

# GESTAÇÃO: CONHECENDO A REALIDADE DAS ALDEIAS INDÍGENAS NO BRASIL

GESTATION: KNOWING THE REALITY OF THE INDIGENOUS VILLAGES IN BRAZIL

MARCELO LOPES IGANSI<sup>1\*</sup>, CASSIO ADRIANO ZATTI<sup>2\*\*</sup>

1.Médico. Especialista em Cirurgia Geral. Especialista em Saúde Indígena; 2. Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Jangada; Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pelo pelo Centro Sul Brasileiro de Pesquisa, Extensão e Pós-graduação - CENSUPEG. Especialista em Enfermagem em Cuidado Pré-Natal pela UNIFESP. Pós-graduando em Gestão em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo.

\*Rua Torres Gonçalves, 687, Iraí, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 9860-000. [igansi@speedrs.com.br](mailto:igansi@speedrs.com.br)

\*\*Rua Torres Gonçalves, 890, Iraí, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 9860-000. [cassiozt@hotmail.com](mailto:cassiozt@hotmail.com)

Recebido em 31/04/2018. Aceito para publicação em 15/05/2018

## RESUMO

Trata-se de uma revisão de literatura com o objetivo de abordar a temática gravidez entre as populações indígenas do Brasil, abordando questões epidemiológicas do pré-natal. No que se refere aos dados de 2010 a 2015 referente à natalidade na população indígena, verificou-se aumento do ano de 2010 até 2015. Sendo predominante a faixa etária dos 20 aos 24 anos de idade. Referente ao tipo de parto, a maioria deles 82% foram partos por via vaginal e 18% por cesariana. Quanto ao local de nascimento, verificou-se que 69% dos nascimentos ocorreram no hospital. Em relação as consultas de pré-natal verificou-se que 38% dos casos realizaram de 4 a 6 consultas, logo 25% realizaram de 1 a 3 consultas, 26% realizou 7 ou mais consultas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde indígena, gravidez na adolescência, pré-natal.

## ABSTRACT

This is a literature review aimed at addressing the issue of pregnancy among the indigenous populations of Brazil, addressing epidemiological issues of prenatal care. Regarding the data from 2010 to 2015 referring to the birth rate in the indigenous population, there was an increase from 2010 to 2015. The prevalence is the age group from 20 to 24 years of age. Regarding the type of delivery, most them 82% were delivered vaginally and 18% cesarean. As to the place of birth, it was verified that 69% of the births occurred in the hospital. Regarding prenatal consultations, it was found that 38% of the cases had 4 to 6 consultations, 25% had 1 to 3 consultations, 26% had 7 or more consultations.

**KEYWORDS:** Indigenous health, teen age pregnancy, prenatal.

## 1. INTRODUÇÃO

A população indígena sofreu um decréscimo drástico entre os anos de 1500 à 1900, sendo que em 1500 estimava-se uma população entre 800 mil a 5 milhões de índios, posterior, em 1900 registrou-se 230 povos e 300 mil habitantes. No entanto nas últimas décadas do século XX mostraram um aumento de 3,5% ao ano. Neste tocante é observável altas taxas de

crianças e jovens nestas populações, sendo que 50% destes indivíduos possuem idades inferiores à 15 anos<sup>1</sup>.

Segundo a literatura dados do ano de 2000, estimam a população que tinha entre 10 e 19 anos de idade, faixa etária denominada de adolescência, correspondia a 34.000.000 de pessoas, isto é, 19% da população geral do país, sendo que 50,4% pertencia ao sexo masculino e 49,6% ao sexo feminino<sup>2</sup>.

A saúde indígena apresenta-se intimamente relacionada com as modificações causadas no estilo de vida dessas populações. O processo histórico de mudanças sociais, econômicas e ambientais juntamente com a expansão de frentes demográficas e econômicas nas diversas regiões do país ao longo do tempo, tem influenciado sobre os determinantes e os perfis da saúde indígena<sup>3</sup>.

As mudanças sócio-culturais refletiram negativamente em relação à morbimortalidade indígena, elevando o índice de mortes em adultos e idosos, estes por causas relacionadas à doenças infecto-parasitárias, obesidade, doenças metabólicas como a diabetes, doenças do aparelho circulatório, alcoolismo, suicídio, riscos associados à gravidez e no caso das crianças mortalidade infantil relacionada à desnutrição<sup>4</sup>.

Um estudo realizado no Brasil em 2007, verificou as cinco causas de hospitalização mais frequentes sendo as doenças do aparelho respiratório (41,5%); doenças infecciosas e parasitárias (17,4%); gravidez, parto e puerpério (12,7%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (9,7%); e lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas (3,7%). Se excluídas as causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério, a distribuição passa a ser a seguinte: doenças do aparelho respiratório (47,7%); doenças infecciosas e parasitárias (19,9%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (11,2%); e lesões, envenenamentos e conseqüências de causas externas (4,3%)<sup>5</sup>.

Os hábitos alimentares mudaram consideravelmente, sendo adicionado mais carboidratos e gorduras à dieta, diminuindo o consumo de frutas, hortaliças e leites. Dentre os hábitos alimentares culturais indígenas, que ainda

permanecem, está a preparação do pão na chapa, bolo azedo e colheita de couve-do-mato para consumo<sup>3</sup>.

Estudos sugerem que as condições de saúde dos povos indígenas no Brasil permanecem pouco conhecidas em relação a outros segmentos da sociedade brasileira. Inicialmente se tinha o sistema de Saúde Indígena como sendo precário, no entanto este paradigma vem mudando nos últimos anos. Entretanto estudos e documentos que retratem as reais condições de saúde e doença ainda são escassos<sup>5</sup>.

Com referência aos dados epidemiológicos sobre gestação, parto e pós-parto, os mesmos são superficiais, incompletos, dificultando o conhecimento das condições do testar nesta população, no entanto, atualmente as administrações dos DSEI e dos pólos-base estão desenvolvendo medidas para corrigir essa falta de dados<sup>6</sup>.

Dados como os de mortalidade perinatal e neonatal decorrentes de problemas intraparto somam em torno de 10% a cada ano. No entanto não há um conhecimento da causa específica, sendo o campo notificado como causa desconhecida. Além disso, não sabe-se onde ocorreram estes óbitos, sendo que a maioria das notificações o campo local de ocorrência permanece em branco.

Logo, este estudo tem o objetivo de abordar a temática gravidez na adolescência entre as populações indígenas do Brasil, abordando questões epidemiológicas do pré-natal.

### Breve relato histórico

O contexto histórico da saúde indígena, observa-se grandes transições sendo que no ano de 1910, a atenção à saúde dos povos indígenas estava sobre a responsabilidade do Serviço de Proteção do Índio (SPI)<sup>7</sup>.

Em 1988 a Constituição brasileira estabeleceu para as populações indígenas os mesmos direitos de cada cidadão brasileiro ao acesso aos serviços básicos de saúde e educação, pautando direitos diferenciados quanto as questões relacionadas a preservação de sua cultura, crenças, costumes, hábitos, religiosidade, território, sendo estes valores considerados como patrimônio cultural<sup>6</sup>. A partir deste momento a atenção à saúde indígena passou a ter uma assistência maior do Estado, tendo maiores impulsos as questões relacionadas ao enfrentamento das epidemias da época<sup>7</sup>.

A Medicina Tradicional Indígena (AMTI) integra o Subcomponente II – Ações Inovadoras em Saúde Indígena, do Projeto Vigisus II, Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e busca articular os sistemas oficiais de saúde aos modelos médicos indígenas, valorizando as práticas culturais e tradicionais de cuidado, produzindo conhecimentos científicos acerca da eficácia dessas ações e fornecendo assistência diferenciada a estes povos. Esses argumentos estão de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI), na busca por melhorias do estado de saúde dos povos indígenas<sup>6</sup>.

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), foi criada em agosto de 2010, sendo sua criação marcada pela transferência das ações ao Ministério da Saúde, sendo de competência da SESAI a coordenação e execução do processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional, tendo a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas em sua responsabilidade, em consonância com as políticas públicas e programas estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>7</sup>.

### A adolescência e o comportamento reprodutivo

A adolescência é considerada uma fase de mudanças biopsicossociais, sendo caracterizada pelo início da puberdade, que ocasiona a mudança corporal no que tange ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários bem como a capacidade de reprodução do indivíduo; independência emocional dos pais; elaboração da identidade pessoal e por mudanças psicológicas. Neste sentido cabe ressaltar que a atividade sexual se inicia mais precocemente atualmente, já que, esta é considerada uma fase de intensa necessidade de exploração e experimentação do contexto em que se vive<sup>8</sup>.

Segundo dados do IBGE no ano de 2000 a faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, denominada de adolescência, correspondia a 34.000.000 de pessoas, isto é, 19% da população geral do país, sendo que 50,4% pertenciam ao sexo masculino e 49,6% ao sexo feminino<sup>6</sup>.

Ressalta-se alguns problemas comumente passíveis de ocorrer na adolescência e de preocupação para os sistemas de saúde, são eles gravidez indesejada, as doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. Sendo estas passíveis de prevenção através da correta abordagem através da educação sexual nas escolas e na comunidade indígena<sup>2</sup>.

O exercício da sexualidade é complexo e polemico, no entanto, a mulher guarani está preparada para o exercício da sua sexualidade a partir da menarca. Seu comportamento deve ser virtuoso, controlando seus desejos e impulsos sexuais, fugindo das tentações e controlando expressões corporais. A vigilância do comportamento é realizado pelas mulheres mais velhas da aldeia. No âmbito de informações sobre o comportamento reprodutivo das aldeias brasileiras ainda há carência de informações atualizadas, dificultando conhecer a realidade epidemiológica<sup>4</sup>.

Na cultura indígena a gravidez é tida como um sonho, que transcende o mundo sobrenatural para o humano, sendo reflexo da ação dos deuses sobre a mulher. No entanto eles tem consciência de que o feto é constituído pelo sêmen do pai, o útero da mulher é apenas o que recebe a criança, portanto pai é o homem que inseminar a mulher mais vezes<sup>9</sup>.

A alta fecundidade nas aldeias indígenas se deve ao fato de que as comunidades indígenas valorizam famílias numerosas, o início da vida reprodutiva ocorre relativamente cedo em relação à outras populações, os

intervalos entre os partos é curto e há um maior número de mulheres envolvidas em relações conjugais. No que tange aos determinantes da alta fecundidade, podem ser citadas a valorização sócio-cultural de famílias numerosas, elevadas cifras de mulheres indígenas envolvidas em uniões conjugais, início da vida reprodutiva relativamente cedo (se comparado aos padrões ocidentais) e intervalos intergenésicos (entre os partos) curtos, entre outros. Por exemplo os Xavântes de Sangradouro-Volta Grande possuem uma média de 8,6 filhos, tendo um início de vida reprodutiva por volta dos 13 ou 14 anos até os 45 anos.

A mulher Kaingáng nunca teve muito espaço na própria comunidade, e até mesmo na sociedade como um todo, já que as decisões são tomadas pelos homens, os artesanatos, na maioria das vezes confeccionado pelas mulheres e comercializado pelos homens<sup>3</sup>.

Já nas aldeias guaranis, as mulheres possuem um universo feminino amplo, semelhante ao de mulheres de outras populações, no entanto possuem uma vida orientada por crenças religiosas e culturais, que marcam a sua existência desde a infância até a velhice. Nos aspectos que se referem à sexualidade, casamento, gestação e nascimento dos filhos, intervalo entre gestações, aborto, esterilidade, planejamento familiar e menopausa, estas crenças na maior parte das vezes é orientada pelos aspectos religiosos do seu grupo e precisam ser respeitadas para haja a preservação e continuidade da identidade coletiva<sup>9</sup>.

Quanto as políticas públicas, nos últimos anos há uma crescente busca pela atenção à saúde da mulher, com criação de políticas públicas específicas ao grupo e aumento no número de estudos relacionados à esta temática. No entanto, dados sobre a saúde da mulher indígena ainda são superficiais, bem como políticas específicas para essa parcela da população<sup>7</sup>.

Os estudos sobre a mulher indígena brasileira não possuem um enfoque mais pautado nas condições de saúde, sendo que estes estudos enfocam mais o âmbito cultural. Os poucos estudos brasileiros que enfocam as condições de saúde tendem a explorar as infecções sexualmente transmitidas e o câncer ginecológico<sup>4</sup>.

Uma pesquisa destaca alguns tópicos de interesse, relacionados a uma aldeia Kainganglo: o aleitamento materno em 92,3% das mulheres foi mantido por 1 ano, logo, 41,4% tinham mais de cinco filhos; a idade média da menarca foi 13,4 anos; 61,5% nunca tinham ouvido falar do câncer de mama; o autoexame da mama era realizado por apenas 2,9% das mulheres; o médico não realizava o exame clínico da mama, segundo 81,7% delas e 99% nunca fizeram mamografia<sup>4</sup>.

### Pré-natal

O pré-natal foi instituído no início do século XX e chegou ao Brasil por volta das décadas de 20 e 30 e só se estabeleceu no pós-guerra. A proposta do pré-natal era diminuir os agravos a mulher, no entanto não se preocupava-se tanto com o feto. A partir dos anos 50 e 60 o feto passou a ser alvo de preocupação. Atualmente

o pré-natal é uma importante prática assistencialista para a saúde da mulher e do feto<sup>8</sup>.

O conhecimento sobre como este processo ocorre na comunidade indígena é de extrema importância, sendo que se mantém em contrição e atualização contínua, por se tratar de uma cultura diferenciada, neste tocante é necessário este profissional conhecer as especificidades culturais frente as intervenções<sup>3</sup>.

A Portaria nº570 de 1º de junho de 2000 do Ministério da Saúde, artigo quarto diz que é dever do Estado e do Município proporcionar a adesão ao pré-natal a todas as mulheres grávidas, tendo um atendimento digno e de qualidade, direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida, direito à assistência ao parto e ao puerpério<sup>8</sup>.

Segundo o mesmo autor, a consulta de pré-natal é um conjunto de procedimentos simples, de escuta, transmissão de apoio e confiança, favorecendo a autonomia durante a gestação e parto. Essa consulta é responsável por evitar 90% das causas de morte materna direta. Logo permite ainda a identificação de morbidades fetais, podendo referenciar a serviços de maior complexidade em tempo ágil<sup>8</sup>. Alguns aspectos culturais indígenas devem ser respeitados no pré-natal como por exemplo, não se assustar, não sofrer fortes emoções, raiva, inveja, tristeza, relações extraconjugais, não responsabilizar-se pela família (homem assume todas as tarefas), alimentar-se adequadamente, evitando alimentos do homem branco (salgado, açucarado e gorduroso), comer com parcimônia, não comer carne de quati (para evitar verminoses), não comer carne de tatu (por ter casco, corre o risco da criança ficar presa no útero da mãe na hora do parto), não comer banha de coco (a polpa do coco é protegida por uma carapaça, pode induzir o bebê a não nascer no nono mês), é incentivado o consumo de carne de caça, como a onça<sup>9</sup>.

Há uma série de estudos abordando a gravidez na adolescência, no entanto não especificamente sobre a população indígena. Estes estudos espõem as implicações emocionais, sociais, econômicas, biológicas, familiares, jurídicas, sendo que estas atingem não somente os adolescentes acometidos, mas toda a sociedade, visto que, altera o engajamento social<sup>10</sup>.

A gravidez na adolescência é considerada pela Organização Mundial da Saúde, como gestação de alto risco, por serem de manejo difícil, curso indeterminado e pelas várias complicações passíveis de ocorrência tanto para a mãe quanto para o concepto. No entanto a gravidez em adolescentes ocorre com uma frequência de 20 a 25% do total de gestações<sup>10</sup>.

As práticas e procedimentos indígenas relacionados a reprodução humana e cuidados em geral com vistas a preservar a saúde, são consideradas produções culturais invioláveis à taxinomia biomédica, perpassando às definidas na declaração do Cairo<sup>4</sup>.

Algumas orientações sobre o parto devem ser explicadas durante o pré-natal, afim de minimizar a insegurança e o medo, principalmente em primigestas,

um estudo realizado no Brasil mostra que o sentimento que prevalece é o medo, medo do desconhecido, medo da dor e estes sentimentos na maioria das vezes atrapalham ainda mais na assimilação das orientações que irão ajudá-las durante esse momento tão importante<sup>10</sup>.

As mulheres indígenas idosas acreditam que é melhor parir acorçada em casa, no entanto as mais novas, mais novas demonstram insegurança de ter os filhos fora do hospital. Foi identificada insatisfação na assistência durante o parto. É necessária a adequação das práticas de forma a preservar a cultura da etnia sem a exposição de mulheres e recém-nascidos ao risco de complicações ou mortalidade<sup>4</sup>.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura onde, buscou-se dados no DATASUS referente aos atendimentos de pacientes indígenas nos serviços de saúde em condições de gravidez e puerpério. Priorizou-se os dados dos anos de 2010 à 2015, por não encontrarem dados mais atualizados nem publicações pertencentes à este intervalo de tempo. A busca nas informações no DATASUS deu-se no mês de julho do ano de 2017.

O estudo foi realizado no período de dezembro de 2016 a julho de 2017. Para tanto, buscou-se artigos e publicações referentes à temática na base de dados LILACS, SCIELO e BVS. Como a amostragem não satisfaz o objetivo, buscou-se aleatoriamente na internet, periodizando periódicos de relevância científica, além de artigos dos últimos 10 anos.

Excluíram-se da amostragem artigos que não condiziam com saúde indígena e gravidez. Após leitura dinâmica, os artigos foram salvos e lidos na íntegra para posteriormente agrupamento de informações pertinentes aos objetivos deste estudo.

## 3. DESENVOLVIMENTO

Com relação aos nascimentos, na população indígena, observou-se segundo os dados obtidos do DATASUS, ascendência de nascimentos na população indígena, no período de 2010 à 2015, o somatório de nascimentos foi de 125.103, sendo que em 2010 houveram 15.887 nascimentos, em 2011 os nascidos foram 19.610, em 2012 nasceram 21.700 indivíduos, já em 2013 houveram 22.025 nascimentos, em 2014 houveram 23.017 e em 2015 22.864. Isso deve-se as melhorias da qualidade na assistência e a quantidade de equipes dispensadas no atendimento dessa população. Salienta-se também as campanhas de promoção de saúde e o trabalho de prevenção realizado no cotidiano seja presencial ou através da mídia.

Com relação a natalidade por região, verificou-se maiores índices de nascimentos na região Norte do Brasil, com 65.930, representando 53 % logo a região Centro Oeste com 21.825 nascimentos, representando 17%, a região Nordeste vem em seguida com 18.833,

representando 15% ficando o Sudeste com 10.455 (8%) e a região Sul com 8.060 nascimentos (6%).

Quanto ao tipo de parto, verificou-se o predomínio do parto vaginal em 102.166 representando 83% dos casos, seguido pelo parto cesáreo em menos frequência, 17% dos casos (n=22.387). No entanto 550 casos foram ignorados.

Observou-se que a maioria das pacientes realizaram 4 a 6 consultas de pré-natal (n=29.348), logo, 21.461 pacientes realizaram de 1 a 3 consultas; 18.345 pacientes realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal e 8.148 pacientes não realizaram consulta de pré-natal. Quanto ao sexo dos nascimentos de mães indígenas no Brasil no período de 2010 à 2013, 51% da população do gênero masculino e 49% dos nascimentos eram do gênero feminino.

Observou-se predomínio de partos em hospitais (n=54.384) no entanto ainda ocorrem partos indígenas em domicílio (n=22.791), com mais frequência nas regiões Norte (n=18.522) e Centro Oeste (n=2.089).

Observou-se um predomínio de nascimentos na faixa etária dos 20 aos 24 anos nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil. Com relação as regiões Sul e Centro-Oeste predominaram os nascimentos em pacientes na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

A preocupação ainda está nos nascimentos na faixa etária inferior aos 14 anos, o que ainda é alta, se observarmos as correntes de informações existentes. No Brasil as maiores taxas de nascidos em mulheres de 10 a 14 anos no Nordeste e Centro Oeste do Brasil. Com relação as regiões Sul e Centro-Oeste predominaram os nascimentos em pacientes na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

## 4. DISCUSSÃO

Estudos elucidam a predominância de partos, com frequência de (64,4%). Outras causas de hospitalização incluíram cesarianas (22 casos ou 10,0 %) e abortamentos ou suas complicações (14 casos ou 6,4%). Do total de partos (n=164), 9,8% foram em mulheres entre 10 e 15 anos (a mais jovem tinha 12 anos) e 1,8% em mulheres > de 45 anos<sup>5</sup>.

Outro estudo que divide as adolescentes, levantaram que 92,7% das mais novas e 90,3% das mais velhas referiram ter acompanhamento, comparecendo a seis ou mais consultas (65,3% e 65,6%). Relataram faltas ao pré-natal 25,1% e 20,9% das adolescentes e o principal motivo alegado foi o esquecimento<sup>10</sup>.

Analisando os motivos citados pelas gestantes que não fizeram o pré-natal (5,2%), a falta de interesse e a desinformação representaram mais de 40,0% das justificativas apresentadas pelas mães.

As informações sobre a assistência pré-natal e sobre o rastreamento e o tratamento de gestações de risco poderiam indicar os fatores inerentes à assistência obstétrica com maior sensibilidade do que a análise direta da assistência hospitalar ao parto<sup>5</sup>.

Um outro estudo, analisado mostra que as idades das adolescentes estudadas variavam de 12 a 19 anos,

sendo a média de 16,1 anos. A menor idade observada foi 12 anos, sendo que 31,4% das gestantes tinham até 15 anos de idade. A gravidez foi planejada por 27,6% das adolescentes. As principais justificativas para a ocorrência da gravidez foram: 51,2% queriam ser mães, 18,6% disseram que gostavam de crianças, 9,3% referiram ser desejo do casal, 4,7% não queriam perder o parceiro<sup>10</sup>.

## 5. CONCLUSÃO

Na literatura tem-se que os homens são os provedores de comida, sendo estas advindas do comércio e ou cultivo, logo as mulheres assumem o zelo pelo lar e são tidas como símbolo de perpetuação da família, iniciando vida reprodutiva precoce, sendo mencionado início desde os 14 ou 15 anos de idade. A maioria das tribos são contra o aborto, sendo com isso, zelosas para com a gestante.

O aumento das taxas de natalidade e fecundidade no Brasil tiveram um aumento gradativo, com isso aumento da população indígena do país, isto se deve à melhoria das condições de saúde, garantidos pelo município, estado e federação e executado através das equipes de saúde implantadas nas aldeias.

A atuação do médico nas equipes de saúde indígena, representa um ganho importante para estas comunidades, já que anteriormente os cuidados eram restritos aos índios mais antigos, pajés e curandeiras da tribo. Os contraceptivos, tema ainda que gera muita discussão nas aldeias já que é vista como um deflagrador de controle da natalidade e considerado um atraso na perpetuação da espécie pelos índios, estes são de prescrição do médico, bem como outros procedimentos de acompanhamento das mulheres, como a realização do pré-natal, o exame de mamas e o preventivo do câncer do colo de útero.

No que se refere aos dados de 2010 a 2015 referente à natalidade na população indígena, verificou-se aumento do ano de 2010 até 2015. Sendo predominante a faixa etária dos 20 aos 24 anos de idade. Referente ao tipo de parto, a maioria deles 82% foram partos por via vaginal e 18% por cesariana. Quanto ao local de nascimento, verificou-se que 69% dos nascimentos ocorreram no hospital.

Diante do exposto, salienta-se a necessidade de maiores investigações e estudos da população indígena por parte dos profissionais de saúde, já que há escassez de informações sobre a temática, dificultando o conhecimento por parte dos profissionais da saúde e por parte da academia em relação ao comportamento reprodutivo, além da falta de dados atualizados sobre os impactos das ações em saúde para com este povo.

## REFERÊNCIAS

- [1] Pagliaro H, Azevedo M. Comportamento reprodutivo de povos indígenas no Brasil. Interface entre a demografia e a antropologia.
- [2] Souza RA. Educação sexual na visão dos professores indígenas do ensino fundamental em uma escola de

Dourados. Espaço Ameríndio, Porto Alegre. 2011; 5(3):181-206.

- [3] Honaiseret al. Ações de saúde da mulher em comunidades indígenas kaingáng: vivências e expectativas. Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO, 2012.
- [4] Carlos EA, Coimbra JR. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia. Porto Velho, fevereiro de 2003.
- [5] Lunardi R, Santos RV, Coimbra JR, Carlos EA. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). Rev. Bras. Epidemiol. [online]. 2007; 10(4):441-452.
- [6] Brasil, Ministério da Saúde. Assistência Pré -Natal. Secretaria de Políticas de Saúde, Manual Técnico, 3ª edição. 2000; 66p.
- [7] Neto RO, Silva GM. Saúde E Qualidade de Vida da Mulher Indígena: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013.
- [8] Fernandes MC. Adesão ao Pré-Natal. Monografia. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Mirandas, 2011.
- [9] Peretti C(Org.) Congresso de Teologia da PUCPR, 10, 2011, Curitiba. Anais eletrônicos... Curitiba: Champagnat, 2011. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/congressoteologia/2011/>
- [10] Terci T. Estratégias para redução da gravidez na adolescência no estado do Paraná. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE - Campus de Cascavel - Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Escola De Governo Do Paraná – Gerência Executiva da Escola De Governo. Curso De Especialização em Formulação e gestão de políticas públicas, Cascavel, 2008.