Presidente Dutra 2965, sala PS2

78900-500 - Porto Velho – RO

fax: (69) 216-8516

endereço eletrônico: ana@unir.br ou cesir@unir.br

<http://www.cesir.org>

Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil¹

Nos últimos vinte anos, a literatura brasileira sobre saúde reprodutiva e saúde da mulher experimentou rápido crescimento, sendo caracterizada pela produção de grande número de artigos e livros cujos temas incluem, além dos campos disciplinares que tradicionalmente têm se dedicado ao assunto, tais como demografia, direitos reprodutivos e políticas públicas, estudos que enfocam relações de gênero, saúde sexual, anticoncepção, epidemiologia de doenças sexualmente transmissíveis e câncer ginecológico, entre outros (cf. Franchetto et al., 1983; Galvão & Díaz, 1999; Giffin & Costa, 1999; Hardy, 1998; Labra, 1989; Mendonça, 1993, entre outros).

É importante frisar que as investigações empíricas sobre saúde reprodutiva e saúde da mulher realizadas no país, tanto as de orientação sócio-antropológica como as de recorte epidemiológico, desenvolveram-se sobretudo em contextos urbanos. Além disso, enfocaram grupos étnico/raciais específicos e, aqueles que o fizeram, trabalharam em sua expressiva maioria com mulheres negras (cf. Barros, 1998; Barros et al, 2001; Cruz & Pinto, 2002; Martins & Tanaka, 2000; Olinto & Olinto, 2000, entre outros). No contexto das pesquisas com recorte étnico, permanece como grande lacuna no conhecimento os determinantes sócio-culturais, ambientais e biológicos da saúde reprodutiva da população indígena no Brasil.

Em geral, os estudos de orientação antropológica sobre a mulher indígena no Brasil não têm abordado aspectos específicos da saúde. Já as poucas pesquisas epidemiológicas sobre saúde reprodutiva da mulher indígena tendem a ser restritas, enfocando particularmente as infecções sexualmente transmitidas ou câncer ginecológico. Em sua grande maioria, tanto os estudos antropológicos como os epidemiológicos foram realizados dentre poucas etnias situadas na Amazônia, o que restringe a possibilidade de generalização.

O desconhecimento acerca de questões básicas da saúde reprodutiva e da saúde da mulher indígena caminha, par-e-passo, com a precária infraestrutura física e organizacional

¹ Trabalho apresentado no seminário “Raça/Etnicidade na América Latina: Questões sobre Saúde e Direitos Reprodutivos”, promovido pela Fundação Ford e pela Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001, a ser publicado em coletânea organizada por Simone Monteiro, Editora Fiocruz., 2003.

dos serviços de saúde. Essa dimensão faz parte de um cenário mais amplo, no qual a exigüidade de investigações e a ausência de censos e de outros inquéritos regulares, aliadas à precariedade dos sistemas de informação (em especial registros de morbidade e de mortalidade), impossibilitam que se trace de forma satisfatória o perfil epidemiológico das populações indígenas no Brasil (Coimbra Jr. & Santos, 2000).

O objetivo desse trabalho é abordar algumas questões que identificamos como particularmente importantes na área da saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. Especificamente, três temas serão tratados: (1) a interface entre dinâmica demográfica e saúde reprodutiva, sobretudo no que tange à fecundidade; (2) perfil epidemiológico relacionado ao campo da saúde reprodutiva; (3) fatores sócio-culturais relacionados à saúde reprodutiva, com ênfase na interface entre antropologia da saúde e os serviços de saúde.

Demografia Indígena e Saúde Reprodutiva

As discussões no campo da saúde reprodutiva envolvem, de uma maneira direta ou indireta, referências à dinâmica demográfica, e sobretudo à fecundidade. No tocante aos povos indígenas, tais discussões esbarram numa quase que absoluta ausência de dados. Praticamente a única informação demográfica disponível para o universo mais amplo dos povos indígenas no Brasil, e que está longe de ser confiável, diz respeito a tamanho populacional². Análises pormenorizadas sobre fecundidade, mortalidade e migração, entre outros aspectos da dinâmica demográfica, são de difícil consecução para os povos indígenas. Somente a partir de 1991, o censo demográfico passou a incluir a categoria “indígena” sob o quesito “cor”, não sendo disponível informação sobre filiação étnica específica (Azevedo, 2000; Coimbra Jr. & Santos, 2000).

A ausência de informações demográficas abrangentes impede que se realizem análises sobre os padrões de fecundidade dos povos indígenas, de grande relevância em discussões sobre saúde reprodutiva. Diante de tal quadro, resta a alternativa de, a partir de estudos de caso específicos, procurar traçar alguns delineamentos. Com ressalvas, é

² Veja, por exemplo, as informações díspares sobre tamanho da população indígena no Brasil disponibilizadas na internet por órgãos governamentais como a FUNAI [<http://www.funai.gov.br/>], FUNASA [<http://www.funasa.gov.br/ind/ind00.htm>] e IBGE [<http://www.ibge.gov.br/>].

possível identificar algumas questões relativas ao universo mais amplo do segmento indígena no Brasil.

Um dos aspectos que mais chama atenção na literatura sobre demografia indígena no Brasil é a constatação de elevados níveis de fecundidade. Para o ano de 1996, a taxa de fecundidade total (TFT) para o Brasil era de 2,32, variando desde 2,05 (região Sudeste) a 3,01 (região Norte) (DATASUS, 2000). Estudos em demografia antropológica publicados nas últimas duas décadas indicam níveis de fecundidade em mulheres indígenas substancialmente mais elevados que os observados para as mulheres não-indígenas no Brasil, via de regra superiores a 5-6 filhos (Azevedo, 2000; Early & Peters 1990; Flowers 1994; Meireles 1988; Picchi & College 1994; Souza & Santos, 2001; Werner, 1983, entre outros).

No que tange aos determinantes da alta fecundidade, podem ser citadas a valorização sócio-cultural de famílias numerosas, elevadas cifras de mulheres indígenas envolvidas em uniões conjugais, início da vida reprodutiva relativamente cedo (se comparado aos padrões ocidentais) e intervalos inter-genésicos (entre os partos) curtos, entre outros.

Um caso ilustrativo é aquele dos Xavánte, cujos dados demográficos para o período 1993-1997 foram analisados recentemente por Souza & Santos (2001). A fecundidade entre os Xavánte de Sangradouro-Volta Grande é elevada, traduzindo-se em uma TFT próxima de 8,6 filhos. Essa alta fecundidade está intimamente associada a intervalos inter-genésicos curtos, combinados com a iniciação da fase reprodutiva logo no começo da segunda década de vida, por volta dos 13-14 anos, que se estende até os 40-45 anos. Nos cinco anos analisados pelos autores, observou-se que a mulher mais jovem e mais velha que geraram crianças tinham, respectivamente, 13 e 45 anos, e a média dos intervalos interpartais foi de 23,3 meses. No final da terceira década de vida, aos 29 anos de idade, 93% das mulheres da amostra já estavam casadas.

O estudo de Early & Peters (1990), que enfocou os Yanomámi da região de Mucajaí, também traz informações valiosas para a compreensão dos determinantes do perfil de elevada fecundidade apresentado por essa sociedade. Nesse grupo, as meninas vivem na casa de seus pais até aproximadamente dois anos após a menarca (12,4 anos), quando então se mudam para a casa dos pais do noivo. A idade média da mãe por ocasião do nascimento

do primeiro filho é de 16,8 anos. As mães Yanomámi geralmente não engravidam nos dois primeiros anos após o nascimento, pela combinação do efeito da amamentação (supressor da ovulação) e a existência de prescrições contra a prática de relações sexuais ao longo do primeiro ano de vida da criança. Em decorrência, 70% dos intervalos interpartais situam-se entre 2,0 e 3,5 anos, com uma média de 2,3 anos. A combinação entre um início relativamente cedo da reprodução, exposição continuada à gravidez e período de lactação prolongado faz com que as mulheres Yanomámi atravessem aproximadamente 90% de suas vidas entre os 15 e 40 anos grávidas e/ou amamentando.

Uma outra diferença significativa entre mulheres indígenas e não-indígenas no Brasil, para além das magnitudes nos níveis de fecundidade, relaciona-se às tendências temporais. A população brasileira está atravessando uma acentuada transição demográfica. A fecundidade passou a declinar a partir da década de 1960, quando a TFT era de 6,3 (Duchiade, 1995), caindo para 2,3 em 1996 (DATASUS, 2000). No caso dos povos indígenas, não há evidências que apontem para um padrão de alteração da fecundidade de modo tão expressivo como o observado entre os não-indígenas. Se nos pautarmos nos estudos de caso, o que se observa, em algumas situações, é o inverso, ou seja, um aumento da fecundidade, sobretudo em grupos que se recuperaram das graves crises associadas ao estabelecimento do contato com a sociedade nacional (cf. Flowers, 1994).

Não é demais ressaltar que as informações demográficas mencionadas acima não são representativas do universo dos povos indígenas. Pelo contrário, são geográfica e etnograficamente bastante circunscritas, referentes a grupos localizados sobretudo na região amazônica. Praticamente inexistem informações sobre a dinâmica demográfica de grupos localizados nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. É possível que os padrões de fecundidade das mulheres indígenas nessas regiões, e também na própria Amazônia, seja distinto daquele delineado acima. Cite-se um exemplo. A redução do número médio de filhos no Brasil ocorreu devido à difusão maciça de métodos anticoncepcionais, sobretudo a pílula e a esterilização por laqueadura tubária (Duchiade, 1995). Até que ponto essas práticas, e a esterilização em particular, atingiram de forma disseminada as mulheres indígenas nessas regiões, que concentram as maiores freqüências de esterilizações em não-indígenas, é algo desconhecido.

Com base no exposto acima, pode-se concluir que, ao menos nos casos documentados, a tendência da demografia indígena caminha no sentido de manutenção de altas TFT, divergindo de modo acentuado do que se verifica na população brasileira em geral.

A isso pode-se adicionar a crescente politização do tema do incremento populacional indígena. Apesar de não existirem pesquisas mais aprofundadas sobre o tema, o posicionamento público dos militantes do movimento indígena na Amazônia é de oposição à adoção de quaisquer práticas contraceptivas, fazendo ressalvas, inclusive, ao uso de preservativos masculinos. A ausência de estudos sistemáticos sobre o assunto não permite qualquer inferência sobre a penetração destas práticas nas comunidades. No entanto, as posições públicas de dirigentes de lutas etnopolíticas que vêm sendo conduzidas com sucesso no país não podem ser ignoradas. As mesmas influem diretamente sobre o direcionamento de políticas públicas de saúde reprodutiva, particularmente se considerarmos que, na Amazônia Legal, o processo de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) vem sendo terceirizado, isto é, executado através de organizações (não-governamentais) indígenas e/ou de apoio à causa indígena, conveniadas com o órgão estatal. O fato de, por razões aparentemente ligadas à especificidade dessas culturas, a grande maioria dos mediadores etnopolíticos ser do sexo masculino, não vem sendo levado em consideração no que diz respeito às possíveis conseqüências da imposição de uma visão androcêntrica sobre os rumos de políticas e de programas nas áreas de saúde reprodutiva da mulher indígena no país.

Saúde reprodutiva da mulher indígena: aspectos epidemiológicos

No tocante às condições específicas de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil, grande parte dos agravos a sua saúde (principalmente aqueles de etiologia infecto-parasitária) não lhes são exclusivos, ocorrendo em diferentes graus e intensidades em mulheres de outras etnias/raças ou classes sociais. No entanto, em relação às mulheres indígenas, há particularidades que merecem ser destacadas por suas implicações sobre a saúde reprodutiva.

Como vimos anteriormente, nos grupos indígenas para os quais se dispõem de informações demográficas, as taxas de fecundidade são bastante elevadas. Doenças carenciais

específicas, como a anemia, assim como as principais doenças parasitárias endêmicas na população indígena, como a malária e as verminoses, podem estar associadas à produção de situações de gravidezes de risco cuja repercussão sobre a saúde da mulher e da criança ainda estão por ser melhor avaliadas. A anemia deve ser vista como uma das questões mais importantes associadas a complicações da saúde da mãe e da parturiente (cf. L. Brabin & B. Brabin 1992; B. Brabin, 1985; Royston, 1982). O parasitismo por ancilostomídeos, por exemplo, altamente endêmico nas populações indígenas, está associado ao aumento das perdas de ferro, agravando o quadro anêmico em mulheres grávidas (B. Brabin, 1985; Bundy, 1995). A anemia, particularmente na malária crônica, tende a ter maior impacto sobre mulheres adolescentes e adultas jovens, em especial as primíparas, que parecem ser mais suscetíveis à parasitose (cf. B.J. Brabin, 1985). Cerca de 60% da população indígena do país encontrar-se em áreas de risco para transmissão da malária (Ianelli, 2000). Berquó et al. (1995) observam que, em mulheres gestantes, a malária pode ter como consequência um aumento das taxas de aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer e morte materna.

Os impactos sobre a saúde das mudanças sócio-culturais e ambientais que se processam em praticamente todas as populações indígenas têm apontando para elevadas taxas de morbi-mortalidade por doenças infecto-parasitárias, elevada mortalidade infantil e desnutrição (Coimbra & Santos, 2001; Gugelmin et al., 2001; Pithan et al., 1991). Em vários grupos verifica-se, concomitantemente, o aumento da incidência de doenças metabólicas (diabetes mellitus), cardiovasculares, obesidade, alcoolismo e suicídio (Aguiar & Souza, 2000; Coimbra Jr. et al., 2001; Erthal, 2001; Santos & Coimbra, 1996; Vieira Filho et al., 1996). Esse quadro, ainda pouco conhecido, reveste-se de extrema complexidade e relevância, por suas implicações em todas as fases de vida da mulher e não apenas sobre seu ciclo reprodutivo. Por exemplo, os riscos potencializados pela associação entre gravidez, obesidade e diabetes são bem conhecidos.

No que se refere especificamente à saúde reprodutiva da mulher indígena, os pouquíssimos estudos disponíveis revelam um quadro alarmante, marcado por elevadas prevalências de doenças sexualmente transmissíveis, lesões ginecológicas de etiologia variada, mastopatias, além de queixas generalizadas de dores do baixo ventre, dispareunia e leucorréia.

Por exemplo, um inquérito realizado entre cerca de 90 mulheres Suruí (Rondônia) em idade reprodutiva, evidenciou 42% das examinadas com leucorréia, 56% com ectopia

cervical, 12% com cicatriz cervical, 7% com cancro luético e 7% com dispareunia. Quanto à colpocitologia, os exames mostraram infecções mistas por *Trichomonas*, *Candida* e/ou *Gardnerella* em aproximadamente 10% das mulheres. Alterações citopatológicas indicativas de infecção por HPV foram registradas em cerca 1,5% dos exames (Costa et al. 1991; 1993). No Pará, Brito et al. (1996) examinaram 80 mulheres Parakanã, das quais cerca de 90% apresentaram alguma patologia cervical, em geral de etiologia infecciosa. Chama atenção a elevadíssima prevalência de esfregaços com evidências de infecção por HPV, da ordem de 23%. Em inquérito realizado na população indígena do Alto Xingu, Taborda et al. (2000) observaram quadro semelhante aos acima descritos, qual seja, proporção elevada de esfregaços vaginais (>80%) apresentando atipias celulares de natureza inflamatória, em geral decorrentes de infecções sexualmente transmitidas. Vale ainda mencionar o inquérito soro-epidemiológico para *Chlamydia* sp. realizado por Ishak et al. (1993) na população adulta das etnias Kayapó-Xikrín, Kayapó-Kubenkrankégn e Parakanã, no Pará. Esse inquérito evidenciou elevada prevalência de infecção por *Chlamydia* entre as mulheres, da ordem de, aproximadamente, 78%, 37% e 98%, respectivamente (ver também Ishak & Ishak, 2001).

Casos de câncer (em especial de mama e cérvico-uterino), aparentemente raros no passado (Campos, 1960), parecem estar aumentando, haja vista os vários relatos, nem sempre formalmente documentados, de profissionais de saúde que atuam no atendimento dessas populações. Publicações recentes confirmam a importância de se realizar inquéritos epidemiológicos mais abrangentes visando um melhor delineamento da questão (cf. Lima et al., 2001; Taborda et al., 2000).

Fatores socioculturais e saúde reprodutiva

Mesmo um rápido olhar sobre a trajetória de construção do campo da saúde reprodutiva leva-nos a identificar a Conferência do Cairo, realizada em 1994, como um importante marco rumo à superação da visão instrumental da mulher e da reprodução, viabilizando a incorporação da perspectiva de gênero. Segundo Berquó (1998), a reunião também propôs uma concepção de “direitos reprodutivos” como uma forma de direitos humanos, ligados à superação das desigualdades de classe, de raça/etnia e de gênero. A Conferência do Cairo constitui um marco na politização do tema da saúde reprodutiva,

superando a ênfase tradicional em controle de natalidade e vinculando a discussão à multisetorialidade, à superação das desigualdades sociais e à participação democrática qualificada e informada (cf. Berquó, 1998; United Nations, 1994; Wang & Pillai, 2001).

Embora essas informações possam soar corriqueiras para os estudiosos da área de reprodução humana e saúde reprodutiva, é pertinente aqui recapitulá-las pois as mesmas ainda pouco penetraram nas discussões sobre saúde indígena.³ Nessa seção procuraremos problematizar algumas expressões próprias das culturas indígenas, as quais devem ser levadas em conta no estabelecimento de uma política culturalmente sensível de saúde reprodutiva e saúde da mulher.

Conforme mencionamos anteriormente, a contribuição da antropologia à saúde reprodutiva e à saúde da mulher indígena é restrita a uns poucos grupos, em geral amazônicos, e não aprofundam questões específicas do campo da saúde, em especial no tocante aos determinantes de doenças ou de outros agravos. Tratam principalmente de temas relacionados à inserção sócio-econômica e política da mulher nas sociedades indígenas, rituais e construção cultural do corpo/gênero (vide Castro, 1987; Francheto, 1996; Hill, 2001; McCallum, 1994; Murphy & Murphy, 1974; Perrin & Perruchon, 1997, dentre outros). Não obstante, à luz da Conferência do Cairo, esse conjunto de estudos pode e deve ser entendido como contribuições à saúde reprodutiva. Isso porque essas informações oferecem um importante referencial teórico para subsidiar a formulação de políticas públicas em saúde reprodutiva e sexual, assim como para o planejamento e programação destas ações nas comunidades indígenas.

³ Por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, o tema "Identidade e Saúde da Mulher Indígena" foi pela primeira vez abordado durante reunião destinada a debater saúde e direitos da mulher (M.S., 1987). A esta Conferência seguiram-se reuniões regionais sobre as condições de vida da mulher indígena, promovidas por organizações não-governamentais, nem sempre enfocando especificamente o tema da saúde (Anônimo, 1990; Ramos, 1990). As Conferências Nacionais de Saúde do Índio, em especial a última, realizada em 2001, também debateram aspectos da saúde reprodutiva da mulher indígena. Em nenhuma dessas oportunidades, no entanto, os debates foram balizados a partir dos marcos conceituais propostos no Cairo.

Deve-se ainda ressaltar que, em seu conjunto, os estudos etnográficos exploram aspectos culturais enfatizados pelos teóricos e militantes ligados ao campo da saúde reprodutiva, que, além de alertar para o risco de nos restringirmos a uma pauta unicamente biomédica, também recomendam a adoção de enfoques que levem em conta categorias como sexualidade, gênero, corporalidade e poder, dentre outras. Deve-se mencionar, no entanto, que os estudos antropológicos disponíveis não são imediatamente operacionalizáveis pelos profissionais diretamente vinculados ao sub-sistema de saúde indígena, exigindo um grande esforço de apreensão de seus sentidos e de reflexão sobre formas possíveis de aplicá-los em ações de saúde. Além disso, a impossibilidade de generalizá-los para além de seus contextos etnográficos particulares reforça a necessidade de se empreenderem novos estudos, incluindo grupos do nordeste, sul e sudeste do país, visando um melhor delineamento sobre o assunto.

Do ponto de vista antropológico, deve-se também atentar para os impactos do processo de mudanças sócio-culturais pelo qual vêm passando expressiva parcela da população indígena no Brasil, particularmente nas múltiplas esferas de atuação da mulher, com implicações diretas sobre sua saúde. Nesse contexto, um aspecto que merece ser destacado é a redução do papel econômico da mulher decorrente da reorientação da economia indígena para o mercado e gerando uma diminuição da complementaridade de papéis na divisão sexual do trabalho. Entre os Suruí de Rondônia, por exemplo, tal situação, decorrente da substituição da roça indígena (espaço de domínio eminentemente feminino) pela monocultura cafeeira, seguido do comércio de madeira (ambas atividades de responsabilidade masculina), fez-se acompanhar de significativa redução da esfera de influência da mulher, implicando em perda de espaço político e decisório na sociedade, além da exposição a doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros agravos (Coimbra Jr., 1989). A agricultura voltada para atender demandas do mercado regional, aliada a pecuária, extração de madeira, garimpo e outras atividades econômicas recém adotadas por diferentes sociedades indígenas amazônicas, afeta diferencialmente homens e mulheres, como também demonstraram Stocks & Stocks (1984), em estudo comparativo realizado entre os Candoshi, Cocamilla e Shipibo na Amazônia peruana.

Se, por um lado, grupos indígenas do sudoeste e sul amazônico, como os Suruí exemplificados acima, tiveram suas dinâmicas sociais profundamente alteradas pela rápida

mercantilização de suas economias, por outro, há situações em que, apesar do maior tempo de contato com a sociedade nacional, a economia de subsistência permaneceu prioritária, assim como também foram mantidas as formas tradicionais de divisão do trabalho, centradas na complementaridade entre os gêneros. Esse é o caso, por exemplo, de vários povos indígenas situados no Alto Rio Negro. Os contrastes entre os contextos do noroeste e sudoeste amazônicos exemplificam os limites da generalização baseada em estudos etnográficos específicos.

Contemplar a diversidade cultural na saúde reprodutiva implica, forçosamente, em complexificar a discussão pois, mesmo uma proposta ampla como aquela formulada na Conferência do Cairo, mostra-se inadequada para a adoção direta em sociedades indígenas (pelo menos no caso das sociedades amazônicas), como veremos a seguir.

No Cairo, saúde reprodutiva foi conceituada como:

“...um completo bem estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros e aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a de outros métodos de regulação da fecundidade cuja escolha não contrarie a lei, bem como ao direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e pelo parto, proporcionando aos casais a chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e bem estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis” (CIPD, 1994:57, grifos nossos).

Apesar dos indiscutíveis avanços da Declaração do Cairo, em especial quando comparados às abordagens estritamente biomédicas da reprodução humana, sua aplicabilidade à realidade indígena gera alguns problemas. Ao assentar-se no pressuposto – não explicitado com clareza, mas nem por isso menos influente – da liberdade individual de escolhas, a Declaração conflita com princípios norteadores fundamentais das sociedades indígenas, centrados na primazia dos direitos coletivos sobre os direitos do indivíduo. Em sociedades nas quais a construção coletiva da “pessoa”⁴ subordina as formas de representação da corporalidade, da sexualidade e da individualidade, *slogans* feministas como o “nosso corpo nos pertence” não encontram inserção nos modos rotineiros de entender e de organizar a vida. Aquilo que, no âmbito da academia, chamamos de “direitos reprodutivos” não encontra uma correspondência fácil com os princípios de organização sócio-política dos grupos de parentesco, que estruturam as sociedades indígenas e que moldam a expressão das relações de gênero. Além disso, as representações e práticas indígenas sobre reprodução humana e os cuidados que visam preservá-la não são nem métodos, nem técnicas e nem serviços, como aqueles pleiteados pela declaração do Cairo; mas sim, produções culturais ancoradas em outros pressupostos que não aqueles vinculados à taxonomia biomédica.

Tais questões remetem ao espinhoso debate relativo à posição da mulher nas sociedades indígenas. Dada a impossibilidade de se generalizar sobre o tema, optamos por exemplificar e problematizar alguns aspectos sócio-culturais que podem influenciar a saúde reprodutiva. Essa temática pode ser exemplificada a partir de informações etnográficas sobre povos indígenas da região do Alto Rio Negro – Tukáno e Arawák, para os quais não

⁴ Seeger et al. (1979) mostram como que nas sociedades indígenas a noção de indivíduo é tomada por seu lado coletivo, ou seja, o indivíduo é um instrumento, um complemento da categoria prioritária que é o grupo social. A produção de indivíduos só faz sentido na medida em que eles se reconheçam e sejam reconhecidos como membros de uma sociedade específica a qual, obrigatoriamente, sua existência deve se referir. Assim, a noção de indivíduo, tal como reconhecida no Ocidente, não faz sentido em sociedades cujos membros são categorizados como pessoas “culturalmente produzidas”, cuja existência não é produto de opção individual, mas sim, de uma outorga da sociedade.

somente existe alguma literatura sobre o tema, mas também porque um dos autores (L. Garnelo) vem realizando pesquisas nessa região (devido a limitação de espaço, optamos por não abordar os Makú e os Yanomámi).

Nas sociedades indígenas do Alto Rio Negro, diversos autores têm assinalado a influência das relações políticas, particularmente as trocas matrimoniais, na posição ocupada pela mulher (Chernella, 1997; C. Hugh-Jones; 1979; S. Hugh-Jones, 1979 e Jackson, 1983, 1988, 1992). Os grupos Tukáno, por exemplo, demarcam o parentesco pela língua e praticam a exogamia, casando-se com mulheres que falem línguas diferentes da sua. Os Arawák, por sua vez, afirmam sua identidade através de marcadores culturais não lingüísticos, praticando a exogamia entre frátrias. Em todos esses casos, a determinação de quem é ou não parente não segue uma lógica biológica, mas classificatória, sendo a posição masculina tomada como referência (isto é, o pai é aquele quem determina a descendência). Além de patrilineares, as sociedades indígenas dessa região são também patrilocais, o que leva a muitas situações em que a mulher, por ir residir na aldeia de seu esposo, é vista como uma estranha, sequer falando a língua do marido e de seus parentes.

Há ainda outras expressões das culturas indígenas rionegrinas que posicionam a mulher em uma situação, diríamos, no mínimo "frágil". Por exemplo, essas sociedades também dispunham de elaborados rituais de passagem direcionados aos jovens púberes do sexo masculino, com exclusão obrigatória das mulheres. Tais rituais têm sido interpretados como uma forma de reprodução não biológica da sociedade, pois viabilizavam a "produção" de novos membros adultos do grupo sem a participação feminina. Esses ritos propiciariam uma potencialização da capacidade reprodutiva masculina, através da apropriação simbólica dos poderes fecundantes da feminilidade pelos membros masculinos do grupo (Jackson, 1988). Entre os Baniwa (grupo Arawák), as representações da concepção costumam situar a mulher como uma "vasilha" que carrega a criança. Em caso de divórcio (pouco freqüente, mas possível), a norma determina que a prole permaneça com os parentes paternos, o que enfatiza o controle da descendência pelo polo masculino da relação matrimonial.

Diversas expressões da cultura indígena rionegrina também influenciam diretamente na posição da mulher na sociedade. Como membro do grupo dos "perigosos outros", a mulher costuma ser representada através de uma série de atributos negativos – imprevisível,

traíçoeira, poluidora, sexualmente voraz – que justificam sua exclusão dos espaços de poder. A violência simbólica imposta à figura feminina origina-se na própria estrutura destas sociedades. Cruza o espaço da dominação de gênero, remetendo a níveis mais profundos da sociedade, como o plano do parentesco, que regulamenta as regras matrimoniais e influi diretamente sobre o status auferido pela mulher. A subordinação feminina também é justificada através de mitos que atribuem à feminilidade a responsabilidade por boa parte dos infortúnios que acometem a humanidade. As mulheres são proibidas, por exemplo, de assistir ou participar dos rituais de passagem onde se adquire a condição de membro pleno da sociedade. Em consequência, reforça-se a restrição ao uso público da palavra, particularmente em contextos políticos, efetuando-se sua recategorização como seres incapazes de refletir sobre as conseqüências de seus atos⁵.

O conjunto de atributos negativos ligados à feminilidade não significa, entretanto, que as mulheres sejam vítimas indefesas de uma irrefreada violência masculina. No espaço doméstico as mulheres gozam de considerável poder, não havendo muitas alternativas disponíveis para o marido submeter a esposa às suas vontades. Igualmente, não se deve subestimar a coação moral que as mulheres podem exercer. A contribuição feminina na divisão sexual do trabalho constitui outro fator equilibrador das relações de gênero, amenizando a violência simbólica anteriormente descrita.

As transformações trazidas pelo contato interétnico têm produzido algumas alterações na condição feminina nas sociedades rionegrinas, algumas das quais têm efeito disruptivo para a manutenção de uma organização social fundada em hierarquias de gênero, de geração e de grupos de parentes. Entretanto, essas mudanças não parecem ter provocado alterações consistentes na posição da mulher na sociedade pois, ainda nos dias de hoje, as mulheres têm menos acesso à língua portuguesa, à escolaridade formal e à ocupação dos novos cargos trazidos pelo contato, como o de professores ou agentes de saúde. As relações com instituições não indígenas, como os serviços de saúde, continuam a ser mediadas pelos homens.

⁵ Os Baniwa utilizam o termo *manheke* para descrever a condição feminina. A tradução literal para o português é “não pensa”, isto é, uma pessoa irrefletida e egocêntrica, com escassa capacidade de reflexão sobre as conseqüências de suas atitudes.

Na população aldeada, questões relacionadas à saúde reprodutiva não costumam ser trazidas à atenção de profissionais de saúde não indígenas. A demanda por cuidados pré-natais e parto costuma ser baixa, sendo este um campo pouco medicalizado, que as sociedades indígenas rionegrinas parecem preferir manter sob seu próprio controle, remetendo aos serviços de saúde apenas uma pequena parcela de complicações de parto e puerpério. Não é possível saber se este comportamento será alterado com a oferta, ainda recente, de serviços de saúde por parte dos DSEIs.

Ao iniciarmos essa discussão, designamos o assunto como “espinhoso” (e o é de fato), já que nos expomos tanto às críticas das feministas quanto dos antropólogos (estes podem nos acusar de termos procedido uma análise apressada, generalizante e etnocêntrica). A abordagem de gênero na antropologia feita sobre as populações indígenas tem evidenciado uma série de vieses ligados à forma como os dados são obtidos. Antropólogas feministas como Nicole Mathieu (1973) têm demonstrando que os estudos etnológicos tendem a expressar uma visão androcêntrica das sociedades pesquisadas, tomando a perspectiva de informantes do sexo masculino como se fossem representativas de uma visão global da cultura. Tais questionamentos demonstram o pouco que sabemos das relações de gênero entre os povos indígenas e aponta para a possibilidade de que muitas informações que validamos sejam distorções advindas de inadequações metodológicas. Por outro lado, a abordagem de gênero também assinala a necessidade de problematizarmos as categorias com as quais trabalhamos no campo da saúde e que as vezes são aplicadas de forma simplificadora a contextos nos quais elas não fazem sentido.

A condição feminina descrita sumariamente acima pode parecer injusta ou inadequada quando vista unicamente a partir de um ponto de vista feminista, central na sociedade industrial contemporânea. A partir de uma perspectiva ocidental, a condição da mulher rionegrina é de subalternização. No entanto, propostas de intervenções apressadas e pouco informadas, que visem alterar esta condição, geram o risco de reproduzir posturas autoritárias, que só podem contribuir para incrementar a ameaça à integridade cultural e social de povos já tão fragilizados. Valores ocidentais de igualdade e individualidade não podem ser impostos, por mais justos que nos pareçam ser. Os mesmos deverão ser desejados e conquistados a partir de consensos internos dos grupos, sob pena de se tornarem mais um instrumento de opressão na longa história de dominação étnica. Portanto,

permanecem inúmeras questões para as quais só serão obtidas respostas através de pesquisa de campo realizadas em um maior número de sociedades. Por exemplo, como é possível conciliar direitos reprodutivos das mulheres com as características das culturas acima descritas? Como pode ser viabilizada a extensão dos direitos de contracepção e de decisão sobre a própria corporalidade em grupos cuja ordem social é fundada no controle de gênero? Não existe uma resposta fácil para estas questões, particularmente porque elas envolvem valores que não são partilhados por sociedades não ocidentais.

As observações que fizemos sobre a condição feminina em algumas sociedades indígenas rionegrinas não têm pretensão de generalização pois, como tivemos a oportunidade de reiterar anteriormente, entre os povos indígenas as situações são muito diversas, não havendo um padrão comum, aplicável a todos os grupos existentes no Brasil. A presente discussão visa apenas exemplificar e chamar atenção para a necessidade de efetuarmos estudos sistemáticos sobre produções culturais e saúde, onde muitas noções implícitas nas políticas de saúde vigentes, sejam estas reprodutivas ou de outros tipos, podem desempenhar um papel etnocêntrico. Para nos habilitarmos a propor modelos de intervenção culturalmente sensíveis, teremos que ser capazes de conhecer com maior precisão as sociedades às quais eles possam se destinar, e de pactuar com seus membros as melhores formas de orientar a aplicação de políticas de saúde reprodutiva, limitando assim os riscos de intervenções que, mesmo que, em tese, sejam baseadas no respeito à cultura indígena, possam se mostrar agressivas aos fundamentos de ordens sociais que não nos cabe transformar.

Comentários finais

O processo de mudanças sócio-culturais e econômicas que tem sido experimentado por significativa parcela das sociedades indígenas no Brasil, que se acelerou nas últimas três décadas, tem levado à produção de um contingente populacional marcadamente pobre e altamente suscetível a vários agravos à saúde. Mudanças nos padrões de comportamento sexual e reprodutivo, comumente caracterizadas pela relação de homens e/ou mulheres indígenas com não-índios, tornam-se freqüentes em situação de contato e de enfrentamento com colonos, garimpeiros, militares em zonas de fronteira e outros. O abandono de esquemas tradicionais que promoviam o espaçamento das gestações e limitavam o número

de filhos configura outro fator importante na determinação da saúde reprodutiva da mulher indígena.

Essas mudanças também têm sido acompanhadas, em muitos casos, de uma tendência à migração indígena, da aldeia para a cidade. Em determinados contextos, o processo de urbanização indígena, crescente em várias regiões do país, pode implicar em uma maior inserção da mulher no mercado de trabalho, sem que se verifique, contudo, um crescimento equivalente de seu poder político no seio do grupo familiar ou étnico. Esse processo, ainda muito pouco conhecido, certamente traz em seu bojo novos agravos à saúde reprodutiva da mulher indígena.

Esse conjunto de fatores implica em novos riscos que, em muitos casos, podem levar à piora das condições de vida e de saúde e, por conseguinte, no aumento de demandas pela assistência à saúde. Ao longo desse capítulo, procuramos chamar atenção para o mosaico de situações relativas à saúde reprodutiva (tanto do ponto de vista sócio-antropológico quanto epidemiológico) no qual se encontram as sociedades indígenas no Brasil.

Tal configuração representa importante desafio ao delineamento de uma política de saúde reprodutiva, assim como de um programa universal que atenda a diversidade de demandas no campo da saúde reprodutiva da mulher indígena no país.

Essa dificuldade faz-se ainda maior quando verificamos a ausência de dados sistemáticos e de qualidade sobre os mais elementares indicadores de saúde. A visibilidade de indicadores de saúde ligados à posição que grupos étnico e/ou racialmente diferenciados, ocupam em uma sociedade hierarquizada como a brasileira – e que vêm sendo manejados com eficácia política pelos militantes do movimento negro – é um recurso ainda pouco explorado na saúde indígena⁶. A inexistência de estatísticas básicas e confiáveis enfraquece politicamente a saúde indígena e gera um potencial desperdício dos já escassos recursos,

⁶ Esse quadro de “invisibilidade” da saúde indígena, sobre a qual já tivemos a oportunidade de discutir anteriormente, tem profundas implicações sobre o aperfeiçoamento de uma política de saúde para as populações indígenas no país, assim como o planejamento, a definição de orçamentos e a avaliação de programas e de serviços de saúde, garantindo às populações indígenas um acesso e nas possibilidades de acesso mais equitativo aos serviços no Sistema Único de Saúde - SUS (cf. Coimbra Jr. & Santos, 2000).

bem como impossibilita a aplicação de metodologias epidemiológicas no planejamento e avaliação de ações por parte dos recém implantados Distritos Sanitários Especiais Indígenas⁷.

Na maioria das vezes, tampouco os serviços de saúde destinados ao atendimento destas populações encontram-se preparados, tanto no que se refere à disponibilidade de recursos humanos como de infraestrutura física, para prover atendimento especializado nas áreas da saúde reprodutiva e saúde da mulher. Por conseguinte, informações sobre morbidade e mortalidade, nem mesmo materna, são geradas. Este quadro resulta em uma situação de quase total desconhecimento acerca da saúde da mulher indígena, comprometendo não somente o debate sobre este tema, como também impondo sérios limites a um planejamento mais adequado das ações de saúde, principalmente aquelas de enfoque preventivo.

Profissionais que trabalham com saúde indígena e representantes indígenas nos fóruns deliberativos do sistema de saúde têm como consenso a necessidade de se estabelecer políticas públicas afirmativas, capazes de favorecer a equidade, para aqueles que enfrentam maiores dificuldades de acesso à rede de serviços. O fato de ser consensual entre trabalhadores e agentes etnopolíticos não quer dizer que tal princípio seja aceito sem questionamentos por outros atores políticos que, apesar de não serem indígenas e nem estarem vinculados a esta proposta de trabalho, têm graus diversos de governabilidade sobre o sub-sistema de saúde indígena e sobre o desenvolvimento de programações direcionadas a estes povos⁸.

⁷ Salvo raras exceções, a programação dos DSEIs tem priorizado a demanda espontânea. A falta de dados impede que os mesmos demonstrem de maneira convincente a eficácia e eficiência do modelo atual, dificultando a defesa de uma política de saúde que, mesmo sendo produto de um fértil processo participativo, pode vir a ser aniquilada com uma simples medida de redução de orçamento ou por uma alegada impossibilidade de se comprovar uma relação positiva de custo-benefício na aplicação de recursos públicos.

⁸ Este é o caso, por exemplo, de prefeituras e secretarias de saúde, para as quais a alocação de recursos adicionais necessários para garantir maior equidade no acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde é considerado desnecessário, ou mesmo indesejável.

Outro desafio a ser enfrentado é o da diversidade cultural entre os povos indígenas, o que não só compromete a implementação de propostas técnicas e políticas unificadas para fazer frente à iniquidade do sistema de saúde, mas também dificulta a necessária visibilidade dos problemas sanitários ligados à sua posição de minoria⁹.

Referência

- Aguiar, J.I.A. & Souza, J.A., 2000. Alcoolismo em população Terena no Estado de Mato Grosso do Sul. Impacto da sociedade envolvente. In: *Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas*, pp. 149-165. Série Seminários e Congressos, No. 4. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde.
- Anônimo, 1990. 1o. Encontro de Mulheres Índias do Amazonas e Roraima. *Mensagem* (Manaus), 63 (abril-junho): 107-110.
- Azevedo, E., 2000. Censos demográficos e “os Índios”: dificuldades para reconhecer e contar. In: *Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000* (C.A. Ricardo, ed.), pp. 79-83. São Paulo: Instituto Socioambiental.
- Barbosa, M.I.S., 1998. *Racismo e Saúde*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Barros, F.C.; Victora, C.G. & Horta, B.L., 2001. Ethnicity and infant health in Southern Brazil. A birth cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 30:1001-1008.
- Bellier, I., 1993. Réflexions sur la question du genre dans les sociétés amazoniennes. *L'Homme*, 33:517-526.
- Berquó, E., 1998. O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo. In: *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas* (E. Bilac & M.I. Rocha, orgs.), pp. 23-38. São Paulo: Editora 34.
- Berquó, E.; Araújo, M.J.O. & Sorrentino, S.R., 1995. *Fecundidade, Saúde Reprodutiva e Pobreza na América Latina. O Caso Brasileiro*. Campinas: CEBRAP/ NEPO/ Universidade Estadual de Campinas.

⁹ Por exemplo, a discriminação da categoria indígena no item “cor” do censo nacional, não apenas é pouco operacional para sua utilização no sub-sistema de saúde indígena mas também é etnocêntrica, pois não deixa de ser uma agressão cultural essa redução simplificador da diversidade cultural indígena a uma condição genérica de “índio”, visto sob o quesito “cor”.

- Brabin, B.J., 1985. Epidemiology of infection in pregnancy. *Reviews of Infectious Diseases*, 7:579-603.
- Brabin, L. & Brabin, B.J., 1992. Parasitic infections in women and their consequences. *Advances in Parasitology*, 31:1-81.
- Brito, E.B.; Menezes, R.C.; Martins, S.J.; Bastos, M.G. & Sousa, A., 1996. Estudo preliminar para detecção de cérvico-vaginites e lesões precursoras do câncer de colo uterino, em índias da tribo Parakanã. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 42:11-15.
- Bundy, D.A.P.; Chan, M.S. & Savioli, L., 1995. Hookworm infection in pregnancy. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 89:521-522.
- Campos, S.S., 1960. Estudos sobre o câncer nos índios do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 17:33-50.
- Castro, E.B.V. de, 1987. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil* (J.P de Oliveira, org.), pp. 31-42. Rio de Janeiro: Marco Zero.
- Chernela, J., 1997. The ideal speech moment: women and narrative performance in the Brazilian Amazon. *Feminist Studies*, 29:73-96.
- CIPD. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Cairo, 1994 (versão em português: Brasil, CIPD,1996, 199pg).
- Coimbra Jr., C.E.A., 1989. *From Shifting Cultivation to Coffee Farming: The Impact of Change on the Health and Ecology of the Suruí Indians in the Brazilian Amazon*. Dissertação de Doutorado, Bloomington: Indiana University.
- Coimbra Jr., C.E.A.; Chor, D. & Santos, R.V., 2001. Blood pressure levels in Xavante adults from the Pimentel Barbosa Indian reservation, Mato Grosso, Brazil. *Ethnicity and Disease*, 11:232-240.
- Coimbra Jr., C.E.A. & Santos, R.V., 2000. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5:125-132.
- Coimbra Jr., C.E.A. & Santos, R.V., 2001. *Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil: Considerações Gerais*. Documento de Trabalho no. 3, Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia.

- Costa, R.L.B.; Coimbra Jr., C.E.A. & Tsumori, T., 1991. Projeto Saúde Indígena no Parque Aripuanã. Componente Saúde da Mulher. Relatório apresentado ao Hospital Evandro Chagas e Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. (mimeo.).
- Costa, R.L.B.; Coimbra Jr., C.E.A.; Santos, R.V.; Tsumori, T.; Nogueira, W. & Ewerton, M.B., 1993. Avaliação clínico-epidemiológica das condições de saúde da mulher indígena Suruí, Rondônia. In: XXIX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, *Resumos*, 7-11 de março, resumo no. 552.
- Cruz, I.C.F. & Pinto, A.S., 2002. Condições para a saúde e o bem-estar? Inquérito sobre as mulheres negras do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 340-341.
- DATASUS (Departamento de Informática do SUS), 2000. *Indicadores e dados básicos, Brasil, 1997*. Acessado em janeiro 4, 2000 [<http://www.datasus.gov.br/cgi/ibd97/matriz.htm>].
- Duchiade, M.P. 1995. População brasileira: Um retrato em movimento. In: *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80* (M.C.S. Minayo, org.), pp. 14-56. São Paulo: Hucitec.
- Early, J.D. & Peters, J.F., 1990. *The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama*. New York: Academic Press.
- Erthal, R.M.C., 2001. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:299-312.
- Faerstein, E.; Aquino, E.M.L. & Ribeiro, D.C.S., 1989. Câncer na mulher: uma prioridade no Brasil? In: *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil* (M.E. Labra, org.), pp. 163-183, Petrópolis: Editora Vozes/ Rio de Janeiro: Abrasco.
- Flowers, N.M., 1994. Crise e recuperação demográfica: Os Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso. In: *Saúde e Povos Indígenas* (R.V. Santos & C.E.A. Coimbra Jr., orgs.), pp. 213-242. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Franchetto, B., 1996. Mulheres entre os Kuikúro. *Estudos Feministas*, 4:35-54.
- Franchetto, B.; Cavalcanti, M.L.V.C. & Heilborn, M.L., 1983. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Galvão, L. & Díaz, J. (organizadores), 1999. *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec.

- Giffin, K. & Costa, S.H. (organizadores), 1999. *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gugelmin, S.A. & Santos, R.V., 2001. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:313-323.
- Gugelmin, S.A.; Santos, R.V. & Leite, M.S., 2001. Crescimento físico de crianças indígenas xavantes de 5 a 10 anos de idade em Mato Grosso. *Jornal de Pediatria*, 77:17-22.
- Guzick, D.S., 1978. Efficacy of screening for cervical cancer: a review. *Am. J. Publ. Health*, 68:125-134.
- Hardy, H. (organizador), 1998. Suplemento temático de *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 14, suplemento 1, pp. 4-148.
- Hill, J., 2001. The variety of fertility cultism in Amazonia: a closer look at gender symbolism in northwestern Amazonia. In: *Gender in Amazonia and Melanesia: An Exploration of the Comparative Method* (T.A. Gregor & D. Tuzin, eds.), 45-68. Berkeley: University of California Press.
- Hugh-Jones, C., 1979. *From the Milk River: Spatial and Temporal Processes in Northwest Amazonia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hugh-Jones, S., 1979. *The Palm and the Pleiades: Initiation and Cosmology in Northwest Amazonia*. London: Cambridge University Press.
- Ianelli, R.V., 2000. Epidemiologia da malária em populações indígenas da Amazônia. In: *Doenças Endêmicas: Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais* (R.B. Barata & R. Briceño-León, organizadores), pp. 355-374. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ishak, M.O.G. & Ishak, R., 2001. O impacto da infecção por *Chlamydia* em populações indígenas da Amazônia brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:385-396.
- Ishak, M.O.G.; Ishak, R.; Cruz, A.C.R.; Santos, D.E.M. & Salgado, U., 1993. Chlamydial infection in the Amazon region of Brazil. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 87: 60-62.
- Jackson, J., 1983. *The Fish People: Linguistic Exogamy and Tukano Identity in Northwest Amazonia*. London: Cambridge University Press.
- Jackson, J., 1988. Gender relations in the Central Northwest Amazon. *Antropologica*, 70:17-38.

- Jackson, J., 1992. The meaning and message of symbolic sexual violence in Tukanoan ritual. *Anthropological Quarterly*, 65:1-18.
- Labra, E. (org.), 1989. *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes/ Rio de Janeiro: Abrasco.
- Lima, M.G.; Koifman, S.; Peixoto, M.; Naomi, S. & Amaral, M.C., 2001. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:1537-1544.
- Martins, A.L. & Tanaka, A.C., 2000. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 10:27-38.
- Mathieu, N.C., 1973. Homme-culture et femme-nature?. *L'Homme*, 13:101-103.
- McCallum, C., 1994. Ritual and the origin of sexuality in the Alto Xingu. In: *Sex and Violence* (P. Harvey & P. Gow, eds.), pp. 90-114. London: Routledge.
- Meireles, D.M., Sugestões para uma análise comparativa da fecundidade em populações indígenas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 5:1-20.
- Mendonça, G.A.S., 1993. Câncer na população feminina brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 27:68-75.
- M.S. (Ministério da Saúde), 1987. *Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Murphy, Y. & Murphy, R. *Women of the Forest*. New York: Columbia University Press, 1974.
- Ojanuga, D.N. & Gilbert, C., 1992. Women's access to health in developing countries. *Social Science and Medicine*, 35: 613-617.
- Olinto, M.T. & Olinto, B.A., 2000. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16:1137-1142.
- Perrin, M. & Perruchon, M. (editores), 1997. *Complementariedad entre Hombre y Mujer: Relaciones de Género desde la Perspectiva Amerindia*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Picchi, D. & College, F.P., 1994. Observations about a central Brazilian indigenous population: the Bakairi. *South American Indian Studies*, 4:37-46.

- Pinto, E.A. & Souza, R., 2002. A mortalidade materna e a questão raça/etnia: importância da lei do quesito cor no sistema de saúde. *Perspectiva em Saúde e Direitos Reprodutivos*, 5:28-30.
- Pithan, O.; Confalonieri, U. & Morgado, A., 1991. A situação de saúde dos índios Yanomami: diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:563-580.
- Ramos, M.L.O., 1990. "Waled". Mulher Suruí "Paiteir". *Mensageiro* (Manaus), 63 (abril-junho): 27-29.
- Royston, E., 1982. The prevalence of nutritional anaemia in women in developing countries: a critical review of available information. *World Health Statistics Quarterly*, 35: 51-91.
- Santos, R.V. & Coimbra Jr., C.E.A., 1996. Socioeconomic differentiation and body morphology in the Suruí of southwestern Amazonia. *Current Anthropology*, 37: 851-856.
- Seeger, A.; Da Matta, R. & Viveiros de Castro, E., 1979. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional* (Antropologia), 32:2-19.
- Souza, L.G. & Santos, R.V., 2001. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17:355-365.
- Stocks, K. & Stocks, A., 1984. Status de la mujer y cambio por aculturación: casos del Alto Amazonas. *Amazonia Peruana*, 5: 65-77.
- Taborda, W.C.; Ferreira, S.C.; Rodrigues, D.; Stávele, J.N. & Baruzzi, R.G., 2000. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7:92-96.
- United Nations, 1994. *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September 5-13, 1994*. New York: United Nations.
- Vieira-Filho, J.P.B., 1996. Emergência do diabetes melito tipo II entre os Xavantes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 42:61.
- Wang, G. & Pillai, V.K., 2001. Women's reproductive health: a gender-sensitive human rights approach. *Acta Sociologica*, 44:232-242.
- Werner, D., 1983. Fertility and pacification among the Mekranoti of Central Brazil. *Human Ecology*, 11:227-245.

WHO (World Health Organization), 1985. *Women, Health and Development. A Report by the Director-General*. Offset Publication No. 90. Geneva: WHO.