



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

**Mulheres indígenas Suruí: narrativas sobre saúde e doença relacionadas
às experiências sexuais e reprodutivas**

Lihsieh Marrero

**Rio de Janeiro
Abril, 2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher**

Mulheres indígenas Suruí: narrativas sobre saúde e doença relacionadas às experiências sexuais e reprodutivas

Lihsieh Marrero

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde da Mulher no ano de 2007.

Orientadores: Claudia Bonan Jannotti - IFF/FIOCRUZ
Carlos Everaldo Alvarés Coimbra Júnior - ENSP/FIOCRUZ

**Rio de Janeiro
Abril, 2007**

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO
CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE
BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

M358 Marrero, Lihsieh

Mulheres indígenas Suruí: narrativas sobre saúde e doença
relacionadas às experiências sexuais e reprodutivas / Lihsieh
Marrero . – 2007 .
xii , 95 f. , il. , tab.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) -
Instituto Fernandes Figueira , Rio de Janeiro , 2007.

Orientador : Claudia Bonan Jannotti
Carlos Everaldo Alvarés Coimbra Júnior

Bibliografia : f. 81 – 90.

1. Saúde da Mulher . 2 . Sexualidade . 3 . Reprodução . 4 .
Índios Sul - Americanos . I. Título.

CDD - 22ª ed. 362.83

*Dedico esse trabalho à minha mãe e amiga Ana Maria, pela confiança e carinho,
e a Jesem Douglas, companheiro de todas as horas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, Ana Maria, Roberto, Tai-Li e Li-T`Sui, pelo apoio e carinho incondicionais.

À Jesem Douglas, meu companheiro, que muito me incentivou nessa aventura.

Aos amigos e orientadores Claudia Bonan e Carlos Coimbra Jr. sem os quais essa dissertação não seria possível.

Aos membros da Secretaria Acadêmica da Pós-Graduação do Instituto Fernandes Figueira, pessoas fundamentais para a conclusão desse trabalho.

À equipe do DSEI Vilhena / FUNASA / CORE-RO, em especial a Alda da Silva Uchoa e Ivani Claudete Gromann, responsáveis pela articulação do trabalho de campo.

À equipe de saúde da CASAI - Cacoal pelo apoio na interlocução com os Suruí.

À Lana Suruí pela companhia, tradução e articulação das entrevistas.

Às professoras Maria Lúcia Cardoso dos Santos e Rosana Beininger Cambraia pelo incentivo ainda na graduação.

Ao povo Suruí, em especial as mulheres, que me receberam e compartilharam as histórias de suas experiências.

À Fundação Ford e a Fundação Oswaldo Cruz pelo apoio financeiro durante o curso de mestrado.

SIGLÁRIO

AIS – Agente Indígena de Saúde

CASAI - Casa de Saúde do Índio

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CORE-RO - Coordenação Regional da FUNASA em Rondônia

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena de Saúde

EMS - Equipe Multidisciplinar de Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNDDSSRR - Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFT - Taxas de Fecundidade Total

T.I. - Terra Indígena

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

- Figura 1.1 - Casa de Saúde do Índio, vista externa, Cacaol-RO, 2006. 43
- Figura 1.2 - Distribuição das categorias de escolaridade entre mulheres Suruí, CASAI, Cacoal-RO, 2006. 52
- Figura 1.3 - Distribuição da situação conjugal de mulheres Suruí CASAI, Cacoal-RO, 2006. 52
- Tabela 1 - Distribuição das faixas etárias de mulheres Suruí, CASAI, Cacoal-RO, 2006. 51

RESUMO

O estudo apresenta resultados de pesquisa qualitativa, com enfoque sócio-antropológico, realizada entre mulheres indígenas Suruí, em Rondônia, cujo objeto foram narrativas sobre saúde e doença relacionadas às experiências reprodutivas e sexuais. Seu objetivo foi compreender práticas, conhecimentos e representações sobre saúde e doença neste âmbito. Foram entrevistadas 45 mulheres alojadas na Casa de Saúde do Índio do município de Cacoal. Na análise do material, buscou-se contextualizar as representações e as experiências e desvendar aspectos estruturais das narrativas. As declarações sobre “doenças de mulher” mesclam elementos da cultura indígena, do conhecimento biomédico e da doutrina cristã, revelando o desenvolvimento de novas lógicas que permeiam a representação e a experiência da doença, que não coincidem com as tradicionais, mas também são distintas daquelas modernas. Esse processo gera novas demandas referentes à saúde que nem sempre são satisfeitas, devido à falta de infra-estrutura dos serviços locais e ao pouco preparo dos profissionais de saúde para a abordagem das necessidades específicas das indígenas. Os resultados da pesquisa deixam transparecer as defasagens entre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher e as ações de saúde locais voltadas para as populações indígenas, sinalizando a necessidade da ampliação dos debates políticos e teóricos sobre direitos reprodutivos e saúde sexual e reprodutiva. Para o avanço desses debates, é fundamental um melhor conhecimento das sociedades indígenas - suas experiências e necessidades de saúde - e a incorporação dessas nas discussões e nas decisões no âmbito das políticas de saúde.

Palavras-chaves: Saúde da Mulher; Sexualidade; Reprodução; Índios Sul-Americanos

ABSTRACT

The study results from qualitative research, based on a social-anthropologic focus, realized among Suruí Indian women from Rondônia. The objects of this study were narratives about health and illness related to the sexual and reproductive experiences. Its aim was to comprehend practices, knowledge and representations about health and illness in this scope. 45 women lodged in the Indian Health Centre from Cacoal city were interviewed. In the analysis of the material, we tried to contextualize the representations and experiences and we also tried to uncover structural aspects of the narratives. The narratives about “women’s illnesses” mix elements from the Indian culture, from the biomedical knowledge and from the Christian doctrine, revealing the development of new logics that permeate the representation and the experience of the disease, that do not coincide with the traditional ones, but that are also different from the modern ones. This process generates new requests concerning health, which are not always fulfilled due to the lack of infra-structure of the local services and to the lack of preparation of the health professionals for the approach of the specific needs from the Indian women. The results of the research show clearly the imbalances between the ministerial politics of women’s health and the local health actions directed to indian people, indicating the necessity to enlarge the political and theoretical debates about reproductive rights and sexual and reproductive health. For the advance of these debates, the knowledge of the indian society is essential - their experiences, their health needs and their incorporation, the women in particular - on the arguments and decisions concerning the politics of health.

Key-Words: Women’s health; Sexuality; Reproduction; South American Indians

SUMÁRIO

1 - Introdução.....	XI
2 – Questões teóricas do estudo	13
2.1 - Direito, saúde e reprodução.....	13
2.2 - Cultura, tradição e modernidade.....	19
2.3 - Revisão de literatura.....	22
2.3.1 - Mulheres indígenas no Brasil, saúde e reprodução.....	22
2.3.2 - Mulheres indígenas e as políticas de saúde no Brasil.....	28
2.3.3 - Os Suruí de Rondônia.....	31
3 – Materiais e Métodos.....	39
3.1 - A teoria e as narrativas.....	39
3.2 - O encontro com as mulheres Suruí.....	41
3.3 - O desenvolvimento do trabalho de campo.....	46
3.4 - Análise do material coletado.....	49
3.5 - Breve perfil das mulheres entrevistadas.....	50
3.6 - Considerações éticas.....	53
4 - Resultados e discussão.....	54
4.1 - Saúde, doença e reprodução.....	56
4.2 - Saúde, doença e sexualidade.....	69
5 - Considerações finais.....	77
6 - Referências.....	81
Anexo I - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	91
Apêndice I - Ficha de identificação.....	93
Apêndice II - Roteiro temático para entrevista aberta.....	94

1 - Introdução

O perfil de saúde dos povos indígenas no Brasil é pouco conhecido, mas os estudos disponíveis têm evidenciado um quadro preocupante (Garnelo et al., 2003; Santos & Coimbra Jr., 2003). O processo de contato dessas populações com outros setores da sociedade nacional - apesar das diversas formas assumidas em períodos e regiões - teve importante impacto nas dinâmicas das sociedades indígenas, implicando em restrição territorial, em pauperização, na mercantilização da economia, no trabalho assalariado e no sedentarismo, além de novos hábitos alimentares que têm afetado suas condições de saúde e nutrição (Santos & Coimbra Jr., 2003). As mudanças em curso também se refletem nos comportamentos reprodutivos e nas dinâmicas conjugais e familiares, assim como na posição das mulheres na vida social e política dessas sociedades (Azevedo, 2005; Camargo et al., 2005; Coimbra Jr. & Garnelo, 2004; Pagliaro et al., 2005).

É nesse contexto que se deve pensar a problemática da saúde das mulheres indígenas, incluindo os aspectos relacionados às suas experiências sexuais e reprodutivas. Os poucos estudos existentes sobre essa temática, apesar de limitados a etnias específicas, mostram que as condições de saúde das mulheres indígenas são precárias, caracterizadas, principalmente, pela manutenção de altas taxas de mortalidade materna e de prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (Escobar et al., 2005; Ishak & Ishak, 2001; Taborda et al., 2000). Este retrato da saúde indígena é agravado pela ausência de infra-estrutura dos serviços de saúde, pela descontinuidade dos serviços prestados e pelo despreparo dos profissionais para implementar ações de saúde que respeitem as diferenças étnicas e culturais dos povos indígenas (Athias, 2004; Garnelo & Langdon, 2005; Langdon, 2004a).

A saúde da mulher tem sido um tema relevante nas agendas dos governos e dos movimentos sociais, no Brasil e no mundo (Berquó, 1998; Costa, 1999; Portella, 2005; Villela & Monteiro, 2005). Em que pese os avanços políticos e teóricos introduzidos pelos conceitos de direitos reprodutivos e de saúde sexual e reprodutiva, eles ainda são carregados de valores etnocêntricos, centrados na cultura ocidental moderna. Valores como “liberdade de escolha”, “individualidade” e “auto-realização” nem sempre encontram correspondência imediata nas sociedades indígenas, onde, culturalmente, direitos coletivos sobrepuja-se aos individuais (Conklin, 2004; Monteiro, 2004). A extensão desses debates para a saúde das mulheres indígenas é uma necessidade evidente, mas esbarra em obstáculos - como o parco conhecimento das suas construções culturais sobre saúde, doença, sexualidade e reprodução, e a pouca participação das mulheres indígenas dos espaços de debate sobre a saúde da mulher no Brasil.

É nessa perspectiva que se insere a pesquisa realizada para esta dissertação de mestrado. Seu objeto de estudo são narrativas de mulheres Suruí sobre saúde e doença relacionadas às suas experiências sexuais e reprodutivas. O objetivo geral da pesquisa foi compreender suas práticas, conhecimentos e representações sobre a temática. Foram enfocadas, especificamente, questões sobre a menarca, a gestação, o parto, o puerpério, a amamentação, a contracepção, as doenças sexualmente transmissíveis e o câncer ginecológico.

A dissertação está organizada em cinco capítulos. O primeiro é destinado a introdução geral, apresentando o objeto de estudo e os objetivos da pesquisa. O segundo capítulo apresenta as questões teóricas do estudo e está subdividido em três seções: *Direito, saúde e reprodução*, que aborda questões relacionadas à política nacional e internacional voltadas a saúde reprodutiva das mulheres; *Cultura, tradição e modernidade*, em que são apresentados os referenciais teóricos dos quais foram emprestados esses conceitos; e *Revisão de literatura*, onde se faz uma revisão de estudos sobre a saúde das mulheres indígenas no Brasil, em especial, a saúde reprodutiva, das políticas de saúde voltadas às mulheres no Brasil e a inclusão das mulheres indígenas neste cenário, e da literatura sobre o povo Suruí de Rondônia. No terceiro capítulo são apresentados os referenciais teórico-metodológicos do estudo, o desenvolvimento do trabalho de campo e os procedimentos utilizados na análise do material obtido. O quarto capítulo é destinado à apresentação dos resultados e discussão dos mesmos. Por fim, no quinto capítulo são feitas as considerações finais.

Esta pesquisa encontra-se no âmbito de um projeto de pesquisa maior, multicêntrico, intitulado “Saúde e demografia em contextos de mudanças sociais, econômicas e culturais na Amazônia Legal”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (parecer no. 121/05) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (registro no. 12623). O projeto multicêntrico é desenvolvido em parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ e a Universidade Federal de Rondônia, financiado pela Fundação Ford.

2 - Questões teóricas do estudo

2.1 - Direito, saúde e reprodução.

Os campos de debates teóricos eleitos para o desenvolvimento do estudo são aqueles que têm se debruçado sobre as noções de direitos reprodutivos e saúde sexual e reprodutiva.

Nas últimas décadas do século XX, os debates políticos e teóricos e as pesquisas no campo da saúde da mulher e da saúde reprodutiva floresceram, enfocando temas como direitos humanos, relações de gênero, anticoncepção, saúde sexual, entre outros. Paulatinamente, essas discussões foram incorporadas às agendas públicas e institucionais, nas instâncias nacionais e internacionais, dando ensejo ao desenvolvimento de novos marcos normativos no âmbito das políticas de saúde (Costa & Silvestre, 2004; Corrêa, 1999; Portella, 2005; Villela & Monteiro, 2005).

Os conceitos de direitos reprodutivos e de saúde sexual e reprodutiva têm uma de suas raízes históricas no movimento feminista que, a partir das décadas de 1960 e 1970, clamou pela liberdade de decisão nas esferas da sexualidade e da reprodução, assim como pelo acesso aos meios que possibilitassem a concretização de suas escolhas de modo seguro¹.

Organizados em praticamente todos os continentes, esses movimentos se opunham tanto ao enfoque tradicional dos serviços de saúde voltados para as mulheres, centrado exclusivamente no papel maternal, como às políticas de controle demográfico, implemen-

¹ No IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado em Amsterdã, em 1984, foi cunhada a expressão *direitos reprodutivos*, denotando uma então já vasta área de reflexão, produção de conhecimentos e demandas, desenvolvida nos debates dos movimentos de mulheres (Corrêa & Petchesky, 1996).

tadas por agências internacionais de planejamento familiar, em várias partes do mundo, a partir da década de 1950 (Bonan, 2002; Corrêa & Petchesky, 1996; Costa, 1999). Propunham a tese que as mulheres - tanto como indivíduos como em suas formas organizacionais e identidades comunitárias - deveriam ser sujeitos capazes de determinar suas próprias vidas reprodutivas e sexuais, em condições saudáveis e bem-estar econômico e social (Corrêa & Petchesky, 1996).

No Brasil, em resposta à pressão social, em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), cujo documento original intitulou-se *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática* (MS, 1984). O PAISM é considerado um marco na história das políticas de saúde no país, tanto por haver sido a primeira política a incorporar a noção de integralidade na assistência à saúde, como por introduzir, ainda que sem utilizar explicitamente o termo, a noção de direitos reprodutivos:

“A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar - o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais. Para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em consequência, exercer em plenitude o planejamento de sua prole. Objetivo complexo, porém de alcance possível com a implantação e firme execução da proposta de assistência integral à saúde da mulher e de apoio desejado de todos os segmentos da sociedade. Ao planejamento familiar deve ser atribuído, portanto, o lugar adequado no contexto das ações de”. Saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas

sociais e econômicos e nem ter ignorado a sua inegável interface com o setor saúde” (Ministério da Saúde, 1984:15).

Os direitos reprodutivos foram consagrados no corpo jurídico brasileiro pela Constituição Federal de 1988, quando estabeleceu que:

“Fundado nos princípios da dignidade humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas” (Artigo 226, parágrafo 7).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, em 1994, e a Conferência Mundial da Mulher em Beijing, no ano de 1995, representaram momentos importantes para a institucionalização das noções de direitos reprodutivos e de saúde sexual e reprodutiva.

A Conferência do Cairo definiu a saúde reprodutiva como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A Plataforma do Cairo afirma que “a saúde reprodutiva implica o direito de toda pessoa a ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo” (Naciones Unidas, 1994).

No Brasil, os conceitos de direitos reprodutivos e saúde sexual e reprodutiva têm influenciado, significativamente, a formulação das políticas de saúde da mulher e as ações voltadas à regulação da fecundidade, incorporando a perspectiva dos direitos humanos às ações de saúde (Bonan & Sequeira, 2006; Villela & Monteiro, 2005). Um marco importante desse processo foi a promulgação, em 1996, da Lei de Planejamento Familiar (Lei Federal 9263/96). Recentemente, o Ministério da Saúde lançou duas novas políticas que visam à

ampliação da atenção à saúde sexual e reprodutiva e a efetivação dos direitos reprodutivos, sob a perspectiva da integralidade em saúde: a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (PNDDSSRR), em 2005.

Além das definições normativas estabelecidas na legislação nacional e no sistema internacional, pesquisadores de distintas áreas do conhecimento têm feito esforços para desenvolver, teoricamente, as noções de direitos reprodutivos e saúde sexual e reprodutiva.

Para Berquó:

“A noção de saúde reprodutiva vai além do modelo biomédico, resgatando as pessoas em sua condição de sujeito. Está baseada nos princípios de abrangência e integralidade: engloba homens e mulheres em todas as faixas etárias e não apenas a idade reprodutiva; considera o exercício da sexualidade com satisfação, como parte integrante da saúde; preconiza a garantia de pré-natal, parto e puerpério seguros e recém-nascidos hígidos; e, finalmente, assegura todos os direitos à informação e o acesso aos métodos seguros e eficazes de regulação de fecundidade” (1998: 26).

Côrrea & Pethescky (1996) propõem a definição da noção de direitos sexuais e reprodutivos em termos de “poder” e “recursos”. Nesse esquema teórico, esses direitos implicariam, por um lado, o poder de decisão das mulheres sobre sua sexualidade, sua capacidade de ter filhos e de criá-los, sua saúde ginecológica e atividade sexual. Por outro lado, consideram que para que as decisões reprodutivas sejam livres e efetivas é imprescindível que se garanta acesso a um conjunto de recursos distintos - como educacionais, materiais, políticos, culturais e de infra-estrutura - que viabilize as escolhas, entre os quais se incluem: informações, renda, transporte, habitação, participação em mecanismos de tomada de decisões, serviços de saúde integral acessíveis e humanizados,

com número de profissionais adequado, e a disponibilização de métodos contraceptivos, investigação e tratamento de infertilidade, entre outros.

Essas autoras consideram que no plano normativo é impossível e indesejável estabelecer um conceito fechado, definitivo e universal de direitos sexuais e reprodutivos, tendo em vista a diversidade social e cultural das sociedades humanas. Ao invés disso, elaboram uma proposta de princípios éticos para os direitos sexuais e reprodutivos, que devem ser universais, mas que, ao mesmo tempo, possam adquirir diferentes significados e traduzir-se em distintas políticas, em diferentes contextos sociais, culturais e pessoais. Os princípios propostos são:

- a) Integridade corporal: abrange os direitos à integridade física, à saúde integral, a recusa à intervenção médica, ao controle sobre o próprio corpo, a não ser submetido à violação e à agressão, a não ser privado de sua capacidade sexual e reprodutiva, à procriação e ao desfrute da sexualidade.
- b) Autonomia pessoal: reconhece a pessoa como capaz de agir com responsabilidade pessoal, política e social no que diz respeito ao exercício sexual e reprodutivo, incluindo o seu direito de decidir livremente sobre sua vida sexual e reprodutiva.
- c) Igualdade: inclui o acesso equitativo das pessoas aos bens sociais e materiais para efetivar as próprias decisões sexuais e reprodutivas, sem discriminação ou exclusão por motivos sociais, culturais e políticos. Nessa formulação teórica, o princípio da igualdade só se efetiva se articulado ao princípio da diversidade.
- d) Diversidade: traduzido como o respeito às diferenças entre as pessoas quanto as suas identidades, seus valores, suas crenças, seus estilos de vida, sua condição familiar, sua orientação sexual, sua condição de saúde, entre outras.

Como têm apontado diversos pesquisadores, a disponibilidade e acesso a essas condições são essenciais para o exercício dos direitos reprodutivos e sexuais, e estão diretamente relacionados à responsabilidade dos Estados (Berquó, 1998; Côrrea & Pethescky, 1996; Costa, 1999; Villela & Monteiro, 2005).

Apesar da importância dessas contribuições teóricas, as discussões sobre direitos reprodutivos e saúde sexual e reprodutiva estão longe de serem esgotadas. Esse campo teórico-político tem se expandido, incorporando novos temas e realidades sociais, na medida em que novos grupos sociais se apresentam nos fóruns de debate e disputa política, formulando e apresentando suas visões de mundo, necessidades e desejos. (Bonan et al., 2007). Entretanto, como destacam alguns autores (Coimbra Jr. & Garnelo, 2004; Monteiro, 2004; Monteiro & Maio, 2005), em nosso país, os estudos antropológicos e epidemiológicos na área dos direitos reprodutivos e da saúde sexual e reprodutiva desenvolveram-se, sobretudo, em contextos urbanos e, em alguns casos, com enfoque em populações específicas, como as mulheres negras. Os povos indígenas no Brasil têm se mantido à margem desse processo e pouco sabemos sobre suas necessidades e demandas nesse campo.

Coimbra Jr. & Garnelo afirmam que:

“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. 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” (2004:162).

Estudos antropológicos conduzidos em etnias indígenas mostram que, nas sociedades indígenas, as noções de saúde, doença, sexualidade e reprodução estão imbricadas em sua cosmovisão - envolvendo fenômenos cíclicos naturais, mágicos, entre outros - e divergem dos paradigmas biomédicos e a compreensão de tais noções implica no conhecimento de valores e práticas próprias da cada cultura (Buchillet, 2002; Garnelo, 2003; McCallum, 1998).

Apesar dos avanços introduzidos pelas noções de direitos reprodutivos e de saúde sexual e reprodutiva, as políticas públicas voltadas a esse tema ainda são carregadas de valores etnocêntricos, desenvolvidos em contextos históricos e políticos, estrangeiros às sociedades indígenas. A percepção dessa situação, na qual não podemos pressupor uma equivalência imediata entre nossos conceitos sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos e as noções indígenas de saúde e doença relacionadas à sexualidade e à reprodução, traz desafios novos e pode revelar os limites das nossas políticas públicas em seu desenvolvimento atual.

2.2 - Cultura, tradição e modernidade

O termo cultura recebe diversas definições que fomentam polêmicas e complexas discussões no campo das ciências humanas e sociais. Para o desenvolvimento dessa pesquisa com mulheres indígenas, não se pôde furtar a discussão sobre a temática da cultura, tradição e modernidade, embora não se pretenda um aprofundamento teórico.

Para teóricos como Shallins (1997), as pessoas, as relações e as coisas que fazem parte da vida humana manifestam-se como valores e significados que são nomeados e distintos no plano simbólico pela “cultura” na organização da experiência e da ação humana. Na busca de um conceito amplo de cultura, que não a reduza a aspectos isolados

da vida social e humana, como o comportamento ou a cognição, Geertz (1996) assume um conceito semiótico, considerando a cultura como estruturas de significados socialmente estabelecidas. Para chegar a essa formulação conceitual, o autor admite que os seres humanos estão amarrados a tramas de significados, tecidas por eles mesmos, constituindo-se em um contexto que permite a inteligibilidade dos fatos sociais, históricos, naturais e sobrenaturais para o grupo cultural e seus indivíduos. Em síntese, para esses autores, a cultura pode ser entendida como aquilo que caracteriza de modo singular um determinado povo, sendo um conceito intrinsecamente plural.

No senso comum ocidental, o termo cultura é empregado como sinônimo da diferença entre o ‘nós’ e os ‘outros’. Quando usado nesse sentido, a noção de cultura é posta sob suspeita pela antropologia, sobretudo quando visam populações subordinadas dentro de regimes políticos opressivos. Critica-se esse emprego do termo cultura por perpetuar a idéia de rigidez e impermeabilidade das formas e normas culturais à ação intencional humana e por estabilizar e essencializar as diferenças, legitimando as múltiplas desigualdades inerentes ao capitalismo ocidental. (Schwarcz, 2007, Shallins, 1997).

Nessa visão, a referência à “culturas tradicionais” está associada ao ‘arcaico’, ‘conservador’ e ‘ultrapassado’, em contraposição as “culturas modernas”, consideradas ‘atuais’, ‘recentes’ e ‘inovadoras’. Tais oposições entre tradicional-moderno e estático-dinâmico estão impregnadas de valores e ideologias etnocêntricas que estabelecem hierarquias entre os sistemas culturais, tendo como modelo civilizatório mais ‘avançado’ o nosso próprio. Na formulação teórica adotada nesse estudo, uma característica fundamental da cultura é o dinamismo, o constante processo de transformação, proporcionado pela articulação dos significados com as ações humanas (Geertz, 1996; Hobsbawm, 1984; Schwarcz, 2007; Shallins, 1997).

Alguns estudiosos argumentam que não se deve admitir a suposta ruptura entre a tradição e a modernidade. Para Domingues (1999), a modernidade se apropria da tradição para criar suas próprias instituições, transformando-as em novas tradições – as “tradições modernas”. Segundo esse autor:

“A modernidade não deve ser tratada como uma coisa dada ou como possuindo uma essência. Ao contrário, ela deve ser vista como um processo, no curso do qual surgem instituições historicamente contingentes; embora certas lógicas institucionais possam vir a se desenvolver, fazem-no de acordo com movimentos que avançam em função de desejos e projetos de sujeitos individuais e de coletividades e com as conseqüências não intencionais daí derivadas” (1999:148).

Corroborando com esse raciocínio, Hobsbawm (1984) utiliza o termo “tradições inventadas” para definir:

“Um conjunto de práticas, normalmente reguladas por práticas tácitas ou abertamente aceitas; tais práticas, de natureza ritual ou simbólica, visam inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição, o que implica em uma continuidade em relação ao passado. Contudo, na medida em que há referência a um passado histórico, as “tradições inventadas” caracterizam-se por estabelecer com ele uma continuidade, que são reações a situações novas que assumem a forma de referências a situações anteriores ou estabelecem seu próprio passado através da repetição quase que obrigatória (1984:09).

Nesse sentido, é preciso estar atento para não incorrer no engano de pensar que formas mais antigas de estruturas sociais e as tradições a elas associadas se tornaram obsoletas e que as tradições modernas resultaram da incapacidade de utilização ou adaptação das tradições velhas. Na construção das tradições modernas pode-se perceber a presença de elementos emprestados do capital simbólico e de princípios morais e sociais das tradições antigas (Domingues, 1999; Hobsbawm, 1984; Shallins, 1997).

A premissa teórica do dinamismo das culturas e da continuidade entre tradições culturais não-modernas e modernas é um dos pilares deste estudo. Na análise das narrativas de mulheres Suruí sobre saúde e doença relacionadas às suas experiências sexuais e reprodutivas, um desafio importante é identificar o arranjo dos elementos da tradição mais antiga desse povo e das mais modernas em seus quadros interpretativos.

2.3 - Revisão de literatura

2.3.1 - Mulheres indígenas no Brasil, saúde e reprodução

A escassez de pesquisas antropológicas e epidemiológicas sobre a saúde das mulheres indígenas gera lacunas significantes no conhecimento dos determinantes culturais, sociais, ambientais e biológicos da saúde desse extrato da população, particularmente sobre saúde sexual e reprodutiva (Coimbra Jr. & Garnelo, 2004; Conklin, 2004). A literatura antropológica sobre as mulheres indígenas se resume a poucos estudos realizados entre grupos étnicos específicos e quase não aborda questões da saúde sexual e reprodutiva. Por sua vez, os poucos inquéritos epidemiológicos realizados são restritos a algumas infecções de transmissão sexual e ao câncer ginecológico.

O desconhecimento acerca de questões básicas da saúde sexual e reprodutiva das mulheres indígenas caminha, paralelamente, à precária infra-estrutura física e organizacional dos serviços de saúde (Chaves et al., 2006; Escobar et al., 2005; Langdon, 2004a). Como agravante desse cenário, permanecem obscuros os aspectos das dinâmicas demográficas (como as taxas de fecundidade total, de natalidade, e de mortalidade materna) aspectos epidemiológicos e a influência de fatores socioculturais na saúde sexual e reprodutiva dessas sociedades. A grande diversidade sociocultural dos povos indígenas não

permite generalizações. Apesar de suas limitações, é importante apresentar aqui informações geradas pelas pesquisas já realizadas.

As discussões no campo da saúde sexual e reprodutiva envolvem, de maneira direta ou indireta, referências às dinâmicas demográficas e, sobretudo, à fecundidade. No tocante aos povos indígenas. Há uma quase absoluta ausência de dados (Coimbra Jr. & Garnelo, 2004; Escobar et al., 2005; Weiss, 2003). São ainda pouco conhecidas as mais diversas dimensões da dinâmica demográfica - seja natalidade, mortalidade ou migração - dos povos indígenas no Brasil contemporâneo (Pagliaro et al., 2005).

As principais dificuldades apontadas para a realização de estudos demográficos entre os indígenas no Brasil são a inexistência de séries históricas documentadas de nascimentos, óbitos e migrações, a precariedade das fontes de dados sobre esses povos, a falta de censos demográficos que envolvam a população indígena, anteriores a 1991, e a limitação dos censos realizados posteriormente (Azevedo, 2000; Fausto, 2001).

O conhecimento abrangente sobre demografia dos povos indígenas é de grande relevância para o planejamento e execução de ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres indígenas. Os poucos estudos conduzidos nesse campo constatarem altas taxas de fecundidade total (TFT), apontando para uma clara recuperação demográfica de algumas etnias indígenas. Como exemplo, pode ser citada a pesquisa realizada entre os Xavanté, em Mato Grosso, que estimou uma TFT de 7,86 filhos no período de 1972-1990 (Santos et al., 2005). Entre os Kaíabi, grupo que habita a região do Parque do Xingu, a TFT estimada em 1999 foi de 9,5 filhos (Pagliaro, 2006). O grupo Sateré-Mawé, no Amazonas, no período de 2002-2003, apresentou uma TFT estimada em 8,5 filhos (Teixeira & Brasil, 2005). As elevadas taxas de fecundidade estão relacionadas aos curtos intervalos intergenésicos (Coimbra Jr. & Garnelo, 2004; Santos & Coimbra Jr., 2003; Valencia et al., 2006).

Nas últimas décadas, o interesse das instituições de pesquisa e organizações não-governamentais tem resultado em mais pesquisas sobre questões relacionadas ao perfil epidemiológico das populações indígenas. Os estudos disponíveis têm demonstrado as precárias condições de saúde em que se encontram essas populações, em particular sua parcela feminina (Athias, 2004; Escobar et al., 2005; Ishak & Ishak, 2001; Ribas & Philippi, 2003). Inquérito realizado com 80 mulheres da etnia Parakanã, no Pará, demonstrou que aproximadamente 90% apresentavam alguma doença cervical, quase todas de natureza infecciosa (Brito et al., 1996). Nesse mesmo estudo, os esfregaços evidenciaram infecção por HPV em 23% da amostra. Entre as mulheres indígenas no Alto Xingu, com idade entre 20 e 29 anos, foram observados atipias celulares inflamatórias em 80% dos esfregaços vaginais (Taborda et al., 2000).

Investigações recentes sobre as condições nutricionais e alimentares dos grupos indígenas mostram o rápido aparecimento de doenças metabólicas, cardiovasculares, obesidade e alcoolismo, reflexos dos impactos do processo de contato dos povos indígenas com os outros setores da sociedade nacional (Cardoso et al., 2003; Leite et al., 2006; Santos & Coimbra Jr., 2003). A concomitância dessas patologias com outras doenças endêmicas, como anemia carencial (Orellana, 2005) e a tuberculose (Basta et al., 2006), entre outras, expõe as mulheres em idade reprodutiva a situações de risco durante o período gestacional, favorecendo a ocorrência de abortos espontâneos, partos prematuros e morte materna.

Os comportamentos sexuais e reprodutivos de uma sociedade estão orientados por regras e leis próprias que se inter-relacionam, direta ou indiretamente, com componentes de ordem demográfica e econômica. Estudos sobre organização social de grupos indígenas na região amazônica do Brasil mostram a existência de diversos tipos de arranjos matrimoniais. Em algumas etnias, como por exemplo, os Baniwa, do Amazonas, as uniões

maritais exogâmicas são preferíveis, unindo famílias de diferentes fratrias, estabelecendo ou fortalecendo alianças (Garnelo, 2003). Entre os Tukano, grupo dessa mesma região, os acordos matrimoniais obedecem a exogamia linguística, ou seja, as uniões acontecem entre pessoas que falam línguas diferentes (Garnelo & Buchillet, 2006).

Em outras etnias amazônicas o sistema de parentesco observado está baseado na consanguinidade, definindo o círculo de pessoas casáveis e não casáveis dentro do mesmo grupo (endogamia) (Azevedo, 2005; Pagliaro, 2006; Ramos, 1986; Santos et al., 2005). A organização social dos Suruí de Rondônia, por exemplo, está baseada em uma complexa rede de parentescos por união entre os quatro grupos patrilineares. Na sociedade Suruí, os tios classificatórios são os irmãos e irmãs da mãe, com o qual é desejável união com a sobrinha. Os irmãos e irmãs do pai são considerados pais e mães de seus sobrinhos, ou seja, são parentes consanguíneos, com os quais a união é considerada incestuosa. Outro tipo de união desejável é entre primos cruzados, que são os filhos de dois irmãos do sexo oposto, em uma mesma geração. O casamento entre primos paralelos, que são os filhos de irmãos do mesmo sexo em uma mesma geração, é considerado incestuoso e por isso proibido.

A poligamia é comum a vários povos indígenas, e percebida por eles como estratégia para a ampliação das redes de influência e de suporte político dos indivíduos do sexo masculino. Nessas sociedades, o prestígio de um homem pode ser representado pelo número de mulheres desposadas por ele. A troca de mulheres entre famílias, clãs ou grupos é uma forma de consolidar alianças políticas e sociais (Coimbra Jr., 1989; Garnelo, 2003; Mindlin, 2006).

Alterações nos arranjos maritais provocadas pela influência do contato têm sido observadas em diversas sociedades indígenas (McCallum, 1998; Roquette-Pinto, 2006; Valencia et al., 2006). Essas mudanças podem ser associadas, por exemplo, a um

desequilíbrio na razão de sexos provocada por epidemias. Laraia (1963) observou entre os Suruí no Pará que a redução populacional levou à prática da poliândria. Entre os Munduruku, também no Pará, Murphy & Murphy (1985) observaram que a norma era a monogamia. No entanto, muitos informantes declararam que, no passado, antes de se converterem ao cristianismo, eram comuns homens casados com mais de uma mulher.

Em geral, a vida conjugal das mulheres indígenas é iniciada em idade jovem e a escolha dos parceiros é decidida pelos pais da moça. Coimbra Jr. (1989) e Mindlin (1985) mostram que entre os Suruí, em Rondônia, os arranjos maritais são agenciados pelos pais da menina desde o seu nascimento. Após o término dos ritos que marcam a menarca, quando a menina é considerada apta ao casamento e à maternidade, as alianças são imediatamente concretizadas e esta vai morar na casa dos pais do noivo.

No entanto, a vida sexual das mulheres indígenas nem sempre começa com o casamento. Entre os Kaíabi, no Parque Indígena do Xingu, as relações sexuais pré-maritais ou extraconjugais não são proibidas, desde que o casal mantenha relativa discrição e não infrinja as regras de parentesco (Pagliaro, 2006). Comportamento semelhante foi descrito em outras etnias (Camargo et al., 2005; Murphy & Murphy, 1985). O conceito de concepção em grupos como os Kaxinawá no Acre, está associada ao ato sexual (McCallum, 1998). A liberdade das relações sexuais, observadas em muitos grupos indígenas, gera situações de paternidade compartilhada, ou seja, os homens que tiveram relações sexuais com a mulher durante a sua gravidez podem ser considerados “pais” da criança. Em muitas dessas sociedades, ervas consideradas detentoras de propriedades que facilitam a fecundação e outras capazes de provocar o abortamento são conhecidas e utilizadas pelas mulheres (Camargo et al., 2005; McCallum, 1998; Mindlin, 2006; Murphy & Murphy, 1985). Entre os Kamaiurá, do Parque Indígena do Xingu, Camargo et al. (2005) observaram

que as decisões relativas ao ato sexual e as suas conseqüências reprodutivas decorrem de intenções conscientes do tamanho da família e do desejo de ter ou não ter filhos.

Etnografias realizadas em grupos amazônicos mostram que o universo feminino está centrado na vida da aldeia (Coimbra Jr., 1989; Garnelo, 2003; Murphy & Murphy, 1985). As mulheres desde a infância são estimuladas a desenvolverem atividades como o cultivo de roças, o cuidado com os irmãos mais novos e auxiliar a mãe nas atividades domésticas. Culturalmente, elas são incentivadas ao casamento e à maternidade. Entretanto, alterações nas dinâmicas sociais e econômicas provocadas pelo contato interétnico se expressam também nas estruturas de gênero. Nas sociedades indígenas no Brasil, por exemplo, a clássica divisão sexual do trabalho tem sido alterada, com redução dos espaços ocupados por mulheres nos âmbitos social e político dessas comunidades. Coimbra Jr. & Garnelo (2004) apresentam os índios Suruí, em Rondônia como exemplo dessa situação:

“Nesta comunidade as roças (de domínio feminino) foram substituídas pela cultura do café e pelo comércio de madeira (de domínio masculino). A redução do domínio feminino no trabalho repercutiu na esfera política e decisória da comunidade. Com o poder diminuído, as mulheres dessa comunidade tornaram-se mais vulneráveis aos agravos à saúde, em especial, aos relacionados à sexualidade e reprodução” (2004: 160 - 61).

Apesar dessas importantes contribuições, são necessários mais estudos sobre as transformações das relações de gênero e da divisão sexual do trabalho suscitadas no processo de contato e suas implicações para a saúde das mulheres indígenas, em especial, sua saúde sexual e reprodutiva.

2.3.2 - Mulheres indígenas e as políticas de saúde no Brasil

No Brasil e no cenário internacional, o tema da atenção integral à saúde da mulher ganhou espaço nas agendas públicas e institucionais ao longo das últimas três décadas, fruto de debates travados entre movimentos de mulheres, profissionais de saúde e autoridades públicas (Costa, 1999).

No Brasil, a criação do PAISM representou uma abordagem nova e diferenciada da saúde da mulher, baseada no conceito de “atenção integral”. Essa proposta buscava romper com a visão tradicional das necessidades de saúde das mulheres, centrada exclusivamente nas questões materno-infantis, e recolocar a discussão do planejamento familiar, deslocando-a da ótica do controle demográfico para a ótica dos direitos reprodutivos e do direito à saúde (Bonan & Sequeira, 2006; Costa, 1999).

No contexto do movimento de reforma sanitária, em que estavam sendo formulados os princípios da integralidade e da descentralização, buscou-se a articulação desses com a proposta de uma assistência à saúde. Com o princípio da integralidade desejava-se uma política de atenção à saúde organizada de modo a considerar o indivíduo em sua singularidade e em seu contexto sócio-cultural, envolvendo a implementação de políticas intersetoriais e a oferta de ações de informação, educação, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde. Com o princípio da descentralização, recusavam-se as estratégias verticalizadoras e centralizadoras das políticas de saúde anteriores.

Nos esforços de articular as noções de integralidade e de descentralização, o PAISM foi proposto como uma política de saúde, composta por princípios e diretrizes gerais a serem traduzidos e desdobrados em ações programáticas, construída de modo a responder às necessidades integrais de saúde das mulheres, respeitando os contextos locais e regionais e a diversidade sócio-cultural, étnico-racial e etária da população feminina de nosso país.

Para tal, a participação das próprias mulheres e das comunidades, através de instâncias de controle social de saúde, foi considerada uma questão central (Costa, 1999).

A revisão de estudos referentes à atenção da população indígena sugere que o desenvolvimento de ações programáticas na área de atenção às mulheres indígenas, com base nas orientações do PAISM e no princípio da integralidade, ainda está longe de ser uma realidade (Coimbra Jr. & Garnelo, 2004; Conklin, 2004; Garnelo & Langdon, 2005).

Em 1986, aconteceu a I Conferência de Proteção à Saúde do Índio, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Nela, propôs-se a criação de um sistema de atenção à saúde dos povos indígenas, com base no respeito às especificidades étnicas, sociais, ambientais e epidemiológicas. Em 1990, foi promulgada a Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou o direito universal à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988, e definiu a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) (Coimbra Jr. et al., 2006; Garnelo, 2006; Langdon, 2006).

Na estrutura do SUS, a assistência à saúde indígena configurou-se como um subsistema, que assume diversas peculiaridades no que diz respeito a sua operacionalização. O subsistema é caracterizado pela distritalização - através da organização de sistemas locais denominados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) - e pela descentralização de recursos, mas com comando único de gestão do Ministério da Saúde (Garnelo et al., 2003).

A partir de 1999, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) passou a ser responsável pelo gerenciamento das políticas de saúde indígena. A estratégia adotada por essa agência foi à terceirização dos serviços de saúde, firmando convênios com entidades

não-governamentais e sistemas municipais de saúde para implantação dos DSEI, totalizados em 34 unidades distribuídas pelo país (Garnelo et al., 2003).

Apesar dos avanços no processo de distritalização, com a ampliação da cobertura dos DSEI e a implementação das diretrizes do SUS, o princípio de uma atenção contextualizada às necessidades dos povos indígenas ainda não é uma realidade. Observa-se grande irregularidade e baixa qualidade dos serviços prestados e as práticas sanitárias vêm se caracterizando pela fragmentação dos procedimentos e pela ausência de ações intersetoriais.

Como exemplo dessa situação, pode ser mencionado o Programa Nacional de Prevenção da DST/ AIDS, de 1996, implementado nos DSEI. As ações desse programa estão voltadas, especificamente, para a prevenção das DST/AIDS e não abrange a saúde reprodutiva (Langdon, 2004). A situação ainda é mais grave, pois na maioria dos povos indígenas, por razões culturais, são os homens os mediadores políticos entre as sociedades e os gestores de saúde, e na maioria das vezes, impõem a visão androcêntrica sobre as políticas e programas na área de saúde reprodutiva da mulher (Coimbra Jr. & Garnelo, 2004).

Outra limitação a uma assistência que respeite os contextos culturais e sociais dessas populações é a falta de conhecimento da cultura das diversas sociedades indígenas, que se reflete em programas e ações de saúde baseadas, exclusivamente, nos paradigmas biomédicos, ignorando os saberes e práticas culturais sobre o corpo e a doença, diferentes dos saberes biomédicos (Athias, 2004; Langdon, 2000; McCallum, 1998; Wilk, 2001).

Considerando a sócio - diversidade de nosso país - é fácil entender a não aderência de certos grupos as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de caráter normativo, verticalizado e etnocêntrico propostas pelas políticas nacionais de saúde. Muitos

desses grupos podem não reconhecer em seus sistemas culturais os conceitos defendidos pelas políticas e as ações implantadas.

2.3.3 - Os Suruí de Rondônia

História, geografia e demografia

O contato permanente dos Suruí com a sociedade nacional foi estabelecido em 1969, através da atuação de sertanistas da FUNAI. Após o estabelecimento do contato, o grupo vivenciou a invasão de suas terras por colonos, que estimulados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), migravam para a região norte do país. As disputas territoriais entre os colonos e os Suruí, somadas às epidemias que se seguiram ao contato, provocaram a morte de uma parcela significativa do contingente populacional do grupo, estimado em 800 pessoas à época do contato (Coimbra Jr. & Santos, 1991).

Na década de 1980, foi demarcada a Terra Indígena (TI) Sete de Setembro, e em 1983, com a sua homologação, as últimas famílias de colonos foram expulsas do território indígena. Situada nas regiões Norte e Centro-Oeste do país, na região de divisa entre os Estados de Rondônia e Mato Grosso, a TI Sete de Setembro apresenta características de floresta de terra firme amazônica, com terrenos pouco elevados, planos ou ligeiramente ondulados, entrecortados por cursos d'água. O clima é do tipo quente e úmido, com temperatura média anual variando entre de 20-22°C, com duas estações: seca e chuvosa. A seca acontece no período de maio a novembro e a chuvosa entre dezembro e abril, aproximadamente (Coimbra Jr., 1989).

Com a homologação das terras, os Suruí se dispersaram em várias aldeias, seguindo o percurso das linhas de colonização criadas pelo INCRA, à época da ocupação (Coimbra Jr., 1985; Mindlin, 1985). Atualmente o grupo está distribuído espacialmente em onze aldeias dentro dos limites da terra indígena.

No primeiro trimestre de 2005, a população Suruí residente na TI Sete de Setembro era de 993 pessoas. Aproximadamente 6% da população Suruí residia fora dos limites da TI, nos municípios de Espigão do Oeste (Pakarana) e Cacoal (Riozinho). Estima-se que 5% da população residente na TI Sete de Setembro seja constituída pelas etnias Cinta-Larga e Apurinã e alguns poucos não-índios. Em geral, esse percentual refere-se a mulheres que se casaram com homens Suruí (Orellana, 2005).

Em estudo recente sobre a demografia Suruí, Valencia et al. (2006) concluíram que se trata de uma população jovem e com elevado índice de crescimento (3,8% ao ano). Assim como outros grupos indígenas no Brasil - a exemplo dos Kaiabí, Xavante e Kamaiurá (Camargo et al., 2005; Pagliaro, 2006; Santos et al., 2005) -, verifica-se entre os Suruí elevadas taxas de fecundidade total (6,2 filhos por mulher) e de natalidade (46,4 por mil habitantes), coexistentes com elevado coeficiente de mortalidade total (8,6 por mil habitantes), de mortalidade infantil (70,0 por mil nascidos vivos) e de mortalidade materna (30,0 por mil habitantes).

Sociedade e aspectos epidemiológicos.

A sociedade Suruí é estruturada em torno de quatro linhagens exogâmicas, a saber: Gamep, Gamnir, Makor e Kaban. As uniões entre homens e mulheres são orientadas pelo sistema de parentesco que distingue primos cruzados. A escolha do par, preferencialmente, entre os primos cruzados. A residência do casal é patrilocal, ocasionalmente, no entanto,

pode ser matrilocal, por exemplo, quando o homem não tem vínculo com a família materna da esposa (Coimbra Jr., 1989).

Culturalmente, as uniões são articuladas pelos pais dos noivos, que buscam ampliar o prestígio e a influência política da família. Nesta perspectiva, as uniões exogâmicas são fortemente recomendadas. Outra estratégia de importância na ampliação das redes de influência, prestígio e suporte político do homem são a poliginia, padrão em que um homem busca uma esposa que tenha irmãs, para que mais tarde possa desposá-las (Coimbra Jr., 1985).

Na época do estabelecimento do contato permanente, o domicílio Suruí era constituído por famílias extensas que dividiam grandes malocas, construídas com a palha da palmeira babaçu. A economia era baseada na horticultura, com destaque para o milho. A cada estação seca, os Suruí derrubavam e queimavam a área escolhida para o cultivo das roças de subsistência. Na estação chuvosa realizavam o plantio de novas roças, abandonando as antigas. Atividades complementares como a caça, a pesca e a coleta de produtos silvestre também eram praticadas (Coimbra Jr., 1985).

Com a experiência do contato, os Suruí têm incorporado elementos de outras culturas. As transformações podem ser percebidas nos novos padrões de mobilidade e de moradia, na economia, nos hábitos alimentares, em aspectos epidemiológicos, nas dinâmicas familiares e reprodutivas (Coimbra Jr., 1985; Mindlin, 2006a).

As migrações, outrora freqüentes, tornaram-se esparsas, realizadas apenas por algumas famílias ou pequenos grupos que se deslocam em razão da necessidade de construção de novas moradias ou de trabalho remunerado em outras áreas.

As grandes malocas que há algumas décadas acolhiam famílias extensas foram substituídas por casas de madeiras ou de barro socado, seguindo o estilo das moradias dos

colonos da região. As novas moradias, construídas próximas ao posto da FUNAI, são ocupadas por famílias nucleares (Coimbra Jr., 1985).

A mudança no padrão de mobilidade, a devastação ambiental e a ausência de saneamento básico nas aldeias influenciaram, negativamente, nas condições sanitárias e de saúde que se refletem ainda nos dias atuais. Estudos realizados entre os Suruí durante as décadas de 1970 e 1980 registraram taxas de mortalidade infantil da ordem de 230 por mil nascidos vivos (Coimbra Jr. & Mello, 1981). Aproximadamente duas décadas depois estudos sobre a mesma população mostram que, embora tenha ocorrido redução significativa do coeficiente de mortalidade infantil, este ainda se mantém em patamares bem acima da média nacional (Escobar et al., 2005; Valencia et al., 2006).

Além disso, as condições sanitárias permanecem precárias e a população convive com elevadas prevalências de doenças infecciosas e parasitárias. As infecções respiratórias agudas respondem por 58% das causas de hospitalização de crianças menores de 10 anos, seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias (principalmente as gastroenterites), responsáveis por 35% das internações (Orellana, 2005).

Embora, atualmente, doenças contagiosas - como a tuberculose que causaram elevado número de mortes no passado - apresente mortalidade reduzida, os coeficientes de incidência estimados são muito superiores ao da população regional. O levantamento dos registros históricos realizados por Basta et al. (2006), revelou incidência média de tuberculose de 2.518,9/100.000 no período 1991-2002, sendo que, entre os 736 indivíduos examinados, 50,7% eram do sexo feminino.

Com a demarcação da TI, na década de 1980, a economia Suruí de subsistência foi substituída pelo cultivo de grãos de café, pela extração de madeira e alguma criação de gado - atividades direcionadas ao mercado regional. Outra modalidade econômica comum

nos últimos anos é o trabalho remunerado de homens e mulheres, empregados por órgãos vinculados ao poder público - onde desempenham as funções de agentes de saúde, professores indígenas entre outras funções - ou em lavouras da região.

O redirecionamento da economia teve importantes repercussões nos padrões nutricionais e alimentares dos Suruí. A diminuição da agricultura de subsistência e o sedentarismo culminaram na dependência de produtos industrializados como o arroz polido, o óleo, o sal e o açúcar adquiridos nos centros urbanos próximos. O abandono da dieta balanceada e a introdução dos alimentos industrializados, muitas vezes consumidos de maneira inadequada, se fazem presentes nas condições gerais de saúde da população. Um inquérito nutricional recente estimou que aproximadamente 1/4 das crianças Suruí menores de 10 anos estavam desnutridas e 3,9% delas apresentavam sobrepeso (Orellana et al., 2006). Concomitante a este quadro, 60,5% dos adultos apresentava sobrepeso ou obesidade (Lourenço, 2006).

Informações específicas sobre a saúde da mulher Suruí são ainda escassas, no entanto, dados disponíveis mostram que as condições de saúde são precárias, com percentuais elevados de prevalência de doenças sexualmente transmissíveis e elevadas taxas de mortalidade materna (Escobar et al., 2005; Valência et al., 2006).

Inquérito realizado com mulheres em idade reprodutiva evidenciou que 42% das examinadas apresentavam leucorréia, 56% ectopia cervical, 12% cicatriz cervical, 7% cancro lutéico e 7% relataram dispaurenia. Quanto à colpocitologia, os exames mostraram infecções mistas por *Trichomonas*, *Cândida* e/ou *Gardnerella* em aproximadamente 10% da amostra. Alterações citopatológicas indicativas de infecção por HPV foram registradas em cerca de 1,5% dos exames (Costa et al., 1991).

Estudo sobre as dinâmicas demográficas Suruí, mostrou que a vida reprodutiva das mulheres inicia-se cedo, em média entre os 10-14 anos de idade e, geralmente, com espaços intergenésicos em média de 22,3 meses (Valencia et al., 2006). O mesmo estudo observou uma taxa de mortalidade materna de 30,0 por mil nascidos vivos.

Assistência à saúdeSuruí

Atualmente, a assistência à saúde dos Suruí é feita pelo subsistema de atenção à saúde do índio, gerenciado pela FUNASA, representada em Rondônia, pela Coordenação Regional de Rondônia (CORE-RO), que acompanha as ações dos DSEI de Porto Velho e de Vilhena. Os Suruí estão jurisdicionados ao DSEI de Vilhena, responsável por aproximadamente 5.500 indivíduos pertencentes a 16 etnias, distribuídos em 114 aldeias localizadas nos Estados de Rondônia (nos municípios de Alto Alegre do Parecis, Cacoal, Corumbiara, Chupinguaia, Pimenta Bueno, Espigão do Oeste e Vilhena) e do Mato Grosso (nos municípios de Aripuanã, Comodoro, Juará, Juína, Cotriguaçu e Pontes Lacerda).

As ações prestadas pelos DSEI são operacionalizadas pelos pólos-base, unidades de aproximação entre os serviços de saúde e as aldeias. Essas unidades podem estar localizadas nas aldeias ou em municípios de referência. As equipes multiprofissionais de saúde (EMS) - compostas por enfermeiros, médicos, odontólogos, auxiliares de enfermagem, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento - desenvolvem ações de atenção básica. O DSEI de Vilhena é composto por quatro pólos-base a saber: Aripuanã, Cacoal, Juína e Vilhena.

O pólo-base de Cacoal é responsável pelas aldeias da etnia Suruí em Rondônia. No segundo semestre de 2006, esse pólo-base dispunha de cinco EMS. As comunicações entre o pólo-base e a rede de referência do SUS são as Casas de Saúde do Índio (CASAI),

unidades de apoio aos indígenas em tratamento nos centros urbanos, encaminhados pelas EMS. Na estrutura do SUS, a CASAI representa um espaço de transição entre o subsistema e os diversos níveis de complexidade. Costumeiramente, essas unidades estão localizadas em cidades próximas às TI e têm as seguintes atribuições:

- a) recepcionar, alojar e fornecer alimentação aos indivíduos e seus acompanhantes que chegam à unidade;
- b) estabelecer mecanismos de referência e contra-referência com a rede do SUS;
- c) prestar assistência de enfermagem de baixa complexidade aos pacientes em fase de recuperação;
- d) acompanhar os indivíduos em consultas, exames e internações hospitalares e ambulatoriais (FUNASA, 1998).

Por muitas vezes, essas unidades funcionam como local para hospedagem de indivíduos que, por diversos motivos (pendências de assuntos pessoais, falta de transporte, recebimento de medicamentos, etc), ficam temporariamente impossibilitados de retornarem as suas aldeias.

A população da etnia Suruí é atendida pela CASAI do município de Cacoal, que dispõe de uma equipe de saúde composta por enfermeiros, médicos, nutricionista, auxiliares de enfermagem, agente comunitário de saúde e técnico de laboratório. A equipe de saúde é responsável pelo atendimento aos indígenas que buscam a CASAI, dando encaminhamento às suas demandas (atendimento médico de baixa complexidade, fornecimento de alimentação, agendamento e acompanhamento dos indivíduos nas consultas e procedimentos externos a unidade, bem como durante internações hospitalares).

Os procedimentos de média e alta complexidade são realizados em duas instituições, conveniadas a rede do SUS: o Hospital e Maternidade São Paulo, instituição

privada, e a Unidade Mista de Cacoal, instituição pública. A equipe de saúde da CASAI é a articuladora do atendimento dos pacientes indígenas nessas instituições. Caso as necessidades do indivíduo não possam ser atendidas em Cacoal, ele é encaminhado aos serviços, de outros municípios ou Estados, que atendam as suas demandas de tratamento.

3 - Materiais e métodos

3.1 - A teoria e as narrativas

No campo da antropologia da saúde, a temática da experiência da doença tem ganhado singular importância. Os desenvolvimentos teóricos sobre o tema têm permitido entender como os indivíduos, em diferentes contextos sociais e históricos, vivenciam a experiência da doença, mobilizando seus conhecimentos, elaboram as representações e orientam as práticas, em movimento dinâmico e integrado.

Para Alves & Rabelo “é a experiência de sentir-se mal que, origina, por si mesma, as representações da doença e, põe em movimento a nossa capacidade de transformar esta experiência em um conhecimento” (1999:269). As representações, ancoradas em um capital de conhecimento, compõem um sistema aberto e heterogêneo de significados compartilhados que está em constante processo de ampliação, deslocamento e problematização, sendo produzidas, reproduzidas e transformadas no fluxo das interações e das relações dos indivíduos entre si e com seu meio, e devem ser compreendidas à luz de forças políticas, econômicas e culturais que contextualizam a experiência individual e coletiva.

Assim, as representações não podem ser destacadas da experiência. A experiência da enfermidade é considerada uma construção intersubjetiva, formada a partir de processos comunicativos de definição e interpretação (Alves 1993; Gomes & Mendonça, 2002; Rabelo & Alves, 2004). A compreensão de como a enfermidade, radicada em uma vivência intersubjetiva, constitui-se em realidade, dotada de um significado reconhecido e legitimado socialmente, é perseguida pelos estudos de experiência da doença que adotam a

perspectiva do método hermêutico-dialético (Minayo, 2006). O estudo de narrativas de mulheres Suruí sobre saúde e doença relacionadas às suas experiências sexuais e reprodutivas se sustenta em um referencial teórico que, dispondo do método hermêutico-dialético, considera que através das histórias que as pessoas contam e à luz dos contextos sócio-culturais e políticos em que vivem suas experiências e representações podem ser desvendadas.

Nesse estudo, a narrativa é compreendida como uma forma de assinalar, articular e esclarecer a experiência humana, tornando-a inteligível ao interlocutor. O narrador se utiliza desse instrumento para representar e recontar suas experiências, sendo os eventos apresentados em uma ordem significativa e coerente para ele, permitindo-lhe articular presente, passado e futuro (Rabelo & Alves, 2004). Nessa perspectiva, as narrativas são consideradas espaços possíveis para a articulação entre os pólos representacional e experimental da vida individual e coletiva. Seu estudo permite problematizar as relações entre, por um lado, a cultura ou formas simbólicas e, por outro, a experiência, incluindo seus campos de interação, seus contextos históricos e sócio-culturais, suas contingências e sua dimensão subjetiva (Gomes & Mendonça, 2002). Fundamentada nos argumentos teóricos desse referencial, optei por enfatizar o conteúdo representacional das narrativas das mulheres Suruí e não o processo de narração em todas suas dimensões.

Nesta pesquisa, a abordagem qualitativa foi adotada por atuar levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhes atribuem os atores (Minayo et al., 2005). Essa abordagem compreende um conjunto de práticas interpretativas que busca investigar os sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos e ao conjunto de relações em que eles se inserem (Minayo, 2006).

Deste modo, busquei compreender e contextualizar os sentidos que percorrem às narrativas das mulheres Suruí, enfatizando o conteúdo representacional da narrativa.

3.2 - O encontro com as mulheres Suruí

A escolha do campo de pesquisa

A minha inserção no projeto multicêntrico “Saúde e demografia em contextos de mudanças sociais, econômicas e culturais na Amazônia Legal” possibilitou-me conhecer o interesse do Distrito Sanitário Especial Indígena de Vilhena em melhorar a assistência à saúde das mulheres indígenas. Nos últimos anos, havia uma preocupação desses gestores em estruturar o serviço de saúde para o atendimento dessas mulheres, em resposta aos elevados índices de prevalência de doenças sexualmente transmissíveis, a incidência de câncer ginecológico e a manutenção de taxas de mortalidade materna elevadas.

Os aspectos epidemiológicos alarmantes somavam-se a dificuldades como a ausência de infra-estrutura adequada e a escassez de recursos humanos qualificados para atuar em situações interculturais, comprometendo a implementação de ações de saúde, em especial, aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Diante dos problemas identificados pelo DSEI, o estudo foi prontamente acolhido, pela possibilidade de apresentar resultados que pudessem auxiliar aos gestores e profissionais, a planejarem e executarem ações de saúde voltadas à população, particularmente a etnia Suruí, sob sua jurisdição.

A escolha das comunidades Suruí em Rondônia como campo de pesquisa também considerou outros aspectos importantes. O primeiro é por ser esta uma das etnias mais numerosas sob a jurisdição do DSEI-Vilhena. O segundo aspecto foi a disponibilidade de

estudos realizados por outros autores sobre o grupo, permitindo o acesso a informações sobre demografia, epidemiologia, sociedade e cultura de fundamental importância para contextualizar as narrativas das mulheres.

A escolha da Casa de Saúde do Índio (CASAI) do município de Cacoal para o desenvolvimento do estudo foi motivada pelo fato de esta atender uma grande parcela da população Suruí, em virtude da proximidade das aldeias do centro urbano, facilitando o acesso à unidade. A CASAI integra o subsistema de atenção à saúde indígena delimitado pelo DSEI-Vilhena, configurando um elo entre a aldeia e a rede de serviços de outros níveis de complexidade do SUS. As principais atribuições da unidade são alojar indígenas impossibilitados, temporariamente, de retornarem as aldeias e, eventualmente, prover pequenos atendimentos (como administração de medicamentos orais; pequenos curativos, etc). Na CASAI esses indivíduos recebem o apoio necessário para permanecerem na cidade e solucionarem suas demandas de saúde. Durante o trabalho de campo, foi possível observar que o tempo de estadia varia com o motivo da procura e com a resolubilidade da demanda. Dependendo do caso, as pessoas permanecem na CASAI por apenas algumas horas ou por semanas.

Comumente os indígenas que residem nas aldeias chegam ao centro urbano de Cacoal por linhas de transporte coletivo ou de transporte escolar da área rural. Outra alternativa muito utilizada é a solicitação de veículo da FUNASA, feita por rádio ou telefone, para o seu transporte.

Na CASAI tive a oportunidade de contatar mulheres oriundas das 11 aldeias Suruí, do distrito de Riozinho e do município de Cacoal, em diferentes faixas etárias e pertencentes a diferentes grupos patrilineares.

Entrada em Campo

A minha chegada a CASAI era aguardada e fui recebida com entusiasmo pelas equipes administrativas e de saúde. Os funcionários (técnicos administrativos e de informática, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, motoristas, copeiras e agentes de limpeza) se mostraram bastante receptivos, e, um a um, mostravam-me a estrutura física da unidade e as suas rotinas.

A estrutura física da CASAI é de alvenaria, com telhado de zinco, dividida em duas alas: administrativa e assistência e alojamento (Figura 1. 1).

Figura 1.1 –Casa de Saúde do Índio, vista externa, Cacoal-Ro, 2006.



Foto: Marrero, 2006.

Na ala administrativa são dispostas quatro salas destinadas às reuniões e ao serviço administrativo do pólo-base. A ala de assistência é composta pela sala de espera; sala de curativos e exame físico; sala para triagem e consultas médicas e de enfermagem; posto de enfermagem; descanso de enfermagem e seis quartos com capacidade para quatro leitos e três redes, cada com um banheiro, destinados ao alojamento. As pessoas são distribuídas por etnia e/ou por necessidades especiais, como o puerpério e as doenças transmissíveis por via aérea. Nessa ala também funcionam uma cozinha e um refeitório, área de lazer e lavanderia disponível às pessoas hospedadas.

A CASAI comporta, aproximadamente, 60 adultos, mas durante o trabalho de campo, em muitos momentos, a lotação esteve acima da capacidade. Observei que quando um indivíduo adoece e necessita de atendimento fora da aldeia ele é acompanhado por vários familiares. Esse comportamento parece ser um dos motivos da superlotação da CASAI, embora as enfermeiras orientassem as famílias sobre a necessidade de reduzir o número de acompanhantes, estas pareciam não ser compreendidas.

Durante o mês de julho, época do início do trabalho de campo, a equipe de saúde da CASAI era composta por duas enfermeiras diaristas, uma nutricionista diarista, sete auxiliares de enfermagem que se revezavam em plantões de 12 horas, uma laboratorista, dois agentes comunitários de saúde e um agente indígena de saúde. No mês de agosto, a equipe foi acrescida de dois profissionais médicos que realizavam consultas, em horário integral, três vezes na semana. À medida que as demandas de baixa complexidade (consultas médicas, solicitação de exames laboratoriais, entre outras) eram solucionadas, houve uma redução significativa na lotação da unidade, permanecendo ali apenas as pessoas com necessidade de atendimento de média e alta complexidade. No entanto, esse

tipo de atendimento foge a proposta da CASAI como um local de apoio, funcionando apenas como medida paliativa enquanto eram estudadas alternativas para aumentar a capacidade de resolubilidade das equipes multiprofissionais de saúde que atende a população nas aldeias, e diminuir a busca por assistência no centro urbano.

Nos primeiros contatos com as indígenas, fui acompanhada por uma auxiliar de enfermagem, que intermediava o diálogo com as mulheres e, às vezes, com os maridos. Apesar desse auxílio, algumas mulheres se recusaram a ser entrevistadas; outras foram impedidas pelos maridos ou pelas mulheres mais velhas que mostravam grande desconfiança. Alguns momentos foram bastante tensos, como por exemplo, na primeira entrevista, em que o marido da entrevistada, interrompeu a entrevista de forma ríspida, exigindo pagamento. Mesmo tendo sido, previamente, advertido que não haveria nenhum tipo de compensação pela participação, ele dizia: *“você tem que pagar pra minha mulher, porque você vai ganhar dinheiro com isso. Vocês são assim. Então você tem que pagar pra ela!”*. Depois da intervenção dos funcionários (agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem e administrativos) que explicaram, novamente, do que se tratava, ele mostrou-se mais calmo, mas exigiu a exclusão da esposa do protocolo de pesquisa, sendo prontamente atendido. Passado o constrangimento, a auxiliar de enfermagem explicou-me que ele havia me confundido com missionários norte-americanos, que há alguns meses tinham estado nas aldeias. As lideranças religiosas dos Suruí orientaram as comunidades a não aceitarem a presença desses missionários, por serem de outra vertente religiosa.

Após essa experiência, decidi acompanhar as enfermeiras, os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde em procedimentos e visitas por alguns dias, integrando-me a rotina do lugar. Aos poucos, as pessoas hospedadas na unidade

aproximavam-se de mim com curiosidade. As crianças e os adolescentes eram os mais curiosos, depois as mulheres. Os homens eram os mais desconfiados, mas aos poucos iam perdendo o receio.

Os Suruí na CASAI

Quando estão na CASAI, os Suruí tendem a ficar na companhia de parentes, permanecendo juntos a maior parte do tempo, dividindo os alimentos, conversando todo o tempo em sua língua mãe. As mulheres lavam as roupas, cuidam das crianças umas das outras, alimentam os filhos e, às vezes, vão passear com os maridos e filhos no comércio da cidade. Os homens costumam ir ao centro comercial da região para comprar mantimentos, divertir-se, negociar artesanatos e produtos que trazem das aldeias.

As crianças maiores e os adolescentes são as pessoas que transitam, com maior domínio, entre o português e o Suruí. Não raro eles são solicitados por funcionários ou por parentes para intermediar as conversas em português, embora homens e mulheres jovens dominem, razoavelmente, o idioma.

Na presença de um homem da família, as mulheres Suruí mostram-se reservadas, ele fala e decide por elas, sendo possível a expressão de um mínimo de opinião por parte delas. Longe dos homens, as mulheres falam e riem muito entre si.

3.3 - O desenvolvimento do trabalho de campo

O trabalho de campo foi realizado nos meses de julho e agosto de 2006. A coleta de informações se deu através de entrevistas individuais abertas e com roteiro temático. O roteiro foi composto por sete campos temáticos (apêndice II), que serviu como guia na leitura e na organização das informações posteriormente. Com isso, as mulheres Suruí

foram estimuladas a narrarem sobre saúde e doença relacionadas às suas experiências sexuais e reprodutivas, sem interrupções até o seu final. Depois de finalizada a entrevista, no intento de suprimir as lacunas deixadas nos relatos, foram realizados questionamentos de interesse da pesquisa, convertidos em tópicos e relatos de acontecimentos que emergiram durante a narrativa.

O local destinado às entrevistas foi a saleta reservada ao descanso dos auxiliares de enfermagem. As entrevistas foram registradas por gravador digital, codificada por número (no sentido de manter o anonimato) e transcritas por mim. Em paralelo, a esse processo, foram realizadas pesquisas documental e bibliográfica sobre a saúde das mulheres indígenas e sobre o povo Suruí em Rondônia.

Foram entrevistadas mulheres indígenas que estavam alojadas na CASAI, oriundas de comunidades Suruí e declaravam terem experimentado a menarca até o momento da entrevista. A menarca foi escolhida como critério de inclusão, por ser este o evento fisiológico e social que marca o início da vida adulta feminina na sociedade Suruí. Seguindo esses critérios, foram entrevistadas 45 mulheres (20% da população feminina Suruí estimada em 2005) que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I). O número de sujeitos foi considerado suficiente para alcançar um ponto de saturação.

No decorrer do trabalho de campo, foram encontradas dificuldades de comunicação em decorrência das diferenças de idioma. As mulheres mais velhas não falavam, nem compreendiam o português. A solução que encontrei foi a intermediação de um intérprete que teria como pré-requisitos ser uma mulher Suruí, que compreendesse e falasse o português e a linguagem tradicional, e transitasse entre os clãs. A pessoa que preencheu

esses requisitos foi uma jovem de 20 anos de idade, que intermediou 14 entrevistas. A atuação da intérprete se estendeu à aproximação de algumas mulheres e no esclarecimento de alguns maridos sobre o estudo. A interação com essa jovem também foi importante para o esclarecimento de algumas situações, mitos, histórias e comportamentos que surgiram durante o trabalho de pesquisa e que foram registrados em diário de campo.

Diariamente, eu observava as mulheres que chegavam à unidade, sondando a possibilidade de entrevistá-las. Geralmente, os diálogos eram iniciados com perguntas sobre o motivo da busca pela CASAI. Outras vezes a aproximação era feita pelas enfermeiras, pelos auxiliares de enfermagem, pelos agentes comunitários de saúde, por mulheres que já haviam sido entrevistadas ou pela intérprete.

No decorrer do trabalho de campo, além do idioma, outras dificuldades para obter as entrevistas foram se apresentando. Algumas mulheres que tinham filhos pequenos os levavam à entrevista. Com a demora das conversas, as crianças tornavam-se impacientes e começavam a chorar, pedindo às mães que lhe dessem atenção. Estas utilizavam várias estratégias para acalmá-los, a mais comum era oferecer-lhes o peito e niná-los até que adormecessem. Quando as estratégias falhavam, as mulheres pediam para que a entrevista fosse interrompida, resultando na perda de algumas e no recomeço de outras. Outra dificuldade foi a presença dos maridos, que influenciava na decisão das mulheres em permitirem as entrevistas, e muitas só aceitaram na ausência deste.

O próprio gravador foi, em alguns casos, um grande obstáculo. No início, despertava certa timidez, mesmo nas mulheres aparentemente menos inibidas. Quando a entrevista entrava nas questões relacionadas à sexualidade, algumas mulheres pediam que o aparelho fosse desligado, sendo imediatamente atendidas. Nessas situações, assim como

nas conversas fora do momento da entrevista, as informações foram registradas em diário de campo.

Ser graduada em enfermagem por vezes revelou-se uma vantagem no trabalho de campo. Algumas mulheres mostraram-se mais à vontade em relatar suas experiências porque *“você é enfermeira, né? Então posso contar tudo como foi, sem ficar com vergonha! Pra enfermeira a gente tem que contar tudo, né?”* (E 44, 15 anos). Embora essa identificação tenha sido vantajosa em certos momentos, pode também ter suscitado vieses. É possível que em alguns momentos as mulheres tenham me dado respostas que, no julgamento delas, fosse a adequada no diálogo com um profissional de saúde.

3.4 - Análise do material coletado

Após a codificação e a transcrição do material, procedi a várias leituras, visando ter uma visão do conjunto, apreender as particularidades presentes e as idéias centrais (Gomes et al., 2005). Seguindo o processo de análise, adotei a proposta metodológica sistematizada por Gomes & Mendonça (2002). Esses autores sugerem que para a análise de narrativas é necessário percorrer três etapas: (1) contextualização das representações e experiências; (2) desvendar os aspectos estruturais das narrativas e (3) sintetizar a interpretação sobre as representações e a experiência.

A primeira etapa consistiu na reconstrução das condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção que emolduram as experiências e as representações de saúde e doença relacionadas à vida sexual e reprodutiva das mulheres Suruí. Preliminarmente, busquei informações sobre o contexto histórico e sociocultural da saúde e da doença desse grupo étnico, que foi ampliado com as informações obtidas nas entrevistas.

Em outras palavras, essa contextualização não consistiu num momento específico do processo de pesquisa, mas percorreu todas as suas etapas.

Realizada a contextualização, prossegui com a segunda etapa, em que procurei desvendar os aspectos estruturais da narrativa: os significados atribuídos à saúde, a doenças; os cenários das narrativas; os personagens e espaços evocados; eventos mencionados para se contar como aconteceu; o enredo e o desfecho delineado pelos narradores. Na terceira etapa, articulei os elementos das duas etapas anteriores, permitindo uma síntese interpretativa e uma compreensão das narrativas.

3.5 - Breve perfil das mulheres entrevistadas

Foram entrevistadas mulheres das 11 aldeias Suruí, localizadas nos limites da T.I. Sete de Setembro, e também mulheres que residiam no distrito de Riozinho e na área urbana de Cacoal. Elas pertenciam a diferentes faixas etárias, tinham graus de escolaridade diferentes, desempenhavam atividades diversas, vivenciavam variadas situações conjugais e de maternidade.

A idade das participantes variou entre 12 e 78 anos. A Tabela 1 mostra a distribuição das faixas etárias. Observa-se que 46,7% delas pertenciam à faixa etária 20 a 29,9 anos.

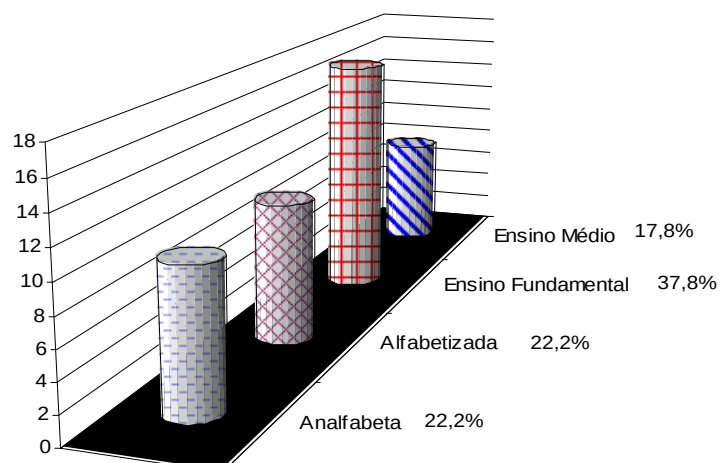
Tabela 1 – Distribuição das faixas etárias de mulheres Suruí, CASAI, Cacoal-RO, 2006.

Faixa Etária (Anos)	Frequência (n)
10 a 19,9	10
20 a 29,9	21
30 a 39,9	4
40 a 49,9	5
50 e mais	5
Total	45

A maioria das entrevistadas (38) declarou ter como principal atividade os cuidados domésticos, com exceção de três que disseram trabalharem nas roças da família, duas agentes indígenas de saúde (AIS), uma professora indígena e sete estudantes. Essas mulheres que declararam desempenhar atividades fora do ambiente doméstico não se eximiam das tarefas domésticas.

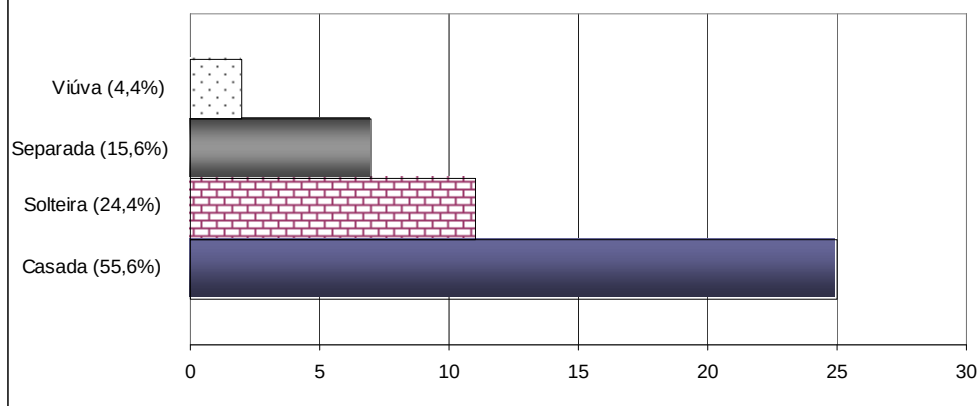
O grau de escolaridade declarado pelas mulheres foi bastante heterogêneo (figura 1.2) No momento da entrevista, 22,2% delas declararam ser analfabetas; 22,2% foram alfabetizadas em escolas nas aldeias; 37,8% cursavam ou haviam concluído o ensino fundamental e 17,8% o ensino médio.

Figura 1.2 - Distribuição das categorias de escolaridade entre mulheres Suruí, CASAI, Cacoal-RO, 2006.



Ao serem perguntadas sobre sua crença religiosa, 84,4% das mulheres disseram seguir de vertentes evangélicas e 15,6% delas declararam não possuir nenhuma religião. No momento da entrevista, quando perguntadas sobre a situação conjugal em que se encontravam, 4,4% das mulheres declararam estar viúvas, 15,6% separadas, 24,4% solteiras e 55,6% casadas (Figura 1.3).

Figura 1.3 - Distribuição da situação conjugal de mulheres Suruí, CASAI, Cacoal-RO, 2006.



3.6 - Considerações éticas do estudo

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (registro no. 12623) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ (parecer no. 121/05) sendo aprovado, nas duas instâncias.

Foram observados os critérios éticos preconizados pela Resolução 196/96 da CONEP e do Conselho Nacional de Saúde. Foi elaborado termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (anexo I) adequado, com linguagem acessível à população participante e com o máximo de informações possíveis. Todas as Suruí que foram incluídas na pesquisa concordaram com os termos da pesquisa e assinaram o TCLE.

As informações coletadas tiveram o seu sigilo garantido através da codificação dos sujeitos, não permitindo sua identificação ou de pessoas citadas.

4 - Resultados e discussão

Etnografias realizadas entre os Suruí de Rondônia, na década de 1980, mostram que em seu sistema simbólico os agravos à saúde estão dispostos em três categorias de causalidade provocados por: espíritos maléficos, por ‘feitiços’ lançados por inimigos e por transgressões de regras e proibições culturais (Coimbra Jr., 1989; Mindlin 2006a).

Na cosmovisão Suruí, cada indivíduo tem o seu “sihxô”, entidade responsável pelas características de sua personalidade. As transgressões de proibições alimentares e de regras sociais tornam o “sihxô” do indivíduo suscetível ao ataque de espíritos. A sua perda é uma das principais causas de “ahir”, doenças caracterizadas pelo estado de inconsciência ou morte. Outra categoria de doenças é a “xatinga”, doenças causadas por diferentes espíritos maléficos (“gerbá”) que penetram no corpo do indivíduo, causando-lhes fortes dores no órgão atingido. Esses espíritos podem ser encontrados na floresta, escondidos entre pedras, árvores, armadilhas abandonadas e em outros lugares. As “mayár” (feridas) são provocadas pelos feitiços lançados por xamãs Zorós, que provocam as doenças êmicas. O tratamento dessas doenças empenna os recursos do sistema de cura Suruí, representado pelos xamãs (hoje, quase inexistentes), que negociam com os espíritos a cura e a proteção das pessoas (Coimbra Jr., 1989).

Com o estabelecimento do contato com a sociedade nacional, o povo Suruí foi assolado por epidemias como a tuberculose, sarampo e gripe. Como essas enfermidades não podiam ser combatidas e nem controladas pelas práticas do sistema de cura Suruí, foram classificadas em uma nova categoria: as “doenças de yará” ou “doenças de branco”. Nessa categoria, encontra-se um conjunto de manifestações indicativas de doenças sexualmente

transmissíveis, mastites, entre outros agravos da saúde das mulheres, identificadas, genericamente, como “doenças de mulher” (Coimbra Jr., 1989).

A categoria “doença de mulher” aparece, enfaticamente, nas entrevistas desta pesquisa, porém elaborada de maneira distinta, mesclando elementos da cultura Suruí, do conhecimento biomédico e da doutrina cristã. Na atualidade, grande parte dos Suruí se declara seguidora de vertentes religiosas evangélicas, que se instalaram nas aldeias ao longo das últimas décadas.

“Antigamente tinha o pajé. Hoje, acho que não tem mais! Tem uns aí, mas a religião entrou nas aldeias e não tem mais pajé. A religião que eu falo é a batista, a evangélica, a de sétimo dia... A maioria dos índios hoje é evangélica e a religião não permite a cultura do pajé. Falam que é pecado! Cada aldeia tem um pastor. O da minha aldeia é um alemão, que veio da Alemanha. Tem índio pastor também. O culto é em português e em Suruí. Tem os hinos também. A gente tira o modo de viver da palavra de Deus.” (E 13, 20 anos)

Sob a categoria “doença de mulher” estão abarcados agravos à saúde relacionados à reprodução e à sexualidade. Na visão das mulheres Suruí, o adoecimento feminino está associado à quebra de regras e proibições culturais; ao contato com a “doença do branco”; à adoção de aspectos de estilos de “vida do branco” e à transgressão de regras de comportamento sexual de orientação cristã.

As doenças relacionadas à reprodução e ao sistema reprodutivo são explicadas como consequência de quebra de regras culturais, principalmente da reclusão da menarca e do parto, e da adoção de estilos de “vida de branco”. Aquelas relacionadas à sexualidade são interpretadas, principalmente, como resultado do contato com as “doenças de branco” e de certos comportamentos sexuais.

Para as mulheres entrevistadas, “*ficar doente é ficar triste, sentir dor, sentir que morre*” (E 19, 35 anos) e as interpretações sobre as causas e o potencial de perigo de cada

“doença de mulher” determinam as decisões no que diz respeito à busca de recursos terapêuticos.

De modo geral, os conhecimentos, as práticas e as representações sobre a saúde e a doença relacionadas às experiências sexuais e reprodutivas foram convergentes, independentes da idade ou da escolaridade.

4.1 - Saúde, doença e reprodução

A vida reprodutiva das mulheres Suruí inicia-se, geralmente, na segunda década de vida, logo após a primeira menstruação. Em estudo sobre essa população, Valencia et al. (2006) encontraram, para o período de 2003-2004, uma taxa de fecundidade total de 6,2 filhos por mulher, com intervalo intergenésico médio de 22 meses.

A menarca é um evento muito significativo para as mulheres Suruí, marcando um novo ciclo de vida. Para as entrevistadas, *“a menina vira mulher quando desce a primeira menstruação, que antes disso se considera criança”* (E 45, 47 anos). Entretanto, no seu universo de representações, o mero fato biológico não é por si mesmo suficiente para determinar essa transformação. “Virar mulher” é um processo de transformação corporal e social desencadeado pelo evento da menarca, e envolve um conjunto de prescrições rituais, que incluem reclusão em maloca própria, restrição de contatos sociais, dieta específica e banhos quentes, entre outras práticas.

“Minha irmã viu e falou que eu tinha menstruado, ela é mais velha que eu. Aí falei pra minha mãe e ela me prendeu na maloca. Fiquei lá, quietinha na rede! Não podia falar, nem andar, só ficar na rede e banhar com água quente! Só pode comer bem pouquinho, o que a mãe leva pra gente. Fiquei lá seis meses” (E 05, 29 anos)

“Quando fica escondido o corpo fica diferente. Quando a índia fica escondida, ela tem o seu corpo de menina, mas quando se esconde ela se transforma, fica mais adulta, a pele fica mais bonita e a barriga fica com cintura, né? O rosto fica diferente, a pele... Muda tudo!” (E 42, 20 anos)

“Ela entra com corpo de menina e sai com corpo de mulher, pronta pra casar e engravidar.” (E 05, 29 anos)

Significado semelhante sobre os ritos de passagem feminina é descrito para outras etnias que habitam o Alto Xingu e regiões da Amazônia, como os Paumari e os Ikpeng. Embora apresentem variações, esses povos compartilham o significado de que a reclusão e o cumprimento das regras culturais são necessários à inclusão da jovem no mundo adulto. O não cumprimento dessas regras pode levar à fragilidade física, a vulnerabilidade aos ataques de espíritos maléficos e à marginalização social da jovem (Bonilla, 2005; Murphy & Murphy, 1985; Pinto & Baruzzi, 2006; Rodgers, 2002).

Na representação das mulheres Suruí, o processo de transformação da menina em mulher e o próprio sangue menstrual engendram perigos de adoecimento ou morte, para ela e para a comunidade, e o ritual da menarca tem o sentido de evitá-los.

“Esconde porque as pessoas têm medo do sangue, porque pode dar doença, né? Causar emagrecimento. Aí, as pessoas têm medo dela, né?” (E 38, 16 anos)

“A minha mãe me contou que na menstruação tem que esconder porque o sangue de menstruação pega doença em criança pequena.” (E 32, 32 anos)

As narrativas das mulheres Suruí sobre a menarca e o ritual que se segue, também reforçam a tese de que, entre muitos povos nativos da Amazônia, os conceitos sobre o corpo e os fluídos corporais compartilham o significado cultural do sangue como agente de crescimento, de saúde, e gerador de capacidades, sendo o elemento-chave para o controle do indivíduo sobre o crescimento, a saúde e a reprodução (Conklin, 2001; Jolly, 2001).

“Aí, a mãe escondeu ela numa maloquinha, longe de casa e colocou ela na rede. Esconde que é pra menina não ficar doente e pra ela transformar também.” (E 33, 44 anos)

O final da reclusão avaliza a jovem a assumir seu espaço social e suas obrigações como adulta, por exemplo, o casamento. A grande maioria das entrevistadas casou-se “quando saiu da maloca” (E 33, 44 anos) e, em seguida, iniciou sua vida reprodutiva. A gravidez é representada como uma situação potencialmente perigosa para a mulher e a criança e é associada com dor e morte, que pode ser justificado pelas inúmeras histórias de mortes durante a gestação e o parto que circulam no grupo.

“Quando eu engravidei, sete, oito meses eu não agüentava, não agüentava sentar, nem deitar. Doía aqui [região do baixo ventre], ficava toda inchada, as costas doía, doía o corpo. Tive anemia, fraqueza, não comia nada, né? Não queria comer nada! Tem mulher que morre lá [na aldeia].” (E 32, 32 anos)

“Ah! A mulher quando tá grávida é perigoso. Não pode namorar muito, não pode anda muito, tem que tomar remédio do mato pra ajudar no parto, essa coisas. Uma gravidez não pode ser esforçada demais, porque o útero fica sensível, acho que isso é que faz sentir mal!” (E 37, 30 anos)

Para contornar os perigos percebidos e minimizar os sofrimentos relacionados à gravidez, as mulheres lançam mão de um conjunto de práticas informadas por saberes da cultura Suruí e de outras culturas e, inclusive, biomédicos. Proibições alimentares, restrições sexuais e físicas e procura por atenção pré-natal nos serviços de saúde são descritos dentre as estratégias adotadas pelas Suruí.

As proibições alimentares envolvem certos tipos de carnes, larvas comestíveis e algumas frutas.

“A mulher não pode comer peixe porque tem muito sangue e vai fazer a mulher sangrar muito quando for ganhar o nenê. Eu não sei muito sobre isso!” (E 08, 16 anos)

“Mañaun é bichinho que a gente come. Ele vai sempre pra trás, não vai pra frente, por isso que quando a gente tá grávida não p ode comer esses bichinhos, senão na hora do parto a criança vai pra trás, não vai pra frente, sobe em vez de descer.” (E 35, 15 anos)

“Não pode carregar coisa que é reimosa, igual ao mamão, banana. Não pode comer banana crua, assada pode, porque a mulher sente dor na barriga.” (E 10, 50 anos)

Nos esquemas explicativos populares para as doenças causadas por alimentos, o conceito de alimento “reimoso” é uma condição atribuída a ele, ou seja, o alimento pode ser reimoso em uma circunstância e em outras não (Rodrigues, 2001). Os esquemas de proibições alimentares que os envolvem visam proteger o indivíduo em situações de susceptibilidade aos riscos de uma agressão externa, como na gestação.

Durante a gestação, as atividades que envolvem grande esforço físico são contraindicadas, mas isso nem sempre se estende às tarefas domésticas.

“Quando eu faço esforço o meu útero fica colocando esse sangramento pra fora. A mulher tá grávida é perigoso! Não pode namorar muito, nem andar muito, tem que tomar remédio do mato pra ajudar no parto! Tem várias coisas! Eu acho que uma gravidez não pode ser esforçada demais, porque o útero fica sensível, assim, meu modo de pensar! Eu cuido da casa igual cuidava antes de tá grávida. Eu cuido da minha família do mesmo jeito e eu acho que isso é que faz me sentir mal, porque não guardo repouso. Eu guardo repouso quando tô aqui, se eu tiver em casa, não paro um minuto! Eu não gosto de ficar parada!” (E 37, 30 anos)

O acompanhamento pré-natal é conhecido por praticamente todas as entrevistadas, sendo uma prática legitimada e cada vez mais adotada por elas. A proximidade das aldeias do centro urbano e o contato com os profissionais de saúde da FUNASA são fatores que favorecem a incorporação do discurso biomédico em sua prática.

As narrativas convergem na opinião de que *“tem que fazer o pré-natal pra a criança não nascer doente, aleijado”* (E 20, 23 anos). Evitar dificuldades no momento do parto é outro motivo importante para a busca de acompanhamento médico durante a gestação, como relata uma das mulheres: *“o pré-natal mostrou que o primeiro filho dela tava atravessado na barriga. Aí, ela ganhou o nenê no hospital, ela ficou com medo de não conseguir ganhar e morrer no mato”* (E 22, 25 anos).

Ao falarem de suas experiências com os profissionais do pré-natal, as mulheres expressam confiança no saber e na perícia dos médicos.

“Fiz [pré-natal], tiro sangue, urina, passo gel na barriga pra ver a criança lá dentro. Médico sabe, né? Eu gosto de fazer pra saber se a criança tá bem. É importante! O médico avisa a gente, né?” (E 39, 40 anos).

“Tem que fazer pré-natal porque o médico sabe, né? Se nenê tem alguma doença ele fala, né?” (E 05, 29 anos).

Nas entrevistas, em geral, a ultra-sonografia aparece quase como um sinônimo de pré-natal. Ela é representada como um poderoso olho “*que vê a criança*” (E 34, 28 anos). As mulheres enfatizam sua propriedade de visualizar o interior do seu corpo e antecipar e contornar situações de adoecimento da criança e de perigo no parto.

Assim como a gestação, o parto também é representado como uma situação potencialmente perigosa para a saúde e a vida da mãe e do bebê. A experiência do parto é narrada de forma significativa por uma mulher:

“Ganhar o bebê, né? A pessoa sente a dor, né? E depois que tem o nenê fica feliz. No momento que tá nascendo você pensa que não tá mais viva, mas quando você ouve o choro do nenê, você vai sentir feliz, de volta ao mundo.” (E 40, 26 anos)

Prescrições e práticas tradicionais e modernas se mesclam nas narrativas sobre os cuidados no momento do parto. Na prática tradicional, ao perceber a eminência do parto, a mulher se recolhe em uma maloca feita especialmente para esse momento, onde permanece em reclusão até que a criança comece a andar. O isolamento no parto e no pós-parto tem a finalidade de controlar os perigo relacionados ao sangue do parto (às vezes referido como “sangue do nenê”) percebido como causa de adoecimento e morte em outras pessoas da comunidade. O simbolismo do sangue do parto assemelha-se ao sangue da menarca, mas com um potencial maior de perigo. Por isso, “*quando ela não conseguir mais pegar a pele da barriga tá na hora. Aí, vai pra um lugar isolado e espera a criança nascer, porque o sangue do parto, é muito forte e pode matar, aí as pessoas têm medo*” (E 15, 46 anos),

“porque o cheiro do sangue [faz] mal pra gente e dá calor, a gente morre do calor” (E 19, 35 anos).

Em outras culturas indígenas amazônicas, como, por exemplo, os Warí (Conklin, 2001) e os Paumari (Bonilla, 2005), o sangue do parto, é representado como perigo para a comunidade, principalmente para as crianças e os homens, apenas as mulheres mais velhas, ‘que tem experiência’, podem participar do parto, auxiliando e instruindo a parturiente.

Embora as histórias de partos na aldeia sejam muito comuns, várias mulheres disseram ter tido ou desejarem ter seus filhos em hospital. Em seu estudo, Valencia et al. (2006) constataram que quase a metade (46,2%) dos partos de mulheres Suruí, em 2004 foi realizada nos hospitais da região, mostrando uma tendência de mudança na escolha do local de parturição. Quando o parto acontece nas aldeias, o nascimento das crianças é conduzido por mulheres mais velhas como a mãe ou avó da parturiente, pessoas que, segundo os costumes do grupo, podem transitar livremente neste cenário por já terem experiência: *“quando nasceu, minha mãe cortou o cordão com pedaço de flecha e enrolou num pano, e deu banho nela. Aí, depois me deu pra ela mamar”* (E 12, 24 anos).

Muitas mulheres tiveram partos tanto na aldeia como no hospital. No parto do primeiro filho, algumas referiram que optaram por o terem na aldeia por não “saber como é” e preferiram estar próximas aos familiares e em ambiente conhecido, e, na ocasião do segundo parto, escolheram o hospital. Em outros casos, a busca pelo hospital ocorreu quando *“ela tentou ganhar no mato, mas que não conseguiu. Aí, teve que vir pra cidade, pro hospital. No hospital, cortaram a barriga dela e tiraram o nenê!”* (E 21, 55 anos).

A opção pelo parto hospitalar é uma forma das mulheres esquivarem-se do que percebem como perigos associados ao parto na aldeia. Elas explicam que *“lá tinha os médicos, as enfermeiras que cuidaram dela. E quando ela sentiu dor, deram remédio pra*

melhorar. Na aldeia não tinha esses recursos e ficava com muita dor! Então, ela acha que na cidade teve mais cuidados do que no mato” (E 15, 46 anos).

Entretanto, para elas o parto no hospital não está isento de perigos. Depoimentos como *“eu tenho medo de cortar a minha barriga”* (E 20, 23 anos) foram freqüentes. O medo da cesariana está relacionado tanto com o processo cirúrgico, por si mesmo, e com o receio da esterilização.

“O doutor disse que ia ter que fazer cesárea. Aí a enfermeira botou soro aqui. Aí deram injeção aqui atrás, anestesia, né? Aí puseram um pano aqui. Eu não vi nada. Ficava com medo de doer quando corta a minha barriga, mas não doeu não. Só depois pra eu levantar assim doía. Depois a enfermeira levou o nenê lá pra mamar. Fiquei no hospital três dias, depois vim pra cá pra ir pra aldeia. Cesárea é muito difícil! Eu sofri muito! Mais 15, 20 dias e pouco ficou doendo aqui tudo [abdome]. Não quero mais fazer cesárea não. Eu quero mesmo ter quatro filhos, né? Mas fiz uma cesárea, então não sei se vou ter mais filhos. Só Deus sabe, né?” (E 02, 22 anos)

Nas narrativas existe uma forte associação entre cesárea e infertilidade, que pode estar relacionada com as histórias contadas por mulheres mais velhas, esterilizadas sem consentimento, durante o parto em hospitais nos primeiros anos pós-contato.

“O médico disse que se não fizesse a cesárea ela e o bebê iam morrer. Aí, ele perguntou quantos filhos ela tinha. Então, ele fez a cesárea e fez laqueadura. Nem ela, nem o marido sabiam que tinha feito a laqueadura. Só descobriu porque ela não engravidava mais.” (E 14, 46 anos)

O período que se segue ao também é alvo de várias prescrições que incluem reclusão, abstinência sexual, restrições alimentares e de locomoção - que podem ser estendidas aos homens - que em seu conjunto são chamadas de “resguardo”.

Para as mulheres, a reclusão tem a função de produzir a metamorfose do corpo gestacional ao corpo anterior da mulher e evitar o seu adoecimento. Segundo os conhecimentos tradicionais, *“a mulher depois que ganha nenê tem que ficar escondida pra mudar a pele, mudar o corpo, emagrecer e voltar ao corpo normal”* (E 42, 24 anos).

O adoecimento associado ao período pós-parto é referido como febre, fraqueza, infecções uterinas, mal-estar e transtornos mentais, como relata uma mulher: *“minha mãe diz que tem que ficar de resguardo. Diz que se quebrar o resguardo a mulher não vale mais nada, né? Fica doida! Não sei porquê”* (E 24, 23 anos).

Após o nascimento da criança, a dieta da mulher deve ser a base de *makaloba* - uma espécie de mingau de milho - e complementada por tubérculos como a batata. Deve-se evitar qualquer tipo de carne, arroz, feijão e certas frutas, como o mamão e a banana e outros alimentos considerados reimosos - restrições alimentares muito semelhantes às daquelas da menarca. Na explicação das mulheres, os alimentos ingeridos *“passam para a criança pelo leite”* (E 11, 26 anos) e podem provocar cólicas abdominais e diarreia na criança.

Segundo o depoimento de uma jovem Suruí, culturalmente, após o parto *“não pode fazer amor por muito tempo, é a lei do índio. Não pode porque senão o menino vai ficar com diarreia, vai ficar doente. Minha mãe e meu pai que fala, minha avó também”* (E 44, 15 anos). Os “namoros” - termo referido à relação sexual - no puerpério são perigosos para a saúde da criança e pela possibilidade de uma nova gravidez, *“se a mulher tiver relação sexual a criança pode morrer e a mulher pode ficar grávida de novo, fora do tempo!”* (E 15, 46 anos).

Além da proibição da atividade sexual, ao pai são impostas outras restrições como caçar, andar à noite e comer certos alimentos. A quebra dessas prescrições também pode acarretar no adoecimento da criança.

“O pai não pode namorar outra mulher, senão nenê fica muito doente. Ele não pode comer carne na primeira semana. Não pode comer frango, nem peixe. Depois de uma semana pode comer de tudo.” (E 07, 20 anos)

“Não pode ficar andando de noite, caçar, porque o nenê é muito pequenininho e eles falam que a alma do nenê anda com o pai. Eu não sei porque” (E 08, 16 anos).

A amamentação é muito valorizada na cultura Suruí. Valencia et al. (2006) observaram que o tempo médio de amamentação é de um ano e meio. A amamentação é representada como o “*único alimento do nenê*” (E 33, 44 anos), necessário para a sua sobrevivência e saúde, - “*se não amamentar morre*” (E 21, 55 anos). Essa prática cultural tem sido reforçada por enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem que atendem a população Suruí e estimulam o aleitamento materno exclusivo. A influência do discurso biomédico mescla-se aos conhecimentos tradicionais nos argumentos das mulheres Suruí sobre a importância da amamentação.

“Eu acho importante amamentar, né? A criança cresce mais saudável, mais bonita, fica gordinha e também o leite materno evita muitas doenças, gripe mesmo ajuda, né? Alergia...” (E 37, 30 anos)

De modo diferente da gestação, parto e pós-parto, a amamentação não envolve outras restrições além das alimentares. Relatos de “dor no peito”, “inchação” “caroços” na mama são abundantes. Os dois primeiros sintomas são percebidos como naturais do processo de amamentação e não representam grandes perigos: “*quando dá mamá e os peitos ficam grandes, aí dói*” (E 36, 78 anos) e “*se a criança ficar puxando dá doença. Faz ferida no peito. Aí tem que parar de dar mamá*” (E 45, 47 anos). Muitos casos de “dor no peito” e “inchação” da mama não são levados ao conhecimento dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e auxiliares de enfermagem) pelas mulheres, mas a frequência dos relatos sugere que os quadros de mastites relacionadas à amamentação são frequentes. Em contrapartida, os “caroços” na mama são representados como um perigo para a mulher.

“Eu tive caroço nesse aqui [mama esquerda]. Tive que fazer cirurgia pra tirar. Doía muito! O médico deu geral, aí viu o caroço e eu falei que doía. Aí, ele falou que podia ser câncer. Aí, fiz aquele exame? Mamografia. Aí, deu câncer, Aí, [tive] medo de morrer.” (E 33, 28 anos)

Embora as mulheres saibam da existência do câncer de mama, uma grande parcela delas afirma que não sabe *“o quê significa essa palavra: câncer de mama”* (E 31, 26 anos). Mesmo sem terem uma definição elaborada para o agravo, atribui a ele um grande perigo de morte: *“é uma doença que adormece o peito. É uma doença grave! Eu não sei por que, né? Eu tenho medo porque a gente morre”* (E 24, 23 anos).

A mamografia e o exame das mamas pelo médico ou enfermeiro são vistas como uma forma de evitar a doença e seus perigos. Para elas, *“depois que as mulheres têm filhos e amamentam, têm que fazer mamografia, apalpar o seio dela pra ver se tem caroço”* (E 13, 20 anos). Segundo seus relatos os exames de inspeção e de palpação das mamas são feitos pelos enfermeiros das equipes multiprofissionais de saúde da FUNASA que visitam periodicamente as aldeias para a realização do papanicolau. Algumas mulheres disseram ter procurado o agente indígena de saúde ou o auxiliar de enfermagem da aldeia ao perceberem “caroços” ou sentirem dor nas mamas, sendo encaminhadas por ele ao CASAI, onde foram submetidas a consulta médica.

As dinâmicas familiares e reprodutivas dos Suruí têm sido influenciadas pelas transformações sociais, econômicas e culturais advindas do processo de contato. Muitas mulheres entrevistadas expressam desejo de terem um menor número de filhos.

“Antigamente gostava muito de ter filho, agora não. Muito difícil cuidar de filho hoje. Tem que ter dinheiro pra cuidar, né?” (E 02, 22 anos)

Entretanto, no universo masculino a expectativa de uma prole extensa ainda é muito presente.

“O homem não gosta que a mulher tome remédio! A minha prima mesmo, toma escondido! Ele não deixa porque o homem quer ter muito filho, mas a mulher não. Ela quer acompanhar o marido e não dá, porque tá sempre engravidando.” (E 11, 26 anos)

A contracepção é uma prática comum entre as mulheres Suruí, seja com métodos conhecido culturalmente ou os introduzidos a partir do contato interétnico. Abstinência, “remédio do mato”, pílulas anticoncepcionais e laqueadura tubária são os recursos mais conhecidos e usados. Os preservativos, apesar de conhecidos, são raramente utilizados pelos casais como forma de evitar filhos.

A abstinência sexual é um recurso muito usado para prevenir a gravidez. Conhecida e praticada pelas Suruí, ela faz parte das prescrições que envolvem o puerpério. O “remédio do mato” é uma infusão preparada com ervas, *“a mulher toma e o útero dela fecha, né? Aí não engravida nunca mais”* (E 07, 20 anos). Várias mulheres disseram ser um método que interrompe definitivamente a vida reprodutiva da mulher, comparando-a com a laqueadura tubária. Mindlin (2006) descreve que, a época de suas visitas aos Suruí na década de 1980, ervas com efeitos contraceptivos e que interrompem a menstruação eram usados abertamente pelas mulheres, embora os homens não aprovassem a prática. As mulheres entrevistadas relatam que, atualmente, o conhecimento sobre ervas e infusões com propriedades contraceptivas é restrito a algumas pessoas mais velhas, e que não é transmitido às novas gerações.

“Antigamente, a gente via a avó fazer e aprendia com ela, porque gostava de aprender. Eu aprendi essas coisas de remédio do mato com a minha mãe e minha avó. Mas os jovens de hoje não querem saber dessas coisas, não gosta de aprender, ia a gente não ensina.” (E 36, 78 anos)

A contracepção por ervas e infusões não é uma prática realizada abertamente e de maneira indiscriminada:

“Tem remédio que dá pra fazer. Os mais velhos sabem fazer, mas eles não gostam de dar pra qualquer um, não! Tem que ir lá conversar, pra ver se não quer mais ter filho mesmo. É complicado, né? Eles não gostam de dar pra qualquer pessoa porque o remédio é muito forte e pode dar reação e a pessoa morrer. Eles têm medo disso! As índias preferem tomar o remédio do mato do que operar. Elas têm

medo da cirurgia! Tem medo de chegar lá e abrir a barriga deles e elas morrerem. Eu tenho medo. Eu tomo remédio do mato!” (E 24, 23 anos)

Apesar do medo da cirurgia, a laqueadura tubária apresenta-se como uma alternativa de interesse de muitas das mulheres entrevistadas, que a consideram mais eficaz do que o “remédio do mato”. Poucas discorreram se têm e quais as formas de acesso a esse procedimento. Apenas dois relatos descreveram os caminhos que as mulheres tiveram que percorrer em busca de acesso ao procedimento:

“Eu queria encerrar até no sexto, aí, a gente não fez nada, e já vem o outro. Engravidei porque não fiz nada. Aí, o meu marido falou assim: ‘vamos fazer alguma coisa. Você vai fazer cesárea pra ligar.’ Aí, não tem mais filho, né? Dessa vez, eu e ele conversamos com pessoal da FUNASA, porque a gente quer encerrar, né! Aí, eles fizeram algum documento...encaminhamento, né! Tô esperando!” (E 05, 29 anos).

“Quando eu fui ter meu filho, foi muito sofrimento! Eu quase perdi minha vida, por isso eu falei pro meu marido, que não quero engravidar mais. Aí, eu engravidei de novo, desse meu caçulinha! Aí, meu marido, disse que ia cuidar de mim agora. Aí ele falou com o médico: ‘minha mulher tá grávida e eu conheço você. Você vai operar minha mulher, porque ela já sofreu muito e eu não quero que ela engravide mais!’ Ele falou pro doutor hospital [particular]. Aí, quando eu fui ganhar o meu filho, o meu marido me levou pro hospital. Aí ele assinou um papel e pagou pro doutor me ligar. Aí o médico fez cesárea e ligo. Aí, não tem mais filho!” (E 39, 40 anos)

Pelo conjunto das narrativas, percebe-se que grande parte das mulheres entrevistadas com vida sexual ativa usa ou usou em algum momento métodos anticoncepcionais ocidentais, especialmente, a pílula. Entretanto, nenhuma delas relatou ter freqüentado serviço de planejamento familiar, nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde (2004). De modo geral, a pílula anticoncepcional - chamada de “remédio de branco”- foi prescrita pelo médico, diante da solicitação da paciente, e comprada nas farmácias por elas ou por seus companheiros, uma vez que os serviços públicos de saúde local (posto de saúde das aldeias e pólo-base) não disponibilizam anticoncepcionais à população indígena.

Nos últimos anos, a FUNASA tem se empenhado para implantar, no âmbito dos DSEIs, ações voltadas a saúde integral da mulher indígena, conforme as diretrizes do PAISM, o que inclui a distribuição de anticoncepcionais (FUNASA, 2007). No entanto, as questões relacionadas à contracepção têm sido motivos de conflitos entre a FUNAI e a FUNASA. Sob o argumento do perigo de extinção da população indígena no Brasil, a FUNAI é contrária à distribuição de métodos anticoncepcionais às populações indígenas, dificultando o acesso dessas mulheres à contracepção como componente da atenção integral a sua saúde da mulher.

As divergências entre as diretrizes do PAISM e a FUNAI não são a única dificuldade que as Suruí têm que transpor quando desejam a contracepção. Muitas vezes, os parceiros não concordam com a decisão das mulheres em usar métodos anticoncepcionais por desejarem ter mais filhos: *“têm algumas que não querem ter muitos filhos e os maridos sabem disso e deixam elas tomarem. Se não deixam, elas tomam escondidas! Elas compram na farmácia”* (E 30, 20 anos).

Algumas das mulheres que haviam experimentado contraceptivo oral disseram ter apresentado sintomas indesejados, como enjôos e ganho ou perda de peso. Nesses casos, a conduta foi abandonar o método por conta própria, sem procurar orientação médica, uma vez que está não é oferecida a essa população uma atenção continuada ao planejamento familiar.

De um modo geral as mulheres não relataram experiências pessoais de aborto, *“se elas fazem aborto é muito escondido, mas eu creio que existe. Existe, mas eu não sei quem faz ou fez isso”* (E 37, 30 anos). Em algumas entrevistas, o aborto foi mencionado como uma prática cada vez mais freqüente, *“porque, hoje em dia, as meninas vão engravidando sem marido e depois faz aborto”* (E 40, 26 anos). Há duas alternativas quando se quer

interromper a gestação: “quando fica grávida e não quer ter a criança tem médico que tira, né? Tem outra que mata com remédio do mato” (E 31, 26 anos).

4.2 - Saúde, doença e sexualidade

As mulheres Suruí começam sua vida sexual pouco depois do término da reclusão da menarca. A primeira relação sexual não necessariamente acontece com o casamento: para algumas a primeira experiência se deu “depois que casei” (E 02, 22 anos), e para outras “com um namoradinho” (E 37, 30 anos).

No costume Suruí, como em outras culturas indígenas amazônicas, ainda em tenra idade, as meninas são prometidas em casamento pelos pais, na maioria dos casos para “o tio [materno], que é quem tem direito sobre a menina!” (E 17, 50 anos).

Ao final da reclusão da menarca elas são levadas a cumprir a promessa dos pais. Embora o costume seja praticado com frequência pelas famílias, “hoje as mulheres podem escolher os maridos” (E 17, 50 anos) e “se achar alguém que ela goste, pode casar com ele” (E 10, 50 anos). Mesmo com as mudanças no costume na escolha dos parceiros, a família, principalmente o pai, ainda exerce forte influência na concretização das uniões maritais: “se o pai comprometeu ela, aí não adiante! Tem que casar na marra com o homem que o pai dela comprometeu, né! Aí não tem jeito!” (E 19, 39 anos)

A poligamia é uma prática ainda muito disseminada, mas a maior parte das mulheres afirmou que já não a aceita, o que demonstra a influência do contato interétnico com a cultura da população não índia da região:

“Porque branco pode ter só uma, mas na cultura do índio o homem pode ter mais de uma esposa se quiser. Só que eu já falei pro meu marido que não aceito outra esposa, não. Porque eu acho que um casal tem que ser um casal, só eu e meu marido, não tem que ter outra esposa! Eu não aceito, não!” (E 07, 20 anos)

A presença de missionários cristãos em aldeias Suruí, desde a década de 1970 (Coimbra Jr., 1989; Mindlin, 2006), tem influenciado nos comportamentos e nos padrões familiares e sexuais. Princípios morais como o da monogamia e o da fidelidade, impostos pelo sacramento do matrimônio cristão, conflitam com a cultura da poligamia e com os corriqueiros “namoros” escondidos de homens e mulheres casados, conforme revelam as falas:

“Antigamente, não tinha benção de Deus, o casamento na casa de Deus, com as bênçãos de Deus, mais bonito! Hoje, que conheço Deus, não aceito o homem ter mais de uma esposa, mas antigamente o homem podia ter quantas esposas quisesse. Não acho certo!” (E 17, 50 anos)

Os homens do grupo *“podem ter quatro, cinco esposas. Eles gostam de ter muitos filhos e uma mulher só não agüenta, então têm outras”* (E 09, 16 anos). As esposas de um homem dividem a mesma moradia e, geralmente, são irmãs ou primas classificatórias, mas a proximidade de parentesco não assegura uma convivência sem atritos:

“Meu marido é casado com quatro mulheres. A gente não gosta, não. Fica chateada quando tá ficando com a outra. Eu não tenho ciúmes das primeiras mulheres dele, porque eu casei com o marido delas, mas da mais nova eu tenho! Eu não queria que ele casasse com outra!”. (E 20, 23 anos)

Entre os Suruí, namora-se antes ou depois do casamento, com o noivo, o marido ou outro parceiro. As mulheres solteiras não são proibidas de namorar, desde que mantenham a discrição e não infrinjam as regras de parentesco. Para os pais das moças, os “namoros” sem o compromisso de união são situações desconfortáveis e podem ser motivos de desentendimento na família: *“quando o meu pai descobriu, brigou comigo. Disse que eu ia pegar filho e não ia mais casar, aí eu não fiz mais”* (E 04, 21 anos). Os “namoros” extraconjugais não são impedidos pela poligamia, *“índio namora muito e se o marido descobrir briga com a mulher. Às vezes larga, às vezes fica junto, têm alguns que batem,*

mas muitos não. Quando mulher descobre às vezes fala com o marido, tem índia esperta também que briga e separa.” (E 07, 20 anos).

A influência cristã e da cultura ocidental também se faz sentir pela atribuição de valor moral à virgindade feminina: *“tem homem chato que só quer casar com a mulher virgem. Aí eu tenho medo de deixar de ser virgem e quando for casar ele descobrir e não querer mais”* (E 09, 16 anos).

Em sua maioria, as mulheres relataram sensação de medo na ocasião da primeira relação sexual, *“não sabia o quê era isso. Ninguém tinha me falado”* (E 04, 29 anos). Além do medo do desconhecido e da dor, o medo de engravidar também foi relatado por aquelas que tiveram a primeira experiência em relações pré-maritais.

“Depois fiquei pensando que estava grávida e que meu pai ia brigar comigo. Conte pra minha mãe e ele me deu remédio do mato pra não ficar grávida. Ela disse pra não fazer isso de novo antes de casar” (E 07, 20 anos).

Apesar das ansiedades que envolveram o início da vida sexual, as mulheres falam do sexo como algo prazeroso, que gostam de fazer. Porém, expressam também preocupação com a possibilidade de adquirirem doenças através do ato sexual.

“Antigamente não tinha essas doenças, hoje tem as doenças sexuais, AIDS, câncer de útero, infecções... Se não trata fica mais avançada e não tem cura. Eles falam que as infecções, a AIDS pega na relação sexual, né? Quando uma pessoa transa com outra que tá doente.” (E 08, 16 anos)

Um conjunto de sintomas femininos - referidos como “ardência quando urina”, “coceiras” na vagina, “feridas no útero” e “dores na barriga” são relacionados à prática sexual e designados, genericamente, como “doenças de mulher”. Tipicamente, as idéias sobre essas doenças se encaixam no quadro representacional das “doença de branco”, *“antigamente, não tinha essas doenças, depois que conheceu branco teve essas doenças! Câncer, AIDS é doença que mata, né? Não sara, né?”* (E 19, 35 anos).

Os discursos das mulheres sobre as “doenças sexuais” e as “doenças de mulher” - suas manifestações, causas e conseqüências, modos de prevenção - se calcam em elementos influenciados de esquemas explicativos ocidentais, como a biomedicina, e do sistema moral cristão, advindos de seus contatos com os serviços de saúde e as igrejas cristãs e de informações recebidas através da mídia, principalmente da televisão.

Informadas por esses conhecimentos, as mulheres, imputam o comportamento sexual como causa das doenças sexuais e das “doença de mulher”:

“Quando a mulher faz coisa errada por aí, fica doente, né? Se ficar transando por aí com todo mundo pega doença, né? Muito perigoso, né? Não pode transar com outros, só com o marido, né? Quando uma mulher transa com outro homem que tem a doença, pega doença também. Fica namorando e fica doente, né?” (E 07, 20 anos)

“Quando fica com outra pessoa, além da esposa, pega doença transmissível, principalmente, quando fica com prostituta.” (E 33, 44 anos)

As “doenças de mulher” são classificadas quanto à percepção do seu potencial de perigo: *“tem aquelas que são graves e têm outras que não! Doença grave é quando não tem cura, né?”* (E 13, 20 anos). Aquelas identificadas por elas como “câncer de útero”, “doença de útero”, “ferida no útero” e “AIDS” são consideradas doenças graves porque *“quando sabe da doença não tem remédio de índio, nem de enfermeira, morre mesmo, né?”* (E 19, 35 anos).

“Doença de mulher é doença que dá no útero, mas não sei o quê faz ficar com essa doença! Nunca vi ninguém com isso, mas mata, né? É uma doença que se demorar a descobrir fica muito grande e não tem como cuidar. Daí a pessoa morre.” (E 11, 26 anos)

Sintomas identificados como “infecção”, “corrimento”, “coceira”, “dor na barriga”, “dor quando urina” ou, genericamente, como “DST” estão agrupados como “doenças de mulher” *“que não são graves”* (E 13, 20 anos), mas que merecem cuidados:

“Começa com um pouco de infecção, né? E se a pessoa não cuidar, vai aumentar e vai até transformar nessa doença, câncer no útero, né? Infecção pega através da relação sexual, né? Se a gente não se tratar, não ir ao ginecologista, fica com essa doença grave, né?” (E 40, 26 anos)

Para não “pegar doenças de mulher” são necessárias precauções e cuidados que envolvem o comportamento sexual e o corpo feminino. Para elas, se a mulher “tiver a pessoa certa pra ficar”, “usar camisinha”, “ir ao ginecologista e fazer o preventivo” e “tiver higiene, for limpa” não terá nenhuma das “doenças de mulher”.

Na opinião de todas as entrevistadas, uma forma de minimizar os perigos de adoecimento é ter um parceiro sexual fixo, *“pega essas doenças quando o homem transa com qualquer mulher e a mulher com qualquer homem. Pra não pegar não pode transar com qualquer um, tem que ter a pessoa certa pra ficar”* (E 21, 55 anos). Outra forma de prevenir doenças é usar o preservativo, *“quando a gente fica com quem não conhece, tem que usar camisinha, né?”* (E 19, 35 anos) e *“tem que usar camisinha pra não pegar DST”* (E 08, 16 anos). O conhecimento dessas mulheres sobre esses temas é construído por informações de fontes variadas: *“ouvi falar dessas coisas na escola, na televisão, as enfermeiras falam pra gente”* (E 08, 16 anos).

Algumas mulheres relataram que os parceiros conseguem preservativo nos postos de saúde ou na CASAI, mas alguns preferem comprá-los em farmácias da região. No entanto, o uso do preservativo perde parte de sua importância no sexo conjugal, quando o homem tem apenas uma esposa:

“O pessoal da FUNASA sempre explica que tem que usar a camisinha! Eu não uso porque tenho só meu marido e o meu marido só tem eu. Eu acho que não vou precisar de camisinha!” (E 05, 29 anos).

Quando envolvidas em relações poligâmicas, elas consideram mais difícil prevenir as doenças femininas.

“Não adianta tratar essa doença, porque meu marido tem quatro mulheres, aí ele fica comigo, aí fica com ela e depois fica comigo e não usa a camisinha, aí fico doente. Nunca vai recuperar! Só se usar camisinha, né? Mas ele não gosta de usar camisinha, né?” (E 34, 28 anos).

Nas entrevistas, as mulheres demonstram-se abertas a procurar serviços médicos para prevenir e tratar “doenças de mulher”. Ao perceberem os sintomas dessas doenças, elas buscam cuidados nos serviços de saúde públicos e privados para *“tratar que nem o médico mandou”* (E 08, 16 anos). A grande maioria conhece o exame preventivo ginecológico e ressalta sua importância para *“pra saber se tem doença e cuidar. Antes de ter o Programa de Saúde da Família Indígena, ela fazia no particular e agora faz pelo programa quando o pessoal vai na aldeia”* (E 17, 50 anos).

O preventivo ginecológico (papanicolau) é considerado um exame *“que faz para saber como as coisas tão funcionando lá dentro”* (E 33, 44 anos), *“para saber se não tem nenhuma doença lá dentro”* (E 35, 15 anos). Na explicação das mulheres, o preventivo serve para identificar e tratar tanto as doenças consideradas não perigosas, como aquelas consideradas graves. A associação do exame com a prevenção do câncer ginecológico é comum: *“é exame pra não ficar doente, pra não pegar doença forte que nem o câncer, né?”* (E 20, anos), *“tem que fazer pra não ficar com essa doença, né?”* (E 11, 26 anos).

Apesar a importância atribuída ao preventivo ginecológico, algumas mulheres relataram não se submeterem ao exame por não compreenderem o seu significado, uma vez que não reconhecem a gravidade do agravo a ele relacionado.

As narrativas sobre a experiência de se submeter ao exame envolvem também constrangimento, medo e sentimento de agressão a sua integridade física:

“Doeu um pouco quando colocou o aparelho. Eu fiquei com medo porque pôs um vidro grande lá dentro e saiu um pouco de sangue.” (E 44, 15 anos)

“Deitei naquela cama, né? Botei a perna naquele negócio, aí o médico enfia aquele negócio lá, né? Fez o exame, né? Tem que fazer, se a gente tem alguma doença, o médico passa o remédio!” (E 12, 24 anos)

A necessidade da mulher “se cuidar muito” foi uma tônica em muitas entrevistas. A higiene pessoal está no centro do discurso do auto-cuidado. Orientadas por conhecimentos biomédicos as mulheres descrevem sua rotina de asseio para evitar o adoecimento:

“Quando eu faço xixi e eu não cuidar, vou ter isso [doença de mulher] outra vez. É isso que eu faço hoje em dia: pego papel higiênico e limpo. Se ficar molhada, aí eu troco, né? Tiro uma calcinha e troco por outra limpa. Não pode ficar sentada na sujeira não!” (E 39, 40 anos)

“Mulherada novinha, já doente, né? Deixa a piriquita suja, aí fica doente! Tem que limpar, né? Tem que lavar com água, sabão, sabonete. Tem que lavar muitas vezes!” (E 19, 35 anos)

O discurso sobre a necessidade da higiene corporal e a importância de procurar serviços ginecológicos e realizar exames preventivos foi repetido por mulheres de diferentes idades e nível de escolaridade. A idéia do “cuidar-se” para a manter a saúde parece bastante difundida e legitimada entre elas.

No entanto, é preciso considerar duas questões importantes que podem ter influenciado as narrativas das mulheres. A primeira é que as mulheres Suruí entrevistadas foram aquelas que buscavam assistência nos serviços de saúde (Casa de Saúde do Índio) oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. Em muitos casos, as mulheres já haviam vivenciado experiências de saúde e doença junto aos serviços de saúde que consideraram satisfatórias, estimulando-as a buscarem esse recurso novamente. Entretanto, essas experiências podem não refletir a realidade de todas as mulheres Suruí. A segunda questão é o fato da entrevistadora ter sido reconhecida por essas mulheres como uma profissional de saúde (enfermeira), o que pode ter influenciado as entrevistadas a elaborarem discursos

coerentes com os discursos biomédicos, difundidos nos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde que assistem a comunidade.

6 - Referências

Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cadernos de Saúde Pública 1993; 9(3): 263-71.

_____, Rabelo MC. Significação e metáfora na experiência da enfermidade. In: Alves PCB, Rabelo MC, Souza IM, organizadores. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p.171-85.

Athias R. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p189-210.

Azevedo MM. Censos demográficos e os “índios”: dificuldades para reconhecer e contar. In: Ricardo CA, organizador. Povos indígenas no Brasil 1996/2000. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2000. p79-83.

_____. Povos indígenas no alto Rio Negro: um estudo de caso de nupcialidade. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. Demografia dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editoras Fiocruz/ABEP; 2005. p33-58.

Basta PC, Alves LCC, Coimbra Jr. CEA. Padrões radiológicos da tuberculose pulmonar em indígenas Suruí de Rondônia, Amazônia. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2006; 39 (2): 221-23.

Berquó E. O Brasil e as recomendações do plano de ação do Cairo. In: Bilac ED, Rocha MIB, organizadores. Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas. São Paulo: Editora 34; 1998. p23-35.

Bonan C. Reflexividade, sexualidade e reprodução. Processos políticos no Brasil e no Chile. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

_____, Sequeira ALT. Saúde reprodutiva: noção e prática em construção. Rio de Janeiro; 2006. (mimeo).

_____, Sequeira ALT, Fausto MCR, Silva KS. Políticas de saúde para as mulheres no Brasil In: Pereira IB, Morosini MV, Souza WS, organizadores. Textos de Apoio em Políticas de Saúde, vol. 2. Série: Trabalho e Formação em Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz; 2007. (no prelo).

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília; 1984.

_____. Constituição Federal. Artigo 226, parágrafo 7. Brasília; 1988.

_____. Congresso Nacional. Lei 9263/1996. Lei de Planejamento Familiar. Brasília; 1996.

_____. Fundação Nacional de Saúde/ Coordenação de Saúde do Índio. Diretrizes para a Implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Brasília; 1998.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios de Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Diretórios. Brasília; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos. Uma prioridade do governo. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno n. 1. Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Brasília; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Distritos Sanitários Especiais Indígenas: diretrizes para implantar o Programa DST/AIDS. Série Manuais, 64. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Atenção à saúde das mulheres Indígenas. www.funasa.gov.br/ (acessado em 14/04/2007).

_____. Fundação Nacional de Saúde. Atenção à saúde dos povos indígenas: Caracterização e estágio da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), www.funasa.gov.br/ (acessado em 31/03/2007).

Brito EB, Menezes RC, Martins SJ, Bastos MGM, Sousa A. 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 1996; 42(1):11-5.

Buchillet D. Contas de vidro, enfeites de branco e “potes de malária”. In: Albert B, Ramos AR, organizadores. *Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte amazônico*. São Paulo: Editora UNESP; 2002. p113-43.

Bonilla O. Cosmologia e organização social dos Paumari do médio Purus (Amazonas). *Revista de Estudos e Pesquisas* 2005; 2(1):07-60.

Camargo CPF, Junqueira C, Pagliaro H. Reflexões acerca do mundo cultural e do comportamento reprodutivo dos Kamaiurá ontem e hoje. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editoras Fiocruz/ABEP; 2005. p119-34.

Cardoso AM, Mattos IE, Koifman RJ. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na população Guaraní-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17:345-54.

Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(2):295-305.

Coimbra Jr. CEA. Estudos de ecologia humana entre os Suruí do Parque Indígena Aripuanã, Rondônia. Plantas de importância econômica. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi* 1985; 2(11): 37-35.

_____. From shifting coffee farming: the impact the change on the health and ecology of the Suruí indians in the brazilian amazon [Tese de Doutorado]. Bloomington: Departament Antropology, Indiana University; 1989.

_____, Mello DA. Enteropritoses e *Capillaria* sp. Entre o grupo Suruí, Parque Indígena Aripuanã, Rondônia. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 1981; 76: 299-302.

_____, Santos RV. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança sócio-econômica: o grupo indígena Suruí do estado de Rondônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 1991; 7: 538-62.

_____, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva* 2000; 5 (1):125-132.

_____, Garnelo L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p153-74.

_____, Garnelo L, Basta PC, Santos RV. Sistema em transição. In: Ricardo B, Ricardo F, editores. *Povos Indígenas no Brasil 2001-2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2006. p141-44.

Conklin BA. Women`s blood, warrior`s blood, and the conquest of vitality in Amazonia. In: Gregor TA, Tuzin D, editors. *Gender in Amazonia and Melanesia: an exploration method*. London: University of California Press; 2001. p141-174.

_____. O conceito de direitos reprodutivos na intersecção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p175-88.

Costa RLB, Coimbra Jr. CEA, Tsumori T. 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; 1991. (mimeo).

Costa AM. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p319-35.

Costa AM, Silvestre RM. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde. Dilemas para a saúde reprodutiva. In: Venturi G, Recamán M, Oliveira S, organizadores. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. p61-74.

Corrêa S. “Saúde reprodutiva”, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p39-50.

Corrêa S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 1996; 6(12): 147-77.

Domingues JM. Criatividade social, subjetividade coletiva e a modernidade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 1999. p143-72.

Escobar AL, Coimbra Jr. CEA, Arias MM, Santos RV. Demografia e saúde reprodutiva dos indígenas Suruí, Rondônia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; Suppl 1(8):635.

Fausto C. Os índios antes do Brasil. Rio de Janeiro: Editora J. Zahar; 2001.

Garnelo L. Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwá do alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

_____. Políticas de saúde indígena na Amazônia: gestão e contradições. In: Scherer E, Oliveira JA, organizadores. *Amazônia: políticas públicas e diversidade cultural*. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2006. p133-60.

_____, Macedo G, Brandão LC, organizadores. Antecedentes e contexto da atual política de saúde indígena no Brasil. In: *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2003. p36-44.

_____, Langdon J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p133-156.

_____, Buchillet D. Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano oriental) do Alto Rio Negro (Brasil). *Horizontes Antropológicos* 2006; 12(26): 231-260.

Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1996. p13-41.

Gomes R, Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p83-107.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silvas CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação metodológica: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p185-221.

Hobsbawm E. A invenção das tradições. In: Hobsbawm E, Ranger T, organizadores. A invenção das tradições. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1984. p09-23.

Ishak MG, Ishak R. O impacto da infecção por Chlamydia em populações indígenas da Amazônia brasileira . Cadernos de Saúde Pública 2001; 17(2):385-96.

Jolly M. Damming the river of milk? fertility, sexuality and modernity in Melanesia and Amazonia. In: Gregor TA, Tuzin D, editors. Gender in Amazonia and Melanesia: an exploration method. London: University of California Press; 2001. p175-206.

Langdon EJ. Salud y pueblos indígenas los desafios em el cambio de siglo. In: Briceño-Leon E, Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, coordinadores. Salud y equidad una mirada de lãs ciências sociales. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p107-17.

_____. Políticas públicas de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004a. p211-26.

_____, organizadora. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre a antropologia e profissionais de saúde. In: Saúde dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa Livraria - Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p33-51.

_____. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Editora Terra Virgem; 2006. p São Paulo: Editora Terceiro Nome; 2006. p115-34.

Laraia R. Arranjos poliândricos na sociedade Suruí. Revista do Museu Paulista 1963; XIV:71-75.

Leite MS, Santos RV, Gugelmin AS, Coimbra Jr. CEA. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(2):265-276.

Lourenço AEP. Avaliação do estado nutricional em relação a aspectos sócio-econômicos de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

McCallum C. O corpo que sabe: da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: Alves PC, Rabelo MC, organizadores. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Editoras Relumé Dumará/ Fiocruz; 1998. p130-45.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª. Edição. São Paulo: Editora HUCITEC; 2006.

_____, Souza, ERS, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação metodológica: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p71-104.

Mindlin B. *Nós Paiter: os Suruí de Rondônia*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1985.

_____. *Diários da floresta*. São Paulo: Editora Terceiro Nome; 2006a.

_____. Reprodução e sexualidade – gravidez: uma trilha nos mitos indígenas. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Editora Terra Virgem; 2006. p189-200.

Monteiro S. Desigualdade em saúde, raça e etnicidade: questões e desafios. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p45-56.

_____, Maio MC. Etnicidade, raça e saúde no Brasil: questões e desafios. In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. *Críticas e atuantes*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p473-86.

Murphy Y, Murphy RF. Women of the forest. 2ª Edición; New York: Columbia University Press; 1985.

Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Cairo; 1994.

Orellana JDY. Saúde e nutrição de crianças indígenas Suruí de Rondônia, Amazônia, Brasil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

_____, Coimbra Jr. CEA, AEP Lourenço, RV Santos. Nutritional status and anemia in Suruí Indian Children, Brazilian Amazon. *Jornal de Pediatria* 2006; 82 (5): 383-88.

Pagliari H. A mudança dos Kaiabí para o Parque Indígena do Xingu: uma história de sucesso demográfico. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Editora Terra Virgem; 2006. p201-58.

_____, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editoras Fiocruz /ABEP; 2005.

Pinto NRS, Baruzzi RG. Reclusão pubertária amasculina em índios do Alto Xingu, Brasil Central. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Editora Terra Virgem; 2006. p175-88.

Portella AP. Estratégias, desafios e limites na formação em gênero e saúde: reflexões a partir de uma experiência feminista. In: Villela W, Monteiro S, organizadoras. *Gênero e saúde: programa saúde da família em questão*. Rio de Janeiro-Brasília: Abrasco/UNFPA; 2005. p155-66.

Rabelo MC, Alves PC. Corpo, experiência e cultura. In: Leibing A, organizadora. *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora NAU; 2004. p175-200.

Ramos A. *Sociedades Indígenas*. São Paulo: Editora Ática; 1986.

Ribas DLB; Philippi ST. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores.

Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p73-88.

Rodgers D. A soma anômala: a questão do suplemento no xamanismo e menstruação Ikpeng. *Mana* 2002; 8(2):91-125.

Rodrigues AG. Buscando raízes. *Horizontes Antropológicos* 2001; 7(16): 131-44.

Roquette-Pinto E. Rondônia: anthropologia – ethnografia. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p13- 48.

Santos RV, Flowers MN, Coimbra Jr. CEA. Demografia, epidemias e organização social: os Xavante de Pimentel Barbosa (Eteñitépa), Mato Grosso. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p59-78.

Sahlins M. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção (parte I). *Mana* 1997; 3(1):41-73.

Shwarcz LM. Caleidoscópio da cultura. *Revista de História da Biblioteca Nacional* 2007; 2 (18): 20.

Taborda WC, Ferreira SC, Rodrigues D, Stávale JN, Baruzzi RG. Rastreamento do câncer de colo uterino em índias do Parque Indígena do Xingu, Brasil central. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2000; 7(2): 92-6.

Teixeira P, Brasil M. Estudos demográficos dos Sateré-Mawé: um exemplo de censo participativo. In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. *Demografia dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p135-54.

Valencia MMA, Santos RV, Coimbra Jr. CEA, Escobar AL. Aspectos demográficos de los indígenas Suruí, Rondonia y Mato Grosso, Brasil. Relatório de Pesquisa, Fundação Ford; 2006.

Villela W; Monteiro S, organizadoras. Gênero e saúde: programa saúde da família em questão. Rio de Janeiro-Brasília: Abrasco/UNFPA; 2005.

Weiss MC. Contato interétnico, perfil saúde-doença e modelos de intervenção em saúde indígena: o caso Enawenê-Nawê, Mato Grosso. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Abrasco; 2003. p187-96.

Wiik F. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a Aids entre os índios Xoklég de Santa Catarina, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2001; 17(2):397-406.

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: Representações sociais de mulheres de comunidades indígenas Suruí de Rondônia sobre saúde e doença no campo da sexualidade e da reprodução.

Pesquisador responsável: Lihsieh Marrero

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira, av. Rui Barbosa, 716 – 4º andar - Flamengo - Rio de Janeiro

Telefone: 2553-0052 – ramal: 1812

Comitê de Ética em Pesquisa responsável: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio

Arouca, av. Leopoldo Bulhões, 1480 - 3º. Andar/ sala 314 – Manguinhos- Rio de Janeiro.

Telefone: 2598-2525 – ramal: 2863

Nome do orientador: Claudia Bonan Jannotti

Carlos Everaldo Alvarés Coimbra Junior

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezada senhora,

Convidamo-la a participar voluntariamente de uma pesquisa de mestrado, intitulada “Representações sociais das mulheres de comunidades indígenas Suruí de Rondônia sobre saúde e doença no campo da sexualidade e da reprodução”.

Pedimos que leia as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento:

A pesquisa de mestrado tem como objetivo conhecer as opiniões e a experiências de mulheres das comunidades indígenas Suruí sobre saúde e doença no campo da sexualidade e da reprodução”.

Solicitamos que a senhora nos conceda entrevista, contando-nos suas experiências pessoais e suas opiniões sobre esse tema.

As entrevistas serão individuais e realizadas na Casa de Saúde do Índio em Cacoal durante a sua permanência na unidade.

As entrevistas serão gravadas com recurso de áudio e transcritas por mim; será mantido o sigilo sobre o seu nome assim como o nome de todas as pessoas que por ventura a senhora citar.

A senhora poderá pedir todos os esclarecimentos que julgar necessários, antes, durante e depois da realização da entrevista. Também poderá retirar este consentimento e solicitar a sua retirada do protocolo de pesquisa, sem ter que dar nenhuma explicação. Isto em nada afetará o seu atendimento na unidade de saúde.

A senhora poderá ter acesso ao material gravado e transcrito, podendo inclusive fazer modificações que julgue necessárias.

O material coletado ficará sob a minha guarda e será usado apenas para fins dessa pesquisa.

As informações fornecidas pela senhora serão analisadas junto com as de outras mulheres que serão entrevistadas nesta pesquisa, sempre garantindo que essas informações serão tratadas sob o máximo sigilo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados através do trabalho final de mestrado e também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais meios de divulgação científica.

Eu, _____,
identidade nº _____, órgão expedidor _____, declaro ter lido o
documento e ter sido claramente informada pela pesquisadora acerca do
protocolo de pesquisa de mestrado no qual serei incluída, e ter recebido
respostas claras a todas as perguntas que fiz.

Cacoal, _____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

Apêndice I

Ficha de identificação:

Código:

1. Nome
2. Prontuário na CASAI:
3. Cartão SUS:
4. Data de nascimento: ____/____/____
5. Escolaridade:
☐ analfabeta ☐ alfabetizada ☐ nível fundamental
☐ nível médio ☐ nível superior
6. Religião:
☐ católica ☐ evangélica ☐ tradicional
☐ outras
7. Família:
8. Aldeia:
9. Ocupação:
10. Renda Familiar:
11. Renda pessoal:
12. Endereço residencial:
13. Motivo de referência:
14. Encaminhada por:
☐ AIS ☐ Equipe PSFI

Apêndice II

Roteiro temático para entrevista aberta

Campo temático 1: noções de saúde e doença

- Noção de saúde e doença
- Itinerário terapêutico
- Experiência com serviço de saúde
- Doenças de mulheres/homens Suruí
- Conhecimento de DST
- Experiência com DST

Campo temático 2: vida conjugal e sexual

- Início da vida sexual
- Experiência sexual
- Regras do casamento
- Estados conjugais
- Monogamia, poligamia e relacionamentos extraconjugais
- Vida conjugal pregressa e atual

Campo temático 3: vida reprodutiva e família

- Experiência pessoal com a maternidade
- Significados da maternidade e da paternidade
- Rede de apoio doméstico

Campo temático 4: exercício da sexualidade e reprodução

- Início da vida sexual
- Fontes de informações sobre sexualidade e reprodução
- Planejamento reprodutivo (concepção, contracepção e aborto)
- Participação do parceiro no planejamento reprodutivo
- Acesso ao serviço de saúde
- Relacionamento com equipe de saúde

Campo temático 5: gravidez, parto e maternidade

- História das gestações: vivências subjetivas, impactos no cotidiano, influência sobre as dinâmicas familiares e o papel das redes de apoio.
- História das gestações: acesso à assistência pré-natal, parto e puerpério; relação com os profissionais de saúde.
- Condições de nascimento e saúde do(s) filho(s)

Campo temático 6: fonte de conhecimentos sobre saúde, reprodução e sexualidade

- Pessoas ou os momentos mais importantes na aquisição de conhecimentos sobre temas como gravidez, contracepção, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e cuidados com a saúde.

Campo temático 7: auto-cuidado

- Procura ao serviço de saúde
- Dificuldade e facilidade no acesso ao serviço de saúde
- Busca a prevenção do câncer ginecológico
- Utilização de preservativo

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)