

NATALIDADE INDÍGENA NA REGIÃO DO ALTO RIO NEGRO – AM

Margarida Elizabeth de Mendonça Lima*

RESUMO – Versa sobre as representações e práticas tradicionais da Região do Alto Rio Negro – AM, referente a natalidade e a todo o processo de procriação, gravidez e parto. Aborda as experiências profissionais num contexto cultural indígena, fato que representou um duplo desafio, ou seja, a passagem do aprendizado acadêmico para a prática profissional de enfermagem, lidando com paciente na maioria de origem indígena, com concepções de saúde/doença diferentes das nossas. O trabalho tenta resgatar o saber médico tradicional (indígena).

ABSTRACT – It deals with the representations and traditional practices of Alto Rio Negro Region – AM, related to natality and to the whole process of procreation, pregnancy and parturition. It approaches the professional experiences on an indigene cultural context, that represented a double challenge, it means, the passage of the academic learning to the nursing professional practice, dealing with patients that had indigene origin in the majority, with conceptions about health/disease different from ours. The study try to rescue the traditional medical knowing (indigene).

1 INTRODUÇÃO

O estudo das representações tradicionais e práticas alimentares ligados à gravidez na região do Alto Rio Negro, foi um dos aspectos que mais despertou interesse em nossas atividades de coleta de dados etnográficos ligados à Saúde/Doença numa situação de confronto da Medicina Ocidental e Medicina Tradicional (indígena).

A oportunidade de, como enfermeira, trabalhar em pesquisa antropológica surgiu com o convite para participar como membro da equipe do projeto “Antropologia da Saúde e Doença entre os Grupos Tukano Orientais da Região do Alto Rio Negro, Estado do Amazonas, Brasil”, desenvolvido dentro do acordo ORSTOM/FRANÇA-BRASIL/CNPq permitindo, com isso, nossa vinculação a um órgão de saúde do Estado do Amazonas.

Esta comunicação resulta da experiência de nosso trabalho diário como enfermeira e como integrante do projeto de antropologia da Saúde e Doença desenvolvido no Museu Paraense Emílio Goeldi, resultando em material que vem sendo publicado e apresentado em congressos, seminários e utilizado em leituras acadêmicas em algumas Instituições de Ensino Superior do Estado do Pará.

A experiência profissional advém de nossa observação direta participante na maior instituição hospitalar da região do Alto Rio Negro, cuja abrangência de atuação compreende um raio de 112.255 Km² atendendo a cerca de 12 grupos étnicos, além da população regional.

Como enfermeira residente, nos foi possível acompanhar o dia-a-dia dos pacientes, suas chegadas, idas e evasões assim como as manifestações quanto ao uso de tratamentos tradicionais, crenças, nascimentos e mortes. O enfoque de nosso trabalho de pesquisa foi o de comparar o uso da Medicina Ocidental e da Medicina Tradicional, na região do Alto Rio Negro, relacionando as patologias definidas por uma e por outra, como também as crenças e representações indígenas e não indígenas.

nando as patologias definidas por uma e por outra, como também as crenças e representações indígenas e não indígenas.

Neste trabalho registraremos fundamentalmente as observações efetuadas durante o processo assistencial desenvolvido junto a gestantes indígenas da região do Alto Rio Negro, procurando reconhecer a necessidade de se tratar a mulher grávida indígena não de maneira estereotipada, mas atendendo-a de cordo com seus padrões culturais.

Cremos que seria relevante chamar a atenção sobretudo para a necessidade de um conhecimento básico de Antropologia, para melhor compreensão de outras sociedades que, por razões vinculadas à sua própria história, à sua tradição, e a certos aspectos de suas próprias estruturas, requerem um atendimento diferenciado.

Esperamos que sirva também como alerta aqueles profissionais de saúde que muitas vezes deixam seus lugares de origem para enfrentar outros, aos quais têm que se adaptar desde a alimentação até às relações interpessoais. Queremos, ainda, chamar a atenção para um outro aspecto de grande importância no relacionamento enfermeiro/paciente: a questão lingüística. Por ser este o profissional que passa o maior tempo em contato com o paciente cremos ser importante demonstrar, no decorrer deste trabalho, que o enfermeiro aprenda ao menos os rudimentos da língua de um paciente não apenas para que possa melhor se relacionar como profissional, mas para atender, atentando para a existência do “outro”.

2 PERFIL DA REGIÃO DO ALTO RIO NEGRO

A região do Alto Rio Negro está localizada a noroeste do Estado do Amazonas, compreendendo uma área de 112.255 Km², um pouco maior em área territorial que alguns países, como por exemplo, Honduras.

* *Enfermeira – Belém – PA.*

Encontra-se limitado ao norte por Colômbia e Venezuela, a oeste pela Colômbia, a leste pelo município de Santa Isabel do Rio Negro e ao sul por este último e parte do município de Japurá.

A população, estimada em 1985, era de 24.944 habitantes o que perfaz uma densidade demográfica de apenas 0,22 habitantes / Km².

Encontra-se banhada pelos rios Negro, Uaupés, Tiquié, Xié, Papuri, Curiari, Aiari e outros. Seu terreno apresenta formação granítica, cercado por serras, montanhas e picos (Pico da Neblina 3.015m, Pico 31 de março 2.990m e Pico Guimarães Rosas 2.150m).

O maior núcleo populacional da região do Alto Rio Negro é a cidade de São Gabriel da Cachoeira, considerada a "Capital Regional do Alto Rio Negro" SANTOS (1983), seguida dos municípios de Iauaretê, Pari-Cachoeira, Maturacá, Içana e outros.

Dentre os grupos indígenas formadores da população destacam-se os Desâna, Tukâno, Tariana, Baníwa, Wanano, Maku (Kamã). A língua mais falada, depois do português vem a ser o nheengatu (língua geral) seguida de perto pelo tukâno.

A economia da região baseia-se principalmente no extrativismo vegetal e na caça de animais silvestres. O primeiro compreende a serua, piaçava e cipó titica, assim como plantações de banana, pupunha, batata doce, cará e o cultivo de roças de mandioca. Por outro lado, no extrativismo animal encontramos a caça, a pesca e a captura de peixes ornamentais.

O suporte econômico também se faz através do artesanato indígena, este em grande parte, monopolizado pelas Missões Salesianas que dispõem de sala para atividades artísticas onde as moças internadas nesse colégio desenvolvem trabalhos para fins lucrativos. A FUNAI e os comerciantes locais também concorrem para comercialização desses artefatos, enviando-os para centros consumidores de maior porte.

O acesso à região do Alto Rio Negro, somente é possível por via aérea ou fluvial. Atualmente, o meio de transporte mais usual é o aéreo, principalmente os aviões da Força Aérea Brasileira (FAB), que transportam quinzenalmente cargas e passageiros. Além da FAB atuam também aeronaves comerciais de pequeno porte, fazendo escalas três vezes por semana.

Devido ao Rio Negro apresentar, em alguns trechos, cachoeiras e corredeiras que dificultam sobremaneira a navegação, isto faz com que uma viagem que normalmente leva duas horas e quarenta minutos de avião, dure cerca de sete e até quinze dias de barco, variando de acordo com o período de cheia do rio.

Existem na região, oito centros dirigidos pelas Missões Salesianas, que se encontram na área desde 1914, apresentando em sua infra-estrutura o complexo igreja, colégio, internato e clínica médica; é a única instituição autorizada pela SEDUC-AM que detém o ensino de 1º e 2º grau da região.

Em toda região existem sete postos de saúde pertencentes às Missões sendo dirigidos por religiosas, médicas e enfermeiras das mais diferentes nacionalidades. Um distrito da SUCAM em São Gabriel, um hospital militar de fronteira localizado em Cucuf, e uma unidade Mista administrada pela Secretaria de Saúde do Amazonas (SESAU), a partir do final de 1982 que, outrora fora o hospital militar de São Gabriel da Cachoeira.

3 GRAVIDEZ NA REGIÃO DO ALTO RIO NEGRO

Os indígenas do Alto Rio Negro desenvolveram várias "teorias" a respeito da procriação, a qual está envolta em certas crenças, em tabus alimentares e em restrições de atividade. A obediência a esses preceitos que regem a vida familiar durante o período de gravidez e também o período puerperal ainda podem ser observados nos dias atuais. Considerando, outrossim, que o estado de saúde ou doença de uma pessoa depende do período de gravidez bem como do tipo de parto.

Como em toda sociedade, a constituição da família é importante pois, segundo LÉVI-STRAUSS (1983), "se as considerações sexuais não são de absoluta relevância no casamento, as necessidades econômicas encontram-se sempre em primeiro lugar".

Na área do Rio Negro, principalmente nos povoados a família costuma, sob a orientação da igreja, realizar o casamento religioso, muito embora saibamos que, mesmo sem este ritual, formam-se famílias, o que se dá, fundamentalmente, pelas necessidades de trabalhos definidos entre os sexos e de procriação. Segundo BRUZZI (1975), "a fecundidade do matrimônio é a condição essencial para a sua validade, o nascimento do primeiro filho sela o contrato implícito de casamento...".

O filho ilegítimo é dito em suas línguas "achado por ela", "dela" ou ainda "filho do espírito" e quase sempre é filho de *branco*. Por isso as mulheres chegam a se orgulhar de tê-lo, não vindo a se constituir em embaraço para o casamento da mãe solteira.

Na região do Rio Negro, a família é do tipo monogâmica, constituída por um número mínimo de 3 a 4 e máximo de 6 a 7 filhos. Quase sempre obedecendo a um intervalo de 2 ou 3 anos, conferidos, em grande parte, pelo auxílio do aleitamento materno. Isto favorece a mãe, que assim, pode dar maior atenção no aspecto nutricional e psicológico ao último filho.

A vida nômade que muitas famílias levam faz com que elas prefiram um pequeno número de componentes no grupo familiar, o que facilita a sua locomoção, permitindo-lhes fazer mais visitas a parentes, ir a festas de santo em outra cidade ou povoado, trabalhar na roça, além de poder melhor redistribuir a alimentação.

A procriação pode ser explicada através de várias teorias indígenas, destacando o papel importante dos pais na formação de uma criança.

Segundo BUCHILLET (1983), os Desâna valorizam mais o papel do pai, como sendo o doador da substância vital indispensável à concepção, crescimento e maturação da criança dentro do útero materno. Para eles, uma mulher só poderá conceber após numerosas relações sexuais para que, desta forma, o útero possa ficar cheio de esperma favorecendo a formação de uma criança. O sangue materno por seu turno, contribui para a formação das partes moles do corpo (ex.: carne, sangue e gordura). Já as partes duras do corpo (ex.: ossos, a medula e o espírito) formam-se da semente paterna.

As mulheres desta região preparam-se para ter bons partos desde a sua primeira menstruação. Durante o período menstrual obedecem a uma dieta ali-

mentar e a certas restrições de atividades. Nesse período, alimentam-se somente de peixes pequenos, tubérculos, algumas frutas, beiju e pouco sal. Evitam tomar banho de rio, por medo da cobra grande, que pode engravidá-las ou encantá-las. Porém, é na gravidez que os tabus mais se intensificam. Nesta fase, evitam comer carne de macaco, cobra e peixes grandes de peixe (pirarara, pirafiba, surubim etc...). A dieta é obedecida, comem sempre com moderação, evitando comer peixes e caça grandes (veado, anta etc...) por acreditarem que fará grande a criança que está sendo gerada, o que trará dificuldade no momento de sua passagem pelo dito "canal de parto".

Os tabus alimentares tornam-se mais rigorosos no período do puerpério, quando eles acreditam também que, se a mulher comer carne de caça, o animal poderá vir acompanhado de espíritos da mata que encantarão seu recém-nascido. Certa ocasião, presenciamos o falecimento de um bebê, nascido de parto normal doméstico, acometido de tétano neo-natal. Entretanto a mãe dizia-se culpada por haver comido, no segundo dia de puerpério, carne de tatu que considerava encantado por ser animal de casco.

Consideram também que os trabalhos exercidos pela gestante muito contribuem para a qualidade do parto. É possível que mulheres que só trabalhem em casa e quase sempre estão sentadas possam esperar um parto não muito bom, enquanto que aquelas que, além do trabalho doméstico, desenvolvem atividade de agricultura, esperem não somente um bom trabalho de parto, mas um bebê bonito e forte. Essa crença ainda pode ser observada nos dias atuais, quando são vistas mulheres grávidas carregando aturás cheios de macaxeira, farinha, frutas e ainda portando crianças escanchadas na cintura, sendo acompanhadas por seus maridos, que carregam somente os poucos instrumentos de trabalho (facão e enxada).

Ouvimos as mulheres da região afirmarem suas preferências pelo parto domiciliar, pois encaram o ato de parir como sendo um trabalho muito simples, e que todas as mulheres são capazes de fazê-lo sozinhas. Em decorrência disso, não encontramos a figura da parteira leiga na comunidade.

Por ocasião do parto de primigesta é aceita a ajuda da mãe ou da sogra e, algumas vezes, do marido que, sentado em um pequeno banco, apoia sua esposa, tendo os braços passados por suas axilas, cruzando as mãos e pressionando-as contra o abdome da esposa que se encontra de cócoras.

No caso de a mulher decidir fazer o parto sozinha, o que acontece geralmente a partir do segundo filho, a ajuda do marido poderá ser substituída por uma rede elevada a uma certa altura, onde então se apoiará pelas axilas.

Por todo o período de gravidez, intensificando-se notadamente nos últimos meses, a visita a um rezador é necessária para ele "ajeitar" a criança. Consideramos esta visita de extrema importância no preparo psicológico da gestante.

Por ocasião do primeiro parto, ou em caso de trabalho de parto demorado, o rezador é chamado para rezar a mulher. A cerimônia consiste em ele ficar a sós com a gestante e após seu trabalho (de orações) deixar o quarto sem poder olhar para trás.

Em caso de distócia fetal e parto demorado, o rezador verificará através de delicada palpação com as

mãos untadas em óleo doce. Se for confirmada a distócia, solicitará a ajuda de mais uma pessoa que tomará as pontas dos pés da paciente, enquanto ele levantará os braços da gestante. Estando ela deitada nesta posição, pedirá que a pessoa ajudante, ao mesmo tempo que ele, dê três puxões como se estivessem esticando a mulher. desta maneira, o rezador garante que a criança tomará a posição do "canal de parto".

Sabe-se, entretanto, que é freqüente recorrerem ao uso de ervas para induzir o parto, para esterilização ou ainda de forma sigilosa, para o controle de natalidade (anticonceptivo ou abortivo). Porém, somente as mulheres da região detêm este conhecimento.

O cordão umbilical, atualmente, vem sendo cortado com o auxílio de tesoura mas BRUZZI (1975), informa que antigamente, cortavam-no batendo com duas pedras, ou com auxílio de uma gramínea cortante, a tiririca, ou ainda usando uma fasma de taquara.

A curiosidade em torno do sexo da criança faz as mães procurarem um rezador que tenha prática no assunto e que, quase sempre, acerta o prognóstico.

Atendimento Hospitalar

Há 70 anos as Missões Salesianas vêm procurando estimular a comunidade para que procure suas clínicas/maternidade para fazer os partos. Todavia, até hoje pouco tem conseguido, em vista da resistência das gestantes que preferem as formas tradicionais de parto.

Nossa Unidade Hospitalar instalou, no final de 1986 o Programa de Suplementação Alimentar, e percebemos que em função disso os cuidados com o pré-natal se iniciavam naquele momento, pelo fato de a grande maioria das gestantes ter fichas novas, o que indicava que elas não haviam recebido atendimento médico ambulatorial no decorrer dos cinco anos passados. As poucas que tinham fichas abertas anteriormente estavam com o esquema de imunização pelo anatox-tetânico incompleto.

Por ocasião do exame físico dessas gestantes, um número restrito esperava seu primeiro bebê, enquanto as demais já eram mães de algumas crianças.

Existia uma certa resistência de atenderem ao pedido de subir ou baixar a roupa para se proceder as medições da altura e circunferência uterina. Por vezes, necessitávamos de uma auxiliar que lhes explicassem em Língua Geral o que pretendíamos e para que nos serviria tomar-lhes as medidas. Ainda neste procedimento, dependendo ou não da reação de aceitação, a permissão nos era dada, embora permanecessem sempre com as pernas trançadas, numa demonstração de pudor.

Um número reduzido de gestantes dispunha de boa dentição. Quanto às demais, dividiam-se naquelas providas de dentes, mas apresentando múltiplas cáries e nas que estavam parcial ou completamente desprovidas de dentes. Estas últimas contudo, na sua maioria faziam uso de prótese dentária.

Convém fazer referência as informações de Dr. Segadilha, cirurgião-dentista, funcionário da FUNAI e SESAU. Ele dizia que as pessoas "da região" não gostavam de restaurar os dentes, preferindo extraí-los, por pequena que fosse a cárie. Principalmente as mulheres pediam, algumas vezes chorando, que lhes ti-

rasse seus dentes bons pois, seus maridos queriam vê-las usando uma "chapa" e que se chegassem em casa sem os dentes extraídos, apanhariam.

A atenção dispensada ao uso de prótese dentária como se fosse um artigo de luxo, revela uma forma de aculturação feita de modo errôneo. Infelizmente, existia na cidade de São Gabriel, um prático dentário aceitando as encomendas recusadas pelo cirurgião. Ainda com relação aos aspectos dentários, encontramos jovens mulheres da tribo Baniwa cujos dentes eram serrilhados, semelhante aos de piranha, seguindo a tradição estética desse grupo.

A faixa etária das gestantes atendidas variava de 17 a 35 anos. A constatação de mães não muito precoces pode ser devido a formação recebida nos Colégios Salesianos que atuam na região. Estes funcionam como internato para moças das mais diversas idades. Além de ensinar em molde de vida religiosa, transformam-nas em profissionais na arte do artesanato. As mulheres de mais de 35 anos apresentavam um envelhecimento precoce decorrente principalmente da alimentação, ou seja, a má qualidade e a escassez alimentar concorrem juntamente com uma intensa atividade tipicamente feminina; preparo e manutenção de roças e feitura de farinha para a decrepitude física das mulheres dessa região.

Os membros inferiores de algumas das gestantes apresentavam no momento do exame físico, veias varicosas. Em decorrência disso, diziam recear por algum possível problema na hora do parto. Com o tempo, concluímos que esse receio originava-se de possíveis problemas hemorrágicos no pós-parto causado, grosso modo, por anemia em função da má alimentação.

Na verdade, a alimentação baseada em carne e derivados era pouca. Prevalencia o regime alimentar com base na ingestão de farinha de mandioca e seus derivados. As frutas deixam de ser um recurso alimentar por não "pesarem na barriga", como elas próprias diziam, preferindo a ingestão do chibé de farinha de mandioca, a quinhã-pira (peixe cozido, com molho de pimenta e tucupi) e a farinha de pupunha.

Sabendo que as frutas como bananas, abacaxi, goiaba, araçá, graviola, abacate, cupuaçu eram preferencialmente vendidas ou oferecidas às crianças, sempre incentivávamos as mães a consumi-las.

As orientações de cuidados de enfermagem dadas às gestantes soavam-lhes quase sem sentido e até como impossíveis de serem seguidas. Por exemplo, ao aconselhar para que evitassem banho demorado no rio por propiciar o aparecimento de prurido vaginal, sabíamos da dificuldade que teriam em seguirem uma orientação dessa natureza por viverem em uma região tipicamente fluvial, onde o banho demorado no rio é parte de suas vidas.

Da mesma forma, também a necessidade da aplicação da vacina anatox-tetânica não lhes ficava claro pois, mesmo conhecendo pessoas que morreram apresentando os sintomas da doença, atribuíam a morte a causa não natural, quase sempre por transgressão de hábitos alimentares. Felizmente aceitavam os cuidados novos e se orgulhavam disso em seus comentários, dizendo estarem fazendo o "pré-natal".

O estabelecimento da data provável do parto, após algum tempo, passou a ser o dado que por último registrávamos, devido ao fato de freqüentemente as gestantes não disporem na lembrança o dia da última

menstruação. Por outro lado, este dado não era considerado de grande importância para as mulheres da região, sendo necessário evocar a presença do marido, que sempre as acompanhava. Após um breve diálogo com sua esposa, na língua de origem, este fornecia, ou não, dados mais satisfatórios.

Tendo como base os resultados dos exames de rotina solicitados à gestante por ocasião do primeiro atendimento, constatamos que a presença de anemia acentuada foi o resultado mais preocupante por ser a anemia uma doença cuja cura obtém-se por ingestão de alimentos ricos em ferro ou de medicamento à base deste. O que acontece, no caso em apreço, é a dificuldade de obter alimento e o manifesto receio de engordar o feto, o que ocasionaria problemas no momento do parto.

As gestantes atendidas na maternidade de nossa Unidade Hospitalar não eram aquelas mesmas que faziam o pré natal e encontravam-se inscritas no Programa de Suplementação Alimentar. Mas sim, gestantes provenientes dos mais diversos povoados da região e, em sua maioria, com experiência em parto domiciliar. Via de regra, estas chegavam momentos antes de dar à luz.

Este fato curioso foi esclarecido mediante suas afirmações de que procuram o hospital para "parir como os brancos".

Apesar da extensão de área territorial, elas viajam dias seguidos, movidas pela grande vontade de parir no hospital urbano da maior cidade da região. Isso, apesar de existirem em alguns de seus povoados, profissionais de saúde em clínicas das Missões. Observa-se também alguns casos de mulheres que vieram da cidade de Cucuí, onde há um hospital militar.

Havia aquelas mulheres que procuravam o hospital apenas despertadas pelo deslumbramento de alguém, que relatava às gestantes inexperientes referências ricas em detalhes quanto à assistência hospitalar, sendo motivo para constantes conversas sobre o assunto. Assim como também referir-se ao parto na maternidade significava status.

O parto cesariano e a laqueadura tubária eram as intervenções que mais lhes despertavam atenção. Recordo o dia em que ao atender a uma gestante que se encontrava em adiantado trabalho de parto, esta dizia a todo momento que queria ser operada. Pedi-lhe calma e, tentando tranquilizá-la, disse-lhe que não seria necessário operação. Diante de sua reação, percebi que na verdade estava na presença de uma daquelas que gostariam de passar pela experiência do parto cesariano. Dizendo que iria operá-la, vesti um capote, calcei luvas e fazendo bastante barulho de abrir e fechar pinças, percebi que por um curto espaço de tempo ficou calma e, então, ganhando confiança para examiná-la constatei que a criança estava nascendo. Quando lhe pedi para que fizesse força, negou-se terminantemente, dizendo que queria ser operada. Com a ajuda de uma atendente que a segurava, o parto transcorreu normalmente.

No momento do parto, observamos uma invejável conscientização do papel de mulher visto que, no momento do trabalho de parto, não ficava na dependência de ajuda de outras pessoas para consumir o ato do nascimento da criança, demonstrando tranquilidade e domínio de si mesma, diferenciando assim, dos partos da maioria das mulheres da sociedade envolvente.

Vimos que mantinham “a posição obstétrica indígena” (LÉVI STRAUSS 1983), ou seja de cócoras ou ainda sentadas no primeiro degrau da escadinha de consultório. Nessas posições o parto transcorria normalmente, do mesmo modo, a expulsão placentária se fazia rapidamente.

Em caso de demora no deslocamento placentário, o recurso mais usado, além dos conhecidos, consistia em passar fios de cabelo na garganta da gestante e garantimos que o efeito era realmente satisfatório.

Com referência a partos e descolamentos placentários difíceis, BUCHILLET (1983), informa que o pajé Desâna recita um sortilégio sobre uma poção feita a partir de várias frutas, o que lhes confere uma característica viscosa. As frutas usadas são, abiu (*Lucuma caimito*), biribá, cupuaçu e cucura. Esta poção viscosa serve para lubrificar a mulher, facilitando, dessa forma, o parto e a expulsão placentária.

Ouvimos ainda dizer que, nos povoados longínquos, as hemorragias do pós-parto ou abortivas eram tratadas com a imersão do corpo até a altura da cintura nos rios da região, que são de água fria.

Depois do parto, passadas algumas horas, era costume os rezadores benzerem as crianças. Assim, instituímos uma verdadeira caçada aos rezadores existentes dentro da unidade Hospitalar e constatamos que eram dois vigias e um faxineiro. Inicialmente achamos um despropósito eles deixarem suas atividades para procederem tais rezas. Com o tempo, entretanto, compreendemos a importância cultural do benzimento para pessoas da região, que diziam ser esta uma forma de proteção e, quanto mais breve este procedimento fosse aplicado, maior resistência a criança teria ao “quebranto”. Passamos, então, a encorajar o benzimento.

A prática do aleitamento materno era feita tão logo a criança nascia e de modo espontâneo. Por esse motivo, deixavam o uso do berço, por preferir agasalhar seus bebês junto de si. Entretanto, notamos que o enxoval do bebê não se consistia em preocupação. Consideram como de mau agouro a prévia aquisição de roupas e por isso, deixam para adquiri-las depois do parto.

O tempo de permanência para esse tipo de intervenção hospitalar é o menor possível. No caso do parto ocorrido durante a madrugada, a puérpera ou o marido pedirá ao médico para dar a alta no final da manhã. Caso o parto transcorresse no período da manhã, a mãe deixará o hospital à noite. Quando a alta se fazia demorada, sabíamos que entraria nos registros hospitalares uma alta por evasão. Percebemos que esta atitude ainda é um dos reflexos de quem prefere fazer o parto em casa, considerado por elas como uma coisa fácil e que toda mulher sabe fazer.

Durante o período do puerpério o que mais se observa é o rigor da dieta alimentar favorecendo o “couvade” (choco), devendo o pai abster-se por sete a 15 dias de caçar, pescar, ou praticar qualquer atividade. A razão disso, é que receiam trazer com a caça apreendida algum espírito da mata que poderia encantar o recém-nascido, o qual tendo sido encantado, caso não seja tratado com rezas por um rezador ou pajé, poderá vir a morrer.

Com referência ao couvade, BRUZZI (1975) esclarece que “o recém-nascido é uma reprodução do pai”, então o menor esforço por parte deste prejudicará a criança. Assim sendo, deve o pai evitar fazer

esforço físico e alimentação grosseira e, em consequência disso a esposa servirá cuidadosamente ao marido.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho exposto significa um esforço no sentido de demonstrar os resultados de observações feitas numa área indígena, no que se refere ao atendimento ao paciente índio e mais especificamente com relação a procriação e a concepção que ele tem “de mundo”.

Interrogar a realidade e obter respostas que redundem em novos conhecimentos é o principal papel do pesquisador. Os novos conhecimentos adquiridos vieram enriquecer a prática de nossa atividade profissional, bem como, estabelecer parâmetros para uma reflexão teórico-metodológica e de ação no campo da Enfermagem.

Como bem lembra LEININGER (1985), os antropólogos têm enfatizado as características universais e diversas das pessoas de todo o mundo. As enfermeiras também se deparam, com certa frequência, com diferenças e semelhanças culturais, principalmente quando viajam e trabalham em lugares diferentes de seu local de origem. Segundo a autora “Conhecer e apreciar a diversidade cultural no cuidado de enfermagem e da saúde, é imperativo no sentido de proporcionar cuidado significativo e eficaz às pessoas”.

É assim que nossa experiência de campo na Região do Alto Rio Negro e o nosso tirocínio de 11 meses no hospital dessa região nos alertou para essas semelhanças e diversidades culturais e nos levou a buscar um aprofundamento científico dessa questão que pretendemos dar continuidade. Com isso, esperamos contribuir para que o exercício da Enfermagem possa alcançar as metas dentro do que LEININGER (1985) chama de “Diversidade do Cuidado Transcultural”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AHO, William & MINOTT, Kimlan. Creole and Doctor Medicine: Folk Beliefs, Practices, and Orientations to Modern Medicine in a Rural and an Industrial Suburban Setting in Trinidad and Tobago the West Indies. *Soc. Sci. Med.*, 2 : 34 9-353 Pergamon Press Gran Britan, 1977.
- 2 AYTAI, Desidéro. *Obstetrícia Karajá*. n. Palfnea, s. ed, 1970. (Publicações do Museu Palfnea n. 10).
- 3 BRUZZI, Alcionfilio Alves. *A Civilização Indígena do Uaupés*. Roma, LAS, 1975.
- 4 BUCHILLET, Dominique. *Meladie et memoire des origines ches les Desâna du Uaupés – Brasil*. Paris, 1983. Tese de doutoramento não publicada.
- 5 ————. *Pesquisa de antropologia de saúde e doença entre os grupos Tukano Orientais da Região do Uaupés – Alto Rio Negro, Estado do Amazonas, Brasil*. Projeto de pesquisa do acordo CNPq/ORSTOM. Belém, Museu Paraense Emílio Goeldi, 1984.
- 6 CANTRELLE, Pierre. *La Mortalité des Enfants dans le Monde et dans l'histoire*. Liège, 1980.
- 7 ————. *Orientations et Methodes de la recherche sur les aspects Medicales de la Mortalité des enfans dans la tiers Monde*. Liéges, ORSTOM, Ordina Editions, 1980.

- 8 CRANDOM, Libbet. Why Susto – *Ethnology Ap.*, 22 (2), 1983.
- 9 DOMENACH, Hervé & GUENGANT, Jean-Pierre. Mortalité Infantile et Fécondité Dans les Bassin Caribe. *Cach ORSTOM*. 20 (2): 265-272, 1984. (Sér. Sci. Hum.).
- 10 EVANS-PRITCHARD, E. E. *Antropologia Social*, São Paulo, Martins Fontes, 1972.
- 11 EPELBOIN, S. *Representation Populaires de la Fécondité en Milieu Rural Africain et Applications en Santé Publique: l'exemple des Peuls Bande du Sénégal Oriental*. 1982. p. 21, 205, 683-90. Tese de doutoramento.
- 12 FERREIRA, Alexandre Rodrigues. *A Viagem Filosófica ao Rio Negro*. Belém, Museu Paraense Emílio Goeldi, 1983.
- 13 FIGUEIREDO, Napoleão. *Rezadores, Pajés e Puçangas*. Bom Tempo, 1979.
- 14 GRENAND, Pierre & GRENAND, Françoise. La Médecine Traditionnelle des Wayapi. *Cach. ORSTOM*. 18 (4), 1981-1982. p. 561-67. (Sér. Sci. Hum.).
- 15 GRENAND, Françoise. La Longue attente ou naissance à la vie dans Société Tupy (Wayapi du Haut Oyapock, Guyane Française). Société Suisse des Americanistes, *Bul.* 48. 1984.
- 16 GILLIN, John – Magical Fright. *Psychiatry* 11, 387-400 – 1948.
- 17 GLICK, Leonard B. Medicine as an Etnographic Category: The Gimi of the New Guinea Highlands. *Etnolog.* 6: 31-56, 1967.
- 18 INSTITUTO Brasileiro Geográfico (IBGE), Censo 1980. Belém.
- 19 ILLICH, Ivan. *A Espropriação da Saúde*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- 20 YOUNG, Allan. The Anthropologies of Illness and Sickness – ann. *Rev. Anthropol.* 11: 257-85, 1982.
- 21 LANGDON, E. Jean & MACLENNANT, Robert, Western Biomedical and Sibundoy Diagnosis: an Interdisciplinary Comparison. *Soc. Sci Med*, 13 B, 1979.
- 22 LASRTH, Judith. Choosing Among Therapies Illness Behavior in the Ivory Coast. *Social Science a Medicine*. 12A, 1978.
- 23 LEININGER, Madeleine. *Teoria do cuidado transcultural: Diversidade e Universalidade*. In: Seminário Teorias de Enfermagem, 1, Florianópolis, 1985. *Anais...* Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 1985. p. 255-76.
- 24 LÉVI-STRAUSS, Claude. *O Olhar distanciado*. São Paulo, Martins Fontes, 1983.
- 25 _____, *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro, Bom Tempo, 1967.
- 26 LIVENAIS, Patrick, Déclin de la Mortalité dans l'enfance et Stabilité de la Fécondité dans une zone rural Mossi. *Cach ORSTOM*, 18(2): 273-82, 1984. (Ser. Sci. Hum).
- 27 MARTIUS, Karl Friedrich Philipp von. *Natureza, Doença, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros: (1844)*. 2. ed., São Paulo, Nacional, 1979.
- 28 MAUÉS, Maria Angélica Mota & MAUÉS, Raymundo Heraldo. *O folclore da Alimentação: Tabus alimentares da Amazônia*. Belém, Academia Paraense de Letras, 1980.
- 29 MATTA, Roberto da. *Relativizando: uma introdução à Antropologia*. Petrópolis, Vozes, 1981.
- 30 NUNES, Everardo Duarte. *As ciências sociais em saúde na América Latina: Tendências e perspectivas*. Brasília, OPAS, 1985.
- 31 OLIVEIRA, Acélia Engrácia de, São João – Povoado do Rio Negro, *Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi*. Belém, 1975. (Sér. Antropologia).
- 32 PERRIN, Michel. *Antropólogos y Médicos Frente al art Gujuro de Cura*. Caracas, Universidade Católica "Andes Belo" Centro de Língua Indígena, 1982.
- 33 RIBEIRO, Berta. Introdução In: KUMU, Umusin Panlon & KENHIR, Tolomã. Antes o Mundo não Existia. São Paulo, Cultura, 1980.
- 34 RIBEIRO, Darcy. *Os Índios e a Civilização Brasileira*. Rio de Janeiro, 1970.
- 35 REVISTA SAÚDE EM DEBATE: a saúde dos índios. *Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva*. Curitiba-Paraná, Ed. Especial, Jan. 1988.
- 36 SANTOS, Antonio Maria de Souza. *Etnia e Urbanização no Alto Rio Negro: São Gabriel da Cachoeira – AM*. Porto Alegre, 1983. Diss. maestr. – não publicada. .
- 37 SARGENT, Carolyn Fishel. Choosing Among Parellel Health Care Systems in a Bariba Community. *Journal of African Studes*. 15(2):303 - 10.1981.
- 38 SEIJAS, Haydée. Alguns Aspectos de la Etnomedicine de los Índios Sibundoy de Colombia. *Bol. Informativo Depart. de Antropologia*, 6:5-16, Enero 1965.
- 39 WAGLEY, Charles. Uma Comunidade Amazônica. São Paulo, Nacional, 1957.
- 40 WALTER, Anie. Etnomedicine et Anthropologia Médical: bibau et perspectiva. *Cach. ORSTOM*. 28 (4):405-14, 1981-1982. (Sér. Sci., Hum.)

**A REBEn MUDOU. PARTICIPE DESTA MUDANÇA.
LEIA INSTRUÇÕES NO FINAL DESTA NÚMERO.**
