Parte III - Saúde reprodutiva e população indígena

9. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances

Renato Athias

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ATHIAS, R. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: MONTEIRO, S., and SANSONE, L., org. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp. 189-209. ISBN: 978-85-7541-615-0. Available from: doi: [10.7476/9788575416150.0010](https://doi.org/10.7476/9788575416150.0010). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/dcc7q/epub/monteiro-9788575416150.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CORPO, FERTILIDADE E REPRODUÇÃO ENTRE OS PANKARARU: PERSPECTIVAS E ALCANCES

Renato Athias

Introdução

A saúde reprodutiva é um tema bastante vasto e abrangente, que vem sendo muito bem trabalhado não só pelo movimento feminista, como também pelo meio acadêmico e por organismos oficiais da saúde.¹ Porém, quando olhamos esse mesmo tema relacionado às populações indígenas, percebemos a existência de uma literatura escassa. Ainda faltam reflexões e discussões sobre aspectos da saúde reprodutiva, referentes às populações etnicamente diferenciadas no contexto do Brasil. No entanto, a literatura antropológica é rica em trabalhos sobre as questões que envolvem a vida reprodutiva e sexual dos índios (Davis & Whitten, 1987). Tais estudos têm sido produzidos em contextos de sociedades fechadas, versando principalmente no âmbito dos sistemas de parentesco e em situações de contato diversas daquelas em que se encontram as populações indígenas no Nordeste.

Os atuais problemas de saúde em áreas indígenas surgiram devido ao contato com a sociedade nacional, advindos, principalmente, do processo de empobrecimento a que a maioria dos povos indígenas foi reduzida. Este contato interétnico trouxe doenças com as quais estes povos não estavam preparados para tratar. Uma gripe, por exemplo, pode ser vista como uma afecção simples e fácil de ser tratada. Nas áreas indígenas, no entanto, podem virar verda-

¹ Vale a pena lembrar que programas de saúde específicos para mulheres surgiram a partir de 1983, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com intenção de ir além da contracepção e do pré-natal, desenvolvendo conceitos mais amplos de direitos reprodutivos.

deiras catástrofes, resultando inclusive em mortes. Há muito tempo se discute a amplitude das questões que envolvem a saúde indígena,² não só em relação a problemas específicos de saúde em função do contato dos índios com a sociedade envolvente, mas também devido à necessidade de programas de saúde para os índios que sejam eficientes, com qualidade e culturalmente adequados.³ Articular o conhecimento indígena com os problemas de saúde que aparecem nas áreas indígenas se faz necessário para que os modelos de atenção adotados nessa área possam ser eficazes.

O modelo de atenção à saúde em áreas indígenas deveria ser adaptado de forma a atender as demandas e necessidades específicas de cada povo, considerando suas particularidades epidemiológicas e culturais. Apesar das recomendações das Conferências de Saúde para os Povos Indígenas, pouco se avançou nessa direção, principalmente por causa do descompasso entre as recomendações e a implementação por parte dos prestadores de serviços com relação a programas de saúde culturalmente adequados para as áreas indígenas. Estes não conhecem os diferentes sistemas médicos das diversas áreas indígenas, dificultando ainda mais a efetivação de projetos na área da saúde reprodutiva, onde a concepção de saúde das mulheres indígenas está intimamente ligada ao corpo, à fertilidade e à reprodução. Desde a Conferência sobre Populações e Desenvolvimento (no Cairo, em 1994), os paradigmas sobre saúde reprodutiva vêm sendo mudados (Ariha & Citeli, 1998). Tem-se procurado cada vez mais apoio para políticas públicas, com ênfase na melhoria das condições de vida das populações, e não mais associando o desenvolvimento a metas demográficas simplesmente.

Existe uma série de experiências em saúde indígena em andamento, em vários pontos do país, que merecem ser socializadas, principalmente com o objetivo de ampliar a discussão atual sobre um modelo de atenção diferenciado às populações indígenas. Não é intenção discuti-las neste trabalho, e sim chamar a atenção para alguns aspectos sobre saúde reprodutiva a partir do projeto de pesquisa⁴ que está sendo desenvolvido na área indígena Pankararu, a 482 quilômetros de Recife.

² Saúde indígena está sendo usado aqui como uma área de conhecimento específico englobando não só serviços de saúde para os índios, mas também aspectos relacionados à medicina tradicional praticada por essas populações.

³ As principais recomendações sobre o modelo de atenção à saúde indígena podem ser encontradas nos documentos finais da II e da III Conferência de Saúde Indígena, realizadas em outubro de 1993 e maio de 2001, respectivamente, em Luziânia (Goiás).

Ao se escolher a área indígena Pankararu para realizar a pesquisa, considerou-se o Diagnóstico Sanitário⁵ (DS) realizado durante o ano de 1996. O componente quantitativo deste diagnóstico está baseado em uma amostra de 112 famílias Pankararu, correspondendo a um universo de 534 índios. A partir deste diagnóstico, foi possível elencar os principais problemas relacionados à saúde que afetam os Pankararu. Porém, em relação às questões sobre saúde reprodutiva, verificou-se a necessidade de completar o quadro epidemiológico com as observações realizadas na área durante o período de 1998-2000. O que nos interessa aqui é apresentar elementos sobre a relação da mulher Pankararu com o próprio corpo e o ciclo reprodutivo, ampliando, assim, um debate sobre a representação das doenças (Langdon, 1994) e, desta forma, subsidiar discussões sobre programas de saúde que poderiam ser incorporados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco.

Perfil epidemiológico

Desde a época do Império que as terras Pankararu são reconhecidas oficialmente. Porém, apenas em 1998 — quase 500 anos após o contato —, é que foi efetivada a demarcação (em 14.294 hectares) do território Pankararu (Arruti, 1996). Nesta área, ainda existe uma quantidade significativa de posseiros à espera das indenizações para deixar a área indígena. O atual território Pankararu está encravado em três municípios do sertão pernambucano: Tacaratu, Jatobá e Petrolândia, o que dificulta ainda mais o planejamento e a execução de ações de saúde na área indígena. Estima-se uma população de 4 mil indivíduos,⁶ distribuídos em 13 aldeias. É uma população que sofre, como todos os sertanejos-camponeses, do impacto das secas cíclicas e dos movimentos climáticos do semi-árido nordestino. A cada ano que passa, esta população acelera o processo de empobrecimento. Suas terras, mesmo as localizadas nas proximidades do

⁴ Participaram dessa pesquisa, na sua primeira fase, as alunas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic): Celane Camarão, Marcela Zamboni e Luzia Albuquerque, do curso de ciências sociais da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

⁵ Relatório Final: Avaliação do Perfil Etnoepidemiológico de uma Comunidade Indígena do Estado de Pernambuco, 1997, FNS/Cosai/Funai. Neste trabalho, utilizo Diagnóstico Sanitário (DS) para referir a esta avaliação.

⁶ Segundo o censo realizado pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), os Pankararu estão estimados em 4.016.

Rio São Francisco, não têm água suficiente para suprir as necessidades essenciais. A busca pela água é uma atividade vital que envolve crianças e adultos, ocupando grande parte das energias e do tempo dos Pankararu durante o dia e a noite. Eles vivem da agricultura de subsistência e de trabalhos diaristas em áreas circunvizinhas. Durante a seca, eles recebem (não todos) uma cesta básica do programa assistencial do Governo, uma vez que esta população está incluída no mapa da fome.

Nos últimos anos, os Pankararu vêm se organizando em associações, que visam principalmente angariar recursos de projetos governamentais destinados ao semi-árido. Apesar dessas organizações e de um movimento associativista bastante acentuado, o faccionalismo — existente em muitas áreas indígenas — ali também está presente. E como em todo o sertão, as facções são os alvos prediletos dos interesses de grupos políticos partidários. Apesar de toda essa situação, percebe-se entre os Pankararu um sentimento muito forte de identidade manifestada em festas tradicionais, como as danças do Toré, as celebrações do Menino do Rancho e a Festa da Corrida do Imbu, que ocorrem anualmente. Pelo menos uma vez por ano, os Pankararu são reconhecidos e reverenciados no município durante as celebrações da festa da padroeira de Tacaratu, que ocorre no mês de janeiro. Oficialmente, são os Pankararu que fazem a abertura da referida festa.

Os Pankararu se caracterizam por uma população jovem,⁷ o que significa que há um crescimento demográfico importante. Esse crescimento convive também com um processo migratório significativo. Muitos Pankararu migraram para São Paulo, onde existem cerca de 800 indivíduos residindo em uma favela (Real do Parque/Murumbi) na capital paulista. As moradias Pankararu não diferem muito das casas dos sertanejos da região. Notam-se precárias condições nas construções das mesmas e no saneamento básico. Observa-se uma razoável adequação na relação entre o número de habitantes e o número de cômodos disponíveis por domicílio. No entanto, apenas 8%, de acordo com a amostra do DS, possui banheiro no seu interior, e 8% o possui externamente, significando que 84% das casas não dispõe de banheiro/sanitário. Outro fato que o referido estudo revela refere-se à água utilizada no uso doméstico. Apenas 20,8% das famílias utilizam água filtrada ou fervida. A prática de 'coar à água' em pano limpo para beber é realizada por 30% das famílias, obedecendo à cul-

⁷ Praticamente 70% dos Pankararu apresentam idade inferior a 30 anos, de acordo com o Diagnóstico Sanitário da Fundação Nacional de Saúde (FNS), 1996.

tura local sertaneja de retirar as 'impurezas' da água para o consumo. Em relação ao lixo, o mesmo é deixado a céu aberto, não existindo uma forma de destino adequado ou de tratamento dentro da reserva. Apesar das preocupações com o lixo acumulado, nada se tem feito efetivamente para solucionar essa questão.

O referido Diagnóstico Sanitário apresenta alguns dados significativos sobre a morbidade, na qual as infecções respiratórias (90%) e as dores em geral⁸ (61%) representam as principais referências. Outras queixas são problema de nervos (40%), hipertensão arterial (25%), problemas de pele (20%), fraqueza, fadiga, perda de apetite, irregularidade menstrual, asma, pneumonia, úlcera de estômago, problemas de bebida alcoólica, doenças do coração, diabetes, sarampo, câncer e 'loucura'. Essas queixas certamente estão associadas, principalmente, às precárias condições de vida existentes na região do semi-árido, à escassez alimentar, à falta de saneamento básico e às condições de trabalho físico a que estão submetidos.

Em relação à necessidade de hospitalização, os dados apresentados no referido diagnóstico não são elucidativos quanto aos partos, às causas genito-urinárias e às laqueaduras de trompas. Apesar dos relatos dos Pankararu indicarem que a procura existe, não se tem registros mais completos. Nossa pesquisa indicou que existe uma procura significativa por hospitalização por causa desses problemas. De 1993 a 1996, o DS revela que cerca de 60,7% da população buscaram atendimento médico. Destes atendimentos, somente 22,7% foram realizados na própria aldeia por médico visitante, principalmente nos meses que antecederam as eleições municipais de 1996. Verifica-se que a maioria dos Pankararu procurou atendimentos médicos em Petrolândia, Tacaratu, Jatobá e em Paulo Afonso (BA), que se caracteriza como a principal referência para atendimentos de maior complexidade na região. Cerca de 32,5% dos Pankararu procuram os chamados curadores e benzedeiros existentes nas aldeias. Dados epidemiológicos da pesquisa indicam que, das 112 famílias entrevistadas, 104 (92,2%) faziam uso de recursos caseiros para o tratamento de suas doenças, indicando ser esta a primeira etapa do itinerário terapêutico utilizado pelos Pankararu. Esses recursos são basicamente fitoterápicos, únicos ou combinados, havendo maior número de citações aos chás de erva-cidreira, mastruz, ameixa e capim-santo.

⁸ Por exemplo: dor de cabeça, dor no corpo, dor nas juntas.

O mundo dos encantados

As manifestações culturais e, principalmente, as religiosas dos Pankararu estão completamente envolvidas com o que eles denominam de 'encantados'. Os encantados são entidades que se manifestam na organização política e nas práticas de cura, e são reverenciados em festas tradicionais dos Pankararu (Estevão, 1942), juntamente com a dança do Toré e a bebida da jurema (vinho de ajucá). Os encantados são os espíritos protetores pertencentes ao mundo dos heróis míticos. Segundo os Pankararu, os encantados são colocados em uma forma hierárquica onde o 'Mestre-Guia'⁹ é o 'comandante'. Os Pankararu podem localizá-los como moradores nas serras, no rio e nas cachoeiras.¹⁰ Eles comunicam-se com este mundo através das manifestações dos 'praiás', homens iniciados pertencentes ao grupo, que podem servir de intermediários entre o mundo dos encantados e o mundo real. Os praiás se apresentam com uma vestimenta que os cobre da cabeça aos pés (a única parte visível do corpo), confeccionada com a fibra do curuá, uma palmeira existente no sertão.

O Flechamento (ou corridas) do Umbu é a principal celebração dos Pankararu, e ocorre uma vez por ano durante o período da safra do Umbu. Esta festa marca a tradição e a identidade Pankararu e é realizada durante quatro finais de semana seguidos, nos meses de fevereiro e março. A cada sábado, pela noite, os praiás vão para o terreiro e dançam os passos coordenados e puxados por um cantador oficial que conhece as músicas (toantes) específicas para cada praiá. No dia seguinte, domingo pela manhã, inicia-se novamente a festa com os praiás percorrendo, em fila indiana, a aldeia. Cantando ou tocando a flauta, eles vão passando nas casas das pessoas que oferecem uma cesta de gêneros alimentícios para a festa. Em seguida, esta cesta é recolhida por aquele que comanda a cerimônia. A celebração encerra-se no domingo à tarde, com a cerimônia e a dança com a 'cansanção', um tipo de urtiga utilizada pelos participantes que acompanham os praiás e que, dançando, a esfregam no corpo de outro participante como em um ato de flagelação coletiva, lembrando um processo de iniciação.

A celebração do Menino no Rancho não tem uma data fixa, depende exclusivamente do pai de um menino. Está associada a uma cura específica, po-

⁹ Também chamado de Jaburu.

¹⁰ A principal localização dos encantados são as cachoeiras de Itaparica. Estas desapareceram com a construção do lago para a hidroelétrica de Itaparica.

dendo ainda ser vista como um ato de iniciação para os meninos. Há muito orgulho de um Pankararu ao se referir que ele foi 'colocado' no rancho. Esta festa também está associada à procura da noiva, pois, durante a celebração, o menino é apresentado a uma menina que participa da festa. E esta menina é chamada de 'noiva do menino do rancho'. Nesta celebração, os praiás, dançando no terreiro, procuram pegar o menino, e este é defendido pelos seus padrinhos, gerando, assim, uma luta física entre praiás e padrinhos. Quanto maior for o número de padrinhos, menor será a possibilidade dos praiás reterem o menino.

A morte é vista como um renascimento para o mundo dos encantados. As pessoas que morrem vão procurar moradia nos lugares dos encantados, nas serras e nas cachoeiras. As doenças podem ser tratadas na medida em que os encantados são chamados, através das intermediações dos praiás em manifestações públicas e privadas.

Os curadores e as benzedadeiras estão fortemente presentes na cultura Pankararu, sendo os primeiros a serem procurados para tratar as doenças, como já nos referimos anteriormente. Estes dominam o conhecimento específico das ervas que curam, e incorporam¹¹ também os encantados, para realizar a cura. Percebe-se nestas manifestações um forte sincretismo religioso relacionado ao catolicismo e às manifestações afro-brasileiras.

Sistemas médicos

Não há muitos trabalhos específicos no âmbito da representação de doenças em áreas indígenas de Pernambuco, sobretudo em relação à saúde reprodutiva. No entanto, há uma riqueza de informações, ainda dispersas em várias monografias, sobre os sistemas e processos de cura. Não temos segurança em caracterizar os processos terapêuticos vividos nessas áreas indígenas como sistemas xamânicos, definidos por Langdon (1996). Estes são bem diferentes daqueles dos indígenas da Amazônia, onde ainda existe um conhecimento especializado, centralizado na figura do pajé como um agente de cura. O processo doença-cura entre os indígenas está relacionado a uma concepção própria, a práticas terapêuticas que passam por um entendimento da cosmologia de cada grupo.

¹¹ Este 'incorporar' não pode ser confundido com as manifestações que ocorrem em celebrações das religiões afro-brasileiras.

Pode-se perceber que os Pankararu convivem com a biomedicina, sendo que alguns deles conhecem bem o vocabulário médico e o utilizam em suas conversas. Essa convivência com a biomedicina não fez com que os Pankararu deixassem de ter suas próprias explicações sobre a etiologia das doenças. Do mesmo modo, parece existir um conhecimento bastante difundido entre os Pankararu sobre práticas terapêuticas próprias. Existe, também, nas diversas aldeias, pessoas que são referidas como curadores e benzedeiros e são reconhecidos como 'bons curadores' pela população. É comum as pessoas se referirem aos curadores e benzedeiros em relatos sobre a eficácia da cura e na utilização de remédios tradicionais. Ou seja, existe um reconhecimento de pessoas especializadas em curar ou dar diagnósticos sobre uma doença no interior do sistema médico Pankararu. Os Pankararu que vivem em São Paulo, por exemplo, solicitam que lhes sejam enviados remédios cuja eficácia e poderes de cura são comprovados.

Não temos ainda dados suficientes para fazer uma caracterização do sistema médico Pankararu. No entanto, existem elementos significativos observados através da concepção e da crença nos encantados que informam aos vivos, aqueles que habitam esse mundo, os possíveis males e até diagnósticos de doenças. Os encantados estão, portanto, no centro do sistema médico Pankararu. Eles têm um espaço localizável pelos Pankararu e podem ser reverenciados através de praiás, curadores e benzedeiros. Percebe-se a necessidade de se compreender o sistema médico Pankararu com o objetivo de sugerir programas de saúde que sejam culturalmente adequados. Neste sentido, a pesquisa em andamento na área, partindo da análise da representação das doenças do ciclo da reprodução, é necessária para dar um referencial nas discussões dos programas de saúde a serem desenvolvido em áreas indígenas.

Reprodução e sexualidade

Os Pankararu fazem parte dos grupos indígenas de Pernambuco que, durante cinco séculos, estão em contato com a sociedade nacional. À primeira vista podem ser confundidos com qualquer habitante do sertão pernambucano. Durante todos esses anos, foram discriminados, perseguidos, reduzidos e coibidos de se apresentarem como Pankararu. A identidade Pankararu, hoje, é o resultado de uma contínua reelaboração de sua presença na região em confronto com os representantes da sociedade nacional. A relação deste povo com o ambiente sertanejo tem características peculiares. Eles detêm conhecimentos bastante refinados de convívio com o semi-árido e com o Rio São Francisco. Esses co-

nhecimentos merecem ser estudados no sentido de se aprender sobre essas formas adaptativas, e delas tirar lições de convivência com seca.

Nossa pesquisa sobre a representação das doenças do ciclo da reprodução procurará entender os aspectos relacionados a questões da saúde reprodutiva. Neste trabalho, assumimos que a saúde reprodutiva deve ser entendida como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou incapacidades em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos” (Berquó, 1998:26).¹² Portanto, vai além das questões colocadas pela biomedicina, na qual as pessoas são vistas como objetos e não como sujeitos (Confalonieri, 1993).

Nas monografias recentes sobre os Pankararu, existem poucas informações sobre a dinâmica atual de organização social e percepções sobre o ecossistema do semi-árido. Esta relação ainda precisa ser mais bem descrita com o intuito de compreender a noção de bem-estar existente na cultura Pankararu. Durante as visitas realizadas, pôde-se notar uma organização peculiar do espaço da área reservada, estritamente relacionada com as ‘famílias’¹³ Pankararu. A relação com a terra (serras, grutas e fontes), além de ter uma importância fundamental para a identidade Pankararu, parece estar relacionada ao seu sistema de cura. A relação saúde e cultura é da mesma natureza e ainda necessita ser mais bem explorada. Faz-se urgente e necessário compreender as formas de adaptabilidade dos Pankararu com relação ao semi-árido, onde eles vivem e elaboram suas práticas de intervenção nas doenças e, sobretudo, de que forma o Rio São Francisco (onde estão as moradas dos encantados) interfere nesses processos.

Desde a construção da Hidrelétrica de Itaparica, em 1989 (que fez submergir quatro cidades do lado pernambucano e desaparecer as cachoeiras sagradas dos Pankararu), que este grupo encontra-se em um contínuo processo de reelaboração. Além das formas da adaptabilidade dos Pankararu ao semi-árido, dever-se-ia procurar entender como as ‘famílias’ ocupam esse espaço. Ao estudar as formas de ocupação espacial e a organização social atual, de uma maneira mais globalizante, ou seja, apreendendo todo conjunto de aldeias Pankararu e as relações entre as diversas ‘famílias’, seria possível compreender as questões relacionadas à saúde reprodutiva na área.

¹² De acordo com o relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada de 5 a 13 de setembro de 1994, no Cairo.

¹³ As famílias Pankararu — aqui entendido no seu sentido mais amplo, quase como “clãs” — parecem ter um espaço próprio e um lugar espacial bem definido, merecendo um estudo para se delimitar os espaços sociais de cada uma delas.

Uma vez estabelecidas todas essas relações, podemos então buscar elementos significativos no campo da vida sexual e reprodutiva de mulheres e homens, importantes na concepção de programas de saúde para a região. Não se trata simplesmente de buscar soluções ou propostas no campo da contracepção, e sim ampliar o foco para a necessidade de políticas sociais, sobretudo no campo da educação e da saúde, formuladas sob uma perspectiva de gênero. As informações disponibilizadas a seguir são resultados de uma pesquisa qualitativa envolvendo mulheres de seis aldeias Pankararu (Espinheiro, Serrinha, Brejo dos Padres, Saco, Tapera e Carrapateira). Elas foram coletadas em entrevistas e grupos de discussão envolvendo cerca de 66 mulheres, no período de 1998 a 2000.

Escolha de parceiros sexuais e namoro

As referências sobre a escolha de parceiros e namorados entre as entrevistadas aparecem de duas formas: aquelas que tiveram uma forte influência dos pais na decisão — as quais parecem ser a maioria — e as que optaram em casar por iniciativa própria, até mesmo contra a vontade dos pais. O namoro e o noivado são estágios aceitos entre os pais Pankararu. Pede-se para namorar ‘respeitosamente’ em lugares visíveis. Todos sabem quem namora quem. Das entrevistadas no Brejo dos Padres, apenas uma casou-se com o primeiro namorado. O noivado representa um compromisso maior, em que a noiva segue a orientação do noivo. Algumas mulheres casaram-se com um homem indicado pelos pais. A aprovação dos pais revela-se muito importante na organização do novo casal. Aqui se situa uma questão interessante, e se constitui em uma característica das pessoas que habitam o sertão, onde a figura paterna é decisiva na escolha do marido para a filha. Acredita-se, no entanto, na possibilidade de investigar melhor a relação com um sistema de parentesco peculiar à área Pankararu, visando verificar um padrão que certamente deverá existir.

A primeira experiência sexual aconteceu antes do casamento para a maioria das mulheres entrevistadas. Nesses casos, essa experiência foi considerada boa, sobretudo para as que continuam com o primeiro parceiro. Aquelas que viveram sua primeira relação sexual com um rapaz que atualmente não é o marido dizem ter tido uma experiência ruim, principalmente por ter sido escondida. Normalmente, a primeira vez acontece entre os 14 e 18 anos, de acordo com os relatos das entrevistadas. Sobre esta experiência, algumas das mulheres afirmaram que no início não gostaram, sentiram dor, desconforto, demoraram a se acostumar. Outras gostaram. “Hoje, abaixo de Deus, é a coisa que

mais gosto”, disse uma das entrevistadas. Algumas foram à ‘Igreja Verde’ — termo usado para referir que a relação sexual foi realizada no mato — e se casaram logo em seguida. Participar da ‘Igreja Verde’ parece ser um comportamento aceito por todas, mas não abertamente.

Não há uma repressão, do tipo ‘tem que ficar escondido’. No entanto, houve entrevistadas que ressaltaram a importância da virgindade no casamento. “Quando não for virgem, pode ser devolvida”, disse uma delas. A virgindade pode ser um ideal, porém não é uma questão colocada como importante. Há várias mães solteiras na região, cujos filhos são criados pelas avós. Porém, há relatos de casos de rapazes que devolveram a esposa ao saberem que elas não eram virgens. A maioria das mulheres entrevistadas foi noiva, com o tradicional pedido aos pais. A recordação das mulheres entrevistadas com relação ao próprio namoro e à experiência sexual antes do casamento leva a três afirmações: a) namoro só com a permissão dos pais; b) só tocar na mão e não beijar; c) sexo só depois de casada.

A idade para o casamento situa-se entre os 15 e 18 anos. Porém, esta faixa etária parece estar mudando: as entrevistadas mais novas preferem casar mais tarde. Não querem seguir o exemplo dos pais. Aí se percebe uma mudança no comportamento até mesmo dos próprios pais. “Elas vão se casar quando tiverem terminado a escola e se arrumado na vida”. É uma mudança que leva em conta a situação econômica das famílias. “Devido às constantes secas, desde 1985, a terra não tem mais um ritmo”, disse um senhor do Brejo dos Padres. A população está muito mais empobrecida, sobretudo quem tinha animais e até hoje não conseguiu se recuperar economicamente. Como nos informa João Oliveira, do Brejo dos Padres, a produção agrícola não “dá como antes”, agora, “apenas aqueles que estão na produção de frutas conseguem alguma coisa, e assim mesmo é pouco”.

A falta de informações e registros sobre a produção agrícola da área indígena dificulta determinar a relação entre a produção e a procura de parceiro. As moças e os rapazes com os quais mantivemos contato preferem dizer que não querem trabalhar na roça. É um trabalho cansativo e que rende pouco. Existe, sim, uma procura por empregos, o que faz com que os jovens prefiram estudar mais para conseguir uma profissão. As moças que ainda se dedicam à roça continuam casando cedo. Foi percebida a existência de um ritual do casamento na área. As mulheres que moram no Brejo dos Padres relataram que, no dia do casamento, vão à bica (uma queda d’água) em uma das fontes existentes, acompanhando os noivos para que tomem um banho e se lavem antes da cerimônia. Existe também um cortejo que acompanha os noivos até a igreja.

O aborto não é aceito entre todos da área, embora exista uma série de tratamentos tradicionais conhecidos pelas mulheres para se abortar. Nas relações sexuais antes do casamento, certamente houve precauções a respeito da gravidez. No entanto, as mulheres não precisaram quais métodos foram utilizados. Engravidar, com certeza, significaria casamento em seguida. Sem o consentimento dos pais, isso seria arriscado e provocaria um desequilíbrio na ordem familiar.

Uma das condições para a formação de um novo grupo doméstico é ter a casa, o local de moradia. Neste aspecto, os homens dizem que casam tão logo tenham condições de manter a casa. As casas dos filhos (há uma preferência para a virilocalidade) estão ocupando pedaços de terras que outrora eram usados para o plantio. A falta de terras se tornou uma pressão muito grande. As terras situadas na aldeia Brejo dos Padres parecem ser as mais férteis da região, que hoje está com uma densidade populacional considerável. Muitos moradores do Brejo, e mesmo os do Saco dos Barros, têm suas roças na área do Caldeirão — recém-desapropriada pela Fundação Nacional do Índio (Funai). Ainda é cedo para confirmar essas observações, pois não se fez uma análise mais detalhada sobre o local de moradia dos recém-casados. Mas, geralmente, eles vão habitar no local do pai do marido. Os recém-casados que atualmente estão morando no local do pai da esposa são poucos. As filhas viúvas ou solteiras fazem suas casas na área considerada da família. O caso da família do Sr. X. é bastante ilustrativo. Uma de suas filhas reside sozinha com os filhos, em uma casa na área da família. Este fato é permitido ou tolerado. O marido há algum tempo a deixou. A declaração do pai serve como exemplo: “Viu? Ela foi atrás de quem não era para ir, veja como está hoje, sozinha”. As mulheres que assumiram um parceiro sem o consentimento dos pais tiveram de deixar a casa.

Temos observado que a escolha de parceiros sexuais está relacionada com a posse de terras. Os Pankararu estão estimados em 4 mil indivíduos, moram em 14 mil hectares de terras, situadas nas serras, com pouca capacidade produtiva, o que faz com que as terras com possibilidade de agricultura passem a ter um valor considerável nas uniões matrimoniais. As melhores áreas ainda estão ocupadas por posseiros. Ter terra para plantar é uma busca constante entre os Pankararu, sobretudo se o ano é considerado bom para o plantio, ou seja, quando as chuvas vêm no tempo certo. É importante casar os filhos, mais precisamente as filhas, com pessoas que possuam terras, uma vez que está havendo uma subdivisão de terras entre os filhos. Terra e casamento parecem estar intimamente relacionados, daí a necessidade dos pais em participar ativamente da escolha dos futuros genros e noras. Outro motivo para

participar dessa escolha diz respeito ao conhecimento sobre quem é parente ou não. Em outras palavras, quem pode casar com quem. Na idade de casar, muitos Pankararu ainda não sabem quem são os casáveis ou não.

Gravidez e parto

A maioria das entrevistadas tem mais de oito filhos. Ter muitos filhos, além de representar riqueza, significa dispor de muitas pessoas para cuidar do pai ou da mãe na velhice. É considerado normal o grande número de filhos entre os Pankararu, pelo menos entre as mulheres mais idosas. São os filhos que garantem a continuidade na terra. Ter muitos filhos está associado também à garantia de terras, que se traduz em recursos alimentares. O trabalho começa cedo. Para aqueles que trabalham na terra, ter muitos braços significa aumentar a produção. Essa característica pode ser vista entre os sertanejos. Os Pankararu também seguem esses comportamentos. As mulheres mais novas e aquelas que ainda não casaram não pensam da mesma maneira. O número de filhos que elas esperam ter é bem menor do que o de seus pais. Foi observado que as mulheres sempre contam os abortos no total de filhos tidos. Não fazem distinção entre os filhos que nasceram e os que em seguida ao nascimento morreram, ou mesmo os que foram abortados. É comum escutar: “eu tive oito filhos, seis estão vivos e dois morreram”.

Foi comum nos relatos das entrevistadas a referência a uma adolescência saudável. A menarca ocorre entre 11 e 15 anos. É celebrada e indica a possibilidade de reprodução e um passo para a identidade feminina. Restrições alimentares foram referidas pelas mães e por outras mulheres mais experientes no período da menstruação: se chupar manga, dá corrimento e aumenta o fluxo; se comer certos tipos de peixe — curumatá, cari, surubim —, dá coceira e cólica; a pinha diminui o fluxo; também não é bom comer feijão de corda, umbu e ovo. As alternativas para a cólica menstrual são os chás de hortelã, maceia, aroeira, pimenta-do-reino e arruda, além do ‘remédio comprado na farmácia’. Para o corrimento e a coceira, procura-se tomar banho com vinagre ou algumas ervas e água.

As pessoas entrevistadas referem-se ao sangue como sendo ‘fino’ ou ‘grosso’. O sangue fino é bom e o grosso é considerado com possibilidades de problemas. O sangue grosso está associado a doenças de pele, como coceiras no braço, no antebraço, na virilha e nas pernas. Para ‘afinar o sangue’, usa-se o chá de erva de mororó ou erva-cidreira batida no liquidificador. De acordo com o conhecimento local, as mulheres dizem que o sangue de criança é mais

propenso à anemia. As doenças mais freqüentes relacionadas ao sangue são diabetes (que é um sangue fraco) e o colesterol alto. O sangue da menstruação é considerado um sangue ruim. Como as mulheres relatam, é aquele que “sai de baixo, vai para a cabeça e, quando volta, não presta mais”. É uma “doença”, porque quando a mulher vai menstruar o “útero e os ovários ficam inflamados”.

As entrevistadas disseram não manter relação sexual quando estão menstruadas, acham que é “nojento e incomoda”. Os cuidados com a menstruação são bem definidos e parece existir um certo padrão: não deve haver práticas sexuais e, como mencionado anteriormente, a alimentação muda. É interessante notar que há cuidados tanto para aumentar o fluxo quanto para diminuí-lo. Observa-se que os cuidados alimentares durante o período menstrual são os mesmos praticados durante o período de resguardo. Este pode durar até um mês, para prevenir problemas de saúde que vêm diretamente do sangue. O gergelim serve para a desintoxicação (sangue frio). A comunidade associa sangue e sinais de vida em mortos à necessidade de vingança: “Se o sangue jorrar de um defunto assassinado é porque precisa ser vingado”.

A maioria das mulheres tem consciência que a gravidez “aparece com o sêmen”. Muitas chegaram a usar preservativos como método contraceptivo. Porém, a certeza da gravidez aparece quando “a boca fica azeda e com gosto de sal e emagrecem”. Uma das entrevistadas disse ter passado dois meses para engravidar — ela achava que um dia fazia-se um bracinho, outro a perninha, porque era “rapidinho”. Mas isso parece ser uma exceção. As mulheres mais velhas deram à luz com parteiras. As entrevistadas acima dos 50 anos não tiveram experiências com médico durante a gravidez e nem fizeram pré-natal. Buscavam ajuda com as benzedadeiras da aldeia e eram tratadas com plantas medicinais e reza. Entre as mais novas, poucas têm seus filhos com parteiras. Quando se fala em pré-natal com agente de saúde ou médico na cidade, apenas as da geração atual o fazem. No entanto, elas consideram que mesmo com a benzedeira ou a parteira existe um ‘pré-natal’, um acompanhamento realizado segundo os moldes tradicionais.

Durante a gravidez, não é aconselhável comer peru, buchada, peixe e tudo o que é proibido durante a menstruação. Dependendo do alimento, a mulher passa maior ou menor tempo de abstinência. Foi citado o caso de uma pessoa que não conseguia comer nada porque enjoava. Esse período de abstinência agravou seu estado de saúde e ela acabou morrendo (não foi mencionado o nome da doença).

Houve, durante as entrevistas, várias referências sobre as atendentes — como elas costumam chamar as parteiras tradicionais. Em relação às parteiras ‘estudadas’, as referências foram sempre positivas: “não molhavam o umbigo da

criança”, “tiravam a secreção do nariz e batiam no bumbum”, “sempre cuidadosas, não deixavam a mulher beber cachaça na hora do parto e sabiam quando a mulher e a criança deviam tomar banho”. A parteira chega a dizer a hora em que a criança vai nascer, dá banho e balança o menino para tirar a sujeira. Desde cedo as mulheres escolhem as parteiras. Segundo as entrevistadas, elas estão diminuindo porque as mais novas têm medo de exercer essa função. Uma outra referência à parteira foi a seguinte:

Muita gente da Tapera [uma das aldeias] e de Itaparica [cidade próxima à área] escolhe X, que é parteira no hospital de Itaparica. Mesmo de folga, não pode sair de casa porque já tem a sua clientela que pode chamar a qualquer momento. Tornou-se parteira depois de ter os filhos. Para ela é muito melhor ter filho no hospital, porque se tiver hemorragia, por exemplo, toma vitamina K, entre outras precauções que em casa não tem.

Talvez, essa preocupação com os recursos disponíveis nos hospitais e nas maternidades reforce o risco de parir em casa, amedrontando e desestimulando as mulheres mais novas ao exercício deste ofício.

A maioria das crianças nasceu em casa. Não há dados estatísticos para confirmar essa afirmação. Apesar de reconhecerem a maternidade como um lugar importante, há relatos de problemas com o parto, por exemplo:

Ela ficou três dias em casa sofrendo pra ter o filho com a parteira. Quando foi pro hospital, passou mais dois dias e o menino não nascia. Aí a enfermeira tirou o filho com o ferro e, na ignorância, machucou a cabeça do menino e ele ficou doente do jeito que é. Os outros dois filhos foram em casa.

Depois do parto, a mãe, a sogra ou outra figura feminina (irmã, por exemplo) sempre estava presente para ajudar a mulher que havia dado à luz. O marido ficava junto da esposa nos casos em que as mulheres estavam ausentes. Somente em alguns casos ele chegou a estar em primeiro lugar neste apoio pós-parto. Mesmo contando com a ajuda de familiares, as mulheres que tiveram filho voltavam a fazer suas atividades após um período máximo de, aproximadamente, quatro dias de descanso. No pós-parto, não podiam lavar a cabeça durante 15 dias. Tomavam banho e depois jogavam um balde com água morna e ervas no corpo. Também utilizavam o chá de erva-doce para limpar as “trompas” do recém-nascido.

Todas as entrevistadas amamentaram seus filhos. Algumas delas só pararam de amamentar quando engravidavam novamente. O desmame era feito com

pimenta e babosa aplicadas no peito. Foi impressionante o número elevado de relatos sobre casos de mortalidade infantil. Houve depoimentos de morte por sarampo no final dos anos 1950. Lamentavelmente, não existem dados estatísticos que permitam comparação com as condições de saúde atual. Os Pankararu afirmam que, hoje, morrem menos crianças devido ao “progresso” que está chegando.

Quando os bebês nascem, a mãe lhes dá três gotinhas de aguardente —um cuidado para a prevenção de tétano, ensinado pela avó materna da criança. Elas colocam ‘cuspe de fumo’ no umbigo da criança, para que ele possa secar e não crescer. Queimam o caroço do umbu, ou então pegam a poeirinha do canto da parede, e aplicam no umbigo. Até o bebê completar o primeiro mês, o banho é preparado em água morna. O banho gelado é evitado para que a criança não pegue o mal-de-sete-dias. Além do leite materno, o bebê pode ingerir o leite de cabra cozido. Quando o filho nasce em casa, mesmo durante o dia, é costume acender uma lamparina. Os cuidados com as crianças recém-nascidas são muitos, mostrando que os Pankararu seguem algumas regras específicas que podem ser diferenciadas do restante da população sertaneja.

As crianças têm uma infância bastante ligada à terra, fazendo atividades como cuidar dos animais, buscar água e trabalhar na roça. Segundo alguns entrevistados, atualmente existe facilidade de acesso à escola em todas as aldeias. Há, também, um interesse dos pais em cuidar da escolaridade dos filhos. Tivemos oportunidade de participar de reuniões escolares em final de semestre, e notamos que a presença dos pais (não só das mães) era grande.

A diarreia é muito freqüente nas crianças pequenas. Para curá-la, devem ser utilizados o soro caseiro, a água de coco, o caldo de arroz, o chá de umbuzeirinho, a raspa do umbuzeiro em água fria bem tratada, fubá de milho fininho molhado na água e limonada. A maioria das crianças relatadas nas entrevistas não teve doenças na infância e foram vacinadas na escola.

Há casos de morte no pós-parto devido a hemorragias ou ‘tétano’ no umbigo (mal-de-sete-dias). As crianças recém-nascidas não saem de casa durante uma semana, como forma de se proteger do mal-de-sete-dias. Há uma menção ao vento, que não é determinado, embora seja causa de morte: “Morreu porque pegou vento”. Até mesmo as roupas do recém-nascido não secam fora da casa para não pegar vento. Nesses primeiros dias, as crianças são envolvidas em cerimônias de proteção, recebendo inúmeros cuidados, que incluem ‘fechar o corpo’ e cuidar para que elas não peguem ‘quebranto’. O pai, a mãe e os parentes próximos cuidam do mau-olhado. Nesta idade, as crianças

estão ligadas ao menino do rancho, pois é quando ‘encomendam’ os cuidados a um dos praiás. Quando aparecem doenças, são feitas promessas aos praiás e aos encantados: “O que importa é que a criança cresça sadia”.

Práticas terapêuticas

A relação com as benzedadeiras e os curadores se apresenta de duas formas: a benzedeira trabalha perto do paciente sem referir-se aos encantados, enquanto o curador trabalha longe do paciente e lida com os encantados que ele conhece. Dificilmente um curador vai à casa do doente. Este realiza curas através dos encantados, dos sonhos e dos encantamentos. Já a benzedeira, vai à casa do doente se ele não puder se locomover. Na casa da benzedeira, existe uma frase-chave para a pessoa ser atendida: “Pelo amor de Deus”. Essas palavras, segundo as entrevistadas, expressam a necessidade de enfatizar que o trabalho realizado será regido em “função de Deus”. Geralmente, estas mulheres benzem com ramos de arruda, pinhão roxo e pinheira. A benzedeira é quem diz se é preciso ir ao médico ou se ela mesma faz o tratamento. Muitos doentes “saram na cura do índio”.

Existem também lugares que podem curar. Na aldeia do Jitó, próxima ao Brejo dos Padres, existia um lugar onde as pessoas com o corpo aberto ficavam doentes. Este lugar era formado por umas pedras localizadas junto à estrada e era conhecido como ‘Cruz-coroa-brava’. O mesmo é de conhecimento dos curadores, que geralmente são “donos de praiás” e fazem referência aos encantados. Cada encantado tem uma função e um nome, pelo qual pode ser chamado. Outros lugares como este também foram mencionados: a Bica da Nascença (“criança não podia ir à fonte porque a Mãe D’água botava quebranto”) e a Pedra no caminho da aldeia Tapera. A comunidade acredita que “o desmatamento tem afastado os encantos e os encantados”. Foi mencionada a existência de pedras especiais dos encantados. Estas possuem cores, características e desenhos próprios no seu interior. Quem encontra uma destas pedras deve escondê-la até a ocasião da saída dos praiás e dos encantados, e passar por um ritual que “tem banho de ervas para os espíritos, alho, fumo, cachimbo e as pedras. As mulheres, as crianças e os brancos não podem participar”.

Os curadores trabalham com o maracá (cabaça) e o cachimbo. Os Pankararu fizeram referência específica a João Brabo, um dos encantados que nas danças não entra na fila. Também foram mencionados outros encantados, como o Mestre-Guia, o Capitão da Meia-Noite e o Chupunhum. Esses parecem

ser os mais famosos entre os praiás. A referência ao maracá é importante: “os curadores têm o maracá e chamam os encantados deles, encruzam a criança e rezam”.

Saúde reprodutiva e etnia: perspectivas e alcances

A partir dos dados relatados anteriormente sobre a prática reprodutiva das mulheres Pankararu, podemos perceber que ainda existe um caminho a ser percorrido no âmbito das representações do corpo e da saúde reprodutiva das populações indígenas. A gravidez, a maternidade e os cuidados com os filhos são temas fundamentais para se montar um perfil epidemiológico. Além disso, são essenciais em uma cultura construída nas relações sociais e históricas de um determinado povo. A menstruação, a gravidez e o parto têm um significado próprio, distinto de outros grupos sociais. Cada cultura tem um modo próprio de representar o corpo (Mead, 2000). Nos estudos sobre parentesco das populações indígenas, encontramos vários exemplos onde a reprodução (a capacidade de gerar filhos) está relacionada com a identidade da mulher e sua inserção na vida social da aldeia.

O ciclo reprodutivo Pankararu está fortemente relacionado a elementos do meio ambiente e interage com o crescimento e as transformações no corpo. Passa-se para um novo estágio de vida quando se observa uma mudança no corpo e, em seguida, garante-se prestígio e poder no grupo. O crescimento é uma responsabilidade de todos, dando assim uma dimensão integradora de um indivíduo em relação a outros. Todos os membros de uma mesma família — crianças, adultos e velhos — estão inter-relacionados. Por exemplo, as restrições durante a gravidez e o pós-parto, as quais os pais da criança são obrigados a seguir, encerra-se quando o umbigo da criança seca e cai. Essas restrições e as práticas alimentares específicas estão presentes em todas as sociedades, sendo fortemente seguidas entre as populações do semi-árido. É importante conhecê-las para entender questões de saúde reprodutiva e populações indígenas. A relação entre alimentação e os momentos específicos de transformações no corpo é parte desta dimensão integradora.

Tão logo consiga reagir a um estímulo externo com consciência (rir ou falar), a criança estará apta a receber um nome e fazer parte efetiva de um grupo. “Torna-se pessoa.” Essa capacidade de transformação do indivíduo é vista como parte da vida humana relacionada com o mundo dos encantados. As explicações para comportamentos e reações estão relacionadas com espíritos, animais, vegetais e ‘coisas’ (objetos), criando, assim, um conjunto de represen-

tações simbólicas que acompanhará o indivíduo por toda a vida. Os mais velhos cuidam dos mais novos, e uma criança que está fugindo do comportamento aceito como normal será levada a um especialista (curador ou benzedeira) para lhe “fechar o corpo” contra espíritos, doenças e mau-olhados. De uma aldeia indígena, no interior de uma floresta, até uma cidade extremamente urbanizada, podemos verificar os mesmos comportamentos com roupagens diferentes.

Vale lembrar que o debate situando o corpo (Leal, 1995; Paim, 1998) como tema de políticas públicas de saúde se instalou no Brasil a partir do movimento feminista, nos anos 1980. Basicamente, colocava-se que as mulheres deveriam decidir sobre suas opções reprodutivas e sexuais. Esse movimento teve características urbanas. No meio rural, muitas mulheres nem mesmo entendiam essas reivindicações, uma vez que estavam vivendo em um regime patriarcal característico do mundo camponês, submetidas à vontade de seus maridos. Essas mulheres representam seus corpos a partir de suas experiências relacionadas com um universo simbólico distinto das mulheres urbanas, submetendo-se a intervenções que não levam em conta sua identidade étnica e a relação que mantêm com os valores de seu grupo social.

Essa dissociação das reivindicações do movimento de mulheres sobre a possibilidade de escolher as opções reprodutivas e sexuais ainda situa-se em descompasso entre o campo e a cidade, sobretudo entre as populações indígenas. Nas áreas indígenas do Nordeste, o atendimento se dá através da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), onde não há uma preocupação com a realidade étnica epidemiológica. Saúde reprodutiva e etnia ainda são áreas de conhecimento em construção. Ambas necessitam de pesquisas apropriadas para que fundamentem o desenvolvimento de programas de saúde reprodutiva entre as populações indígenas. Desta forma, essas populações serão envolvidas no atual debate sobre os direitos reprodutivos, podendo, assim, incluir saúde e etnia na grade temática já desenvolvida por Corrêa (1996), que relaciona saúde e direitos, reprodução e sexualidade. Acrescentaríamos, ainda, cultura e etnia na discussão sobre políticas públicas de saúde.

O que se percebe é que a proposta de atenção diferenciada, tal como prevista no modelo atual dos Distritos Sanitários Indígenas, vem enfrentando dificuldades para concretizar-se nas diversas áreas do país. Acredita-se que as principais dificuldades estão na ausência de orçamento específico para a implantação de programas de saúde específicos e na qualidade dos recursos humanos, com capacitação para atuar em áreas etnicamente diferenciadas. Os esforços realizados esbarram na alta rotatividade do pessoal médico, que atua nas áreas indígenas. Tal fato é resultado da falta de acompanhamento técnico,

que leve em consideração as características epidemiológicas e étnicas. Talvez a real dificuldade seja a tensão entre o direito constitucional a uma saúde 'diferenciada', e a compreensão do governo federal sobre o papel do Estado na direção das ações nesse campo. Torna-se claro que as medidas que o governo federal vem adotando no campo da saúde reprodutiva respondem exclusivamente a uma política de redução de gastos, que afeta os direitos adquiridos dos povos indígenas.

Uma outra dificuldade que pode ser percebida neste contexto é o descompasso existente entre as políticas formuladas na área da saúde reprodutiva, incluindo-se saúde indígena, e a resposta que as instâncias normativas do Estado conseguem assimilar. Existem várias experiências em saúde reprodutiva com populações indígenas que merecem ser sistematizadas, no sentido de agrupar subsídios para a definição mais clara de uma política nesta área. O desafio que se coloca na atualidade está em como explorar as possibilidades de executar políticas de saúde, sem deixar de construir políticas que de fato possam incorporar os conhecimentos específicos sobre a saúde reprodutiva dos povos indígenas.

Referências bibliográficas

- ARILHA, M. & CITELI, M. T. (Orgs.) *Políticas, Mercado, Ética: demandas e desafios no campo da saúde reprodutiva*. São Paulo: Editora 34, 1998.
- ARRUTI, J. M. A. *O Reencantamento do Mundo: trama, história e arranjos territoriais Pankararu*, 1996, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional.
- BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do plano de ação do Cairo. In: BILAC, E. D. & ROCHA, M. I. B. (Orgs.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe*. São Paulo: Editora 34, 1998.
- CONFALONIERI, U. E. C. *Saúde de Populações Indígenas: uma introdução para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1993.
- CORRÊA, S. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- DAVIS, D. L. & WHITTEN, R. G. The cross-cultural study of human sexuality. *Annual Review of Anthropology*, 16:69-98, 1987.
- ESTEVAO, C. O ossuário da gruta do padre em Itaparica e algumas notícias sobre remanescentes indígenas no Nordeste. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1942.
- LANGDON, E. J. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: SANTOS, R. & COIMBRA, C. (Orgs.) *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- LANGDON, E. J. Introdução: xamanismo: velhas e novas perspectivas. In: LANGDON, E. J. (Org.) *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: LEAL, O. F. (Org.) *Corpo e Significados: ensaios de antropologia social*. Porto Alegre: UFRGS, 1995.
- MEAD, M. *Sexo e Temperamento*. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. (Orgs.) *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.