



CECILIA MALVEZZI

SERVIÇOS DE SAÚDE E SAÚDE REPRODUTIVA NO ALTO RIO NEGRO
Da produção de dados à produção do perfil da fecundidade

CAMPINAS, 2012



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

CECILIA MALVEZZI

SERVIÇOS DE SAÚDE E SAÚDE REPRODUTIVA NO ALTO RIO NEGRO
Da produção de dados à produção do perfil da fecundidade

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA AO
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DA
UNICAMP PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA
EM DEMOGRAFIA.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE/DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELO ALUNO CECILIA MALVEZZI, E ORIENTADA PELO PROFA. DRA. MARTA MARIA
DO AMARAL AZEVEDO.

Assinatura do Orientador

CAMPINAS, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR

CECÍLIA MARIA JORGE NICOLAU – CRB8/3387 – BIBLIOTECA DO IFCH
UNICAMP

	Malvezzi, Cecilia, 1978-
M299s	Serviços de saúde e saúde reprodutiva no Alto Rio Negro: da produção de dados à produção do perfil da fecundidade / Cecilia Malvezzi. - - Campinas, SP : [s. n.], 2012. Orientador: Marta Maria do Amaral Azevedo. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. 1. Fecundidade. 2. Serviços de saúde. 3. Demografia. 4. Saúde reprodutiva. 5. Povos indígenas – Alto do Rio Negro, Região (Amazonas). I. Azevedo, Marta Maria do Amaral, 1958- II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Informação para Biblioteca Digital

Título em Inglês: Health assistance and reproductive health in the Alto Rio Negro: from data to profile production on fertility

Palavras-chave em inglês:

Fertility

Health assistance

Demography

Indigenous people - Alto Rio Negro, Região (Amazonas)

Área de concentração: Demografia

Titulação: Mestra em Demografia

Banca examinadora:

Marta Maria do Amaral Azevedo [Orientador]

Margareth Arilha

Tirza Aidar

Data da defesa: 28-09-2012

Programa de Pós-Graduação: Demografia

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

Cecilia Malvezzi

**SERVIÇO DE SAÚDE E SAÚDE REPRODUTIVA NO ALTO RIO NEGRO
Da produção de dados à produção do perfil da fecundidade**

Dissertação de mestrado apresentada ao departamento de Demografia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Marta Maria Azevedo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Demografia.

Este exemplar corresponde à redação final
da Tese/Dissertação defendida e aprovada pela
Comissão Julgadora em 28/setembro/2012.

Comissão Julgadora

Titulares:

Prof.(a) Dr.(a) – Marta Maria Azevedo

Prof.(a) Dr.(a). Tirza Aidar

Prof.(a) Dr.(a) Margareth Arilha

Suplentes:

Prof.(a) Dr.(a) Joice Melo Vieira

Prof.(a) Dr.(a) Geraldo Luciano Andrello

**Campinas
Setembro de 2012**

*Aos meus pais,
que sempre serviram
de exemplo e estímulo.*

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer aos meus pais, Sigmar, pela leitura criteriosa e sugestões ao texto; e Marilena, pelo apoio em vários momentos dessa jornada.

À minha irmã Mariana pela ajuda na formatação do texto.

Ao Pedro e as minhas filhas Ana e Olívia por, desde tão cedo, aprenderem a dividir a mãe com este trabalho.

À minha orientadora, Marta Azevedo, que desde São Gabriel da Cachoeira me estimulou a realizar esse trabalho.

Às professoras Tirza Aidar e Margareth Arilha pelas sugestões, críticas e contribuições ao trabalho.

Aos professores e meus colegas de turma do NEPO que ajudaram na minha formação como mestra em demografia.

Ao CAPES, pelo apoio financeiro que recebi.

Ao DSEI-ARN pela oportunidade de trabalho e por disponibilizarem o banco de dados do SIASI. Em especial ao Hernane e à enfermeira Yesica.

Aos amigos Leandra, Gabriel e Carol, por terem me recebido em São Gabriel e me mostrado como é prazeroso o trabalho com saúde indígena.

E finalmente à gente do Rio Tiquié, que sempre me receberam com muito carinho e até hoje inspiram minha maneira de viver. Em especial, Seu Higino e Guilherme Tenório, de São Pedro. Firmiano, Antonia († 2008) e Décia de Cachoeira Comprida. Seu Angelo († 2009) e Dionélia de São José II. Ao Nonato e Seu Amaro de Santa Rosa. Ao Geraldo e ao Damião de São Felipe. Ao Adalberto de Serra do Mucura. Ao Antonio, Vanilde, Nazareno e Laura da Estação Caruru do Tiquié. À Dalva e Osmarina de Pari-Cachoeira. Ao prático Miguel.

RESUMO

A produção de informações demográficas a respeito das populações indígenas é substrato para fundamentar as intervenções e políticas públicas direcionadas a esses povos. A irregularidade e qualidade precária das informações ocultam discrepâncias na situação de saúde. Estudos de populações indígenas mostram uma tendência da população indígena de crescimento populacional. Alguns estudos apresentam uma desaceleração no crescimento a partir da década de 1990, associada à queda na fecundidade. Tal queda, ainda que discreta, pode ser atribuída à urbanização, ou mesmo à maior proximidade com os centros urbanos, assim como, constrangimentos oferecidos pelo contato com serviço de saúde, escolas, ONGs, grupos religiosos, mercado de trabalho. Assim, a fim de avaliar se a atuação do serviço de saúde tem impacto na fecundidade indígena, buscou-se analisar a fecundidade das mulheres indígenas da região do Rio Tiquié, no Alto Rio Negro- AM, tomando-se como base inicial os dados produzidos pelo SIASI- Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena no ano de 2005. Para tanto, usamos para fins comparativos o Censo Indígena Autônomo do Rio Negro (CIARN), realizado em 1992, num contexto no qual não havia a presença de um serviço de saúde regular. Apesar de os resultados não serem conclusivos devido a qualidade ruim dos dados empíricos, eles indicam uma queda discreta na fecundidade das mulheres indígenas da região do Rio Tiquié e isso poderia estar relacionado a presença de um serviço de saúde.

Palavras Chave: Fecundidade, Serviços de saúde, Demografia, Saúde reprodutiva, Povos indígenas – Alto do Rio Negro, Região (Amazonas).

SUMMARY

The production of demographic information about indigenous people grounds public policies and interventions aiming at supporting their sustainability. The lack of regularity and the precarious quality of the demographic information hide various discrepancies which have haunted Amazon indigenous health. Several studies have disclosed demographic growth in those indigenous communities at the same time that others have pointed out the decrease of fecundity, since the nineties. The demographic decrease, although discrete could be linked to the proximity those people have undergone to urban centers, as well as to the constraints stemmed from their contact with health services, ONGs, schools, religious groups and the labor market. In order to assess the impact of health services in the variations of the fecundity of indigenous women who lived in the area of the Tiquié river in the high Rio Negro-Amazonas. The achievement of that target was carried out through the comparison of the data gathered from SIASI (Attention to Indigenous People Health Information System) concerning the year 2005 matched with the data gathered from the CIARN (Rio Negro Autonomous Indigenous Census) in the year 1992. That comparison was so designed because health assistance was not a regular service in that area in the year 1992 but was indeed regular in the year 2005. Although the findings were not conclusive because of the poor quality of the empirical data they support both the trend that there was a discrete decrease in women fecundity in the indigenous communities settled along the Tiquié river that could be linked to the health assistance.

Key words: health service, demography, reproductive health, indigenous people, Alto do Rio Negro, (Amazonas).

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS.....	3
ÍNDICE DE TABELAS	5
LISTA DE SIGLAS	7
EPÍLOGO.....	9
INTRODUÇÃO.....	15
1 DEMOGRAFIA DOS POVOS INDÍGENAS.....	25
1.1 PANORAMA DA DEMOGRAFIA INDÍGENA	25
1.2 PANORAMA LATINO AMERICANO	28
1.3 PANORAMA DA DEMOGRAFIA INDÍGENA NO BRASIL	31
1.4 A TRAJETÓRIA DOS ESTUDOS DE FECUNDIDADE INDÍGENA NO BRASIL	37
1.5 ESTUDOS DA FECUNDIDADE INDÍGENA NA AMÉRICA LATINA.....	41
2. HISTÓRICO RECENTE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL	47
2.1 VISÃO GERAL.....	47
2.2 VISÃO DA SAÚDE DA MULHER.....	55
2.3 A IMPLANTAÇÃO DO SIASI	62
2.3.1 A CRIAÇÃO DO SIASI E SEU FUNCIONAMENTO.....	62
2.3.2 O QUE PODERIA MELHORAR NO SIASI	66
3. O CONTEXTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DO RIO NEGRO E TIQUIÉ.....	69
3.1 A HISTÓRIA DA REGIÃO DO RIO NEGRO E RIO TIQUIÉ	69
3.2 O CONTEXTO GEOGRÁFICO DA REGIÃO DO RIO NEGRO E RIO TIQUIÉ.....	73
3.3 DINÂMICA DEMOGRÁFICA RECENTE DO ALTO RIO NEGRO E TIQUIÉ	76
3.4 A FECUNDIDADE NO ALTO RIO NEGRO EM 1992.....	78
4 METODOLOGIA.....	81
4.1 ESTRATÉGIA.....	82
4.2 FECUNDIDADE	94
4.2.1 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E A QUEDA NA FECUNDIDADE.....	95
4.2.2 ESPECIFICIDADES DA DINÂMICA DEMOGRÁFICA DO RIO NEGRO.....	99
5 RESULTADOS	105
FECUNDIDADE DAS MULHERES INDÍGENAS NO TIQUIÉ EM 2005.....	105
5.1 RESULTADOS GERAIS E POR GRUPO ÉTNICO	105
5.2 PERFIL ETÁRIO GERAL E POR GRUPO ÉTNICO.....	108
5.3 RAZÃO DE SEXO GERAL E POR GRUPO ÉTNICO	111
5.4 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO FEMININA POR IDADE	114
5.5 FECUNDIDADE DAS MULHERES DO RIO TIQUIÉ NO ANO DE 2005	115
5.6 VARIÁVEIS INTERMEDIÁRIAS DA FECUNDIDADE	121

5.6.1 IDADE MÉDIA AO TER O PRIMEIRO FILHO.....	122
5.6.2 INTERVALO INTERGENÉSICO MÉDIO.....	124
5.6.3 PARIDADE MÉDIA DAS MULHERES DO RIO TIQUIÉ POR FAIXA ETÁRIA	124
5.6.4 PARTURIÇÃO DAS MULHERES DO RIO TIQUIÉ POR FAIXA ETÁRIA.....	131
5.6.5 NUPCIALIDADE E PROPORÇÃO DE FILHOS TIDOS POR MULHERES CASADAS	135
5.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS	140
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
6 BIBLIOGRAFIA.....	153
ANEXOS	163

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Evolução da população auto-declarada indígena nos censos 1991, 2000 e 2010, por grandes regiões.....	40
Figura 2: Taxa Global de Fecundidade para indígenas e não indígenas de países da América Latina segundo local de residência e (método indireto) ..	45
Figura 3: Localização dos Distritos sanitários especiais indígenas.....	59
Figura 4: Representação dos DSEIs segundo periodicidade das Equipes de Saúde em área indígena e por período de alimentação do SIASI, 2008	63
Figura 5: Polos Base do DSEI ARN	65
Figura 6: comunidades do Rio Tiquié, Rio Papuri e Médio Rio Uaupés	74
Figura 7: estimativas da população do Tiquié/ várias fontes	108
Figura 8: Perfil etário, por sexo, na região do Rio Tiquié, 2005	110
Figura 9: Perfil etário, por sexo, do Grupo étnico Tukano, na região do Rio Tiquié, 2005	110
Figura 10: Perfil etário, por sexo, do grupo étnico Maku, na região do Rio Tiquié, 2005	111
Figura 11: Razão de sexo da população do Rio Tiquié em 2005	112
Figura 12: Razão de sexo da população Tukano do Rio Tiquié em 2005	112
Figura 13: Razão de sexo da população Maku do Rio Tiquié em 2005	113
Figura 14: Taxa de fecundidade total da população feminina autodeclarada indígena no censo de 2000 por local de residência e grandes regiões do Brasil	118
Figura 15: Taxas específicas de fecundidade por idade da região do Rio Tiquié em 2005	119
Figura 16: Taxas específicas de fecundidade por idade das mulheres maku da região do Rio Tiquié em 2005	120
Figura 17: Taxas específicas de fecundidade por idade das mulheres tukano da região do Rio Tiquié em 2005	120
Figura 18: Taxas específicas de fecundidade por idade geral, das mulheres tukano e maku, da região do Rio Tiquié em 2005	121

Figura 19: Frequência da paridade entre as mulheres tukano na região do Rio Tiquié em 2005 por média de filhos tidos	127
Figura 20: Frequência da paridade entre as mulheres maku na região do Rio Tiquié em 2005 por média de filhos tidos	128
Figura 21: porcentagem de mulheres casadas na região do Rio Tiquié dos grupos Tukano e Maku e por faixa etária em 2005	137
Figura 22: prevalência de filhos entre mulheres tukano casadas e não casadas na região do Rio Tiquié em 2005	138
Figura 23: prevalência de filhos entre mulheres maku casadas e não casadas na região do Rio Tiquié em 2005	140

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: População Total do Rio Tiquié e afluentes por sexo e etnia em 2005	107
Tabela 2: Distribuição absoluta e relativa das mulheres na região do Rio Tiquié em 2005	114
Tabela 3: Distribuição absoluta e relativa das mulheres de 15 a 49 anos da região do Rio Tiquié segundo os grupos etários em 2005	115
Tabela 4: Taxas de Fecundidade Total das mulheres autodeclaradas indígenas no censo de 2000, por local de residência desagregado por grandes regiões do Brasil	118
Tabela 5: Idade média ao ter o primeiro filho das mulheres do Rio Tiquié, tukano e maku, 2005	123
Tabela 6: Frequência absoluta e relativa da paridade das mulheres do Rio Tiquié entre 15 e 49 anos em 2005	125
Tabela 7: Frequência absoluta e relativa da paridade das mulheres tukano do Rio Tiquié entre 15 e 49 anos em 2005	125
Tabela 8: Frequência absoluta e relativa da paridade das mulheres maku do Rio Tiquié entre 15 e 49 anos em 2005	126
Tabela 9: Distribuição da população feminina em idade reprodutiva do Rio Tiquié por número de filhos segundo os grupos etários em 2005	129
Tabela 10: Distribuição da população feminina em idade reprodutiva maku por número de filhos segundo os grupos etários em 2005	129
Tabela 11: Distribuição da população feminina em idade reprodutiva tukano por número de filhos segundo os grupos etários em 2005	130
Tabela 12: Distribuição das mulheres maku segundo idade e número de filhos tidos (parturição) na calha do Rio Tiquié em 2005	132
Tabela 13: Distribuição das mulheres maku segundo idade e número de filhos tidos (parturição) na calha do Rio Tiquié em 2005	133
Tabela 14: Razão entre a parturição das mulheres maku e tukano por idade na calha do Rio Tiquié em 2005	135
Tabela 15: Valores absolutos e relativos das mulheres casadas e da presença ou não de filhos entre as mulheres casadas e as não casadas nas mulheres em idade reprodutiva no Rio Tiquié em 2005	136

Tabela 16: Valores absolutos e relativos das mulheres casadas e da presença ou não de filhos entre as mulheres casadas e as não casadas nas mulheres Tukano em idade reprodutiva em 2005	136
Tabela 17: Valores absolutos e relativos das mulheres casadas e da presença ou não de filhos entre as mulheres casadas e as não casadas nas mulheres maku em idade reprodutiva em 2005	137
Tabela 18: Razão de Sexo da população da região do Rio Tiquié em 2005	163
Tabela 19: Razão de Sexo da população maku da região do Rio Tiquié em 2005	164
Tabela 20: Razão de Sexo da população tukano da região do Rio Tiquié em 2005	165
Tabela 21: Taxa específica de Fecundidade da população feminina do rio Tiquié em 2005	166
Tabela 22: Taxa específica de Fecundidade das mulheres maku do rio Tiquié em 2005	166
Tabela 23: Taxa específica de Fecundidade das mulheres tukano do rio Tiquié em 2005	166

LISTA DE SIGLAS

AIS- Agente de Saúde Indígena

CELADE- Centro Latino Americano e Caribenho de demografia

CEPAL- Comissão Econômica para América Latina e Caribe

CIARN- Censo Indígena Autônomo do Rio Negro

CIMI- Conselho Indigenista Missionário

CISI- Comissão Intersectorial de Saúde do Índio

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CONDISI- Conselho Distrital de Saúde Indígena

CORE- Cordenação Regional da FUNASA

DESAI- Departamento de Saúde Indígena da FUNASA

DSEI- Distrito Sanitário Especial Indígena

DSEI-ARN- Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro

FOIRN- Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro

FUNAI- Fundação Nacional do Índio

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISA- Instituto Socioambiental

ONU- Organização das Nações Unidas

SESAI- Secretária Especial de Saúde Indígena

SIASI- Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SSL- Saúde Sem Limites

TEF- Taxa Específica de Fecundidade

TFT- Taxa de Fecundidade Total

EPÍLOGO

Cheguei a São Gabriel da Cachoeira em janeiro de 2007. A ideia de trabalhar com saúde indígena havia surgido ainda no período da faculdade e agora, que meu companheiro iria fazer o campo de seu doutorado na região do Alto Rio Negro, a oportunidade se concretizava.

Trabalhei como médica do DSEI-ARN por um ano e oito meses, neste período fiquei responsável por atender a população que residia ao longo da calha do Rio Tiquié, baixo Uaupés e seus afluentes. Eram 97 comunidades, entre pequenos sítios com quatro habitantes, até antigas missões com 500 habitantes. Fiz, ainda, três viagens para outras regiões que não o Rio Tiquié.

Viajei uma vez ao Rio Içana e Rio Aiari, em fevereiro de 2007, acompanhando uma pesquisadora da Fiocruz do Rio de Janeiro, para realizarmos uma pesquisa piloto sobre levantamento sorológico da prevalência de hepatites virais na região do Alto Rio Negro. Visitei Iauaretê, em março de 2008, novamente acompanhando a pesquisadora da Fiocruz, dessa vez para a execução da pesquisa propriamente dita, na qual realizamos coleta de amostras de sangue para investigação de hepatites virais da população adulta de Iauaretê. Finalmente, fiz uma viagem ao Alto Rio Negro, mais especificamente para o Polo Base de Juruti, para realizar o resgate de um paciente.

Para a região do Rio Tiquié e baixo Rio Uaupés fiz seis viagens cada uma com duração média de 45 dias ao longo do período que trabalhei no Dsei-ARN, variando entre 60 a 30 dias em campo. Neste tempo em que estive atuando como médica tive a oportunidade de conhecer todas as comunidades que se situam na Calha do Rio Tiquié e Baixo Uaupés. Algumas, as mais distantes, só pude visitar uma vez, em outras estive por cinco ou até seis vezes.

Na maior parte das viagens realizadas, viajei de “voadeira” (embarcação comum na região, bote de alumínio com motor de popa), mas por duas vezes viajei de avião. Também, na maior parte de minhas viagens, fui sozinha, acompanhada

somente do barqueiro, que na região é denominado “prático”. Nas comunidades recebia o apoio imprescindível dos Agentes Indígenas de Saúde e nos polos base me associava à equipe de enfermagem ou odontologia para otimizar o trabalho e de algumas viagens.

Meu trabalho consistia em visitar as comunidades e oferecer assistência médica às pessoas que apresentavam alguma necessidade e demandavam espontaneamente por meus cuidados, e acompanhar pacientes que necessitavam de cuidados contínuos, como hipertensos, gestantes, epiléticos, por exemplo. Além de atender diretamente às comunidades, enquanto estava em área e, também, em São Gabriel, orientava os demais profissionais de saúde através da radiofonia. E quando necessário me deslocava para atender emergências e resgatar pacientes em situação crítica, como acidentes ofídicos¹, partos com complicações, crianças com problemas respiratórios ou desidratação, entre outros.

Como havia muitas comunidades sob meus cuidados e a extensão do território era bastante grande, passava a maior parte do tempo me deslocando entre uma comunidade e outra. Chegava à comunidade no final de tarde e combinava com as lideranças locais ou com o agente indígena de saúde como seria realizado o atendimento. No dia seguinte participava do ‘café da manhã’ coletivo, no qual cada família trazia um pouco de mingau² e quiampira³ para ser compartilhado por todos. Em seguida iniciava meu atendimento, que no geral acontecia no centro comunitário ou maloca e era feito diante de toda a comunidade. Diferentemente de como ocorre em centros médicos, onde as pessoas são atendidas de maneira privada e o sigilo médico é tão valioso, as consultas eram assistidas por outras pessoas, que muitas vezes expressavam sua opinião sobre o problema ou sobre o tratamento, demonstrando curiosidade e interesse como um familiar.

Quando o tratamento demandava algum remédio, este era fornecido imediatamente por mim. Tanto os médicos, como a equipe de enfermagem,

¹ Mordida de cobra.

² Mingau levemente salgado feito a partir de farinha de mandioca e água.

³ Caldo de pimenta e peixe.

viajavam com remédios para serem distribuídos aos pacientes. Havia um estoque de medicamentos em cada Polo Base, que era monitorado pelo DSEI e reposto pelas equipes que chegavam de São Gabriel da Cachoeira. Entre os remédios, havia analgésicos e antitérmicos, anti-inflamatórios, antibióticos, medicamento para parasitoses, vômito, entre outros. O controle do uso dessas medicações era pequeno e somente o tratamento de malária necessitava de confirmação diagnóstica. Nesse sentido pude observar que havia um mau uso dos medicamentos, principalmente o uso pouco criterioso de antibióticos e anti-inflamatórios. Isso ocorria porque, na maior parte das vezes, os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) tinham que tomar decisões sozinhos a respeito de um problema de saúde, e acabavam usando medicamentos desnecessariamente ou de maneira equivocada.

A consulta e a orientação do tratamento eram mediadas pelo agente de saúde ou algum morador da comunidade que falasse melhor o português. Era preciso encontrar maneiras culturalmente adequadas para orientar a forma e os horários de uso da medicação. E, como não poderia ser diferente do que ocorre com pacientes não indígenas, o melhor tratamento era o mais curto, que necessitava de menos comprimidos ao dia e de preferência que fossem injetáveis.

Ao retornar para São Gabriel da Cachoeira, os profissionais deveriam entregar um relatório do trabalho realizado no período em que estavam em área. Esse relatório alimentava o SIASI, através da atualização do cadastro vacinal pelas equipes de enfermagem, dos Comunicados de Nascidos Vivos, dos Comunicados de Óbitos, das ocorrências de pneumonias, diarreias, acidentes ofídicos, entre outros. Como médica, eu era solicitada a preencher os atestados de óbito, que na maior parte das vezes ocorriam sem assistência médica. Nesses casos, como rege a ética médica, os óbitos eram atestados como causa desconhecida ou mal definida. Infelizmente com isso não era possível contribuir para a construção do quadro epidemiológico da mortalidade na região, ficando apenas evidente que a assistência a saúde era precária.

Da perspectiva subjetiva dos atendimentos que realizava, posso descrever que as afecções mais comuns na região eram, na infância: gripes e resfriados comuns, diarreias, pneumonias e verminose; além de infecções por ectoparasitas como escabiose (sarna), pediculose (piolho) e tungíase (bicho de pé). Na vida adulta ocorrem afecções osteomusculares relacionadas ao intenso esforço físico do cotidiano destas populações, como tendinopatias (tendinites), mialgias (dores, distensões e contusões musculares), osteoartrose (desgaste da articulação). Entre as doenças infecciosas mais comuns na região estão a malária, a leishmaniose tegumentar, a tuberculose, a hanseníase, a amebíase, a microfilarirose (mansonelose), a hepatite B e o tracoma (principal causa de cegueira secundária na região). Acidentes ofídicos não são incomuns nesta região onde a floresta estende seus limites até dentro das casas. A principal dificuldade, nesses casos, é o acesso ao soro antiofídico, pela extensão do território e a conservação do soro, que deve ser mantido refrigerado. A morbimortalidade por causas externas não deve ser desconsiderada e ocorre principalmente por violência interpessoal e suicídio.

Quanto aos atendimentos específicos à saúde reprodutiva das mulheres, era raro que as mulheres trouxessem espontaneamente queixas ginecológicas. Fiz poucas coletas de exame citologia cervical oncológica⁴. Pude assistir a três partos durante o período em que trabalhei no DSEI-ARN. Esse número pouco expressivo pode ser atribuído a alguns fatores, entre eles o principal era o fato de que raramente eu estive em uma comunidade onde havia uma mulher em trabalho de parto (considerando que eram 97 comunidades distintas). Outro fator é que não era um hábito entre as mulheres comunicar o serviço de saúde quando entravam em trabalho de parto. Ou porque achavam desnecessário, ou porque consideravam que as intervenções realizadas pelos profissionais da saúde durante o parto eram inadequadas, ou feriam suas práticas tradicionais.

⁴ Citologia cervical oncológica, ou Papanicolau é o exame para detecção precoce do câncer de colo de útero e deve ser realizado a cada três anos em todas as mulheres com vida sexual ativa.

Durante o período em que trabalhei no Alto Rio Negro pude observar o uso de anticoncepcionais orais, injetáveis, bem como a distribuição de preservativos. A principal queixa das mulheres era quanto a irregularidade do fornecimento desses medicamentos e quanto aos critérios exigidos para que uma mulher pudesse tomá-los. O anticoncepcional injetável trimestral⁵, por exemplo, era fornecido apenas para mulheres acima de 42 dois anos, ou seja, funcionava como método para controle da fecundidade final. A partir desses conflitos, surgiu a ideia de pesquisar qual a relação das mulheres indígenas com o serviço de saúde. Chamou-me a atenção a formulação de critérios para o fornecimento de métodos anticoncepcionais modernos pelo serviço de saúde. Até que ponto esses critérios dialogavam com as práticas tradicionais? Foi então que entrei em contato com a Professora Marta Azevedo, que trabalhava como colaboradora do Instituto Socioambiental, e começamos a desenvolver o atual projeto.

⁵ Acetato de medroxiprogesterona, aplicada a cada noventa dias.

INTRODUÇÃO

O objetivo desta dissertação é estudar a fecundidade das mulheres indígenas dentro do recente contexto, da criação dos serviços de saúde oferecido pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (daqui em diante referidos como DSEIs) às populações que povoam o Alto Rio Negro, Amazonas.

A questão inicial desta pesquisa se resume em “avaliar se a atuação do serviço de saúde tem impacto na fecundidade das mulheres no Alto Rio Negro”. A fecundidade, que pode ser definida como número médio de filhos tido por mulher num determinado período de tempo, juntamente com a mortalidade e a migração, são os principais fatores da dinâmica demográfica de uma população (Oliveira e Szmrecsanyi, 1980). Seus níveis e padrões de variação revelam as transformações na reprodução biológica e sociocultural de uma população específica, tal como um povo indígena. Tais transformações surgem de forma mais evidente no âmbito de sociedades pequenas, como ocorre com os diferentes grupos indígenas da região amazônica (Azevedo, 2003; Pagliaro, 2009).

A reflexão sobre fecundidade das mulheres indígenas da região do Rio Tiquié, no Alto Rio Negro, foi construída, ao longo desta dissertação, tomando-se como base os dados produzidos pelo SIASI- Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena, que faz parte de todo o sistema de saúde indígena. Em seguida foi realizada uma análise sobre a forma como os dados foram produzidos e divulgados, seguida da avaliação dessas informações e de seu uso para análises demográficas ou epidemiológicas

Para alcançar tais objetivos, três debates disciplinares distintos foram desenvolvidos: em primeiro lugar a demografia dos povos indígenas, na qual se buscou identificar o estado atual das pesquisas, suas hipóteses e explicações. Os dados e a qualidade dos mesmos sempre se colocam como uma questão, uma

vez que a maneira como se coleta uma informação irá influenciar no resultado obtido, e, por sua vez, as análises.

Em segundo lugar foi feito um balanço sobre debate teórico da fecundidade, envolvendo múltiplos fatores como gênero, sistemas de parentesco, papéis sociais na reprodução, influencia do coletivo, além de outros fatores.

Em terceiro lugar foi desenvolvido o debate da saúde, levando em consideração que a trajetória da construção das políticas de saúde indígena também tem impacto no comportamento reprodutivo de uma população. A maneira como as informações de saúde são armazenadas, por sua vez, influencia a organização do serviço de saúde e sua descrição e análise também foi incluída neste trabalho.

Os três debates são igualmente fundamentais para a compreensão dos níveis e padrões da fecundidade recente das mulheres indígenas da região do Rio Tiquié (Alto Rio Negro, Amazonas), e foram colocados na seguinte ordem:

Inicialmente é apresentando o panorama da demografia indígena, em seguida a história das políticas de saúde indígena e, por último, o debate teórico acerca da fecundidade, que foi colocado junto com a descrição metodológica do presente trabalho. É uma escolha que pretendia conduzir a leitura do presente texto de maneira lógica, mas sem pretender atribuir importância maior ou menor a cada um dos três debates.

Como foi explicitado anteriormente, a fecundidade é o resultado da interação de múltiplos fatores sob constante transformação ao longo do tempo, e que são inter-relacionados entre si (Oliveira e Szmrecsanyi, 1980). Van de kaa (2002) coloca a transformação social como a causa fundamental da queda da fecundidade. A transformação social, por sua vez, teria três dimensões distintas. A primeira delas seria de natureza estrutural, ou seja, as mudanças socioeconômicas e o 'progresso', ou 'ocidentalização'. A segunda seria de natureza cultural, através da

transformação dos sistemas de valores. Finalmente, a terceira seria de natureza tecnológica, através dos avanços tecnológicos e suas aplicações no cotidiano.

Entre o conjunto de fatores que compõem a dimensão sociocultural, existem os sistemas de parentesco, as regras de casamento e residência, período entre o casamento e o nascimento do primeiro filho, intervalo entre os nascimentos e tempo de manutenção do aleitamento materno, abstinência sexual após o nascimento de um filho, e ainda fatores como a forma de organização social dos grupos, o papel da mulher, do homem, do filho nesse grupo, e as relações mantidas com sociedades vizinhas, entre muitos outros. Além desses fatores, outros, como a concepção de saúde, a religião e os níveis de bem estar têm inegável influências.

A presença de um serviço de saúde pode ser usada como exemplo da dimensão tecnológica, que também influencia a fecundidade, ao intervir na mortalidade materna e infantil, na oferta de métodos anticoncepcionais e nos constrangimentos culturais que são produzidos através de programas de educação em saúde ou até mesmo pela convivência com profissionais de saúde.

Outra categoria, não citada por Van de Kaa (2002), mas que incluiremos nesta análise, abrange os fatores biológicos e as contingências relacionadas ao estado de saúde da população como a idade da menarca e da menopausa, a mortalidade infantil e materna e o estado nutricional das mulheres. Todo esse conjunto de determinantes torna a compreensão da fecundidade dos indígenas uma questão complexa pela amplitude de fatores, a interdependência entre eles e a dinâmica de seus desdobramentos em novas questões.

O ato de se ter um filho ou não, apesar de ser um processo orgânico, aparentemente individual, está diretamente vinculado ao contexto sociocultural. As decisões que envolvem ter filhos, o número de filhos, o momento de concebê-los, o uso de métodos anticoncepcionais (tradicionais ou modernos) são elaboradas no

âmbito individual e no coletivo (os povos indígenas justamente se caracterizam por decidirem ter filhos de maneira muito mais coletiva do que as sociedades modernas). É na interação entre essas duas esferas de decisão, coletiva e individual, que se coloca a questão da reprodução biológica e cultural, pois uma não se separa da outra.

A permanência das taxas de fecundidade indígena em níveis superiores à da população não indígena pode estar associada ao fato de a escolha de ter filhos estar fortemente ligada ao contexto coletivo indígena.

A alta fecundidade dos grupos indígenas é um aspecto que chama a atenção na literatura demográfica no Brasil e na América Latina, como será verificado, mais adiante. A fecundidade indígena acima dos níveis nacionais é uma constatação que coloca o padrão reprodutivo desse grupo populacional relacionado à valorização sociocultural de famílias numerosas, à grande quantidade de mulheres indígenas em união conjugal, o início da vida reprodutiva mais precoce e o intervalo intergenésico menor do que o padrão da população não indígena, além das categorias de fatores mencionados acima.

Alem desses fatores tradicionalmente presentes nos estudos da fecundidade indígena, a influência de fatores políticos como, o posicionamento dos militantes do movimento indígena na Amazônia contrário à adoção de práticas contraceptivas, como o uso de anticoncepcionais orais, injetáveis ou até mesmo o preservativo masculino (Coimbra, 2004), agrega mais complexidade à questão da dinâmica da fecundidade. Nesse contexto, desde a implantação dos DSEIs, no ano 2000, o acesso aos métodos anticoncepcionais modernos tem sido oferecido às mulheres indígenas. Apesar de não existirem estudos sistemáticos à respeito da difusão do uso desses métodos anticoncepcionais pelas mulheres indígenas, não há como negar que o uso desses métodos tem sido uma prática cada vez mais frequente também entre os índios. Esses fatores atuando sem qualquer sinergia levantam diversas questões relevantes como, por exemplo, “até que

ponto a oferta de métodos anticoncepcionais pelo serviço de saúde nos territórios indígenas pode estar influenciando os níveis de fecundidade desses povos?”

Tomando-se em conta a íntima relação entre fecundidade e saúde, os estudos dedicados a ambas requerem a consideração de sua determinância sócio cultural. Para os povos indígenas a saúde é o resultado do bem estar não só do indivíduo, mas também de sua família e do grupo no qual ele está inserido, ou seja, um fator coletivo. Para essas culturas, o corpo, a sexualidade e o adoecimento não são compreendidos nos modos da medicina ocidental que localiza a condição de saúde e o adoecimento no corpo individual e consequentemente é para esse corpo que os processos e procedimentos de tratamento são direcionados. Diferentemente, para os povos indígenas, o tratamento se insere na lógica simbólica própria de suas culturas. Assim, por exemplo, a escolha de uma determinada planta medicinal revela o interesse dos indígenas nas propriedades simbólicas dos vegetais. O conhecimento de tais símbolos integra os meios de categorização e de escolha do veículo de cura que estabelecem a relação entre certa planta e alguma doença com sintoma particular, como por exemplo, a escolha de uma planta de sumo viscoso para ajudar no parto (Buchilet, 1991).

Dessa forma, a implementação do serviço de saúde ocidental fomentando procedimentos estranhos às tradicionais práticas indígenas de saúde, trouxe mais complexidade à investigação da fecundidade indígena. Nesta dissertação, a meta da comparação das informações à respeito da fecundidade antes e depois da implantação dos DSEIs torna a identificação de alguma população indígena na qual a atuação do DSEI já ocorre há pelo menos cinco anos, um imperativo metodológico. Para facilitar a realização desse imperativo, com base na consciência das dificuldades que essa identificação e mensuração acarretam, foram feitos levantamentos prévios de diferentes regiões. Desse levantamento, foi escolhida a região do município de São Gabriel da Cachoeira, situado no noroeste amazônico, região conhecida como ‘cabeça do cachorro’ como território de observação dos dados empíricos desta pesquisa. Essa escolha feita a partir da

facilidade de observação e de obtenção de dados, devido ao fato de a autora desta dissertação ter trabalhado como médica na região, propiciou parâmetros para o objetivo desta dissertação que ficou circunscrito à avaliação da fecundidade indígena da população do Alto Rio Negro para se avaliar a influência da oferta de métodos anticoncepcionais às comunidades habitantes dessa áreas.

São Gabriel tem uma população estimada em 36.639 pessoas (IBGE 2010) das quais, aproximadamente 80% são indígenas. Nessa população existem 21 grupos étnicos falantes de línguas das famílias tukano⁶, aruak e maku, distribuídos entre 600 comunidades/ aldeias. A autora deste trabalho atuou como médica do DSEI-ARN, na região do Alto Rio Negro no período de janeiro de 2007 a agosto de 2008, mais especificamente assistindo às comunidades da calha do Rio Tiquié e Baixo Rio Uaupés.

Em todo esse território há 97 comunidades ou sítios, cuja população varia desde 400 pessoas em uma comunidade a até 2 a 5 pessoas em um sítio. A atuação da equipe do DSEI consistia na oferta de assistência em saúde a essa população, nos âmbitos preventivo, curativo e emergência. Particularmente, o médico, como integrante estratégico dessa equipe, passava a maior parte do tempo, circulando entre os diversos conglomerados comunitários, permanecendo de um a três dias nas comunidades menores, e até dez dias nas comunidades maiores ou que fosse sede de Polo Base. Os Polos Base eram pequenos centros de saúde que também serviam de residência temporária para os profissionais do DSEI que estivessem trabalhando. Nessa região, o DSEI-ARN possuía 19 Polos Bases.

Ao longo da calha do Rio Tiquié existem três Polos Base: São José II com uma população aproximada de 1790 pessoas; Pari-Cachoeira, com aproximadamente 930 pessoas e o Polo Base de Caruru do Tiquié com a população estimada em

⁶ Os etnônimos serão escritos em letras maiúsculas quando forem substantivos, por exemplo o povo Tukano; e em letras minúsculas quando forem adjetivos, por exemplo as mulheres tukano.

724 pessoas. No baixo Uaupés só existe um Polo Base: Taracuí, com uma população de 1300 pessoas, aproximadamente (SIASI/ DSEI-ARN, 2009).

Conviver e atuar dentro de uma dessas equipes cria uma posição privilegiada para qualquer pesquisador de saúde, porque sua atuação profissional permite observações sistemáticas na dinâmica demográfica e na situação de saúde da população assistida através da rotina do serviço de saúde oferecido como missão do DSEI nas comunidades.

Para se verificar o impacto que a atuação do serviço de saúde teria na fecundidade, era preciso conhecer as taxas de fecundidade das mulheres do Rio Negro antes da implementação do DSEI ARN e compará-la com a fecundidade após tal implementação. A primeira fonte de informação consultada à respeito da fecundidade das mulheres indígenas do Alto Rio Negro foi o trabalho de Azevedo (2003), que utilizou os dados do Censo Indígena Autônomo do Rio Negro (CIARN) realizado em 1992. Era preciso encontrar outra fonte de dados que pudesse nos fornecer indicadores da fecundidade destas mulheres no período posterior a implantação do DSEI-ARN.

Para a produção desses indicadores, a utilização do banco de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) do DSEI-ARN surgiu como a melhor opção, apesar de representar uma fonte de dados diferente, para comparar o padrão e o nível da fecundidade das mulheres indígenas do Alto Rio Negro identificadas no CIARN.

Tais condições ofereceram parâmetros mais específicos e delimitados para as metas desta pesquisa que podem ser aqui resumidas, em antecipação à explicitação da metodologia que será descrita no terceiro capítulo: (1) aferir e avaliar os indicadores demográficos coletados no banco de dados do SIASI-ARN, tais como o número de habitantes e a razão de sexo, a pirâmide etária da população assistida pelo DSEI-ARN, a fecundidade das mulheres indígenas que

habitam a região da calha do Rio Tiquié, e (2) comparar a fecundidade das mulheres indígenas da calha do Rio Tiquié em 2005, com a fecundidade da mesma população em 1992, com os dados do CIARN.

Essa avaliação, aqui proposta, exige alguns cuidados, como a aferição da confiabilidade das informações disponíveis no banco de dados do SIASI. Essa tarefa foi feita pelo levantamento das inconsistências, da mensuração da subnotificação dos nascidos vivos e a identificação dos elementos que favorecem essa subnotificação, como as causas gerais, locais, relacionadas ao serviço de saúde e aos indígenas.

A análise de toda a população de mulheres da região do Alto Rio Negro não seria possível no espaço de trabalho de mestrado, então, optou-se por trabalhar com um recorte geográfico: a população da calha do Rio Tiquié e baixo Uaupés. o recorte foi realizado a partir da observação participante da autora na qualidade de médica no DSEI-ARN nessa região, durante dois anos. Essa condição profissional da pesquisadora foi fator fundamental para as diversas análises requeridas pelo objetivo desta dissertação. O papel de profissional pesquisador facilitou tanto a compreensão do funcionamento do serviço quanto o conhecimento etnográfico da calha do Tiquié. O recorte aqui facilitado pela condição profissional da pesquisadora vai de encontro à própria divisão da região do Alto Rio Negro proposta pelo DSEI-ARN em quatro sub-regiões: 1. Rio Tiquié e baixo Uaupés; 2. alto e médio Rio Uaupés, Rio Papuri e a comunidade de Iauaretê; 3. Rio Içana; e 4. Rio Negro, região da estrada (BR 307) e Balaio, e leva em consideração a divisão geográfica, étnica e de redes de troca. Embora facilitada pela condição profissional da pesquisadora, a coleta de dados enfrentou inúmeras limitações. Não foi possível obter os dados do SIASI referentes ao Polo Base de Taracúá, mais especificamente, o cadastro da família indígena de Taracúá no ano de 2005 não foi fornecido pelo DSEI-ARN a tempo de ser incluído neste trabalho.

Para a realização completa dos objetivos desta dissertação sua elaboração foi organizada em quatro capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o panorama da demografia indígena no Brasil e na América Latina. O conjunto dos estudos demográficos das populações indígenas tem adquirido corpo a partir da inclusão do quesito 'etnia' nos censos nacionais, incluído desde 2000 na maior parte dos países latino-americanos. Além disso, os movimentos indígenas de valorização étnica criam uma demanda de uma maior visibilidade destes grupos populacionais. Também é descrito um breve histórico das pesquisas populacionais indígenas no Brasil desde os levantamentos realizados pelos primeiros colonizadores até o Censo de 2010. Em seguida será exposta a situação atual da fecundidade das populações indígenas no Brasil e na América Latina.

No segundo capítulo é apresentado o histórico das políticas de saúde indígena. É narrada a trajetória das conferências de saúde nacionais e indígenas que culminaram com a estruturação do serviço de atenção à saúde indígena no Brasil. O debate a cerca da sistematização do SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena) também é descrito neste capítulo.

No terceiro capítulo é apresentada a região do Alto Rio negro, o município de São Gabriel da Cachoeira, e a calha do Rio Tiquié, suas características históricas, geográficas e sua dinâmica demográfica.

No quarto capítulo é apresentada a metodologia empregada, através da descrição do banco de dados (o cadastro da família indígena do Sistema de Informação da Atenção à Saúde indígena- SIASI), bem como a forma de processamento dos dados que foi adotada. Ainda nesse capítulo é apresentado o debate teórico da fecundidade. São discutidos alguns dos determinantes do comportamento reprodutivo e consequentemente do padrão de fecundidade, em geral e no contexto indígena e mais especificamente do Alto Rio Negro. A teoria da transição demográfica e as causas da baixa fecundidade na Europa são utilizadas como contraponto para a discussão do tema desta dissertação que é a fecundidade indígena.

No quinto capítulo são apresentados os resultados do presente trabalho, ou seja, análise da fecundidade das mulheres indígenas da calha do Rio Tiquié. Através do cálculo das Taxas de Fecundidade Específicas por faixa etária e da Taxa Fecundidade Total, além do cálculo dos variáveis intermediárias da fecundidade, é traçado o perfil quantitativo da fecundidade na região, que então é interpretado em suas implicações conceituais e etnográficas. Com essas informações pretende-se contribuir para a compreensão do padrão de fecundidade das mulheres no Rio Tiquié, se é possível perceber através dos dados obtidos alguma transformação em relação à década anterior, e tentar encontrar relações com a presença do serviço de saúde nesta região.

Foi escrito ainda um último capítulo no qual são apresentadas as considerações finais, e são expostas reflexões acerca da produção da informação pelo serviço de saúde e a influência desse serviço no próprio perfil da fecundidade.

1 DEMOGRAFIA DOS POVOS INDÍGENAS

A finalidade do presente capítulo é abrir o campo da demografia indígena em sua configuração multidisciplinar e seus problemas para escrutínio sistemático do problema da fecundidade das mulheres indígenas. Esse campo, embora, alocado no território da demografia, transcende as fronteiras dessa área de conhecimento por suas implicações com diferentes disciplinas. A questão da fecundidade, seus problemas e conceitos têm clara interface com a história, a política e a sociologia (Oliveira e Szmrecsanyi, 1980). Este capítulo tem início na análise da dimensão multidisciplinar do problema, para em seguida apresentar o panorama da demografia indígena na América Latina e no Brasil, e a discussão a respeito de como a maneira que esses povos são contados interfere em sua visibilidade.

A reflexão acerca da fecundidade indígena envolve diversas disciplinas. O comportamento reprodutivo de um determinado grupo de pessoas é influenciado por diferentes fatores, como os aspectos culturais, a organização política, a trajetória histórica, a produção de sua subsistência, a compreensão que tem de sua saúde e o estado da saúde em si, além do papel do filho no grupo e na família, entre outros.

1.1 PANORAMA DA DEMOGRAFIA INDÍGENA

A pesquisa de demografia indígena no Brasil já é um campo de estudos reconhecido e desenvolvido, porém ainda em expansão (Azevedo, 2003/ Dias Júnior, 2008). Essa condição é constatada não só no Brasil, mas na América Latina e em todo o mundo. Esse fato é explicado por vários fatores, como a menor familiaridade dos demógrafos com pesquisa qualitativa, por exemplo, estudos de caso (Dias Júnior, 2008); e também, à reduzida confiabilidade dos dados, tanto em relação à coleta como à análise das informações (Azevedo, 2003). Há poucas décadas, os dados referentes às populações indígenas eram, em sua maioria, coletados por antropólogos, serviços de saúde e levantamentos feitos por

instituições religiosas, fato que dificultava a aplicação de técnicas demográficas tradicionais de análise por serem irregulares e de origens diversas (Dias Júnior, 2008). Azevedo (2003) aponta pertinentemente para a dificuldade de se aplicar os métodos tradicionais da demografia, desenvolvidos para o estudo de grandes populações, em populações tão reduzidas e dispersas como alguns grupos indígenas. Com raras exceções não existem, séries históricas de natalidade, mortalidade ou migração. Os recenseamentos realizados por governos locais, serviço de proteção ao índio (SPI) ou até mesmo da fundação nacional do índio (FUNAI) são de pouca confiança pela irregularidade com que eram realizados (Pagliaro, Azevedo e Santos, 2005).

A situação não é diferente em outras regiões do mundo, só na América Latina estima-se que existam 34 a 48 milhões de indígenas (Montenegro, 2006; Carino, 2009). Na maior parte dos países que têm populações indígenas, a coleta de dados censitários é realizada sem se desagregar a etnia. Assim no Brasil, como em outros países, o panorama das populações indígenas tem sido construído através de outras fontes de dados nacionais e regionais, mas nem sempre, tais fontes de dados têm bases sólidas (UN, 2009; Guerrero, 2005). No caso de índices de desenvolvimento humano, ou índices de pobreza, tais fontes produzem indicadores que padronizam a diversidade cultural dos diversos grupos étnicos no mundo não incluindo aspectos considerados relevantes para os povos indígenas. Muitas vezes, a ênfase em aspectos quantitativos em detrimento de percepções subjetivas e culturais torna os instrumentos de coleta de dados numéricos menos relevantes e menos reveladores (Carino, 2009).

A maneira como se define quem são essas populações indígenas e como elas são contadas interfere nas estimativas demográficas. Assim, por exemplo, a língua falada tem sido a forma mais comum de se contar as populações indígenas, fato que poderia conduzir à interpretação de que quando uma determinada língua se extingue se extingue também uma determinada etnia. Atualmente, alguns inquéritos populacionais têm incluído indicadores mais sensíveis, como no caso da

Guatemala, por exemplo, o uso de vestimentas culturalmente características e a auto-declaração étnica, além de evidências do uso de uma língua indígena. Mesmo associada a outros indicadores, a língua falada é um meio importante de identificação e pertencimento a um grupo étnico. A ONU estima que existam por volta de 400 línguas indígenas faladas entre as populações indígenas na América Latina e Caribe, variando de 7 a 200 línguas em cada país (Montenegro, 2006).

O aperfeiçoamento da metodologia de coleta de dados demográficos é facilmente constatado na preocupação em incluir o quesito etnia nos censos nacionais na América Latina, nos últimos anos. Desde a rodada de censos do ano 2000, 17 dos 21 países, incluíram perguntas para identificar a população indígena. Além disso, o fortalecimento dos movimentos indígenas nas últimas décadas trouxe a demanda de uma maior visibilidade estatística através de processos participativos. A informação passa a ser um recurso político para a garantia de direitos, e não só uma ferramenta técnica.

Em 2001 o Comitê para a eliminação da discriminação racial - ONU realizou a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e formas conexas de intolerância e a Declaração e Programas de Durban. Dentre as recomendações desse encontro, foi proposto que os Estados tomassem medidas para a produção de dados desagregados segundo a origem étnica e racial. Essa recomendação reforça o desafio dos países em incluir a diversidade cultural e o caráter pluriétnico dos estados latino-americanos (Del Popolo, 2009). Em todo mundo, nas últimas décadas, há um esforço maior para construir indicadores globais de bem estar e desenvolvimento sustentável das populações indígenas.

Esse aperfeiçoamento avançaria ainda mais, se, como sugere Carino (2009) fossem utilizados dois outros indicadores. Um para avaliar o status do conhecimento e as práticas tradicionais, através da identificação de mudanças ou continuidade no relacionamento dos povos indígenas e no acesso aos recursos de seu ecossistema original e a outros serviços em relação ao tempo. Esse indicador,

se combinado com outros indicadores, como, por exemplo, de mudanças no uso e na posse da terra, assim como transformações demográficas, poderia medir alterações no modo de vida. Sabe-se que a degradação de ecossistemas e dos recursos naturais dos territórios indígena afeta o modo de ocupação tradicional e, portanto, o bem estar social e econômico.

1.2 PANORAMA LATINO AMERICANO

Esse aperfeiçoamento foi ainda evidenciado na proposta da CELADE - Divisão de População da CEPAL. No seminário: “Censos 2010 y la inclusión del enfoque étnico: hacia una construcción participativa con pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina” realizado em novembro de 2008, essa instituição propôs a inclusão do enfoque étnico nos censos que se realizariam em 2010, mediante uma construção participativa com os povos indígenas e afrodescendentes. Essa recomendação é mais uma evidência da potencialidade de desenvolvimento da metodologia em demografia indígena. A inclusão dos povos indígenas na construção dos censos associada ao crescente movimento de valorização étnica tem influência no processo de autodeterminação⁷ dos povos indígenas. A inclusão da autodeclaração como forma de afirmação de etnia é um dado fundamental nas estratificações dos dados de censos demográficos, como se poderá observar a seguir na descrição dos processos de construção dos censos demográficos nos diversos países latino-americanos.

No Equador, na década de 90, dois processos distintos ocorriam na constituição da identidade étnica indígena. De um lado, o movimento indígena utilizou a identidade (autodeclaração) como recurso para estabelecer fronteiras com o ‘outro’, e também como uma estratégia política. Por outro lado ocorreram variados

⁷ Na literatura consultada, surgiram várias expressões referentes à maneira como é feita a declaração da população em censos e inquéritos populacionais. Auto-determinação, auto-reconhecimento, auto-declaração, auto-definição, auto-pertencimento, auto-reconhecimento, auto-identificação. Cada expressão carrega um significado ideológico diferente. Optou-se por manter as expressões da maneira como as referências bibliográficas as apresentavam, e no restante do texto trabalhar principalmente com a expressão auto-declaração, que é a maneira como o IBGE trabalhou nos últimos censos.

processos de mestiçagem dentro das comunidades, resultado de migrações e intensas transformações na estrutura agrária do país, nos quais a mudança do status de indígena para mestiço passou a ser uma estratégia de mobilidade social. Esses processos impactaram, tal como Guerrero (2005) chama a atenção, nos resultados encontrados nos Censos do Equador. Mestiços que se declaram brancos, indígenas que se declaram mestiços e até mesmo brancos que se declararam indígenas. Essa variação na maneira de se autodeclarar demonstra que as fronteiras entre os indígenas e mestiços são bastante complexas, na medida em que as características fenotípicas (cor da pele, trajes, costumes, localização geográfica e língua) se somam a dimensão identitária confundindo os indicadores.

Na Colômbia, no censo de 2000, o critério de identificação utilizado foi o *autorreconhecimento* cultural (costumes e tradições) ou os aspectos físicos. Nesse censo registrou-se o aumento do tamanho da população indígena em relação aos censos anteriores, fato que pode estar relacionado à estratégia da população da área rural de se *auto-reconhecer* indígenas para garantir acesso às mesmas reivindicações desse grupo étnico. (Del Popolo, 2009).

Na Nicarágua o *autopertencimento* (*autopertenencia*) somente foi incluído no Censo de 2005, apesar de o quesito língua falada já figurar em censos anteriores (Del Popolo, 2009). Outra evidência de alteração do critério censitário dificultando a comparação entre os dados longitudinais.

Na Guatemala, país com grande parte de sua população indígena e elevados graus de iniquidade, essa complexidade ficou mais clara no estudo realizado entre mulheres de área rural. Nesse estudo, foi possível avaliar as limitações e vantagens de se utilizar a língua falada como critério para identificação étnica, uma vez que se declarar indígena não significa necessariamente falar uma língua indígena. Também foi possível apreender que o critério econômico não altera a identificação étnica. Por último se identificou que as pessoas podem variar em

relação a seu comportamento, língua e vestimenta, mas isso não influencia na sua *autodefinição* étnica (Del Popolo, 2009).

No Paraguai, na construção do Censo de 2002, ocorreu a participação indígena através do contato contínuo da organização do censo com a população indígena no qual foram promovidas atividades de sensibilização e difusão na língua local. Essa iniciativa pode ter facilitado o controle dessa complexidade dos dados censitários (Del Popolo, 2009).

Na Argentina, foi realizado em 2004 um inquérito complementar para povos indígenas como parte do censo de 2001. Nesse censo havia o quesito sobre a presença de pessoas indígenas no domicílio. A partir desse dado foi criada uma amostra representativa dos diferentes povos indígenas na qual se aprofundaram diferenciações de categorias censitárias. Tal como no Paraguai, ocorreu a participação de organizações indígenas e a utilização das variáveis *autoidentificação* e ascendência indígena (Del Popolo, 2009).

Na Venezuela, já em 1982, foi realizado o censo indígena onde se incluiu uma pergunta de *autorreconhecimento*. Em 2001, nesse país, foi realizado o Censo de Comunidades Indígenas, onde se questionou a respeito de serviços de saúde, educação, transporte, saneamento, fornecimento de energia elétrica, posse de terras e conflitos, enriquecendo a caracterização das populações indígenas locais. Em 1992, a Venezuela, juntamente com a Colômbia, realizou um censo, denominado Censo Binacional Wayú, assumindo que identificação étnica transcende as fronteiras nacionais (Del Popolo, 2009).

No México, no censo de 2000, foram utilizados três critérios para a identificação de indígenas: falar uma língua indígena, morar em uma residência tipicamente indígena e a *autodeclaração* (Montenegro, 2006). Atualmente, nesse país, são considerados indígenas os indivíduos que pertencem a um domicílio onde o chefe ou cônjuge e/ou os pais falam uma língua indígena.

O levantamento exposto acima revela a complexidade, a falta de uniformidade que ocorre no censo das populações indígenas no mundo. Essa é uma situação significativa que deve merecer destaque nos congressos e reuniões entre países como recurso necessário para fundamentar melhor as intervenções e políticas públicas em relação aos povos indígenas. Em outros países que não latino-americanos, como o Canadá e a Nova Zelândia, por exemplo, também passaram a incluir a partir da década de 90 a *autoidentificação* étnica e ancestralidade (Del Popolo, 2009).

1.3 PANORAMA DA DEMOGRAFIA INDÍGENA NO BRASIL

Como foi explicitada na seção anterior a forma como se coleta as informações demográficas dos povos indígenas é, na América Latina, muito diversificada, visto que é uma questão complexa que depende de ampla diversidade de informações, como por exemplo, quem é categorizado como índio, se essa categorização é externa ou do próprio indivíduo e a inconstância dessas categorizações nos estudos populacionais dos países latino americanos. Essa seção expõe essa questão no contexto da população indígena brasileira.

Desde a chegada do colonizador português, a população indígena, então estimada entre 800 mil a 2,5 milhões, apresentou decréscimo contínuo até a década de 1970 quando os registros revelam reversão dessa tendência (Pagliaro, 2002 e 2010). Os registros demográficos sobre a população indígena no Brasil nem sempre diferenciam estimativas de coletas empíricas. Para se ter uma ideia das dificuldades de comparação entre esses dados seguem dados comumente citados na literatura. Darci Ribeiro estimou, em 1950, 143 etnias e uma população entre 67 e 98 mil índios. O Conselho Indigenista Missionário (CIMI) estimou que em 1982 a população indígena fosse de 185.485 indivíduos. O Instituto Sócio Ambiental (ISA), em 1996, estimou a existência de 250 mil índios e, de 350 mil no ano 2001 (Azevedo, 2003; Pagliaro, 2002 e 2010).

No censo de 1991, 294 mil pessoas se autodeclararam índios, totalizando 0,2% da população brasileira. No censo de 2000 esse valor subiu para 734 mil indivíduos; 0,4% da população do país. Um aumento absoluto de 440 mil, no período entre os censos, e relativo de 10,8% ao ano, enquanto que no total do país o crescimento foi de 1,6% no mesmo período, representando a maior taxa de crescimento entre todas as categorias de raça ou cor. Em 2009, a FUNASA estimou a população indígena em 540 mil indivíduos e 225 etnias (Pagliaro, 2002 e 2010). Esses dados e suas fontes mostram a diferenciação de critérios. No censo de 2010, 817.963 pessoas se declararam índios, sendo que 502.783 moravam em zona rural (IBGE, 2012).

A categoria 'índio' somente passou a ser incluída nos censos demográficos do IBGE, a partir de 1991. Até então os censos anteriores incluíam na variável 'cor ou raça' somente as categorias Branco, Preto, Pardo e Amarelo, ou até mesmo nenhuma investigação a respeito da cor como foi o caso do censo de 1970. Essa inconstância dificulta a comparação longitudinal de mesmas populações indígenas como também a comparação com outras populações indígenas brasileiras e latino-americanas (Azevedo, 2003; Wong, 2006). Ainda no censo de 1991 foram recenseados somente os indígenas não aldeados, ou moradores de postos da FUNAI e missões religiosas, enquanto que o censo de 2000 incluiu os territórios indígenas revelando o aumento na cobertura censitária.

O Censo de 2010, além de incluir o quesito cor, onde o indivíduo poderia se autodeclarar indígena, inova ao incluir um questionário próprio para as terras indígenas, no qual havia perguntas mais específicas: se o indivíduo se considerava indígena, qual sua etnia e se falava língua indígena no domicílio e em caso afirmativo, quais línguas. Outra novidade no Censo de 2010 foi o esforço conjunto do IBGE, FUNAI e FUNASA para que os setores censitários⁸ especiais

⁸ O setor censitário é a unidade territorial estabelecida pelo IBGE para fins de controle cadastral, formado por área contínua, situada em um único quadro urbano ou rural, com dimensão e número de domicílios que permitam o levantamento por um recenseador.

coincidissem com os perímetros das terras indígenas. Essas formas facilitam a produção de informações populacionais integradas à base cartográfica, fato que auxilia de modo significativo a produção e monitoramento de políticas públicas (Azevedo, 2011).

Como se pode observar, esses dados permitem inferir o aumento na população indígena a partir de 1970. Confirmar esse aumento e definir suas causas são problemas ainda em aberto. Esse aumento pode ser explicado de três formas. De um lado o próprio crescimento vegetativo dos indígenas e a imigração internacional originária de países vizinhos como a Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela, ainda que de maneira bem mais discreta, podem ter contribuído para esse crescimento da população (Azevedo, 2003; Dias Júnior, 2008; IBGE, 2005; Pagliaro 2002 e 2010; Wong, 2009). Por outro lado esse aumento seria explicado pelo aperfeiçoamento na cobertura censitária como o avanço dos diversos censos revela. Além disso, esse crescimento pode ser explicado pela maneira que alguns grupos populacionais passaram a se declarar nos censos.

Embora o crescimento apresentado possa estar mais relacionado a uma mudança na maneira com que esses povos passaram a se declarar, as estimativas feitas por antropólogos, demógrafos, profissionais de saúde e organizações não governamentais indicam que a maioria dos povos indígenas tem crescido acima da média da população brasileira não indígena, contrariando a ideia do 'descenso demográfico' e o desaparecimento com a assimilação dos índios à sociedade nacional. (Azevedo, 2003; Pagliaro, 2002 e 2010).

A autodeclaração produz inconstância nos dados como consequência da flutuação do valor da identidade indígena. A valorização da cultura indígena encorajaria um maior número de indivíduos a se declarar indígena, principalmente aqueles residentes de áreas urbanas, que em 1991 se classificaram em outras categorias. Na análise demográfica da população autodeclarada indígena dos censos 1991 e

2000, Wong (2009) defende a tese de que a população recenseada em 2000 não é a mesma captada em 1991, e analisa os diversos problemas da categorização e consistência dos dados.

A diferença entre o crescimento ocorrido entre as áreas urbanas e rurais na década analisada auxilia na compreensão desse fenômeno e também da fecundidade das mulheres indígenas. Enquanto a população autodeclarada indígena residente de área rural apresentou um crescimento de 5,2% ao ano durante a década de 1990, a população urbana cresceu 20,8% ao ano. O crescimento foi também desigual nas diversas regiões do país. Em 1991, a região Sudeste era responsável por 13% da população feminina em idade fértil autodeclarada indígena, passando a 28% em 2000. As regiões Norte e Centro Oeste, que em 1991 eram responsáveis por 50% da população feminina em idade fértil (36% e 18% respectivamente), passaram a representar 39% desta população. Outro aspecto de relevância é a urbanização dessa população. Em todas as regiões do país o contingente urbano praticamente duplica entre os censos de 1991 e 2000; exceto a região Sudeste que já apresentava a maior parte de sua população autodeclarada indígena residente de área urbana em 1991. O fato de um determinado contingente de indivíduos que em 1991 não havia se declarado indígena passou a se declarar formalmente indígena em 2000, pode explicar o crescimento desigual que ocorreu entre as regiões do país (Wong, 2009).

Da mesma maneira outros fatores afetam esses índices. O primeiro deles é o crescimento desigual entre as regiões urbana e rural. A região Norte, apesar de ser a região detentora de maior população indígena, foi a que apresentou menor taxa de crescimento no período, devido aos aumentos nas participações relativas da população do Nordeste e Sudeste. A aparente urbanização pode ser devida a autodeclaração mais alta nas regiões Sudeste e Nordeste, que têm menor número de terras indígenas homologadas, e onde ocorreram importantes movimentos de etnogênese indígena nas últimas décadas. Apesar da relativa melhora da

cobertura censitária dos territórios indígenas, sabe-se que ainda não é completa, por essa razão as regiões que possuem o maior número de terras indígenas, como o Norte e o Centro Oeste, apresentaram menor ritmo de crescimento e menor “urbanização” das populações indígenas, isso porque é possível que muitos grupos podem não ter sido adequadamente contabilizados. Outro fenômeno que acompanha a relativa urbanização da população indígena é a migração: na região Sudeste 27,7% dos indígenas era natural de outras regiões do país e 25,5% em 2000, realidade semelhante à da população geral (Wong, 2009).

O segundo fator aparece na proximidade em relação à composição por sexo e idade dos índios urbanos em relação à população geral, ou seja, fecundidade e mortalidade menores e razão de dependência baixa. Já para a população indígena residente de área rural, a composição tinha características de uma população jovem, com pirâmide etária de base alargada, altos níveis de fecundidade e mortalidade maior do que a média nacional (IBGE, 2005).

Além dos dois fatores mencionados acima, as variáveis demográficas e de saúde, também contribuem para o crescimento. Entre eles, as altas taxas de fecundidade, combinadas à redução da mortalidade infantil e nas demais faixas etárias, consequência das ações de saúde como programas de imunização; e ainda, o aumento da capacidade de resistência das populações indígenas aos agentes infecciosos, ocorrendo uma diminuição nas epidemias (Azevedo, 2003; Pagliaro, 2002 e 2010). Outra hipótese a ser considerada é a possibilidade de esse crescimento corresponder à primeira fase de transição demográfica, onde as taxas de fecundidade ainda estariam altas, porém, as taxas de mortalidade já estariam baixando (Shankland, 2009). Nesse caso é importante ter clareza de que nem sempre é possível aplicar o mesmo modelo ocidental para as mudanças no comportamento reprodutivo e demográfico de outras populações. No caso de estudos populacionais com recorte étnico há ainda muito a avançar no conhecimento dos determinantes socioculturais, ambientais e biológicos da saúde reprodutiva, no Brasil e no mundo (Coimbra Jr, 2003).

Apesar de toda essa diferenciação, mesmo quando há uma política para a geração de dados desagregados, não existem mecanismos e métodos de coleta de dados que deem maior visibilidade aos povos indígenas e também que incorporem uma real participação indígena durante o processo. O fato de os povos indígenas serem essencialmente invisíveis demográfica e epidemiologicamente para os bancos de dados de muitas agências internacionais, e na maioria dos censos nacionais, faz com que as discrepâncias em sua situação de saúde continuem obscuras quando comparadas a outros grupos populacionais (Coimbra Jr, 2000). Como consequência da ausência de dados, são raros os programas e políticas que melhorem a situação de saúde dos povos indígenas (Carino, 2009). Restam, então, algumas estimativas e estudos de caso específicos que podem ser generalizados ao diversos povos indígenas no Brasil, mas com muitas ressalvas (Coimbra Jr, 2003). Em seguida serão apresentados alguns desses estudos.

1.4 A TRAJETÓRIA DOS ESTUDOS DE FECUNDIDADE INDÍGENA NO BRASIL

Elevados níveis de fecundidade entre os povos indígenas têm sido identificados em diversos estudos nas diferentes regiões do país, embora alguns estudos apresentem a tendência de queda na fecundidade (Pagliaro, 2008 e 2009; Dias Jr, 2008; Wong 2009). Essas altas taxas de fecundidade estariam relacionadas à intenção dos povos indígenas de garantir o mínimo populacional que permita o funcionamento de seus complexos sistemas de organização social, além da estratégia de crescimento demográfico e expansão de seus territórios; buscando um crescimento consciente e racional a partir da percepção da perda populacional sofrida (Azevedo, 2003; Camargo, 2005; Pagliaro 2002 e 2010; Ribeiro, 1956). Muitas etnias têm apresentado taxas de crescimento acima de 3,5% ao ano, associado ao rejuvenescimento da população que é detectado em alguns grupos com mais de 50% da população de jovens menores de 15 anos (Pagliaro, 2002; Pagliaro, Azevedo e Santos, 2005). Essas taxas de fecundidade serão examinadas a seguir.

Em 2001, Souza e Santos estimaram a taxa de fecundidade total (TFT) entre os Xavântes, de Sangradouro, Mato-Grosso em 8,6 filhos por mulher no período de 1993 a 1997. Nesse estudo os autores associaram a alta fecundidade ao curto intervalo intergenésico, ao início precoce da fase reprodutiva, ao redor de 13- 14 anos e à longevidade da vida reprodutiva, estendendo-se até os 45 anos de idade. Num estudo posterior, a fecundidade xavante foi estimada por Pereira e Santos (2011), a partir dos dados do censo de 2000, em 7,4 filhos por mulher.

Os Kamaiurás, povo Tupi do Parque Indígena do Xingu, no Mato Grosso, na década de 60 apresentavam famílias com dois a três filhos na média, por alta mortalidade associado à adoção de práticas de restrição voluntária dos nascimentos como o uso de ervas, a prática do aborto e de infanticídio, abstinência sexual no período pós-parto e aleitamento materno prolongado. Já nas décadas de 70 e 80 a fecundidade kamaiurá apresentou a tendência de aumento,

com queda discreta na década de 90, sendo de 5,4 filhos nascidos vivos por mulher na década de 70, 6,6 em 80 e 6,4 em 90. Apesar de esses valores serem inferiores ao estimado para outros povos indígenas que habitam o Parque Indígena do Xingu e também à taxa estimada para as mulheres autodeclaradas indígenas no censo de 2000 (6,9 filhos nascidos vivos por mulher), é ainda muito superior a média nacional e até mesmo a média do Centro Oeste onde está situado o Parque do Xingu (2,3 filhos nascidos vivos por mulher). Os altos níveis de fecundidade estariam associados também ao curto intervalo intergenésico (Pagliaro, 2008).

As mesmas razões para a alta taxa de fecundidade foram encontradas entre os Suyá, cuja fecundidade variou entre 5,2 filhos nascidos vivos por mulher na década de 70, para 5,8 na década de 80 e 8,0 na década de noventa, apresentando declínio para 6,7 no período entre 2000 e 2009, apesar de neste período o intervalo intergenésico ter sido menor do que nas décadas de 70 e 80, girando em torno de 37,5 meses (Pagliaro et al., 2009).

No estudo sobre o comportamento reprodutivo das mulheres krenak, grupo indígena pertencente ao tronco linguístico Macro-Jê, de Minas Gerais, Dias Junior (2008) identificou queda importante na fecundidade quando calculou a taxa de fecundidade total (TFT) por período (de 2003 a 2007) de 3,6 filhos nascidos vivos por mulher enquanto que a TFT da coorte das mulheres de 50 anos era de 7,5. Representando uma queda de 4 filhos em uma geração. Algumas explicações foram apontadas pelo autor para tal queda na fecundidade como a idade média ao ter o primeiro filho, que entre o povo Krenak é de 20,8 ao passo que entre os Kamaiurá era de 18,8 entre 2000 e 2003, e de 16 anos entre os Kaiabi nas coortes nascidas entre 1975 e 1979 (Pagliaro e Junqueira, 2007 e Pagliaro, 2005 apud Dias Jr., 2008) Os Krenak também apresentam maior intervalo intergenésico, de 39,1 meses. O autor considera que o fato de o aldeamento krenak estar situado na região sudeste do país que apresenta padrão de fecundidade baixo e sistemas de educação e saúde melhor estruturados poderia influenciar os níveis de

fecundidade desse povo. Essa possibilidade é consistente com o fato de 71% das mulheres em idade reprodutiva fazerem uso de algum método anticoncepcional moderno (Dias Jr, 2008).

Em um estudo sobre o perfil demográfico do povo Bororó, do tronco linguístico Macro-Jê, Souza (2009) identificou a taxa de fecundidade total de 4,3 filhos nascidos vivos por mulher entre 1993 e 1997 e atribuiu essa menor fecundidade encontrada à inconstância conjugal, uma vez que as mulheres que viviam em união estável apresentaram uma TFT de 4,7 e aquelas que não viviam em união estável apresentaram uma TFT de 3,4.

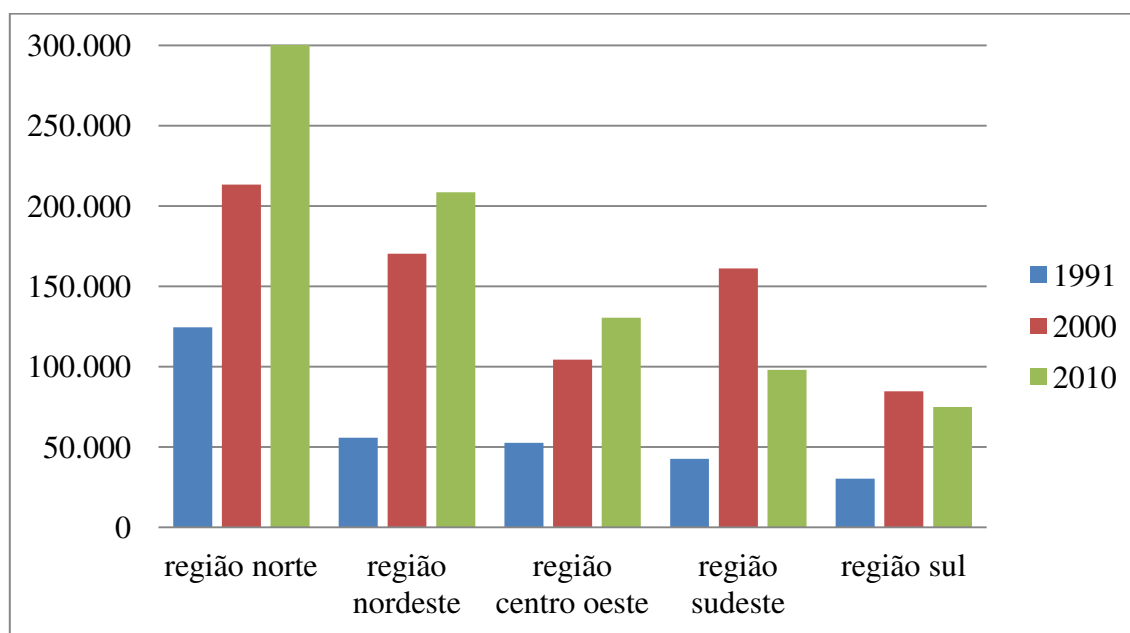
A tendência de queda da fecundidade a partir da década de 90 pôde ser verificada em diversos estudos, como nos 5 casos descritos anteriormente, como também nos dados de estudos nacionais. Em seu trabalho sobre o comportamento reprodutivo da população autodeclarada indígena nos censos de 1991 e 2000, Wong (2009) considera que é possível obter conclusões robustas a respeito do comportamento reprodutivo da população autodeclarada indígena. Como muitos autores apresentados acima, a análise dos dois censos demonstra que a fecundidade das mulheres indígenas está em declínio. No Censo de 1991 as TFTs oscilavam em torno de 6 filhos vivos por mulher, enquanto que em 2000 as mulheres autodeclaradas indígenas apresentavam uma TFT um pouco inferior a 4 - queda de quase 30% em uma década. Wong (2009) chama a atenção ao fato de que parte deste declínio se deve à população que reside em áreas urbanas, pois nas áreas rurais a TFT está ao redor de 6 filhos por mulher no Censo de 2000, uma tendência de estabilidade. Algumas regiões em áreas rurais indicam até mesmo aumento dos níveis de fecundidade.

Os resultados do Censo de 2000 demonstram, como seria esperado, a tendência de concentração da distribuição da fecundidade em idades mais jovens, mais acentuadamente em áreas urbanas, como ocorre para o total do país. Demonstra um perfil típico de populações com forte controle de fecundidade. Em 2000 quase

90% do total da fecundidade de mulheres indígena das áreas urbanas ocorre entre aquelas com até 30 anos.

Em relação aos primeiros resultados do Censo 2010, houve aumento na proporção da população autodeclarada indígena em relação ao total da população brasileira. De 734.131 pessoas (0,43%) em 2000, para 817.963 (0,44%) em 2011. Esse aumento não foi uniforme (ver figura 1), nas regiões sul e sudeste houve uma redução no número de pessoas que se autodeclararam indígenas, provavelmente uma migração da declaração para a categoria pardo⁹. Já na região norte houve aumento na população autodeclarada indígena, fato que pode ser atribuído ao crescimento vegetativo, propriamente dito, e à melhor cobertura do censo nos territórios indígenas (Azevedo, 2011).

Figura 1: Evolução da população auto-declarada indígena nos censos 1991, 2000 e 2010, por grandes regiões.



Fonte: IBGE censos 1991, 2000 e 2010 (Azevedo, 2011)

⁹ No Censo de 2000 houve um aumento expressivo na declaração de indígenas por grupos que se consideravam indígena descendentes. No Censo de 2010 a redução no número de pessoas que se declararam indígenas pode estar relacionado à forma como foi elaborada a continuidade do questionário. Após a confirmação de que a pessoa se declarava como indígena era perguntado a qual grupo indígena pertencia.

Os estudos a das populações indígenas no Brasil são irregulares, nem sempre diferenciam estimativas de coletas empíricas e têm pouca comparabilidade. Nos últimos anos o IBGE tem buscado aprimorar a coleta de informações a respeito das populações indígenas. Simultaneamente os movimentos de valorização da cultura indígena tornam mais complexos e instáveis a contagem dos indivíduos que se autodeclaram indígenas. Os estudos de grupos indígenas específicos, portanto, são fonte importante para a análise da dinâmica demográfica dos povos indígenas no Brasil.

1.5 ESTUDOS DA FECUNDIDADE INDÍGENA NA AMÉRICA LATINA

Tal como ocorre na realidade brasileira as taxas de fecundidade das mulheres indígenas são igualmente superiores às das mulheres não indígenas nos demais países da América Latina e sua flutuação pode ser atribuída a dados censitários analogamente incompletos. A variação entre os diferentes países é significativa, com médias que oscilam entre 4 a 6,5 filhos por mulher (Lafaurie, 2009; Oyarce, 2010). Essa condição torna difícil a generalização sobre a saúde e a fecundidade das mulheres indígenas em toda a América Latina, como diversos índices sobre fecundidade publicados demonstram.

O Chile tem as menores taxas de fecundidade indígena na América Latina, assim como são baixas suas taxas de fecundidade para mulheres não indígenas. Esses resultados podem ser atribuídos a uma política social e de saúde implementada na década de 1960, com a expansão da cobertura de programas de planejamento familiar nas áreas rurais, associado a um crescimento econômico e uma ideia de modernização onde o excesso de filhos era associado à pobreza (Universidad de Chile, 1997, apud Oyarce, 2010). O Chile sob esses parâmetros demográficos constitui uma exceção na América Latina.

O Equador, em inquérito populacional (ENDEMAIN) realizado em 2004 apresentou taxas de fecundidade de 3,3 filhos nascidos vivos por mulher em todo o país. As

mulheres indígenas constituíram o grupo que apresentou maior taxa, de 4,9 filhos por mulher, sendo a taxa global de fecundidade não desejada neste grupo de 1,44 filhos por mulher, também a mais alta do país (Lafaurie, 2009). O mesmo inquérito faz avaliação do acesso a serviços de saúde reprodutiva, e ainda estabelece que 75% das mulheres indígenas conhece algum tipo de método anticoncepcional, mas somente 7% conhece algum método moderno. Observa-se também o uso menor de contraceptivos por mulheres indígenas em comparação com a população geral: 47,2% frente a 72,2%. Dessa porcentagem de mulheres indígenas que estão usando algum método contraceptivo 25% se utiliza de métodos modernos, enquanto que 22% usa métodos tradicionais. Esse estudo também verificou que 63,4% das mulheres não esterilizadas não têm mais a intenção de ter filhos (Lafaurie, 2009).

A Bolívia e a Guatemala apresentam dados semelhantes segundo Terborgh (1995). Em seu estudo essa autora detectou 67% das mulheres indígenas que não conheciam nenhum método anticoncepcional moderno, contrastando com apenas 11% das mulheres não indígenas desses dois países. Ainda em relação à Bolívia, McNamee (2007) verificou que as mulheres indígenas apresentam maior percentual de demanda não realizada (unmet needs¹⁰) por métodos anticoncepcionais do que as mulheres não indígenas, o que poderia explicar a maior taxa de fecundidade entre as mulheres indígenas, e a elevada fecundidade não desejada¹¹ encontrada pela autora, entre as mulheres indígenas.

A Guatemala apresenta segundo Oyarce (2010) índices de fecundidade maiores em mulheres com menor escolaridade, sendo que as mulheres indígenas, independentemente de seu nível educacional, têm taxas de fecundidade mais altas. A autora observa ainda que há muitas disparidades em relação aos anos de estudo entre as populações indígenas e não indígenas e conclui que as diferenças entre os níveis de fecundidade das mulheres indígena e não indígenas pode ser

¹⁰ Unmet needs, ou KAP GAP – knowledge, attitude towards, and practice of birth control (Bongaarts, 1991).

¹¹ Fecundidade não desejada representa as gestações e nascimentos que excedem a fecundidade desejada (McNamee, 2007).

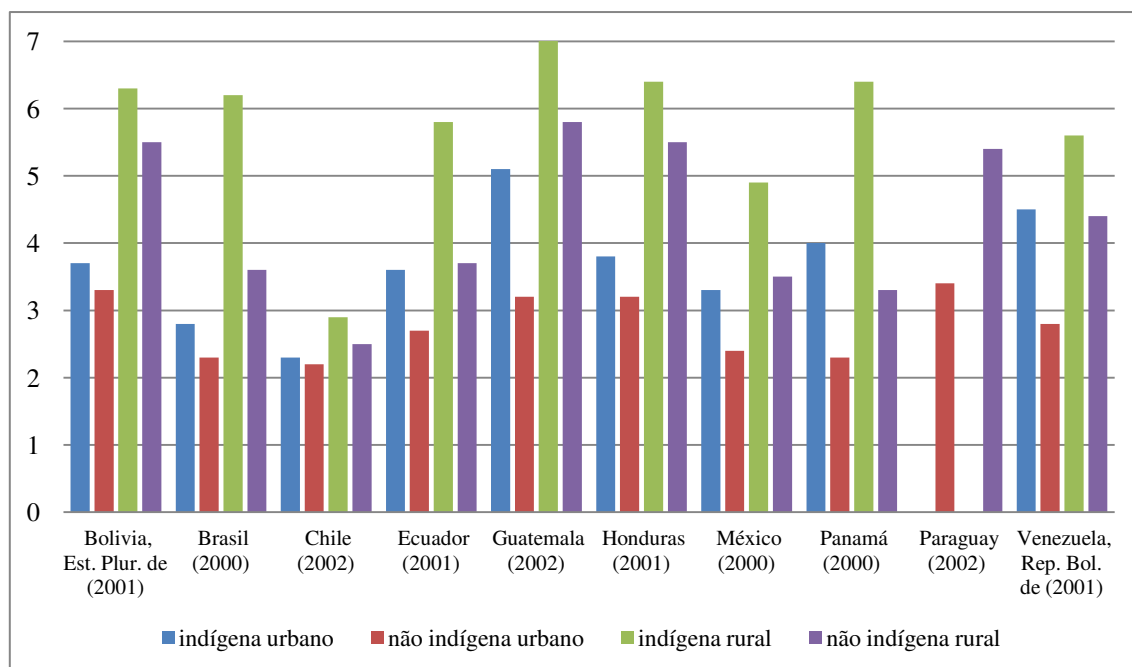
uma associação entre iniquidades estruturais e especificidades culturais (Oyarce, 2010). Esse mesmo perfil aparece no Paraguai e em Honduras. Quanto aos dados referentes ao uso de métodos anticoncepcionais a autora identifica que há sempre menor uso de métodos anticoncepcionais pelas mulheres indígenas. Sete a cada dez mulheres na Guatemala e Nicarágua não utilizam nenhum método de planejamento familiar, por exemplo. As mulheres indígenas que declaram usar algum método, em sua maioria utilizam métodos tradicionais, como abstinência, tabela, coito interrompido, ervas, ou outras técnicas folclóricas não especificadas (Oyarce, 2010). Especificamente na Guatemala, por exemplo, ao mesmo tempo em que existe uma crescente demanda por serviços de planejamento familiar, o número ideal de filhos é sempre maior entre as mulheres indígenas, como verificado em 2002, onde a fecundidade ideal entre as mulheres indígenas era de aproximadamente 5 filhos por mulher, e entre as não indígenas era de 3 (Del Popolo, 2005).

Os dados do CELADE à respeito da fecundidade de diversos países da América Latina foram organizados em um gráfico (figura 2), no qual foi possível comparar a fecundidade indígena e não indígena, nos países Latino-americanos em relação ao local de residência (rural e urbano). A análise deste gráfico permite constatar que a fecundidade é sempre maior na zona rural, tendendo a ser maior entre os indígenas da zona rural do que entre os demais moradores, não indígenas, da zona rural. Nas áreas urbanas há uma tendência de haver taxas globais de fecundidade menores nos dois grupos de população, mas ainda assim a fecundidade indígena mantém-se elevada apesar de variar bastante como é o caso do Chile, com dois filhos por mulher e a Guatemala e Venezuela com cinco filhos por mulher.

Como pode-se concluir da análise apresentada neste capítulo, há ainda muito que se avançar em relação aos estudos demográficos e, mais especificamente, de fecundidade indígena no Brasil e na América Latina. A categoria 'indígena' requer melhor definição e padronização para facilitar sua comparação longitudinal e

horizontal entre povos diversos. Porém, como foi descrito acima, a definição de quem é índio é uma questão complexa, que envolve a participação contínua dos povos indígenas junto às instituições que desenvolvem os censos demográficos, ou mesmo a coleta de informações de saúde, educação e cadastros sociais. A maior ou menor visibilidade dos povos indígenas depende da forma como são contados, e isso influencia as políticas públicas voltadas a essa população.

Figura 2: Taxa Global de Fecundidade para indígenas e não indígenas de países da América Latina segundo local de residência e (método indireto)



Fonte: CELADE 2012

2. HISTÓRICO RECENTE DAS POLÍTICAS DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

A finalidade do presente capítulo é apresentar a história recente das políticas de saúde indígena no Brasil através das instituições envolvidas e da análise dos documentos finais de algumas das conferências de saúde nacionais e indígenas de saúde que contribuíram para a organização do serviço de atenção à saúde indígena no Brasil.

2.1 VISÃO GERAL

A assistência à saúde oferecida às populações indígenas tem uma trajetória marcada por ações esporádicas e abrangência irregular no território brasileiro. Os missionários prestaram serviços de saúde às povos que catequizavam desde o início da colonização portuguesa, muitas vezes aliada às políticas governamentais. Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), vinculado ao Ministério da Agricultura, cuja política era integrar progressivamente os índios e suas terras ao sistema produtivo nacional. A assistência à saúde era esporádica, se restringindo a ações emergenciais sempre inseridas em processos de “pacificação” (FUNASA, 2002; Garnelo, 2003; Miraglia, 2009).

Na década de 1950, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Tratava-se de um conjunto de ações voltadas às populações indígenas com o objetivo de oferecer assistência básica, como imunização, controle da Tuberculose e outras doenças transmissíveis, atendimento odontológico e emergencial (FUNASA, 2002; Garnelo, 2003; Miraglia, 2009).

Após a extinção do SPI em 1967, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que manteve o modelo das ações realizadas pelo SUSA, criando as

Equipes Volantes de Saúde (EVS). As EVS não contemplavam a grande diversidade e dispersão geográfica das comunidades. Havia carência de materiais e capacidade administrativa dos recursos financeiros, precariedade da estrutura básica de saúde. Não havia planejamento das ações ou a organização de um sistema de informações em saúde. Além da falta de qualificação dos profissionais para atuarem junto a comunidades, que geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas (FUNASA, 2002; Garnelo, 2003; Miraglia, 2009).

Esse quadro de assistência precária e irregular passou a ser questionado na década de 1980. Neste período se deu a Reforma Sanitária Brasileira, que foi o processo da democratização de saúde, na década de 1980, deflagrada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nesse evento, a saúde foi reconhecida *como um direito de todos e dever do Estado*, sugerindo a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) democrático, garantindo a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação (Paim, 2007). Já nesse evento, durante reunião destinada a discutir direitos reprodutivos e saúde da mulher, pela primeira vez foi introduzida a discussão a respeito da saúde da mulher indígena. Desde 1985 havia sido implantado o PAISM (Programa de assistência integral a saúde da mulher), adotado como diretriz nacional na implementação de um conjunto de ações voltadas a uma perspectiva integrada de saúde e direitos, em que surge uma compreensão do planejamento familiar como um dos componentes da saúde da mulher. (Caetano, 2004; Correa, 2003, De Souza, 2007; Garnelo, 2003).

Juntamente com a Reforma Sanitária Brasileira¹² na década de 1980, ocorreram, também, reformulações das políticas de saúde para os povos indígenas. No

¹² A Reforma Sanitária brasileira nasceu no período da ditadura, universidades, movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. A expressão se refere ao conjunto transformações não só na área da saúde, mas a melhoria das condições de vida da população (Arouca, 1998-<http://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/sanitarista05.html>, agosto, 2012).

mesmo período a Constituição Brasileira de 1988 reconhecia o Brasil como um Estado pluricultural, e também o direito à cidadania plena das pessoas indígenas e seu direito às suas culturas e medicinas próprias (Buchillet, 1991; Shankland, 2009). Entretanto, ao implantar-se, conforme as Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, o SUS não incorporou a Saúde do Índio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; LANGDON, 2004; Garnelo, 2003).

Com o objetivo de avaliar a situação de saúde dos povos indígenas e criar uma política específica para estes povos, em 1986 ocorreu a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em Brasília (Langdon, 2004). Essa Primeira Conferência, contou com a participação de número considerável de representantes indígenas (principalmente do sexo masculino), funcionários da FUNAI e do Ministério da Saúde, profissionais de saúde, antropólogos e membros de organizações não governamentais, e nela surgiram três caminhos que foram adotados pelas políticas de saúde indígena nos últimos 15 anos: 1) a implantação urgente de um subsistema específico de saúde indígena com a criação de uma agência para este fim vinculada ao SUS que garantisse aos povos indígenas o direito universal à saúde, como estava sendo pleiteado para a população brasileira. 2) um modelo de atenção diferenciado, respeitando as especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo. 3) a participação e o controle das comunidades no planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços de saúde oferecidos (Langdon, 2004; Garnelo, 2003). Nessa Conferência é apresentado o modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (Miraglia, 2009; Garnelo, 2003), que será descrito a seguir.

A saúde indígena foi, então, idealizada nos moldes do SUS, para ser um sistema de saúde universal, mas que respeitasse as especificidades dos povos indígenas e garantisse a participação social na formulação, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde (Garnelo, 2003; Langdon, 2004; Schattan, 2009).

Não obstante até 1991, a saúde indígena permanecia sob responsabilidade da FUNAI. Até essa data os programas de imunização e de assistência à saúde de caráter principalmente curativo eram realizados pelas equipes volantes de profissionais de saúde. Os casos de maior complexidade eram encaminhados para os hospitais locais ou regionais, com os quais a FUNAI mantinha convênios (Langdon, 2004; Garnelo, 2003).

Em 1991 foi criada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), para resolução da recomendação do controle social. Seu papel era aconselhar e fazer recomendações ao CNS sobre as questões específicas da política de saúde indígena (FUNASA, 2002; Langdon, 2004). Nesse mesmo ano, o Decreto 23 da Presidência da República transferia da FUNAI para o Ministério da Saúde através da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde voltadas aos povos indígenas (Garnelo, 2003).

A Segunda Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em Luiziania, Goiás no ano de 1993, buscou garantir a extensão dos princípios de universalidade, equidade, acessibilidade e controle social, oriundos do SUS, para os povos indígenas a serem assistidos. Nela foi aprimorada a proposta da criação de Distritos Sanitários especiais Indígenas (DSEIs) que deveriam ter uma base territorial definida por critérios étnicos, geográficos, epidemiológicos e de acesso aos serviços. Essa definição territorial dos DSEIs pode inclusive não coincidir com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as populações indígenas (FUNASA, 2002; Garnelo, 2003; Souza, 2008). Foi ressaltada a importância de se ter garantida a autonomia administrativa e financeira através do repasse de recursos do governo federal diretamente para os distritos, mediante apresentação de projetos, aprovados nos Conselhos Distritais a extensão dos princípios de universalidade, equidade, acessibilidade e controle social, oriundos do SUS, para os povos indígenas a serem assistidos. Nessa Conferência a implantação das Casas do Índio foi vinculada à criação dos DSEIs e a atuação dos

agentes indígenas de saúde foi regulada devendo ser pautada pela realidade local (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; <http://www.ccms.saude.gov.br>, em agosto 2012; Garnelo, 2003).

Como resultado dessas duas conferências, em 1999, a responsabilidade pela assistência à saúde dos povos indígenas passou efetivamente para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). As diretrizes dessa mudança foram definidas na Lei no. 9.836/99, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, com a criação dos DSEIs, onze anos após a Primeira Conferência (Langdon, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; Garnelo, 2003).

O primeiro DSEI a ser criado foi o DSEI Yanomami, em Roraima e no Amazonas em 1999. Até a criação dos Distritos Sanitários em 1999, a administração e a gerência de saúde indígena passaram por um período conturbado de muitas mudanças e insegurança por parte dos funcionários da FUNAI e da recém criada FUNASA que repercutiu diretamente sobre as ações de saúde, prejudicando a necessária integração interinstitucional e ocasionando frequentes situações de duplicidade e desperdício de recursos (Langdon, 2004; Miraglia, 2009; Vargas, 2001). Apesar de ter sido idealizada em 1986, como um subsistema do SUS, somente após cinco anos a saúde indígena conseguiu ser transferida para a FUNASA. Mesmo assim, ainda demoraria mais nove anos até que fosse efetivamente implantada nos territórios indígenas (Langdon, 2004; Garnelo, 2003).

A Terceira Conferência Nacional de Saúde para os Povos indígenas ocorreu em 2001 e avançou ainda mais na organização e normatização dos DSEIs e afirmou que a assistência à saúde deveria ser integral e deveria levar em consideração o indivíduo inserido em um povo, com a visão de suas necessidades e carências de maneira multidisciplinar. Algumas prioridades foram definidas em relação à implementação de programas de saúde, sendo elas os programas de Saúde da Criança e do Adolescente, Vacinação, Saúde da Mulher e Assistência pré-natal e

obstétrica, Controle de Zoonoses e Saúde Mental com foco no alcoolismo (FUNASA, 2007).

A Quarta Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, realizada em 2006, debateu a gestão participativa e o controle social, que culminou com a criação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI). Ao CONDISI é atribuída a tarefa de aprovar e acompanhar a execução do Plano Distrital de Saúde Indígena e acompanhar as atividades dos Conselhos Locais de Saúde Indígena, exercendo o controle social das ações de saúde indígena. Além disso, ampliou os eixos temáticos em discussão incluindo a segurança alimentar e o desenvolvimento sustentável (FUNASA, 2007; Raggio, 2009).

Os serviços de atenção à saúde dos povos indígenas levaram catorze anos para serem implementados após sua idealização em 1986. E mesmo após sua implementação, efetivada com a transferência de sua gestão para a FUNASA em 1999, passou por vários processos de aprimoramento e ampliação de seus programas e da participação social. Dentro desta estrutura, as principais instâncias envolvidas na formulação, articulação e execução da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena são o Departamento de Saúde Indígena (DESAI), as Coordenações Regionais (COREs) e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (Garnelo, 2003; Schattan, 2009).

À DESAI foram atribuídas quatro responsabilidades: 1) a criação de instrumentos para organização gerencial e operacional das ações de atenção à saúde dos povos indígenas e a avaliação e alteração nas áreas de abrangência dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; a proposição das normas, critérios, parâmetros e métodos para a alocação de recursos financeiros; 2) a coordenação e execução do sistema de informação da saúde indígena (SIASI), bem como a análise e divulgação das informações geradas por esse sistema; 3) a supervisão e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito dos DSEI; como o controle da qualidade e avaliação das ações de saúde indígena; 4) a articulação com os

órgãos responsáveis pela política indígena no país, fomentando o desenvolvimento de ações intersetoriais visando interferir nos determinantes sociais do processo saúde – doença das coletividades indígenas; e 5) o planejamento e a coordenação da assistência farmacêutica (Garnelo, 2003; Schattan, 2009).

No ano de 2000 o Subsistema de Saúde Indígena teve sua estrutura organizacional definida pela primeira vez: foram criadas 16 Coordenações regionais da FUNASA (COREs) que passaram a administrar os 34 DSEIs e suas respectivas Casas de Saúde do Índio (CASAs). As COREs são unidades descentralizadas, diretamente subordinadas ao Presidente da FUNASA, às quais compete coordenar, supervisionar e desenvolver as atividades do órgão nas suas respectivas áreas de jurisdição, quais sejam: as ações de saneamento nos municípios e as ações de saúde indígena, além de promover a articulação do serviço com o controle social (Garnelo, 2003; Schattan, 2009).

O modelo de atenção à saúde dos povos indígenas tem como base o DSEI, que se constitui como um modelo diferenciado de organização de serviços, voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde, caracterizando-se como um sistema local de saúde. Esses têm uma rede de serviços de atenção básica instalada dentro das terras indígenas, que deve ser integrada, hierarquizada e articulada com a rede do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; Souza, 2008; Schattan, 2009; Garnelo, 2003). Segundo a Portaria, (MS nº 254/02) que aprovou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, os DSEIs são definidos como *modelo de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo, bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social* (Schattan, 2009).

Ao DSEI foram atribuídas as seguintes ações: 1) planejamento, coordenação, execução e avaliação das ações de saúde em sua área de abrangência, respeitando os aspectos culturais indígenas, e fundamentado em dados epidemiológicos. Para garantir que as ações de saúde sejam integrais, o DSEI deve gerenciar o fluxo de referência e contra-referência de pacientes com os serviços de alta e média complexidade. 2) consolidar as informações epidemiológicas e de saúde, alimentando o banco de dados do SIASI. 3) garantir a implantação e implementação dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, oferecendo condições para a efetivação do controle social. 4) promover ações intersetoriais de saneamento e vigilância ambiental, bem como ações de educação em saúde (Garnelo, 2003; Schattan, 2009).

Nas terras indígenas, a atenção básica se dá por meio das equipes multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde e de saneamento (Garnelo, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Essa estrutura segue o desenho de atenção que é oferecido em todo território nacional, nas unidades de Saúde da Família, qual seja: cada polo base é responsável pela cobertura de um conjunto de aldeias, sendo também atribuída a função de capacitar e supervisionar o trabalho dos agentes de saúde indígena (AIS). As demandas que ultrapassam o grau de resolatividade local são encaminhadas à CASAI. Essa por sua vez funciona como unidade de recepção e apoio entre os polos base e a rede de serviços do SUS, municipais e estaduais. Nela os pacientes e seus familiares recebem o cuidado necessário durante o período de tratamento médico, são acompanhados pelos funcionários em consultas médicas, exames subsidiários e internação hospitalar. A CASAI articula o retorno dos pacientes ao seu domicílio quando recebem alta de seu tratamento (Garnelo, 2003; Schattan, 2009).

É importante ressaltar que, na Amazônia Legal, o processo de implantação dos DSEIs foi terceirizado desde 1999, diante das dificuldades que a FUNASA teria em administrar a contratação de recursos humanos e também por uma estratégia

de descentralização do serviço. Dessa forma a atenção à saúde era executada por instituições conveniadas à FUNASA, como Organizações não Governamentais, secretárias municipais de saúde entre outras (Garnelo, 2003; Miraglia, 2009).

Esse modelo estava caracterizado por rotatividade dos profissionais e descontinuidade das ações. Havia também dificuldade na integração com as referências de maior complexidade de órgãos municipais e estaduais de saúde, além disso, muitos transtornos eram criados devido aos entraves burocráticos que dificultavam o repasse de recurso para custear as ações de saúde (Garnelo, 2003; Garnelo, 2005). Em 2004, devido a uma série de denúncias de corrupção, a FUNASA reduz a participação e as atribuições das organizações conveniadas e passa a executar diretamente o atendimento (Miraglia, 2009). Em 2007 houve uma redução do papel das COREs no repasse de recursos aos DSEIs, fortalecendo o papel dos municípios no processo de descentralização desses recursos (Schattan, 2009)

Em 2010 o presidente Lula assinou o decreto de criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no âmbito do Ministério da Saúde. Com a criação dessa secretaria, as ações de atenção básica a saúde da população indígena deixaram de ser feitas pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa), e passaram a ser executadas diretamente pelo Ministério da Saúde, através da Sesai. Com isso se espera aproximar ainda mais a assistência à saúde indígena do SUS e agilizar a implantação dos programas de saúde.

2.2 VISÃO DA SAÚDE DA MULHER

As Conferências Regionais e Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas em diversas oportunidades apontavam para uma fragilidade da atenção à saúde da mulher. Historicamente, no Brasil, a saúde da mulher, ou saúde reprodutiva, esteve sempre vinculada à saúde da criança, ou saúde materna infantil, onde o principal foco sempre foi a redução da mortalidade infantil e da morbi-mortalidade

materna. Pouca ou nenhuma ênfase era dada aos direitos reprodutivos (Ministério da Saúde, 2001). A Igreja Católica esteve presente nos sistemas e processos decisórios na sociedade e influenciou diretamente muitas políticas públicas, inclusive em relação às políticas de saúde indígena (através do Conselho Indigenista Missionário- CIMI) e políticas de planejamento familiar sendo que, em relação a esta última, sempre se posicionou francamente contrária a qualquer política de regulação da fecundidade e até de oferta de serviços nesse campo (Souza, 2007).

Ainda na Terceira Conferência Nacional de Saúde Indígena foi feita a recomendação de se “promover a participação de mulheres por meio de sua atuação nos conselhos de saúde, formação como agentes indígenas de saúde e formação de grupos de discussão sobre seus problemas específicos, sejam locais, regionais ou nacional” (Ministério da Saúde, 2001; Langdon, 2004).

Respondendo a tais reivindicações, em 2003, o Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde da Mulher, identificou a necessidade de articular a saúde da mulher indígena com outros grupos que também demandavam especial atenção, como mulheres rurais, portadoras de deficiências, negras, presidiárias e homossexuais, uma vez que todos esses grupos se encontravam marginalizados pelo sistema de saúde em vigor.

Em vista disso a FUNASA orientou que as equipes multidisciplinares dos DSEIs desenvolvessem ações prioritárias na atenção à saúde da mulher, com foco no pré-natal, parto e puerpério; prevenção do câncer de colo de útero e mama, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, atenção no planejamento reprodutivo e valorização das práticas tradicionais, fortalecendo a parceria com parteiras indígenas na atenção à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério. Em 2008 o Ministério da Saúde lança a Portaria nº. 883, de 08.08.08 que institui as Comissões Nacional e Distrital de Investigação e Prevenção do Óbito Infantil e Fetal Indígena.

Apesar do forte indicativo da atenção especial voltada à saúde materno infantil indígena, tais ações têm se mostrado insuficientes para alterar a situação vulnerável das mulheres indígenas no campo da saúde sexual e reprodutiva. As instituições que prestam serviço de saúde aos povos indígenas têm infraestrutura física e organizacional precária, que acompanham limitado sistemas de informação, principalmente de morbidade e mortalidade materno-infantil (Coimbra Jr, 2003).

É possível que, por razões possivelmente ligadas à especificidade das culturas indígenas, as intermediações entre o serviço de saúde e a população indígena são feitas por sujeitos do sexo masculino, fato que poderia conduzir a alguma visão androcêntrica na política e nos programas ligados à saúde reprodutiva da mulher indígena no país. Algumas falhas apontadas na função dos AIS em desempenhar seu papel poderiam estar associadas ao fato de os AIS, em sua grande maioria, serem homens e pela maneira como abordam a questão da saúde reprodutiva (Coimbra Jr., 2003).

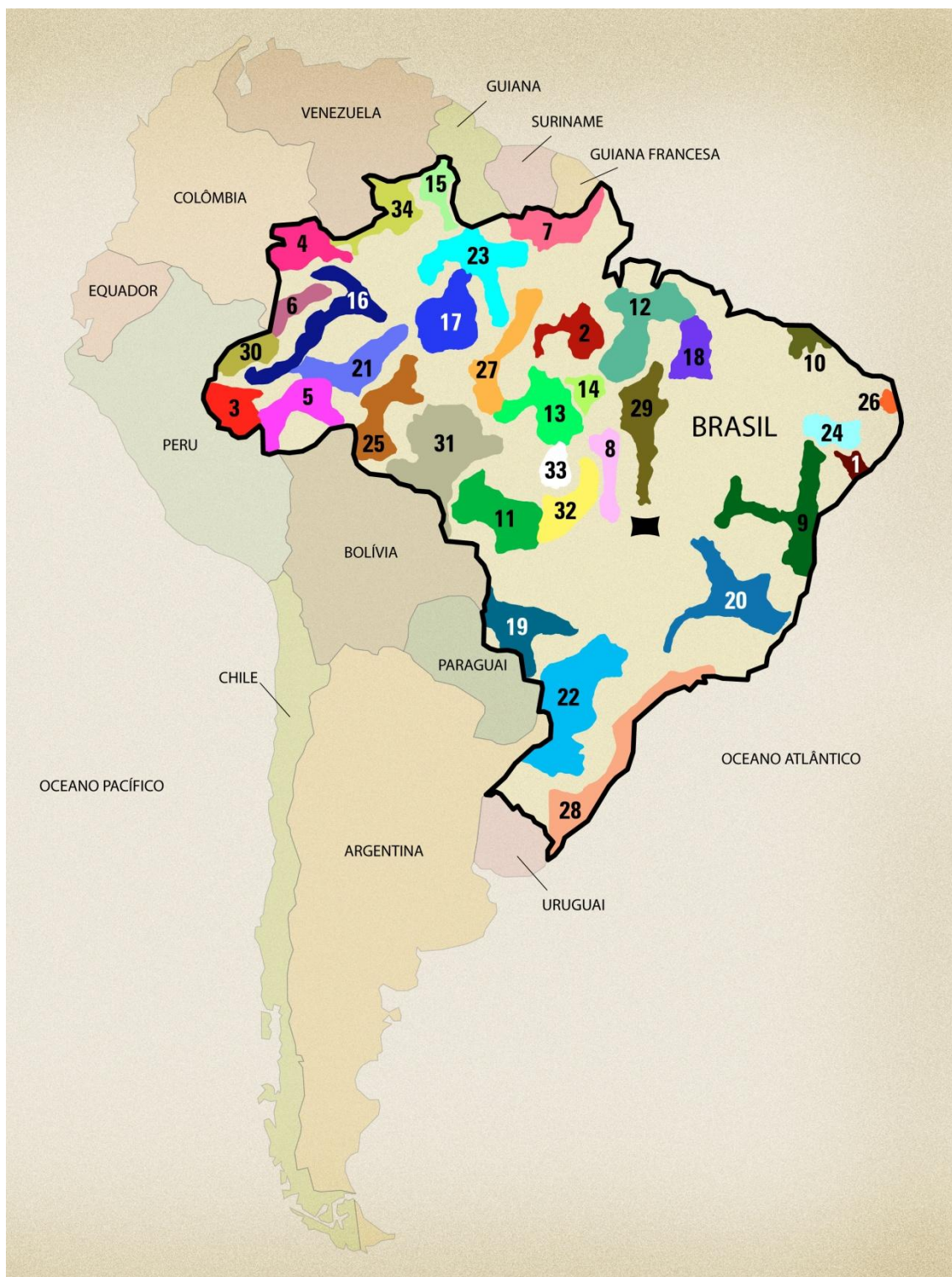
Coimbra Jr (2003) considerou importante a realização de estudos mais aprofundados que avaliassem a influência que militantes do movimento indígena exerceriam nas práticas contraceptivas das comunidades indígenas ao se posicionarem publicamente contrários a adoção de quaisquer práticas contraceptivas inclusive ao uso do preservativo masculino.

Em 2009 foi realizado um consórcio entre o IDS (Institute of Development Studies) a SSL (Saúde Sem Limites) e o CEBRAP (Centro Brasileiro de análise e Planejamento) para a realização de um diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena onde foram levantados alguns dos problemas identificados pelos próprios DSEIs em relação à saúde materno infantil. Dentre eles destaca-se, em relação ao acompanhamento do pré-natal, a captação tardia das gestantes indígenas, a ausência de laboratórios de referência ou implantação de testes rápidos para a realização de exames diagnósticos (Pelegri, 2009). Em relação

ao planejamento familiar, que é considerado pelas equipes uma temática polêmica, enfrentando dificuldades em sua abordagem com as comunidades sem adequado apoio de antropólogos e a interação com os próprios indígenas, o que poderia ajudar a entender as próprias concepções sobre a limitação de filhos (Azevedo, 2003; Pelegrini, 2009). Em relação à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer de colo de útero, em que não existem locais adequados para a coleta do exame e muitos distritos não tem um laboratório de referência e até mesmo referência para o tratamento dos casos identificados (Pelegrini, 2009).

No DSEI-ARN o acompanhamento pré-natal é feito durante as visitas das equipes, podendo ser realizado pelo médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem. Nesse acompanhamento procura-se avaliar o estado nutricional da mãe, o desenvolvimento da altura uterina e a ausculta do batimento cardíaco fetal por sonar. Não há, porém uma rotina de coleta de exames laboratoriais ou a realização de ultrassonografia. A grande extensão do território coberto pelo DSEI-ARN, a distância com a cidade de São Gabriel da Cachoeira e a irregularidade nas visitas das equipes torna o acompanhamento pré natal bastante precário e dificulta o monitoramento dos agravos da gestação, parto e puerpério.

Figura 3: Localização dos Distritos sanitários especiais indígenas.



FONTE: SESAI/ MS, 2012

Legenda:

1. Alagoas/ Sergipe
2. Altamira
3. Alto Rio Juruá
4. Alto Rio Negro
5. Alto Rio Purus
6. Alto Rio Solimões
7. Amapá e Norte do Pará
8. Araguaia
9. Bahia
10. Ceará
11. Cuiabá
12. Guamá Tocantins
13. Kayapó Mato Grosso
14. Kayapó Pará
15. Leste Roaraima
16. Médio Rio Solimoes e afluentes
17. Manaus
18. Maranhão
19. Minas Gerais e Espírito Santo
20. Mato Grosso do Sul
21. Médio Purus
22. Interior Sul
23. Parintins
24. Pernambuco
25. Porto Velho
26. Potiguara
27. Rio Tapajós
28. Litoral Sul
29. Tocantins
30. Vale do Javari
31. Vilhena
32. Xavante
33. Xingu
34. Yanomami

No caso da saúde da criança, não existe, muitas vezes, disponibilidade de instrumentos adequados (como balanças e réguas antropométricas) para a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, as equipes tampouco estão treinadas ou são supervisionadas nessas ações e não há calibração de rotina nos instrumentos, ou padrões estabelecidos para a realização das medições; os resultados obtidos não são discutidos com a comunidade e tampouco as possibilidades de intervenção nos problemas identificados (Pelegrini, 2009). Para afecções respiratórias e diarreias, que são as causas mais importantes de mortalidade infantil, não há acesso precoce nem ao diagnóstico adequado nem ao tratamento, os fatores ligados às condições de vida, abastecimento de água e saneamento parecem difíceis de serem transformados pelas equipes (Shankland, 2009).

Juntamente com o processo de implantação do serviço de saúde indígena a partir do ano 2000, surgiu a necessidade de se criar um serviço que fizesse a coleta e o processamento das informações da situação de saúde e do funcionamento do serviço. A trajetória da criação do SIASI (Serviço de Informação da Atenção à Saúde Indígena) suas características e suas limitações serão descritas a seguir.

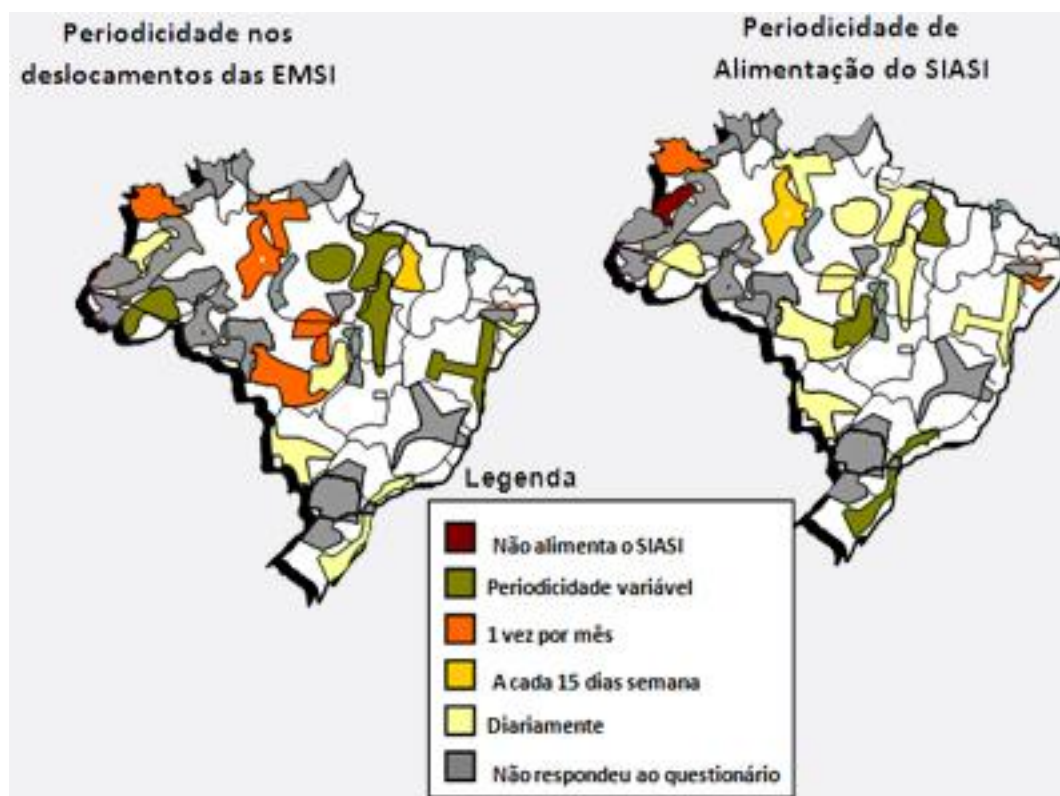
2.3 A IMPLANTAÇÃO DO SIASI

2.3.1 A CRIAÇÃO DO SIASI E SEU FUNCIONAMENTO

A necessidade de desenvolver um sistema de informação específico para os povos indígenas também foi apontada na Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. O SIASI foi desenvolvido em 1999 e implantado no ano seguinte, simultaneamente em todos os 34 DSEI, para funcionar como um sistema de monitoramento da situação de saúde indígena da FUNASA, que então era a instituição responsável pela atenção à saúde indígena. Além disso, foi preconizada a garantia de que as informações epidemiológicas fossem repassadas às lideranças indígenas e às autoridades sanitárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; Souza, 2008).

Trata-se de ferramenta que combina informações demográficas, epidemiológicas, da atenção à saúde e informações gerenciais, cujo objetivo é a coleta e o processamento regular de dados necessários para uma análise epidemiológica e que permitisse retratar a dinâmica populacional, levando em conta as particularidades socioculturais das centenas de etnias indígenas existentes no país, além de acompanhar a execução dos serviços de atendimento a saúde, principalmente o programa de imunização (Souza, 2008). Esse conhecimento armazenado pode propiciar a realização de diversos estudos de avaliação da situação de saúde específica de cada grupo indígena e servir como subsídio na tomada de decisões pelos órgãos gestores e de controle social (conselhos distritais e lideranças indígenas), bem como o estabelecimento de prioridades e a elaboração de políticas para a saúde indígena e o monitoramento das ações das equipes quanto ao controle das ações planejadas e as efetivamente executadas (Sousa, 2007, Shankland, 2009).

Figura 4: Representação dos DSEIs segundo periodicidade das Equipes de Saúde em área indígena e por período de alimentação do SIASI, 2008.



FONTE: DSAI/ FUNASA/ MS, 2012.

Desde sua implantação, em 2000, em relação a sua organização, o SIASI foi idealizado como descrito a seguir: o SIASI está dividido em nove módulos: demográfico, morbidade, imunização, saúde bucal, vigilância nutricional, acompanhamento de pré-natal, recursos humanos, infraestrutura e saneamento (Sousa, 2007). Os módulos que estão mais bem estruturados são o módulo demográfico, imunização e saneamento (Sousa, 2007). Além desses módulos, o SIASI disponibiliza entre outros dados o cadastro da família, que é obtido através do Cadastro Vacinal. De acordo com Madeira (2010), tem havido uma maior esforço, desde 2007 para a implantação do módulo de vigilância nutricional.

Uma característica do SIASI é sua ênfase no indivíduo, todas as informações estariam vinculadas ao nome do indivíduo que consta no módulo demográfico,

onde também se registram os nascimentos, os óbitos, o parentesco¹³ e local da residência, que no caso é o nome da aldeia ou comunidade onde reside o indivíduo. Por outro lado, o SIASI também leva em consideração as condições sociais e culturais em que o indivíduo vive. As variáveis “etnia” e “aldeia” é uma variável que identifica o indivíduo e também do povo a que ele pertence (Shankland,2009).

Em relação ao modulo demográfico, os dados de nascidos vivos não estão completos. Nele faltam informações importantes para a análise epidemiológica mais satisfatória, como é o caso do peso ao nascer, Apgar de nascimento, tipo de gravidez, acompanhamento de pré-natal, filhos tidos pela mãe (Souza, 2007). Entre as variáveis que compõem as informações de óbito, não constam o tipo de óbito, o local de ocorrência e outras variáveis relacionadas à condição do óbito. Somente são disponibilizadas as seguintes informações no módulo demográfico em relação aos óbitos: data do óbito, se foi notificado oportunamente ou não, se tratava de gestante, e a causa de morte (Sousa, 2007).

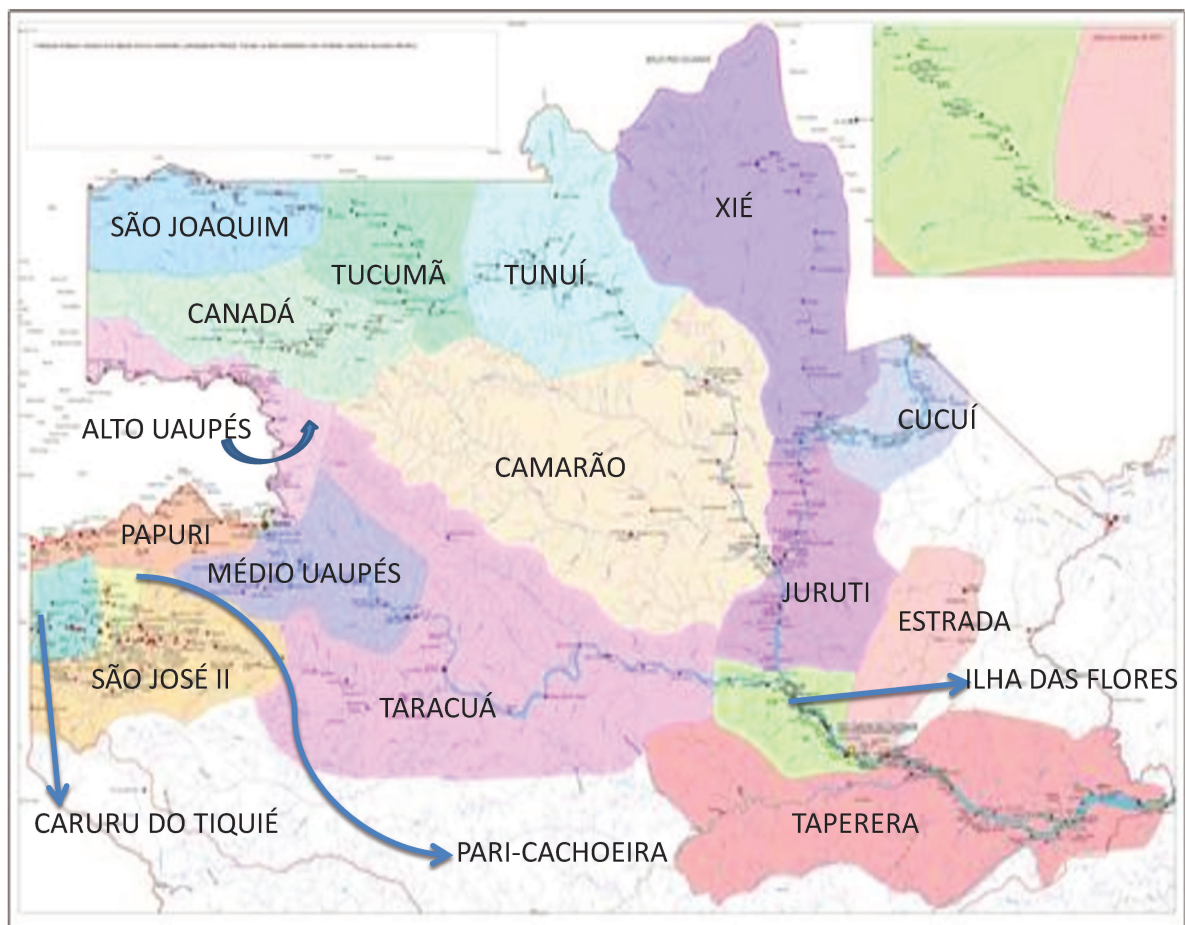
O módulo de imunização contém o nome do indivíduo a data de nascimento e idade, o local de residência, os tipos de vacinas aplicadas, as datas das aplicações, a dose e o lote. Permitindo dessa maneira o acompanhamento da situação vacinal de cada indivíduo, aldeia e região, fornecendo subsídios para o planejamento das ações, e elaborar o esquema vacinal que cada pessoa deve receber.

A geração dos dados segue uma lógica hierárquica: são coletados nas aldeias através de instrumentos padronizados, em seguida são encaminhados aos respectivos Polos Base. Em cada Polo Base os dados seriam digitados no SIASI local e enviados por malote eletrônico (internet ou disquete) para a FUNASA em Brasília. No caso de Polos Base que não tenham capacidade operacional o DSEI

¹³ Parentesco é colocado aqui como as relações de consanguinidade e afinidade conforme são entendidas pelo serviço de saúde e não pelos próprios indígenas.

assume a produção dos relatórios e envio dos dados. A FUNASA coordena o funcionamento do SIASI gerenciando a base de dados nacional (Sousa, 2007).

Figura 5: Polos Base do DSEI-ARN



FONTE: DSEI-ARN

2.3.2 O QUE PODERIA MELHORAR NO SIASI

Ainda hoje os dados captados pelo SIASI apresentam problemas referentes à qualidade e regularidade da informação (Paes-Sousa, 2009). O envio dos dados pelos DSEIs é irregular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). O SIASI deixa a desejar quanto ao detalhamento de algumas informações disponibilizadas, não há ainda uma disponibilização sistemática quer seja dos dados brutos quer seja de resultado de análises realizadas. A falta de qualidade repercute na gestão e avaliação de políticas públicas (Souza, 2009).

Machado (2009) realizou uma pesquisa sobre o perfil demográfico dos hupda, comparando dados do SIASI do DSEI-ARN com um levantamento demográfico realizado pela própria autora, que evidencia a qualidade ruim dos dados, por ser um sistema de informação fragmentado, de pequena agilidade e que não está acessível como subsídio das próprias equipes de saúde. A falta de espaços de reflexão, para os profissionais de saúde, sobre a importância dessas informações, como instrumentos de diálogo, mobilização comunitária e negociação política, contribui para a dificuldade que estes profissionais encontram em preencher corretamente os formulários de informações, segundo a autora. O fato de não haver um canal regular de retroalimentação que informe os profissionais de saúde os indicadores demográficos e de saúde derivados dos dados que foram por eles produzidos, torna seu registro uma mera rotina burocrática prejudicando a qualidade dos dados alimentados no sistema (Souza, 2009).

Outra avaliação do SIASI foi realizada em 2009, no consórcio da SSL (Saúde Sem Limites), IDS (Institute of Development Studies) e o CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) idealizado para desenvolver um diagnóstico situacional do subsistema de saúde indígena. O módulo Modelo de Monitoramento e Avaliação da Saúde Indígena estava voltado para avaliar, entre outros quesitos, o SIASI, no qual se verificou de maneira geral que todas as taxas e índices gerados apresentavam deficiências quanto à confiabilidade, mas por outro lado, os demais

sistemas de informação de saúde não incluem quesitos que tragam precisão étnica e sócio-espacial, como o DATASUS, por exemplo, o que faz do SIASI o menos limitado dos serviços de informação para os gestores e os formuladores de políticas de saúde (Shankland, 2009).

No trabalho realizado pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, os próprios profissionais que preenchem os formulários conhecem a comunidade e seu contexto sociocultural, e até mesmo são moradores dessas comunidades como é o caso dos Agentes Indígenas de Saúde. Na maioria das vezes esses profissionais não têm formação adequada ou treinamento para compreender o sentido dos dados que estão preenchendo (Shankland, 2009). Outra crítica pertinente ao SIASI seria sua excessiva ênfase no componente da informatização em detrimento da importância dada à informação propriamente dita (Sousa, 2007).

Como se pode verificar, não há como não reconhecer o avanço que significou a concepção, o desenvolvimento e a implantação do SIASI, que apesar de apresentar limitações é um sistema integral, ou seja, agrega em um único sistema diversas informações de suma importância para o conhecimento da realidade de saúde dos povos indígenas (Sousa, 2007 apud Souza 2009), apesar das limitações e imperfeições apontadas acima. Dessa forma o SIASI tem contribuído para o avanço do conhecimento sobre os povos indígenas, sendo o melhor instrumento atual para a coleta de informações sobre a saúde e a dinâmica demográfica da maioria dos povos indígenas no Brasil, até a divulgação das informações do último Censo Demográfico de 2010. (Machado, 2009 e Pagliaro, 2009).

As políticas de saúde voltadas a essa população são orientadas pelas informações geradas a partir desse banco de dados. A implementação efetiva do SIASI e a garantia de uma coleta de informações regular e de qualidade é uma das metas com potencial para a melhoria da assistência à saúde indígena. Como foi descrito acima, sistematização de um serviço de coleta e processamento dos

dados da saúde indígena requer participação contínua dos povos indígenas junto às instituições que executam esses serviços, além de pesquisas e trabalhos acadêmicos que possam continuamente avaliar a qualidade e a cobertura desse sistema de informação.

3. O CONTEXTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DO RIO NEGRO E TIQUIÉ

A finalidade do presente capítulo é completar o quadro de informações sobre o histórico e a condição atual da saúde indígena para a análise da fecundidade. Serão descritas a história da região do alto Rio Negro e suas características geográficas, que envolvem a distribuição de sua malha hidrográfica, características da vegetação, do solo e rios. O movimento indígena na região do Alto Rio Negro é fortemente organizado. A atividade do movimento indígena do Alto Rio Negro contribuiu e ainda contribui para a organização do serviço de saúde oferecido pela FUNASA. A FOIRN (federação das organizações indígenas do Alto Rio Negro) foi uma das conveniadas da FUNASA na gestão do DSEI-ARN, e mesmo depois de encerrar o convênio, manteve uma proximidade através da participação nos conselhos distritais e no controle social.

3.1 A HISTÓRIA DA REGIÃO DO RIO NEGRO E RIO TIQUIÉ

Nesta seção é apresentada a história da região com ênfase nos movimentos políticos que ocorreram, culminando com a formação da FOIRN (Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro) e a demarcação das terras indígenas. É dada ênfase à história do Rio Tiquié, que é foco deste trabalho e pode ser considerado como um dos berços da FOIRN.

A história da região como foi sugerido por Wright (Wright, 1992 apud Cabalzar, 2009 e Azevedo, 2003) pode ser dividida em cinco períodos segundo a forma de colonização da região por não indígenas e à política indigenista oficial.

O primeiro período corresponde às explorações mais antigas da região e o comércio de escravos indígenas, aproximadamente entre as décadas de 1730 e 1760. Os primeiros contatos dos povos que habitavam o Alto Rio Negro ocorreram indiretamente através do comércio intertribal, com manufaturas européias, como

facas, machados etc. Nesse período os portugueses e missionários de São Luiz e Belém passaram a incursionar no Rio Negro à caça de escravos, movidos pelo decréscimo da população indígena do baixo Amazonas, consequência de epidemias e da escravização. Foi o período das tropas de resgate e das guerras justas onde os índios, ou eram capturados como escravos ou massacrados se resistissem à captura (ISA, 2006). Foi a época de maior impacto demográfico na região, deixando grandes áreas despovoadas (Azevedo, 2003).

O segundo período vai de 1760 ao fim do século XVIII. Classificado como Período Pombalino, quando se intensificou os descimentos e aldeamentos de grande número de indígenas, com revoltas e fugas de índios. Nesse período Marques de Pombal era o mais poderoso funcionário da Coroa Portuguesa. Em 1755 ele retirou dos jesuítas o controle da administração das aldeias, que passaram a ser controladas por colonos civis e militares e decretou o fim da escravidão dos índios no Brasil (ISA, 2006). Foi também durante o segundo período que os jesuítas instalaram sua primeira atividade missionária no Rio Negro.

O terceiro período, ainda no início do século XIX teve como característica, segundo Wright (1992), a intensificação do comércio mercantil na região e a adoção de um lema mais civilizatório pelos programas governamentais, no qual havia uma postura da Coroa em não mais escravizar ou maltratar os indígenas. Foi nesse período que se restabeleceram as missões franciscanas e dos capuchinos. Entre 1888, após a expulsão dos capuchinos e franciscanos, e 1914 quando os salesianos passaram a dominar o cenário das relações entre os brancos e os índios da região, houve um período de ausência da igreja católica no Rio Negro (Cabalzar, 2009). Nesse mesmo período a região foi invadida por regatões, que passaram a estabelecer relações comerciais com os indígenas, marcada por violência e exploração. Nesse século várias epidemias de varíola, sarampo e outras “febres” contribuíram para a mortalidade nos aldeamentos, provocando a fuga em massa dos índios aldeados (Buchilet apud ISA, 2006).

Apesar de a escravidão ter sido oficialmente extinta no Período Pombalino, nesse período os índios ainda eram submetidos a regimes de trabalho obrigatório, sendo forçados a se deslocar para povoados e vilas coloniais e até mesmo Manaus. Causando mais uma vez a grande esvaziamento de comunidades indígenas dos Rios Uaupés, Içana e Xié. Foi um período de muitas revoltas, que eram duramente reprimidas e também de movimentos religioso que pregavam a libertação da opressão dos brancos através de líderes messiânicos (ISA, 2006). Esses movimentos messiânicos causaram grandes deslocamentos populacionais, com transformações demográficas importantes na região (Azevedo, 2003).

O quarto período corresponde ao primeiro ciclo da borracha, entre as décadas de 1870 e 1920. A exploração e os maus tratos aos índios continuaram, mas agora estes eram forçados a trabalhar nos seringais localizados geralmente no baixo rio Negro. Também sofriam com os abusos dos comerciantes brasileiros e colombianos saqueavam as aldeias e sequestrava mulheres e crianças.

O quinto período foi classificado como o período das missões. Inicia-se com a chegada dos salesianos em 1914, que passaram a reagir aos abusos dos comerciantes e ao trabalho forçado, sendo muito bem recebidos pelos indígenas da região que perceberam nesses missionários uma possibilidade de sobrevivência. Os salesianos gradativamente se instalaram em pontos cruciais, construindo missões civilizadoras. Primeiramente em São Gabriel (1914), Taracúá (1923), Iauaretê (1929) e Pari-cachoeira (1940). Se por um lado a chegada dos salesianos significou a redução na exploração e maus tratos que os índios estavam sofrendo, por outro também permitiu que esses missionários implementassem um projeto civilizador, caracterizado pela destruição das manifestações culturais desses povos. Nas missões salesianas as crianças eram retiradas de suas comunidades e famílias, proibidas de falar seu idioma, sendo educadas a partir do ideário dos salesianos. Os salesianos convenceram os índios a abandonarem as malocas e construírem casas separadas para cada família. Entre outras repressões às manifestações culturais, os salesianos desmoralizaram

a atuação dos pajés peça vital em seu sistema cultural e de saúde (Cabalzar, 2009; ISA, 2006).

É possível ainda delimitar um sexto período, como foi sugerido por S. Hugh-Jones: esse período seria o correspondente a fundação das organizações indígenas e a demarcação das terras (Cabalzar, 2009). Na década de 1970 foram instalados postos da FUNAI na região como consequência do Plano Nacional de Integração (PIN). Em 1979, devido ao corte de verbas federais, foram fechados os internatos salesianos, levando ao regresso dos alunos a suas comunidades. Em 1983 foi descoberto ouro na Serra do Traíra, próximo ao Rio Tiquié, atraindo garimpeiros e índios para a região e posteriormente empresas de mineração (ISA, 2006). A consequência do estabelecimento do garimpo na Serra do Traíra foi o esvaziamento de muitas comunidades no Tiquié (Cabalzar, 2009). Por outro lado houve um rápido crescimento da população da cidade de São Gabriel, que foi praticamente duplicada (ISA, 2006).

Paralelamente, em 1971, as lideranças do Alto Tiquié e Uaupés passaram a reivindicar a demarcação das terras, mas obtiveram pouco empenho por parte da Funai. Na década de 1980, o conflito entre garimpeiros, índios e empresas mineradoras pela exploração do ouro na Serra do Traíra chamou atenção do Exército, que se posicionou contra a demarcação das terras. A estratégia do Exército foi restringir o território indígena às suas aldeias e entorno e estimular a ocupação da região por outros segmentos da população brasileira (ISA, 2006).

Também na década de 1980 foram surgindo cada vez mais associações indígenas, culminando em 1987 com a fundação da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, a FOIRN. Inicialmente a FOIRN se concentrou na demarcação das terras indígenas, que ocorreu em 1995 e posteriormente se expandiu para outras atividades como a instalação de uma rede de radiofonia na região, a organização de um sistema de transporte fluvial, e a idealização e

execução de projetos de manejo sustentável de recursos naturais e segurança alimentar (Cabalzar, 2009).

3.2 O CONTEXTO GEOGRÁFICO DA REGIÃO DO RIO NEGRO E RIO TIQUIÉ

Nesta seção é apresentada a descrição dos aspectos geográficos e de ocupação da região. A caracterização dos rios da região bem como a descrição do solo e cobertura vegetal tem influencia direta com o processo de ocupação, por essa razão sua descrição é feita de maneira muitas vezes simultânea.

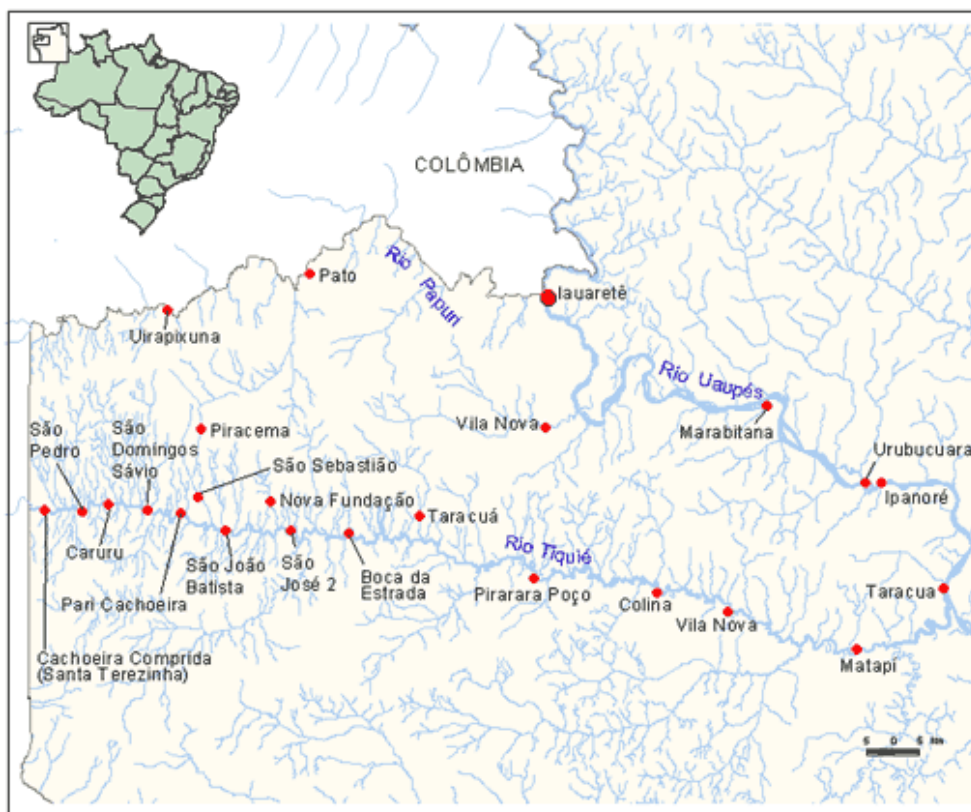
A região a ser estudada é a bacia do Alto Rio Negro, que se estende no Noroeste Amazônico, sudeste da Colômbia e sudoeste da Venezuela. Inclui inúmeros rios e igarapés, entre eles o Uaupés, Içana, Tiquié, Curicuriari, Xié, Cauaburi, Maraujá entre outros. Mais especificamente será focalizada a calha do Rio Tiquié e o baixo Uaupés.

Toda a calha do Rio Tiquié e baixo Uaupés, no território brasileiro, estão inseridas dentro da Terra Indígena do Alto Rio Negro, que faz fronteira com outras Terras indígenas, sendo elas: T. I. Rio Apaporis, T. I. Médio Rio Negro I e II, T. I. Marabitanas Cué-Cué, e T. I. Baláio (consultar Mapa X). Essas terras foram reconhecidas oficialmente pelo governo federal entre 1995 e 1996, demarcadas fisicamente em 1997 e homologadas pelo presidente da República em 1998, somando contiguamente 106 mil Km² (ISA, 2006).

No território brasileiro o Rio Uaupés tem 1.033 km de extensão e 1.375 km no total. Suas nascentes ficam localizadas na Colômbia. O Rio Tiquié é um de seus principais afluentes, com 374 km de extensão e 321 km em território brasileiro e suas nascentes também estão localizadas na Colômbia (Cabalzar, 2005). Esta região inclui alguns igarapés de relevância populacional, entre eles os igarapés Castanha, Umari e Umari Norte, Cabari, Ira e Onça, que são afluentes do Rio Tiquié e o Igarapé Iauiri que é afluente do Uaupés .

A região apresenta ampla variedade de vegetação, sendo a menor parte coberta por florestas de terra firme, predominando somente no alto Tiquié, que são utilizadas para o cultivo temporário de roças e depois abandonadas apresentando mata de crescimento secundário chamadas de capoeiras. Enquanto que 95% das margens do Rio Tiquié em território brasileiro é coberta por terras sazonalmente inundáveis ou igapós, no Rio Uaupés 12% da sua extensão é margeada por igapós áreas de boa produtividade pesqueira e ricas em cipós e seringa. O terceiro tipo de cobertura vegetal encontrado na região é a campina ou caatinga amazônica, tipo de floresta baixa e arbustiva de solo arenoso inadequado para o cultivo de roças, mais comum no médio e baixo Tiquié (ISA, 2006).

Figura 6: Comunidades indígenas Rio Tiquié, Rio Papuri e Médio Rio Uaupés.



FONTE: Instituto Socioambiental (2012)

Os povos que habitam a região pertencem a três diferentes famílias linguísticas: aruak em menor número, tukano e maku. São 11 etnias diferentes que convivem

na região com técnicas e práticas de subsistência diversas e complementares. Entre elas: Tukano, Dessano, Tuyuka, Pira-tapua, Makuna (Yebamasã), Miriti-tapua da família tukano; Yuhupde, Hupda da família maku; Tariano, Kuripako e Baniwa da família aruak (ISA, 2006).

O Rio Tiquié é o mais populoso e extenso afluente do Uaupés. Cabalzar (2005) sugere uma divisão de seu trajeto em três sub-regiões segundo características sociais e ecológicas, em baixo, médio e alto Tiquié. O baixo Tiquié compreende a área entre a foz no Rio Uaupés e a cachoeira Tucano. Seus principais afluentes são os igarapés Ira, Cunuri habitados pelos Yuhupde, ambos na margem sul. Nessa região existe um predomínio de mata de igapó e lagos o que a torna uma área rica em peixes, mas pobre para agricultura. Por essa razão tem baixa densidade populacional, com a população estimada em 335 habitantes (Cabalzar, 2005).

O médio Tiquié compreende a área entre a cachoeira Tucano até Pari Cachoeira. Seus principais afluentes são o igarapé Umari na margem norte, habitado por Dessano e Hupda; e o igarapé Castanha, na margem sul habitado por Tukano, Tuyuka, Dessano, Makuna e Yuhupde. Nessa região existem caatingas extensas, igapós, que são entremeados por terras altas próprias para o cultivo, onde geralmente estão situadas as comunidades. Apesar de ser ainda um trecho piscoso, devido a densidade populacional que se intensifica mais quanto mais próximo a Pari-cachoeira, há certa escassez de peixes pela pesca extrativa (Cabalzar, 2005).

O médio Tiquié é o trecho mais populoso do rio, com 2.375 pessoas, 70% do total, distribuídas entre 40 comunidades e sítios familiares (Cabalzar, 2005). É no médio Tiquié que estão localizadas as três maiores comunidades do Tiquié: Pari-cachoeira, São Sebastião e Bela Vista. Pari-cachoeira, centro comercial da região, é sede de uma missão católica salesiana construída em 1940 que ainda sedia um

grande colégio com primeiro e segundo grau, e de um Pelotão de Fronteira do exército contendo uma pista de pouso para aviões.

Finalmente, o alto Tiquié está situado entre Pari-cachoeira e a fronteira Brasil-Colômbia. Esse trecho é caracterizado por muitas cachoeiras intransponíveis para embarcações e para peixes. Por essa razão é muito mais pobre em peixes. Em compensação possui poucas áreas de igapó com boa disponibilidade de terras altas próprias para o cultivo. Essa região é populosa, com aproximadamente 470 pessoas (Cabalzar, 2005). Seus principais afluentes são o igarapé Onça, na margem sul habitado por Tuyukas; e na margem norte, o igarapé Cabari, habitado por Tuyukas e Hupdas e o igarapé Umari Norte também habitado por Hupdas.

3.3 DINÂMICA DEMOGRÁFICA RECENTE DO ALTO RIO NEGRO E TIQUIÉ

Nesta seção são apresentados aspectos da dinâmica demográfica da região a partir de dados censitários e do CIARN realizado em 1996. O objetivo desta exposição é tentar situar o leitor em relação à dinâmica demográfica recente da região para posteriormente, no capítulo 5, apresentar os resultados do trabalho atual.

No censo demográfico de 1980, a estimativa da população indígena residente do município de São Gabriel da Cachoeira era de 18.852 indivíduos, lembrando que não havia a categoria indígena neste censo, tendo sido utilizada a categoria cor 'parda' para classificar os indígenas. Da população total desse ano, 19.578, 18.535 eram nascidos em São Gabriel da Cachoeira. O Censo de 1991 contabilizou 17.154 indígenas em São Gabriel da Cachoeira, e no ano seguinte, em 1992, a FOIRN contabilizou 16.588 indivíduos durante a realização do CIARN. A diferença encontrada no total da população pode estar relacionada à superestimação da população indígena no Censo de 1980, que incluiu não só os indígenas entre os pardos, ou à subestimação no Censo de 1991 e no CIARN devido a uma cobertura incompleta (Azevedo, 2003).

Azevedo (2003) apresentou um balanço da população residente nas comunidades indígenas que estavam em terras demarcadas, excluindo as áreas urbanas de São Gabriel e Santa Isabel. Devido à limitação dos dados só foi possível realizar um levantamento do número total de pessoas. Para realizar tal panorama foi utilizado o banco de dados do ISA de 1996, referentes às informações coletadas durante a realização do CIARN no período de 1992 a 1995, e informações obtidas no projeto “macro zoneamento participativo das terras indígenas do Alto Rio Negro” executado pela FOIRN com parceria do ISA e financiamento da Secretaria da Amazônia do Ministério do Meio Ambiente em 2002.

Desse balanço foi possível inferir que a população geral apresentou pequeno crescimento, que não foi regular tendo alguns trechos de rio apresentado um decréscimo populacional (55% das 600 comunidades que havia em 1996 perderam população ou deixaram de existir). Se for considerado que no mesmo período (entre 1996 e 2002) a cidade de São Gabriel da Cachoeira teve sua população aumentada de 6.835 habitantes para 12.373 habitantes, enquanto que a população rural aumentou sua população de 16.305 para 17.574, um aumento muito mais discreto que a área urbana no mesmo período pode se concluir que é possível que tenha havido um deslocamento para áreas urbanas dessa população.

A calha do Rio Tiquié foi uma das regiões que teve menor perda populacional. Passando de 2355 habitantes em 1996, para 2316 habitantes em 2002, um decréscimo de 39 habitantes no período. Das 59 comunidades que existiam em 1996, 5 deixaram de existir, 24 perderam população enquanto 28 comunidades ganharam população. As comunidades maku não estão incluídas neste balanço da Calha do Tiquié, tendo sido feita uma análise em separado para estes povos. A razão para a qual a análise do grupo Maku foi realizada em separado é devido ao fato de esses povos estabelecerem residências temporárias, muitas vezes em comunidades nas cabeceiras de rios e igarapés outras vezes junto a comunidades

dos povos do tronco linguístico Tukano. Por esta razão é possível que o grupo Maku não tenha sido contabilizado corretamente neste levantamento. Ainda assim o total da população Maku contada em 1996 foi de 1456 e em 2002 de 1427 (Azevedo, 2003). Em contrapartida, na década de 1980, é possível que a região do Tiquié, principalmente o médio Tiquié tenha sido uma área de grande perda populacional para São Gabriel e outras regiões do médio e baixo Rio Negro, com a decadência do garimpo na Serra do Traíra (Cabalar, 2005).

Em relação à dinâmica demográfica da população do Tiquié, pode ser apreendido, a partir do levantamento realizado pelo CIARN, que o total da população recenseada em 1992 foi de 3496 pessoas, entre elas 1222 Tukano, 696 do grupo Maku, 667 Dessano, 365 Tuyuca, 114 Miriti-tapuia, 145 Pira-tapuia e 161 Tariana. Outros povos Tukano foram localizados, mas eram majoritariamente mulheres. Havia ainda 16 pessoas do grupo linguístico Aruak e 14 pessoas não indígenas (Azevedo, 2003). Em 2003 a população do Tiquié foi estimada em 3300 pessoas (Cabalar, 2005).

3.4 A FECUNDIDADE NO ALTO RIO NEGRO EM 1992

Nesta seção são apresentadas informações a respeito da fecundidade na região do Alto Rio Negro, obtidas através do CIARN. A realização do CIARN foi motivada pela insatisfação de lideranças da região com o Censo de 1991. Eles acreditavam que um bom levantamento demográfico da região poderia ajudar na demarcação das terras, e acreditavam que o censo de 1991 não teria cobertura do número real das comunidades e habitantes deste território (Azevedo, 2003). Os questionários foram elaborados por lideranças indígenas em conjunto com Azevedo e assessoria do Núcleo de Estudos de População (NEPO)/ Unicamp. A coleta de dados foi realizada por recenseadores escolhidos por associações indígenas locais, durante o ano de 1992 e a digitação ocorreu entre 1993 e 1994.

A dinâmica demográfica da região do Alto Rio Negro foi avaliada através dos dados do CIARN e dos Censos do IBGE e publicação “Macro zoneamento participativo das terras indígenas do Alto Rio Negro” (FOIRN e ISA, 2002): Esse trabalho contém indicadores do crescimento populacional, a distribuição por sexo, idade, etnia e local de residência (urbano e rural). Com informações dos bancos de dados do ISA foi analisada a evolução da população das comunidades no período de 1992 e 2002. Azevedo (2003) também realizou análise do perfil dos casamentos e da fecundidade da região, e para cada uma das categorias acima foi construída uma análise por etnia e/ou calha de rio.

Ao analisar a fecundidade da região do Alto Rio Negro através dos dados do CIARN Azevedo (2003) verificou que a fecundidade não varia tanto em relação à distribuição geográfica, mas muito mais em relação aos grupos étnicos. Assim, por exemplo, a taxa de fecundidade total (TFT) das mulheres Tukano em Iauaretê é de 6,82, no Tiquié é de 6,29 e no Alto Rio Negro Abaixo é de 6,11. Para as mulheres baré a TFT nas regiões do Alto Rio Negro abaixo e Rio Negro acima girou em torno de 4,5. É possível que essa diferença na fecundidade esteja mais relacionada a fatores culturais (Azevedo, 2003).

A TFT de toda a região encontrada no período acumulado de 1990 a 1992 (ou seja, a média da TFT encontrada nos quatro anos) para cada grupo linguístico foi de 4,83 filhos por mulher para as mulheres baré, 5,11 para as mulheres baniwa, 5,68 para as mulheres do grupo linguístico Tukano e 6,35 para as mulheres maku.

Outra observação que foi possível fazer foi de que as mulheres baniwa e maku começam a ter filhos mais cedo do que as mulheres tukano e baré. Para as mulheres maku, baniwa e tukano o ápice da fecundidade fica na faixa etária dos 30 aos 34 anos, já o ápice da fecundidade entre as mulheres baré fica entre 25 e 29 anos.

Como foi visto nesta seção, as informações populacionais, da fecundidade e da mortalidade infantil no Alto Rio Negro e Tiquié, apresentadas nas seções anteriores, expõe um panorama da dinâmica demográfica na região, mas demonstram como os dados são irregulares e muitas vezes de difícil comparação direta. Há ainda muito que avançar em relação a produção de dados demográficos da região e uma solução seria coleta adequada de informações de maneira regular e sistemática pelo serviço de saúde

4 METODOLOGIA

Após a apresentação e discussão da saúde reprodutiva indígena, em sua evolução histórica, suas características geográficas, suas condições demográficas e dos projetos de saúde oferecidos à população indígena do Alto do Rio Negro, como requisitos necessários para a explicitação do contexto onde o problema desta dissertação está alocado, o passo seguinte é dirigido à investigação da situação da fecundidade das comunidades indígenas que povoam a região do Alto Rio Negro, mais especificamente da calha do Rio Tiquié, com o objetivo de se avaliar o impacto do serviço de saúde oferecido pelo DSEI-ARN na fecundidade das mulheres dessas comunidades foi colocada na introdução desta dissertação como sua questão principal. A realização dessa investigação requer a produção de distintas categorias de dados. Explicitar a sistematização aqui realizada para a produção desses dados é a meta do presente capítulo. Nele é explicada a estratégia metodológica e os procedimentos que propiciaram as informações descritas ao longo desta dissertação.

A análise do comportamento reprodutivo se constitui como outro campo de informações, igualmente indispensável, para a busca de respostas às questões colocadas na introdução desta dissertação. Essa análise completa as informações aqui organizadas oferecendo os elementos que determinam os padrões e níveis de fecundidade em âmbito da população geral e no contexto dos povos indígenas. Assim, a tarefa de analisar o comportamento da fecundidade na transição demográfica¹⁴ e a fecundidade indígena é outra finalidade do presente capítulo.

¹⁴ Transição demográfica é uma teoria inicialmente desenvolvida em Princeton, pelo Office of Population Research a partir da década de 1940. F. W. Notestein *et al.*. *The Future Population of Europe and the Soviet Union: Population Projections, 1940-1970* (Geneva, 1944). Parallel works published by Princeton University Press were W. Moore, *The Economic Demography of Eastern and Southern Europe* (1945); D. Kirk, *Europe's Population in the Interwar Years* (1946); and F. Lorimer, *The Population of the Soviet Union: History and Prospects* (1946).

4.1 ESTRATÉGIA

Como é de praxe na investigação demográfica, é elaborado um quadro referencial que facilita a leitura dos dados empíricos. Tal quadro foi elaborado e apresentado nos capítulos anteriores através de referências geográficas, históricas e conceituais. O passo seguinte para que os dados requeridos sejam completados consiste na sistematização das informações demográficas que permitem a inferência sobre a dinâmica da fecundidade das comunidades que residem na região da calha do Rio Tiquié. O confronto dessas duas categorias de dados permite a identificação dos fatores que atuam na dinâmica da fecundidade dessas comunidades, a elaboração de hipóteses sobre o modo de atuação desses fatores e os problemas significativos que ocorrem na dinâmica dessa população. Esse conjunto de procedimentos permite, por sua vez, a elaboração de explicações que explicitem a situação da fecundidade desse grupo de mulheres, como o conhecimento de seu nível, através da taxa de fecundidade total (TFT), variáveis associadas ao comportamento da fecundidade, comportamento reprodutivo que justifique o padrão encontrado e particularmente, sobre o impacto dos serviços oferecidos pelo DSEI-ARN no padrão e nível da fecundidade.

Assim, a busca de fatores relacionados com a fecundidade e das causalidades a eles associadas resumem a estratégia metodológica para a produção dos dados empíricos requeridos por esta dissertação. Definida dessa forma, a pesquisa aqui realizada consiste em levantamento de dados demográficos sobre a fecundidade das mulheres da região da calha do Rio Tiquié e da coleta de informações sobre variáveis a eles associadas de tal forma que sejam identificadas regularidades de contingências e causalidades que permitam a compreensão da fecundidade nessa região, em seus aspectos culturais, relacionados ao modo de produção na região, e sua relação com a intervenção realizada pelo DSEI-ARN.

Diversas fontes de dados demográficos da população da calha do Rio Tiquié foram buscadas. O problema principal dessas fontes é sua confiabilidade. As

principais fontes de dados foram os levantamentos do SIASI DSEI-ARN de 2005, e secundariamente para fins de correção e ajuste de informações, foram igualmente considerados os dados do SIASI/ DSEI-ARN de 2009. Nesses dados, foi considerado como elemento fundamental, o Cadastro Vacinal¹⁵, ou Cadastro da Família Indígena do SIASI/ FUNASA do DSEI-ARN, com interesse específico nas informações sobre os Polos Base que ficam situados na calha do Rio Tiquié (Caruru do Tiquié, São José II, Pari Cachoeira) e baixo Uaupés (Taracúá). A escolha desse recorte foi fundamentada e justificada em duas razões.

A primeira razão foi pela forma como é organizada a assistência de saúde na região, respeitando a distribuição geográfica dos rios e estradas, e a distribuição populacional das redes de trocas matrimoniais, rituais e de mercadorias. O recorte aqui escolhido delimita as fronteiras da região selecionada para a pesquisa desta dissertação. Fazer um recorte seria necessário, pois não caberia neste trabalho uma análise de todo o território de abrangência do DSEI- ARN.

A segunda razão da escolha deste recorte geográfico para a busca de dados empíricos foi a conveniência da participação da autora deste trabalho como médica do DSEI-ARN, na região do Alto Rio Negro no período de janeiro de 2007 a agosto de 2008, mais especificamente assistindo às comunidades da calha do Rio Tiquié e Baixo Rio Uaupés. A experiência profissional e a convivência da pesquisadora com os problemas e contingências que envolvem o comportamento reprodutivo nessa região foi elemento fundamental para as análises requeridas sobre os dados disponíveis, na medida em que permitiu tanto o acompanhamento do funcionamento do serviço quanto o conhecimento etnográfico da calha do Tiquié. Infelizmente não foi possível obter os dados do SIASI referentes ao Polo Base de Taracúá, mais especificamente, o cadastro da família indígena de

¹⁵ O cadastro vacinal como o nome propõe é um cadastro de todas as famílias por comunidade e domicílio e sua situação vacinal que é atualizada a cada viagem das equipes para novas etapas de imunização. Na minha experiência pude observar que dentre os registros realizados no DSEI, o Cadastro Vacinal era o de maior credibilidade.

Taracua no ano de 2005 não foi fornecido pelo DSEI-ARN a tempo de ser incluído nesta dissertação.

Além dessas duas razões relativas a escolha dessa região a ser estudada, houve mais razões para as escolhas metodológicas aqui realizadas, tais como o período de tempo estudado, o formato das tabelas das fontes utilizadas e as correções realizadas nas inconsistências encontradas no banco de dados do SIASI/ DSEI-ARN. Cada uma dessas escolhas estão apresentadas e justificadas a seguir.

A razão para a delimitação do período de tempo considerado como objeto específico de observação desta pesquisa, o ano de 2005, se deu porque se tratava do banco de dados mais completo e que possibilitava a correção a partir do cadastro de outro ano (no caso de 2009). O banco de dados de 2009 estava tão ou mais completo que o de 2005, mas não haveria a possibilidade de correção das informações por um cadastro posterior.

Na produção desses dados, uma possibilidade considerada em relação ao período foi a elaboração de média sequencial de alguns anos, por exemplo, 2004, 2005 e 2006 para o cálculo da fecundidade, assim como dos demais cálculos. Nessa possibilidade, a tendência e o padrão da fecundidade poderiam ser observados, favorecendo a minimização de erros de registro. Essa alternativa metodológica foi desconsiderada pela impossibilidade de acesso de dados de outros anos. Estiveram disponíveis, de maneira completa, para esta pesquisa, somente os bancos de dados dos anos de 2005 e 2009. Tentando minimizar o sub-registro de nascidos vivos, as informações foram corrigidas com os dados do cadastro da família indígena do ano de 2009. É importante ressaltar que somente constam no cadastro, as crianças que sobreviveram, podendo não ter sido registradas as crianças que faleceram ainda no primeiro ano de vida, ou também aquelas que mudaram da região do Rio Tiquié para outro endereço. De um total de 114 nascidos vivos em 2005, 39, ou seja, 34,2%, só foram aparecer no cadastro da família indígena nos anos seguintes.

Outro motivo aqui registrado em relação aos parâmetros metodológicos foi o fato do DSEI Alto Rio Negro disponibilizar os dados em planilhas em formato Excell®. Essas planilhas estão divididas em Polos Base, e suas colunas apresentam as variáveis: número do domicílio e da família, nome do indivíduo, relação na família (se é pai, mãe, filho, irmão, esposa, etc.), sexo, data de nascimento, idade, etnia, comunidade, e rio em que se localiza a comunidade. Em algumas situações, mas não como regra, havia alguma observação como óbito, alteração de residência ou parentesco com algum outro membro do cadastro.

Para a organização dos dados foram elaboradas simultaneamente tabelas referentes ao ano de 2005 e 2009. Optou-se por considerar a data para os cálculos o dia 31 de dezembro de 2005, presumindo que até o fechamento do cadastro desse ano todos os indivíduos e informações referentes aos mesmos estariam incluídos no banco de dados. Assim, a idade das pessoas foi calculada para essa data.

Na comparação entre as duas tabelas os indivíduos e dados referentes aos mesmos foram cruzados com a intenção de corrigir a grafia dos nomes, data de nascimento, etnia, e família em que os indivíduos estavam inseridos no cadastro. A ausência de uma rotina fonética na grafia dos nomes produziu a variação no preenchimento de um mesmo nome nos dois cadastros. Isto se repete nos campos etnia e comunidade. Variações quanto ao uso de letras maiúsculas, abreviações de nomes, supressão de nomes ou sobrenomes, o uso de acentos, interferem nas rotinas de contagem e agregação de indivíduos para produção de estatísticas (Shankland, 2009). Optou-se por assumir os dados de 2009 como mais corretos, pois o cadastro se apresentava mais completo e organizado, além de se presumir que com o tempo as equipes possam ter corrigido informações possivelmente incompletas ou erradas de cadastros anteriores.

Para tornar os cálculos mais fáceis e diminuir a margem de erro foi preciso criar uma nova tabela na qual as inconsistências encontradas nas tabelas do DSEI foram corrigidas ou no mínimo assinaladas para alguma posterior adequação. A nova tabela teve suas colunas organizadas da seguinte maneira: comunidade, nome da mulher (estão na tabela todas as mulheres em idade reprodutiva¹⁶), etnia e data de nascimento da mãe, idade da mãe no mês de dezembro do ano considerado. Em seguida foram acrescentados os nomes e data de nascimentos dos filhos dessa mulher que se apresentavam no cadastro da família na tabela do DSEI. Foi calculada e acrescentada na tabela a idade da mãe ao ter o primeiro filho, o total de filhos registrados no cadastro e a observação se a mulher teve algum filho nascido vivo no ano.

As inconsistências e problemas que foram mais recorrentes na elaboração da nova tabela foram indivíduos, e até famílias, que desaparecem do cadastro em 2009, sem haver menção de óbito ou de migração. Nesses casos foi realizada uma busca em todos os Polos Base, inicialmente da Calha do Tiquié, e depois em todos os demais Polos Base do DSEI-ARN. Essa busca era inicialmente realizada através do nome encontrado no cadastro de 2005, em seguida caso a mulher não fosse encontrada buscavam-se diversas maneiras de localizá-la através da data de nascimento, primeiro nome, sobrenome e nome dos filhos.

A partir desses levantamentos algumas explicações foram elaboradas para esse 'desaparecimento'. Uma primeira possibilidade é a duplicação de indivíduos, isto é, pessoas que estavam cadastradas em dois Polos Base. Com bases etnográficas foi possível identificar dois fatores que contribuem para essa duplicação.

¹⁶ Neste trabalho utilizou-se o recorte de 15 anos completos à 49 anos incompletos, sendo o limite superior do grupo etário 49 anos e 11 meses. Tampouco foram encontrados nascimentos em mulheres de faixa etária inferior ou superior ao recorte escolhido.

Na comunidade de Pari Cachoeira¹⁷ existe uma escola com segundo grau onde muitos jovens de toda a calha do Rio Tiquié e alguns membros de suas famílias vêm viver, mesmo que em caráter temporário nestas comunidades. Devido a esta característica regional, foram encontrados muitos indivíduos cadastrados em Pari Cachoeira e em suas comunidades de origem.

Outro fator que contribui para uma duplicação da contagem dos indivíduos, diz respeito à característica dos grupos das etnias Hupda e Yuhupde que habitam essa região. Eles são reconhecidamente grupos que apresentam um padrão de mobilidade muito intenso. Assim é comum se estabelecerem em diferentes lugares em diferentes momentos. O sistema de contagem nem sempre consegue levar em consideração essa característica e acaba muitas vezes registrando mais de uma vez o mesmo indivíduo ou muitas vezes não são encontrados mais pelas equipes no momento da atualização do cadastro. Quando encontradas evidências suficientes de uma dupla enumeração, optou-se por excluir um dos cadastros, geralmente aquele que se encontrava menos completo. Aquelas mulheres que desaparecem do cadastro em 2009 foram assinaladas para posterior análise estatística.

Outra correção necessária foi ajustar a declaração de sexo, ao nome e/ ou à classificação em relação ao chefe da família (filho/ filha). Aqui cabe outra nota etnográfica. As populações do Alto Rio Negro ainda conservam um complexo sistema de nominação nativa. Em paralelo, também, por influência dos missionários salesianos adotam nomes em português. Quando a declaração se restringia apenas ao nome indígena nem sempre foi possível identificar se era um nome feminino ou masculino, optou-se, neste caso, por classificar o indivíduo a partir da resposta dada na variável sexo. Quando a declaração do nome sinalizava claramente o sexo da pessoa optou-se por classificar o sexo segundo o nome.

¹⁷ A comunidade de Pari Cachoeira é composta por quatro vilas: as Vilas Aparecida, São Domingos Sávio, Dom Bosco, São Miguel e Vila São José.

Além desses problemas que comprometem a consistência dos dados, outros fatores que exigiram algum tipo de correção nas informações merecem ser mencionados. Assim, sabe-se que os povos do Alto Rio Negro são preferencialmente exogâmicos, exceto aqueles pertencentes ao grupo linguístico Maku e os Makuna, portanto não é de se esperar que sejam encontrados com frequência casamentos entre indivíduos da mesma etnia. Também já foi explicitado anteriormente que a descendência é patrilinear. Foram encontrados vários casos nos quais indivíduos casados estavam classificados pela mesma etnia, ou até mesmo filhos cuja etnia não coincidia com a etnia do pai. Essa inconsistência não pode ser corrigida na maioria das vezes, pois isso exigiria uma verificação etnográfica que não foi possível realizar para este trabalho. Exceto quando no cadastro de 2009 estavam corrigidas as informações ou quando havia evidências claras de quem era o pai da criança.

Ainda, o SIASI não tem registrado com regularidade os óbitos dos filhos de cada mulher, portanto pode haver erros para o cálculo dos variáveis intermediárias da fecundidade, pois no cadastro da família não se sabe o total de filhos tidos, somente o total de filhos que residem com a mãe no momento da atualização do cadastro. Essa falta de informação em relação ao total de filhos tidos prejudica o cálculo das estimativas da idade média ao ter o primeiro filho, pois o primeiro filho pode ter migrado (especialmente se for mulher) ou falecido e não constar no cadastro. O intervalo intergenésico e a parturição média também dependem de uma informação correta do total dos filhos tidos.

Uma solução encontrada para esse problema foi utilizar para esses cálculos os grupos etários de mulheres entre 20 a 24 anos e 25 a 29 anos, pois são mulheres cujos filhos são mais novos e com menor frequência já migraram ou casaram. As informações sobre óbitos não foram possíveis de serem resgatadas nesse momento. Para isso seria necessário realizar um inquérito entre essas mulheres. O que não caberia no tempo deste mestrado.

Todos os resultados obtidos estão sujeitos a erro por se tratar de uma população pequena, mais sensível às pequenas variações entre diferentes anos, migrações, aumentos pontuais na mortalidade ou natalidade. Além disso, é importante lembrar que o banco de dados utilizado está muito sujeito a erro, pois se trata de um cadastro realizado por uma equipe de saúde, no geral técnicos de enfermagem e enfermeiros, que não receberam treinamento específico para a coleta de informações populacionais e tampouco tem acesso ao resultado desses dados. Outro fator de erro é a mobilidade desses grupos indígenas, muitas vezes acarretando a ausência de indivíduos e famílias nas visitas da equipe de saúde. Em vista disso, segue descrita a explicitação dos critérios para a estratificação e organização das tabelas apresentadas como os dados empíricos desta pesquisa.

Assim, no desenvolvimento das análises da população do Rio Tiquié cadastrada no SIASI optou-se por apresentar os resultados da população total e por grupos étnicos. Os grupos predominantes na região são o grupo Maku, correspondendo às etnias Hupda e Yuhupde e o grupo Tukano Oriental, correspondendo às etnias Tukano, Tuyuca, Dessano, Pira tapuia, Miriti tapuia, Bará. No grupo Tukano Oriental foram incluídos os indivíduos cadastrados como pertencentes à etnia Tariano, que apesar de pertencerem ao grupo linguístico Aruak, foram incluídos nas análises do grupo Tukano Oriental por falarem o idioma tukano e casarem há muitos anos com os Tukanos e possuírem concepções sobre saúde reprodutiva bastante semelhantes (Azevedo, 2003). O mesmo foi feito em relação aos dois indivíduos pertencentes à etnia baré. Não foi identificado nenhum outro indivíduo pertencente a etnias do grupo linguístico Aruak. Aqueles cadastrados como caboclos, também foram incluídos no grupo Tukano Oriental, uma vez que estavam inseridos em comunidades pertencentes a este grupo. Portanto, a maior parte das referências nas análises da população é feitas, a partir desta divisão de grupo Tukano Oriental e Maku, sendo que o leitor deverá presumir que no caso da população do Tiquié cadastrada no SIASI, os grupos étnicos incluem as etnias listadas acima.

Além disso, a princípio foram realizados cálculos mais gerais, em relação à população total. Como por exemplo, a distribuição da população por etnias, a elaboração de uma pirâmide etária e o cálculo da razão de sexo. Em seguida foram calculadas algumas informações demográficas a respeito das mulheres, como a distribuição feminina absoluta e relativa por idade.

Em seguida foi realizado o cálculo da fecundidade que representa o número de filhos nascidos vivos de uma mulher ao longo de seu período reprodutivo. A fecundidade indica o desempenho reprodutivo de uma mulher ou grupo de mulheres que já completaram o período reprodutivo (da menarca à menopausa). A taxa de fecundidade total expressa o número de nascidos vivos de mulheres entre 15 e 49 anos ao final de seu período reprodutivo.

O cálculo da fecundidade foi obtido pelo método indireto, através da informação de filhos nascidos vivos registrados no SIASI no cadastro da família indígena do ano de 2005, e do número de mulheres em idade fértil por faixa etária. As mulheres foram agrupadas em grupos quinquenais de idade, dos 15 anos completos aos 19 anos incompletos, dos 20 anos completos aos 24 anos incompletos, e assim por diante. Todas as mulheres, casadas ou solteiras, de 15 a 49 anos foram incluídas, independentemente de terem filhos ou não. Dessas mulheres foi checada a idade ao ter o primeiro filho, a quantidade de filhos declarados¹⁸, e a presença ou não de algum nascimento naquele ano. Foram subtraídas desse cálculo as mulheres cujas informações não estavam completas.

Obtendo-se inicialmente a taxa de fecundidade específica por faixa etária, que corresponde ao número médio de nascimentos por mulher nas diferentes faixas etárias. Essa média é obtida através da divisão do número de nascidos vivos de cada grupo etário materno, pelo número de mulheres em cada grupo etário, e em

¹⁸ Os filhos declarados são os filhos que foram declarados como residentes no domicílio de residência da mãe, ou cuja filiação pôde ser determinada pelo nome dos pais e próprio. Algumas vezes essa verificação da filiação pôde ser corrigida pelo conhecimento da presente autora ou colaboradores.

seguida calculado a taxa de fecundidade total, através da multiplicação da somatória das taxas específicas pelo intervalo de anos das faixas etárias estudadas, que no caso deste trabalho é de cinco anos. O resultado da soma das taxas específicas de fecundidade não sofre influência da distribuição etária exatamente porque é obtido, através dos grupos etários.

Além do cálculo indireto da fecundidade foram realizadas as aferições para a estimativa de outras variáveis intermediárias da fecundidade, como a idade média ao ter o primeiro filho, o intervalo intergenésico, a proporção de mulheres em idade fértil que estão em um relacionamento estável e a parturição média.

A idade média ao ter o primeiro filho mostra com que idade as mulheres iniciam sua vida reprodutiva. Quanto mais cedo uma mulher começa a ter filhos, maior será seu período reprodutivo e, portanto, é potencialmente maior a chance desta mulher ter filhos ao longo de sua vida. O contrário se dá quando há um início tardio na vida reprodutiva, diminuindo os anos em que a mulher está exposta a ter filhos, já que o término da vida reprodutiva tende a ser por volta dos 50 anos de idade, com a menopausa.

A idade ao ter o primeiro filho foi calculada através do tempo (em anos) transcorrido entre a data de nascimento da mãe e a data de nascimento do primeiro filho registrado no cadastro. O óbito dos filhos durante o primeiro ano de vida, ou em qualquer momento da vida, bem como a mudança de endereço (a saída do filho do domicílio e / ou comunidade) não pôde ser registrado, pois o banco de dados utilizado é um cadastro das pessoas que residem em um domicílio/ comunidade e sua relação com o chefe do domicílio em que residem. Dessa maneira, acredita-se que quanto maior a idade da mulher, maior a chance de omissão da informação referente ao primeiro filho. Portanto optou-se por considerar a idade média ao ter o primeiro filho, apenas dos três primeiros grupos etários: de 15 a 19 anos, de 20 à 24 anos e de 25 à 29 anos.

O intervalo intergenésico médio é o intervalo de tempo médio entre o nascimento dos filhos durante o período fértil, ou seja, é a média de anos que uma mulher leva entre o nascimento de seus filhos. O período fértil, por sua vez, é o período transcorrido entre o nascimento do primeiro filho e o nascimento do último filho. O intervalo intergenésico médio foi calculado, então, a partir da divisão do período fértil pelo total de filhos tidos menos um. E o intervalo intergenésico médio foi obtido através da média dos intervalos intergenésicos de todas as mulheres em idade fértil que tiveram dois ou mais filhos registrados. O mesmo problema em relação à omissão das informações a respeito dos óbitos dos filhos e dos filhos que mudaram de endereço ocorre neste cálculo.

Outra variável intermediária da fecundidade é a proporção de mulheres vivendo em um relacionamento estável. Como no cadastro da família do SIASI-ARN não havia menção sobre casamento, optou-se por considerar uma mulher em relação conjugal estável, todas as mães de famílias/ domicílios que houvesse menção do pai, ou nos casos em que a mulher foi classificada como esposa em um domicílio. Nos domicílios em que não há registro de pai, a mulher foi considerada como não casada. Os casos de viuvez, separação ou pai ausente ou não registrado não puderam ser distinguidos das mulheres não casadas. A proporção de mulheres vivendo em um relacionamento estável foi obtida em cada grupo etário e em seguida essa informação foi relacionada à presença ou não de filhos entre as mulheres com ou sem relacionamentos estáveis.

A Paridade média é o número de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher até uma determinada idade. A paridade média foi calculada através da média de filhos tidos pelas mulheres de cada faixa etária. Ou seja, foi somado o total de filhos tido por cada mulher em uma determinada faixa etária e em seguida dividido pelo total de mulheres por faixa etária. Por último são realizados cálculos para estimar a proporção de filhos tidos entre as mulheres casadas e não casadas. Para facilitar a compreensão do papel do casamento para os povos do Rio Tiquié e a possível influência que exerce na decisão de ter filhos, foram elaboradas tabelas com os

valores absolutos e relativos de mulheres casadas e da presença ou não de filhos entre as mulheres casadas e aquelas não casadas.

Parturição é o número acumulado de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher até determinada idade. O cálculo da parturição média foi obtido a partir da razão entre o número de mulheres de uma determinada faixa etária e o total de filhos nascidos vivos desta faixa etária. Na faixa etária de 45 a 49 anos, a parturição média pode representar a “fecundidade completa” desta coorte de mulheres.

4.2 FECUNDIDADE

A pressuposição inicial deste trabalho, tal como se pode inferir dos conteúdos dos capítulos anteriores, questiona a aplicação generalizada da teoria da transição demográfica, para a dinâmica demográfica dos povos indígenas do Alto Rio Negro. Esse modelo teórico descreve um fenômeno no qual haveria uma transformação de um regime de alta fecundidade e alta mortalidade, em um regime onde tanto a fecundidade como a mortalidade são baixas. Esse fenômeno é baseado, principalmente, na experiência de países da Europa Ocidental, procurando relacionar as transformações socioculturais nesses países às mudanças nas taxas vitais (Oliveira e Szmrecsanyi, 1980). No modelo clássico a queda da mortalidade antecederia a queda na fecundidade, tendo como resultado um aumento populacional, seguido por um período de estabilidade, no qual a mortalidade e a fecundidade são baixas, podendo passar a um decréscimo populacional caso a fecundidade caia abaixo dos níveis de reposição. Essas variações seriam sempre de queda e uma vez que uma população passasse pela transição demográfica o fenômeno seria irreversível (Caldwell, 1987; Caldwell, 2004; Van de Kaa, 2002).

Para os críticos da Teoria da Transição Demográfica, sua posição de teoria explicativa da dinâmica populacional é muito ambiciosa, quando, na verdade, se trata da síntese da experiência dos países da Europa Ocidental (Oliveira e Szmrecsanyi, 1980). Por exemplo, essa transformação não é observada nos contextos ameríndios, onde embora a mortalidade tenha diminuído, a fecundidade tem se mantido alta (Pagliaro e Azevedo, 2005; Pagliaro, 2009). Essa diferença, observada também nas comunidades indígenas que povoam o Alto Rio Negro, pode não estar relacionada a momentos diferentes da transição demográfica dessas populações, como é afirmado em Shankland (2009), mas a um padrão distinto de transformação da dinâmica demográfica. Por esse motivo, são questionáveis as afirmações que assumem as transformações advindas do

avanço dos valores urbanos e industriais como fatores inevitáveis da queda da fecundidade.

A dinâmica demográfica de uma população é uma questão complexa dependente da interdependência de fatores que afetam a fecundidade, a mortalidade e a migração - três grandes famílias de processos que atuam como determinantes da referida dinâmica demográfica. A compreensão da integração e evolução desses fatores desponta como elemento fundamental para a compreensão da dinâmica demográfica. Compreender as causas e o papel que as transformações nos padrões e níveis da fecundidade nos diversos modelos e momentos da transição demográfica é uma das questões centrais da demografia. É tradição na literatura demográfica o reconhecimento de que a forma como a transição demográfica se deu em cada país, ou mesmo como ela evoluiu ao longo do tempo em um mesmo contexto regional, é muito variável, em função de condições socioeconômicas e demográficas qualitativamente diversas. Nessas transições são observadas regularidades que se replicam e que revelam os diferenciais demográficos em distintas populações (Camargo, et al., 2005; Oliveira e Szmrecsanyi, 1980).

4.2.1 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E A QUEDA NA FECUNDIDADE

A queda na fecundidade, um dos fatores da dinâmica demográfica, é um fenômeno igualmente complexo que requer o auxílio de diversas disciplinas tendo em vista o amplo conjunto de fatores que se integram numa trama de causalidades na qual não é fácil identificar os fatores responsáveis por suas variações e suas influências em cada um dos distintos contextos demográficos. Essa trama integrada de fatores que dão origem à força da dinâmica reprodutiva dos povos tem transformado os níveis e padrões da fecundidade no mundo. Cada um desses fatores mereceria uma análise profunda, meta que transcende os limites desta dissertação, por isso eles serão apenas mencionados a seguir, como um registro necessário para esclarecimento geral do quadro de referências

requerido por este trabalho (Caldwell, 1987; Caldwell, 2004; Sobotka, 2011; Van de Kaa, 2002).

A adoção do modelo de famílias menores, presente na sociedade urbano-industrial, surge como um desses fatores com visível impacto nos padrões de produção, consumo, educação e lazer. A mudança do papel dos filhos que deixaram de ser um auxílio e passaram a ser um custo para a economia doméstica. A queda na mortalidade infantil é outro fator, pois em regimes de alta mortalidade infantil as famílias teriam muitos filhos para compensar as perdas, e à medida que a fecundidade cai, aumentaria a intensidade dos cuidados dos pais em relação aos filhos. A inserção da mulher no mercado de trabalho, reduzindo seu tempo para criação dos filhos. A influência cultural, levando a difusão da ideia de famílias menores como algo positivo, independente das condições sócio econômicas. A disponibilidade de técnicas de anticoncepção modernas e a difusão de seu uso, estimulada pelo Estado, pelos serviços de saúde e pelas instituições não governamentais. Esses fatores colaboram para produzir padrões de fecundidade diversos em cada país, ou região (McNicoll, 1994; Sobotka, 2011).

Confirmando a singularidade de cada situação podem-se analisar como distintos contextos integram esses fatores de forma diferentes como constatado no fenômeno da queda da fecundidade na Europa. Nessa região, a fecundidade atingiu índices abaixo dos níveis de reposição (low low fertility levels), o que foi denominado por Ron Lesthaeghe e Dirk van de Kaa em 1986 (Caldwell, 2004; Van de Kaa, 2002) de segunda transição demográfica. Tal fenômeno é tema de grande preocupação e intenso debate entre formuladores de políticas públicas e demógrafos. Diversas revisões bibliográficas têm buscado encontrar as razões para a manutenção de níveis tão baixos de fecundidade na Europa (McNicoll, 1994; Philipov, 2009; e Sobotka, 2011).

Em uma dessas revisões bibliográficas (Sobotka, 2011) são citados estudos que relacionam o pessimismo associado a períodos de recessão econômica, como a recente ocorrida em 2008, com a queda ou adiamento da fecundidade.

Decisive, so it would seem to me, is what people want out of life. What is the end state they aspire to? How do they look upon themselves as human beings? Do they live life in order to gain an ever blissful and happy afterlife? Or do they only recognize the one life as it is to be lived here and now? How important is having a partner and a family when going through life in comparison to the other goals a person might have, such as making a career, or using one's artistic talents to the full? And, what is the priority accorded to such goals when they are brought in competition with seeing a bit of the world, possessing luxury goods, and being able to have access to the newest technologies?

(Van de Kaa, 2002: 24).

No mesmo artigo, Van de Kaa (2002) associa tal queda ao papel secundário dos filhos na vida do casal. Opondo-se ao papel central que a criança tinha na vida dos pais, durante a primeira metade do século XX, levando à queda inicial da fecundidade. A opção de postergar o início da vida reprodutiva levaria a um impacto temporário nos níveis de fecundidade¹⁹ (Philipov, 2009). A decisão de adiar o nascimento de um filho como resposta à crise econômica teria mais relação com as aspirações econômicas do casal e à incerteza causada pela crise, do que em situações de depressão econômica, mas com maior estabilidade (Easterlin (1973, 1976) apud Sobotka, 2011). A valorização da mulher no mercado de trabalho também tem sido observada como aspecto importante para a variação das taxas de fecundidade na Europa, na medida em que ter filhos é proporcionalmente mais trabalhoso quanto maior a participação da mulher na economia (Philipov, 2009; e Sobotka, 2011). Ao contrário, quanto mais políticas pró natalistas são oferecidas, maior a taxa de fecundidade observada. Alguns estudos apontam que a fecundidade aumentaria consideravelmente, em níveis acima dos de reposição, se o número de filhos desejado pelos casais fosse realmente alcançado. Essa discrepância entre a intenção de ter filhos e o comportamento reprodutivo adotado reflete uma fecundidade não realizada

¹⁹ Efeito tempo: O adiantamento ou a postergação dos filhos que teriam, como consequência, uma variação, que pode ser temporária, no nível da taxa de fecundidade total.

(Philipov, 2009) demonstrando que existe uma demanda por políticas pró natalistas.

Essa descrição abreviada do caso europeu revela algumas das razões que mantêm as taxas de fecundidade abaixo do nível de reposição, nesse continente. Esse fato tem sido relacionado ao contexto econômico, ao papel da mulher no sistema de produção e às políticas públicas de incentivo a família, três dos conjuntos de fatores citados acima (Philipov, 2009; e Sobotka, 2011). A semelhança propiciada pela progressiva proximidade dos povos indígenas ao contexto urbano industrial legitima a comparação de como os fatores atuam sobre a Europa e sobre os povos indígenas? Embora os fatores que afetam a fecundidade europeia e a fecundidade dos povos indígenas sejam os mesmos, a mediação de distintos processos históricos, culturais e recursos faz com que eles se apresentem com forças e vetores diferentes em cada contexto.

Conquanto seja inegável que cada vez mais as sociedades indígenas estejam mais próximas e/ou inseridas dos contextos urbanos e industriais, como é o caso da região do Alto Rio Negro, isso não significa que as transformações acarretadas por essa inserção obedeçam a uma via única de transformação. Admitir isto é supor que as sociedades indígenas estão fadadas a sucumbirem aos valores da sociedade urbana industrial, algo que não é compartilhado neste trabalho, porque pressupõe que a inserção das sociedades indígenas nunca é completa, mas sempre parcial. Tais comparações ensinam que quando se pretende refletir sobre um fenômeno como o da fecundidade, é necessário levar em consideração não só a concepção que a demografia tem de tal fenômeno, como também os processos sociais envolvidos na concepção indígena de fecundidade (Camargo, et al., 2005; Pagliaro e Azevedo, 2005; Pagliaro, 2009).

4.2.2 ESPECIFICIDADES DA DINAMICA DEMOGRAFICA DO RIO NEGRO

Mesmo uma análise superficial mostra que a influência desses fatores é intermediada por dinâmicas que diferenciam suas influências em contextos específicos. Essa intermediação aparece nas sociedades indígenas na complexidade das relações de parentesco. O parentesco constitui a base da estrutura social na qual as famílias cumprem papéis de produção, de representação política e religiosa (Camargo, et al., 2005). O caso do Alto Rio Negro não é diferente (Azevedo, 2003). Assim, discorrer sobre a concepção de fecundidade implica necessariamente referências à estrutura social e cultural dessa região. No caso em questão, trata-se da relação entre o sistema de parentesco, a concepção sobre o papel feminino e masculino na fecundação e as normas relativas à concepção e contracepção. A análise dessas questões é sempre inesgotável, mas apontar os fatores que são considerados fundamentais, ao se refletir sobre a questão da fecundidade indígena, sempre enriquece essa análise.

A região do Alto Rio Negro se caracteriza por conformar um sistema social integrado, como mencionado anteriormente, no qual grupos exogâmicos patrilineares participam de uma rede de trocas matrimoniais, rituais e de mercadorias. Esses grupos são compostos, por sua vez, por um conjunto de sibs/clã que estão organizados hierarquicamente pela ordem de nascimento. Os casamentos acontecem entre esses grupos e o padrão de residência pós-matrimônio é predominantemente patrilocal. Assim, as mulheres é que normalmente se mudam para a casa do marido. É importante notar também que, para a maior parte dos grupos do Alto Rio Negro, o casamento deve obedecer também uma exogamia linguística, isto é, esposo e esposa devem falar línguas distintas. Essas características fazem com que a mulher seja um “signo da diferença no interior do grupo local, metaforizando a alteridade e seus perigos”

(Lasmar 2005: 63). Considerando-se um papel tão peculiar para a mulher nesses povos, seria ingênuo ignorar a mediação desse papel na dinâmica da fecundidade.

Essa mediação revela que a família é formada por pessoas de grupos exogâmicos distintos para criar uma nova geração do grupo paterno e também a reunião de poderes sexuais opostos a fim de fazer crianças. “Thus, marriage breaks up the sibling groups of the established generation at the same time as it creates the new united ones of the next.” (C. Hugh-Jones 1979: 161). Esse papel do casamento sobre os clãs chama a atenção para o fato que a produção e o desenvolvimento do corpo físico estão intimamente relacionados à produção e ao desenvolvimento do grupo social que esse corpo faz parte. Essa influência também impacta em alguns aspectos da concepção do papel feminino e masculino na fecundação.

Para os Tukano, o sangue e os fluidos corporais do recém-nascido são formados pela mulher, enquanto os ossos pelo homem. Os ossos sendo a parte durável e permanente e o sangue e os fluidos corporais a parte temporária. Essa concepção está intimamente relacionada à estrutura social patrilinear da região, na medida em que cabe a linhagem paterna transmitir ao recém-nascido à consanguinidade. Se, por um lado, o processo de transformação do sêmen masculino em osso é fundamental para fazer essa transmissão; por outro, não é suficiente. São necessários outros procedimentos para esse processo se completar (Azevedo, 2003).

Quando chega o momento do parto, a mulher vai à roça de mandioca acompanhada de outra mulher mais experiente para ter a criança. Nesse momento, nenhum homem pode estar presente. Após o nascimento da criança, as mulheres voltam para a casa da família do pai. Os pais e o recém-nascido permanecem alguns dias reclusos, até o momento em que o xamã faz um benzimento para liberar o primeiro banho pós-parto. É depois desse primeiro banho que se completa a fase do nascimento.

If we summarise the whole process from manioc garden to incorporation into the normal communal life of the longhouse, we see that a natural mother-child tie (birth in manioc garden) is followed by the addition of the paternal tie which decides the child's social identity (seclusion of family unit) and then by the rebirth of the child and parents (entrance after bathe). (C. Hugh-Jones, 1979: 133)

A esses procedimentos segue-se o ritual de nomeação que ocorre concomitantemente é fundamental para o processo de produção de uma pessoa. Ao dar nome ao recém-nascido, está-se fixando a alma no corpo do recém-nascido. Essa alma/nome é parte do estoque de nomes que cada clã patrilinear tem e vem da segunda geração de ego. Esse ritual de nomeação se junta à transmissão das substâncias entre pai e filhos como fundamentais tanto à produção de uma nova pessoa quanto à perpetuação dos grupos patrilineares.

Pode-se dizer que a mulher é a portadora da afinidade para as comunidades vizinhas ou distantes e a incorporação pela casa do pai é uma consaguinização dessa afinidade. Dessa posição das mulheres deriva um comportamento fundamental: a mobilidade feminina. A mulher espalha a afinidade e articula as comunidades através das alianças políticas (Azevedo, 2003), ao passo que o homem acumula tais alianças. Nessa perspectiva, o casamento significa uma redistribuição dos poderes reprodutivos feminino, cujo resultado principal é a produção de uma nova geração. Os rituais do nascimento revelam a íntima relação entre a cultura e a dinâmica reprodutiva de um grupo.

A produção do grupo envolve não apenas sua preservação e manutenção, mas sobretudo seu crescimento do grupo. O ideal de crescimento dos grupos pode ser notado em vários trabalhos²⁰ e tem impacto direto sobre o fenômeno da fecundidade, na medida em que tal crescimento implica, entre outras coisas, gerar mais filhos.

²⁰ Goldman (1963); C. Hugh-Jones (1979); S. Hugh-Jones (1979); Århem (1981).

Se por um lado esse ideal de crescimento tem se vitalizado na região, isso não significa que o processo de crescimento populacional ocorra de maneira desenfreada. O controle sobre a fecundidade das mulheres Tukano, por exemplo, é maior nas mulheres mais jovens através de benzimentos e do uso de plantas contraceptivas. As mulheres jovens, antes de se casar, pedem a um benzedor (*kumu*, como é chamado na região) que faça um benzimento para que não tenham filhos até o momento do casamento ou um pouco depois. Durante o casamento, a maneira como controlam o nascimento dos filhos é através do espaçamento entre as gestações, obtido principalmente pelo estabelecimento de abstinência sexual, de dois anos em média. No final de seu período reprodutivo a mulher pode novamente solicitar ao *kumu* para benzê-las de forma a não terem mais filhos de maneira definitiva. Essa medida é tomada por mulheres que já tiveram muitos filhos ou aquelas que já estão sentindo alguns sintomas associados ao climatério. Existem, portanto, várias situações nas quais procedimentos são adotados a fim de controlar a fecundidade (Azevedo, 2003). A dinâmica da fecundidade é afetada por procedimentos sociais e culturais a fim de se controlar o número de filhos.

Esse ideal de crescimento ainda é muito vivo entre os povos do Alto Rio Negro e vem se vitalizando nas últimas duas décadas por causa do cenário político, social e econômico mais favorável aos povos indígenas. É interessante notar que a região sofre também intensificação da urbanização em algumas áreas – Iauaretê, Pari-Cachoeira, Taracuá, Cucuí. A dinâmica da fecundidade na região contrasta com o fenômeno da transição demográfica na medida em que a intensificação da urbanização não está associada a uma queda na fecundidade, mas a um aumento.

Não é só a demografia que pode estar se equivocando ao supor que o comportamento reprodutivo indígena segue as tendências vivenciadas nas sociedades que atravessaram a transição demográfica. Seria um risco para os serviços de saúde e os programas de planejamento familiar oferecidos aos povos indígenas levarem em conta algum padrão ocidental de fecundidade. Tais serviços

tem que responder aos interesses e especificidades das comunidades, assegurando o direito ao acesso ao planejamento familiar na medida em que assim seja a vontade dos povos indígenas.

A especificidade de condições socioculturais dos povos indígenas desponta como elemento crucial na elaboração de políticas de direitos reprodutivos. Esse aspecto nem sempre tem sido levado em consideração, como se observa até mesmo na influência da Declaração do Cairo²¹, que não explicita claramente esses fatores apesar de ser uma proposta ampla, que vai além das abordagens biomédicas, mostra-se inadequada para as sociedades indígenas, como é o caso dos povos do Alto Rio Negro, quando prega a liberdade do indivíduo de decisão sobre a própria vida sexual e reprodutiva, confrontando com os princípios das sociedades indígenas onde a construção coletiva da pessoa é fundamental para as formas de representação da corporalidade, da sexualidade e da individualidade.

A consciência dessa especificidade mostra a importância da distinção entre ideais reprodutivos diferentes e acesso precário aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, sem deixar de considerar que os povos indígenas não são estáticos em sua cosmovisão, podendo apresentar câmbios de valores e atitudes. Ao entrarem em contato com a medicina ocidental, os povos indígenas desenvolveram conhecimentos e saberes que continuamente definem e transformam o que para eles é doença e saúde, o que causa doenças e o que as curam, e o que é cura (Shankland, 2009) e igualmente transformam sua perspectiva de família e de reprodução, particularmente as mudanças que vem ocorrendo no papel socioeconômico da mulher indígena, fator altamente significativo em sua saúde (Coimbra Jr, 2003) e fecundidade.

²¹ A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, conhecida como Conferência do Cairo, realizada em 1994, constitui um marco na politização do tema da saúde reprodutiva, mudando o foco do debate do controle de natalidade para uma discussão mais ampla da promoção da condição da mulher e dos direitos reprodutivos dos indivíduos sem discriminação, coerção ou violência.

Em síntese, a fecundidade é mais do que uma taxa que corresponde a média de filhos tidos por um grupo de mulheres, mas é também, resultado das condições históricas e atuais de uma determinada população. Embora possa, aparentemente, ser o resultado da soma de decisões individuais de um grupo de pessoas, ou casais, a fecundidade é fruto de determinantes/ determinismos que atuam no coletivo.

No caso dos Povos do Alto Rio Negro, os fatores culturais que determinam a construção do comportamento reprodutivo desse corpo coletivo, se deparam com a oferta de tecnologia e do acesso ao serviço de saúde, gerando um resultado que lhes é singular em relação aos seus níveis e padrões de fecundidade.

Depois de explicitados os procedimentos que constituem a estratégia metodológica, o próximo capítulo irá expor o levantamento de dados do trabalho a partir do qual serão elaboradas hipóteses e tendências do comportamento reprodutivo.

5 RESULTADOS

FECUNDIDADE DAS MULHERES INDÍGENAS NO TIQUIÉ EM 2005

Neste capítulo serão apresentadas as informações produzidas a partir da metodologia explicitada no capítulo anterior. Será apresentada uma série de tabelas e gráficos sobre a dinâmica demográfica e a fecundidade, de maneira a permitir a demonstração das análises realizadas. As informações foram obtidas a partir do banco de dados do ano de 2005 do SIASI do DSEI-ARN.

5.1 RESULTADOS GERAIS E POR GRUPO ÉTNICO

A população total cadastrada pelo SIASI no Rio Tiquié em 2005 foi de 3.465 pessoas, sendo 1.688 mulheres e 1.777 homens e dois recém-nascidos de sexo ignorado, conforme a tabela 1. A figura 7 mostra diferentes estimativas populacionais do Rio Tiquié, realizadas em momentos diversos: o Censo Indígena Autônomo do Rio Negro (CIARN), realizado em 1992 (Azevedo, 2003); levantamento realizado pelo ISA (Instituto Socioambiental) durante os anos de 1995 e 1996 coordenado pelo antropólogo Jorge Grunberg (Azevedo, 2003); o Macrozoneamento participativo das Terras Indígenas do Alto Rio Negro, financiado pela Secretária da Amazônia do Ministério do Meio Ambiente, em 2002 (Azevedo, 2003); o levantamento realizado pelo antropólogo Aloísio Cabalzar em 2003 e, finalmente, as informações levantadas neste trabalho com os dados do DSEI-ARN de 2005.

Como esperado, o fato de a figura 7 apresentar a estimativa populacional captada de fontes diferentes, a variação encontrada pode ser principalmente atribuída à maneira como essa população foi contada. Como os resultados são discrepantes, com uma variação grande no número total da população, não é possível presumir tendência da população a partir dessas informações gerais

Da população estudada no presente trabalho, o grupo mais numeroso é dos Tukano com 1.048 indivíduos, seguido dos Hupda com 967 indivíduos. As outras etnias com mais de 500 pessoas são os Dessana com 559 e os Tuyuka com 511 pessoas. Ainda, os Yuhupde, Makuna e Miriti-tapuia são uma população significativa em relação ao total da população da região, conforme se pode observar na tabela 1. As demais etnias que aparecem nos cadastros do SIASI, Bará, Barassana, Baré, Carapanã, Cubeo, Pira-tapuia, Tariano, Tatuyu e Wanano, são populações pequenas, com menos do que 40 pessoas cada uma. Os Tariana somavam um total de 14 mulheres e 11 homens; e dois indivíduos pertencentes à etnia Baré.

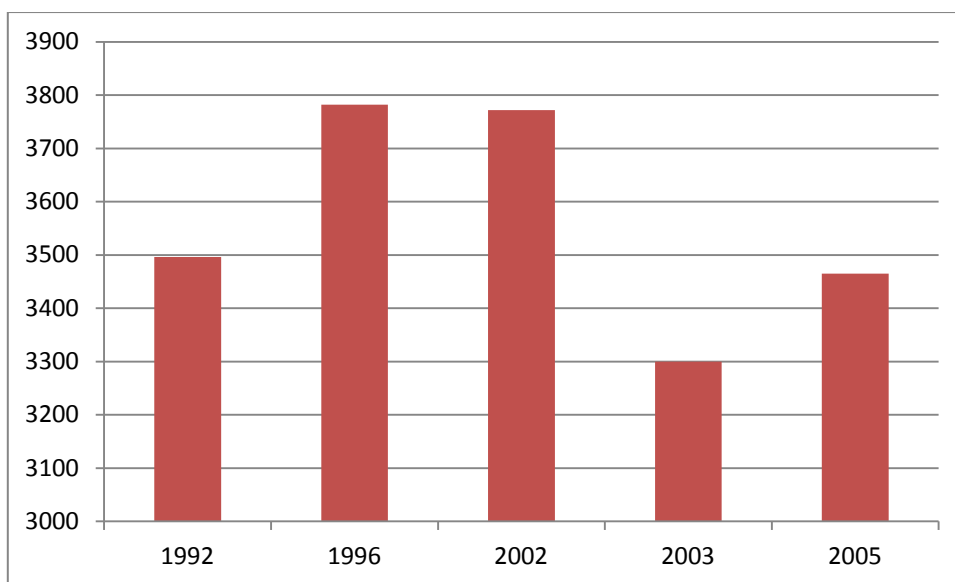
Ainda sobre dados de população total, destaca-se o fato de 18 pessoas estarem classificadas como caboclos, sendo 7 mulheres e 11 homens, ou seja, possivelmente são não indígenas que estão casados com indígenas e moram nessa terra indígena. Todas as pessoas classificadas como caboclos eram residentes em comunidades de Pari Cachoeira, 12 na Vila Aparecida, 4 na Vila Dom Bosco e 1 na Vila São Domingos. Os adultos classificados como caboclos (no total de 4 indivíduos) eram homens, casados com mulheres índias cujos filhos estão igualmente classificados como caboclos. Como já foi mencionada anteriormente, a comunidade de Pari Cachoeira é um polo regional no Tiquié, na medida em que nela se situa uma unidade do Pelotão de Fronteira do Exército, uma escola estadual de segundo grau e um centro comercial. Esse fato pode influenciar a presença de não índios morando nessas comunidades.

Tabela 1: População Total do Rio Tiquié e afluentes por sexo e etnia em 2005

ETNIA	HOMENS	MULHERES	TOTAL
BARÁ	9	10	19
BARASSANA	0	3	3
BARÉ	1	1	2
BUIA TAPUIA	3	1	4
CABOCLO	11	7	18
DESSANA	289	270	559
HUPDA	473	494	967
IGNORADO	3	8	11
KARAPANÃ	14	7	21
KUBEO	0	2	2
MAKUNA	50	56	106
MIRITI TAPUIA	22	22	44
PIRATAPUIA	0	6	6
TARIANO	11	14	25
TATUYO	0	1	1
TUKANO	576	472	1048
TUYUKA	256	255	511
WANANO	3	0	3
YUHUPDE	56	59	115
TOTAL	1777	1688	3465

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Figura 7: estimativas da população do Tiquié/ várias fontes.



FONTES: CIARN (1992), ISA (1996), ISA/FOIRN/MMA (2002), CABALZAR (2003), DSEI-ARN (2005)

Outro dado que chama a atenção é a existência de 11 pessoas cuja etnia era ignorada e não pôde ser definida porque não havia referência sobre quem era o pai ou sobre sua etnia. Como já mencionado anteriormente, os filhos pertencem à etnia do pai, sendo, portanto, a descendência patrilinear.

5.2 PERFIL ETÁRIO GERAL E POR GRUPO ÉTNICO

A seguir são apresentados gráficos da população total da região por etnia e faixa etária. Os gráficos foram criados como pirâmides etárias, que são uma representação da composição por sexo e idade de uma população, resultado de sua reprodução através do tempo. Cada faixa do gráfico representa o peso de cada grupo etário e relação entre o sexo.

Três pirâmides etárias foram elaboradas a partir da porcentagem da população masculina e feminina em cada faixa etária em relação à população total. A primeira (figura 8) mostra a população total, e as duas seguintes (figuras 9 e 10)

mostram o perfil etário dos grupos, Tukano e Maku, divisão que será empregada na exposição dos dados conforme explicitado no capítulo da metodologia, no capítulo 3.

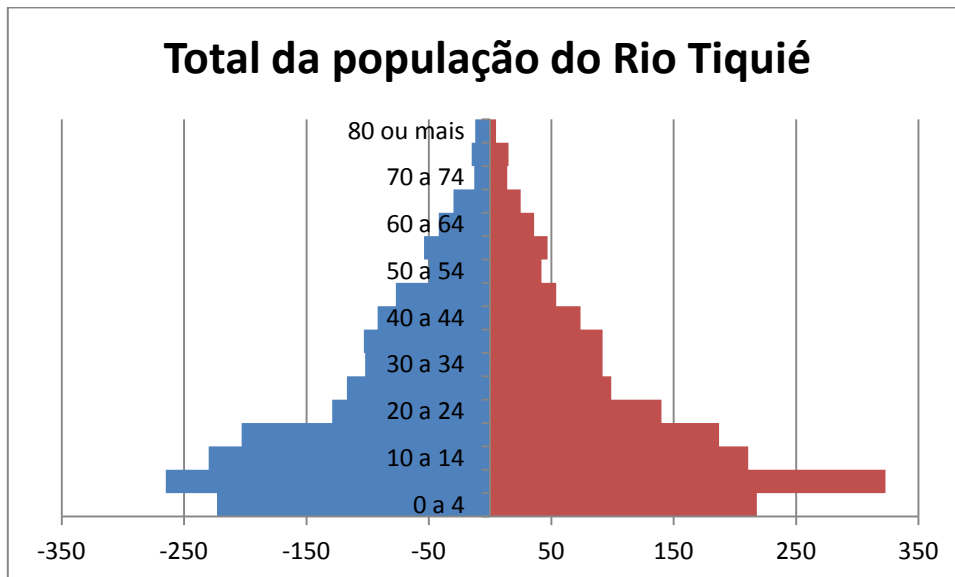
De uma maneira geral, as três pirâmides apresentam sua base alargada, no formato de uma pirâmide propriamente dita, significando uma população com altas taxas de natalidade e mortalidade.

A pirâmide etária do grupo Maku (figura 10) apresenta um declínio mais suave após a faixa etária de 5 a 9 anos, significando, possivelmente, maior mortalidade até esse grupo etário. É possível perceber, também, menor proporção de meninos na primeira faixa etária, tanto em relação ao mesmo grupo etário de meninas, quanto em relação ao grupo etário seguinte. As hipóteses para isso são subnotificação preferencial do sexo feminino, ou seja, menos mulheres são reportadas para o cadastro vacinal do serviço de saúde, pode ser também uma sobrevivência maior do sexo feminino associada ou não por preferência real pelo sexo feminino, ou simplesmente algum erro no banco de dados.

A pirâmide etária do grupo Tukano (figura 9) apresenta um declínio mais acentuado entre a faixa etária de 15 a 19 anos e a faixa etária de 20 a 24 anos, podendo indicar possível mortalidade ou migração em anos anteriores. Também é possível notar menor proporção de crianças de ambos os sexos, mais acentuada no sexo feminino, na primeira faixa etária. Isto pode indicar a diminuição nas taxas de fecundidade nos últimos cinco anos, ou ainda a subnotificação de crianças nesse grupo, hipótese mais provável (Sousa, 2008; Pereira, 2011; Madeira, 2009). Em relação à diferença entre os sexos são possíveis duas explicações. Inicialmente, a preferência pelo sexo masculino, que é descrita na literatura, ou subnotificação das crianças do sexo feminino, o que também indicaria distinção entre os sexos. Na faixa etária dos 5 aos 9 anos há grande desproporção de crianças do sexo feminino, tanto em relação às faixas etárias anterior e seguinte, como em relação ao sexo masculino. Isso, assim como no caso da pirâmide maku,

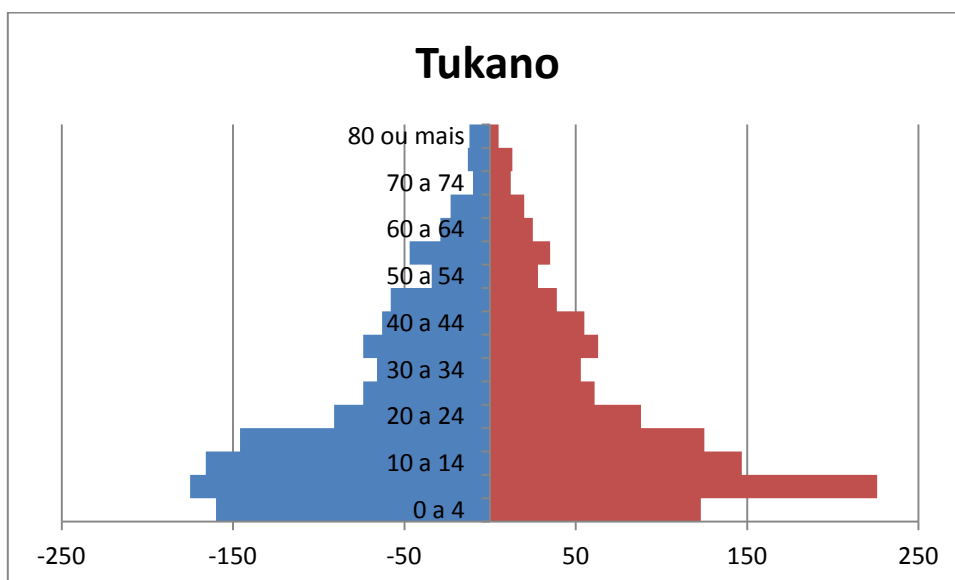
pode significar maior mortalidade dessa geração, erro na notificação ou alguma variação aleatória associada a populações pequenas.

Figura 8: Perfil etário, por sexo, na região do Rio Tiquié, 2005 (números absolutos)



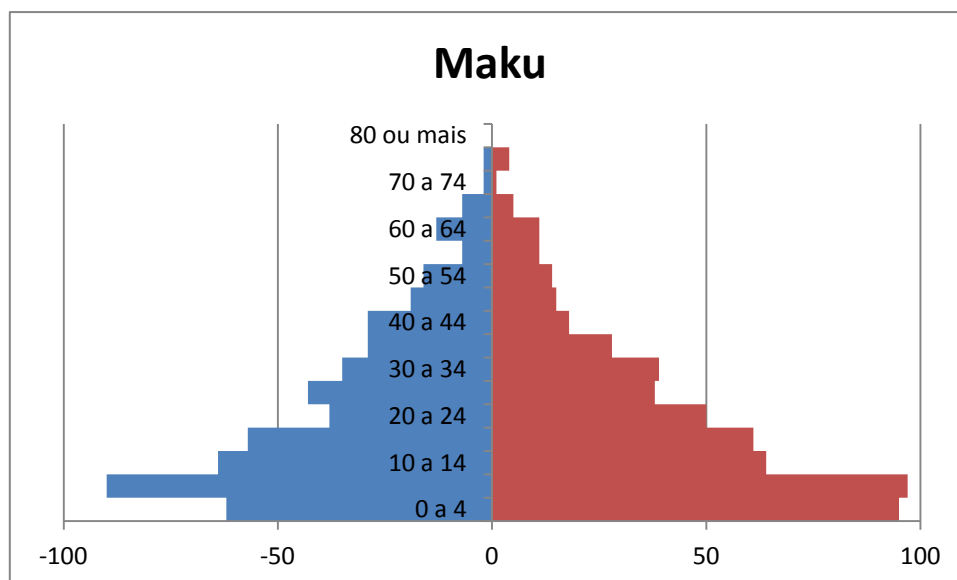
FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Figura 9: Perfil etário, por sexo, do Grupo étnico Tukano, na região do Rio Tiquié, 2005 (números absolutos)



FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Figura 10: Perfil etário, por sexo, do grupo étnico Maku, na região do Rio Tiquié, 2005 (números absolutos)

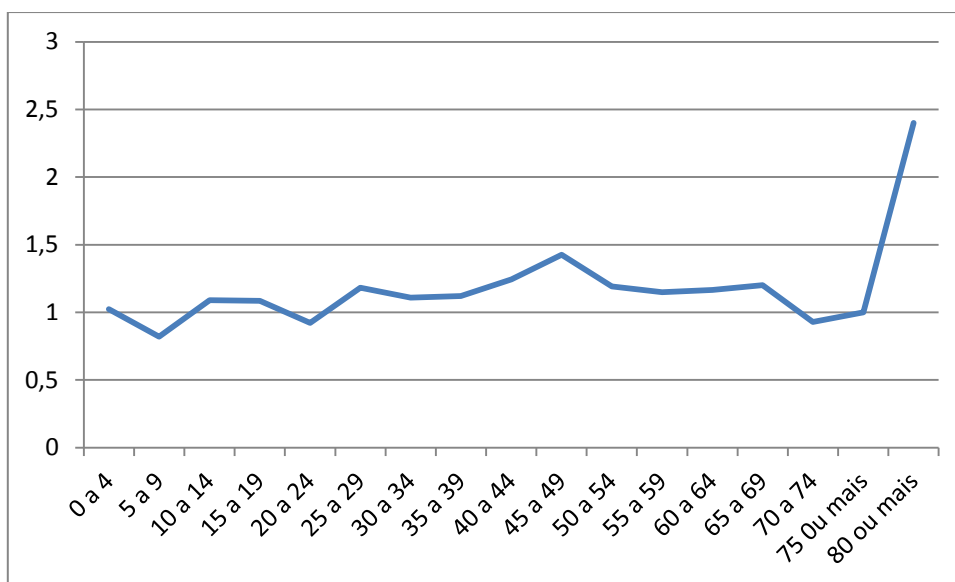


FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

5.3 RAZÃO DE SEXO GERAL E POR GRUPO ÉTNICO

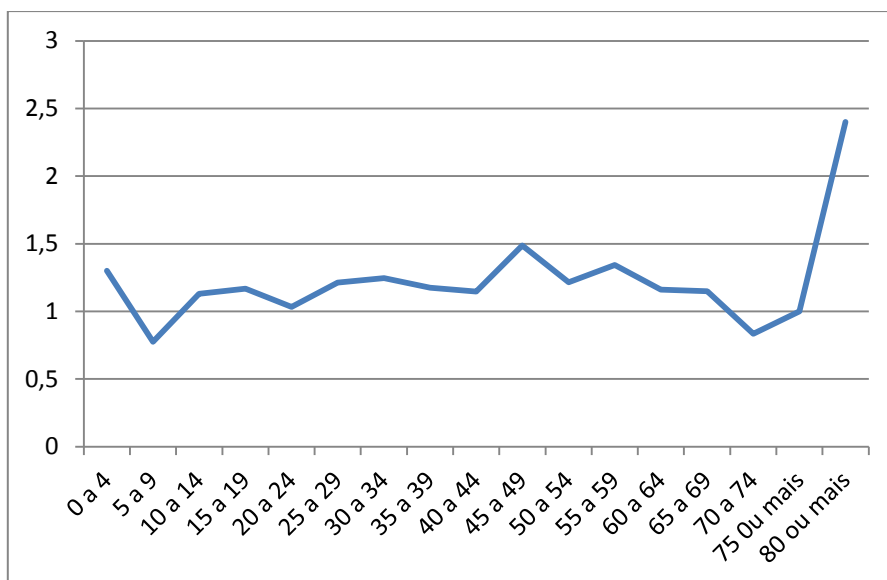
A razão de sexo indica a relação entre a proporção de homens e mulheres nas diferentes faixas etárias de uma determinada população, o cálculo é feito dividindo-se a população masculina pela feminina. A seguir estão calculadas a razão de sexo por faixa etária da população geral do Rio Tiquié e da população dos grupos étnicos Maku e Tukano.

Figura 11: Razão de sexo da população do Rio Tiquié em 2005



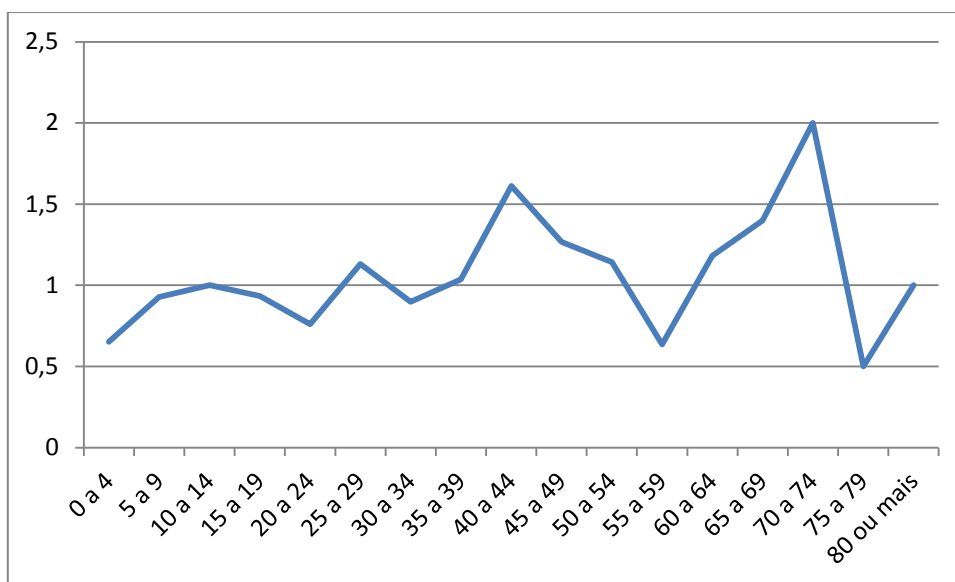
FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Figura 12: Razão de sexo da população Tukano do Rio Tiquié em 2005



FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Figura 13: Razão de sexo da população Maku do Rio Tiquié em 2005



FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Na população geral do Rio Tiquié e entre o grupo Tukano a razão de sexo tende a ser superior a 1, isto é, existe uma proporção maior de homens. Na faixa etária de 5 a 9 anos a proporção de mulheres é maior para a população do Tiquié influenciada pela população do grupo Tukano. Também no gráfico do grupo Tukano pode-se observar que além da faixa etária de 5 a 9 anos, as faixas etárias de 70 a 74 anos também apresentam inversão na razão de sexo; essas inversões indicam possível erro na coleta de informação da idade pelas equipes de saúde, além de ser um grupo muito pequeno e sujeito a erro na declaração de idade. Já no gráfico da razão de sexo para o grupo Maku, nota-se um padrão bastante irregular que é provavelmente devido a erros na coleta de informações e do baixo contingente populacional. Além disso, na maior parte das comunidades a população Maku não fala bem o português, o que pode dificultar a identificação da idade.

Na última faixa etária estudada, de 80 anos ou mais, no gráfico do grupo étnico Tukano, a razão de sexo aumenta bastante, o que pode indicar maior sobrevivência dos homens, ou até mesmo maior mortalidade das mulheres durante seu período reprodutivo. No geral, a maior proporção de homens pode

indicar preferência por filhos homens, e maior mortalidade feminina. Azevedo (2004) observou a mesma tendência ao analisar os dados do CIARN.

Entre a etnia Krenak, Dias Junior (2008) encontrou uma razão de sexo geral de 0,92, indicando um predomínio de mulheres nessa população. Num estudo realizado a partir dos dados do SIASI, Madeira (2010) encontrou uma razão de sexo de 1,06 para a etnia Guarani das regiões Sul e Sudeste do Brasil em 2008.

5.4 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO FEMININA POR IDADE

Na região do Rio Tiquié a população feminina total é de 1747 mulheres, destas 753 estão no período reprodutivo, ou seja, estão entre a faixa etária escolhida como recorte para este trabalho, que vai de 15 a 49 anos incompletos. Isso significa que 43,1% da população está sujeita a ter filhos. Na população estudada não foi encontrada nenhuma mulher que tenha tido filho, no ano específico de 2005, com menos de 15 anos. Porém, assim como entre outros povos indígenas, é comum que a vida sexual da mulher tenha início antes dos 15 anos, sendo possível encontrar mulheres que, aos 12 anos, já tenham iniciado sua história reprodutiva (Pagliaro, 2002; Azevedo, 2003). Em anos anteriores através da data de nascimento da mãe e da criança é possível notar que havia mulheres com menos de 15 anos com filhos.

Tabela 2: Distribuição absoluta e relativa das mulheres na região do Rio Tiquié em 2005

POPULAÇÃO FEMININA TOTAL	MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA (15 A 49 ANOS)	%
1747	753	43,1

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 3: Distribuição absoluta e relativa das mulheres de 15 a 49 anos da região do Rio Tiquié segundo os grupos etários em 2005

FAIXA ETÁRIA	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	Total
TOTAL	191	141	100	96	89	79	57	753
%	25,4	18,7	13,3	12,7	11,8	10,5	7,6	100

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

A distribuição das mulheres em idade reprodutiva por grupos etários revela que há maior peso relativo nas idades mais jovens com diminuição gradativa do percentual com o avançar das idades. Observa-se que 57,4% das mulheres em idade reprodutiva têm menos do que 30 anos, sendo que 25,4% do total das mulheres têm entre 15 e 19 anos. Trata-se, portanto de uma população em idade reprodutiva com estrutura etária jovem. Esse fato irá influenciar o comportamento reprodutivo desse grupo e conseqüentemente os resultados encontrados neste estudo. Proporção semelhante foi encontrada por Souza (2010) entre a população xavante. As mulheres em idade fértil (a autora considerou mulheres em idade fértil como aquelas entre 10 a 49 anos) totalizam 24,3% da população. Entre as mulheres guarani das regiões Sul e Sudeste, Madeira (2010) observou que 53,3% do total de mulheres acima de 15 anos estava entre o grupo etário de 15 a 29 anos, um valor semelhante ao encontrado no presente trabalho.

5.5 FECUNDIDADE DAS MULHERES DO RIO TIQUIÉ NO ANO DE 2005

Tomando-se que a fecundidade é o número de filhos nascidos vivos de uma mulher ao longo de seu período reprodutivo, seu valor indica o desempenho reprodutivo de uma mulher ou grupo de mulheres que já completaram o período reprodutivo (da menarca à menopausa).

A taxa de fecundidade total (TFT) entre as mulheres do Rio Tiquié no ano de 2005, que expressa o número de nascidos vivos de mulheres entre 15 e 49 anos

ao final de seu período reprodutivo, foi de 4,95. Entre as mulheres do grupo étnico Tukano foi de 4,40 filhos por mulher e no grupo étnico Maku de 5,85.

Se forem comparados os resultados obtidos neste estudo com os resultados do CIARN, apresentados em 2003 (Azevedo, 2003) pode-se observar que a TFT das mulheres maku, mantém-se a mais elevada. No caso deste estudo, está-se comparando apenas com a população de mulheres do grupo Tukano. Enquanto no período de 1990 a 1992 a TFT das mulheres maku era de 6,35 filhos por mulher, em 2005 era de 5,85, apresentando queda de 0,5 filhos. Já a TFT tukano passou de 5,68 entre 1990 e 1992, para 4,40 em 2005, apresentando queda ainda maior, de 1,28 filhos. A TFT total das mulheres do Rio Tiquié também apresenta queda de 1,06 filhos, passando de 6,01 entre 1990 e 1992 a 4,95 em 2005.

É importante lembrar que os dados obtidos no CIARN em Azevedo (2003) são referentes ao total das mulheres maku e mulheres tukano em toda a região do Alto Rio Negro, enquanto no presente trabalho o recorte inclui apenas a região do Rio Tiquié. Essa comparação é possível, pois Azevedo (2003) verifica que a variação entre as regiões é pouco significativa, sendo maior entre os grupos étnicos.

Essa queda observada na fecundidade pode ser consequência da queda real na fecundidade desse grupo de mulheres, tendo como explicações para esse fato o aumento do uso de métodos anticoncepcionais modernos, constrangimentos apresentados pelo contato com serviço de saúde, ONGs, escolas e o próprio centro urbano de São Gabriel da Cachoeira. Como também pode ser apenas uma variação encontrada no ano de 2005, já que se trata de uma população pequena sobre a qual não foi possível realizar levantamento seriado de um maior período. Outra possibilidade que justificaria essa queda seria algum problema relacionado ao banco de dados do SIASI DSEI-ARN, pela subnotificação dos nascidos vivos.

A diferença entre a TFT das mulheres maku e tukano também aumentou sendo de 0,67 no período de 1990 a 1992, passando a 1,45 filhos. As hipóteses para esse

aumento seriam a maior proximidade dos grupos Tukano com os serviços de saúde, ONGs, escolas e o centro urbano de São Gabriel da Cachoeira, fato que levaria queda mais significativa na fecundidade desse grupo. Ou pelas mesmas razões citadas acima, o fato de os grupos Maku terem menor contato, ou contato menos regular com os serviços de saúde, poderia favorecer a subnotificação dos nascidos vivos pelo DSEI-ARN desse grupo.

Entre os estudos de fecundidade realizados aproximadamente no mesmo período pode-se notar que há, nos diferentes grupos indígenas, uma variação nas taxas de fecundidade total, mas sempre mantendo um padrão mais elevado do que a população não indígena. Dias Junior (2008) encontrou a TFT de 3,6 entre as mulheres krenak em Minas Gerais, no período de 2003 a 2007. TFT bem abaixo do que o encontrado entre os Sateré-Mawé, no Estado do Amazonas, no ano de 2002-2003; Teixeira e Brasil (2005) estimaram uma TFT de 8,1 filhos por mulher. Já entre os Kaiamurá, Pagliaro e Junqueira (2007) observaram no período de 2000 a 2003 a TFT de 6,2; e Pagliaro (2009) encontrou uma TFT das mulheres suyá de 6,7 filhos, no período entre 2000 e 2006. (apud Dias Junior, 2008).

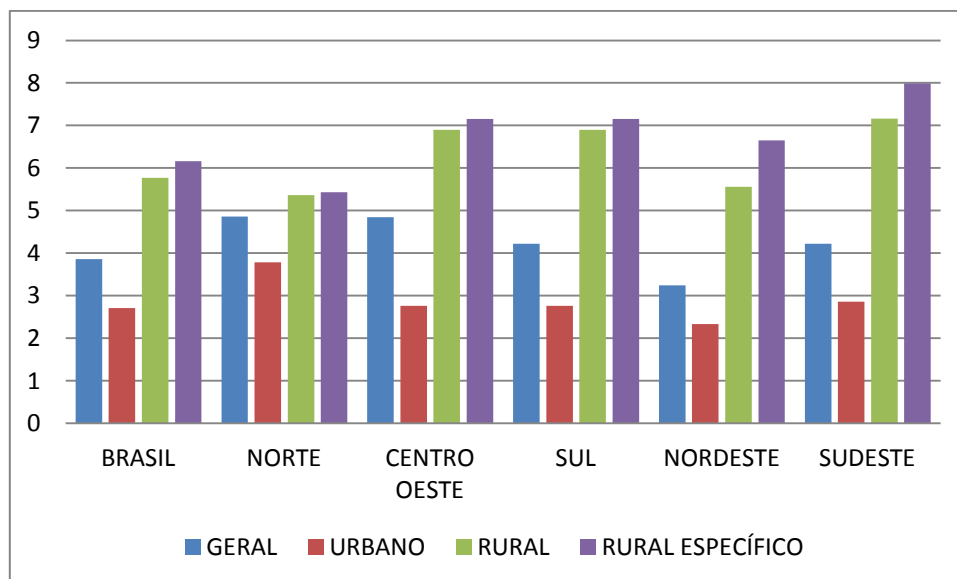
Pode-se comparar os dados obtidos com as informações referentes a população auto declarada indígena no censo de 2000. A tabela 4 apresenta as TFT das mulheres autodeclaradas indígena no censo de 2000, desagregadas por regiões do Brasil e local de residência. As mulheres autodeclaradas indígenas que residem em aldeias na zona rural tiveram seu local de residência classificados como rural específico, conforme Wong (2009).

Tabela 4: Taxas de Fecundidade Total das mulheres autodeclaradas indígenas no censo de 2000, por local de residência desagregado por grandes regiões do Brasil.

	GERAL	URBANO	RURAL	RURAL ESPECÍFICO
BRASIL	3,86	2,71	5,77	6,16
NORTE	4,86	3,78	5,36	5,43
CENTRO OESTE	4,84	2,76	6,9	7,15
SUL	4,22	2,76	6,9	7,15
NORDESTE	3,24	2,33	5,56	6,65
SUDESTE	4,22	2,86	7,16	7,99

FONTE WONG, 2009 – APUD TABULAÇÕES ESPECIAIS DO CENSO 2000

Figura 14: Taxa de fecundidade total da população feminina autodeclarada indígena no censo de 2000 por local de residência e grandes regiões do Brasil.

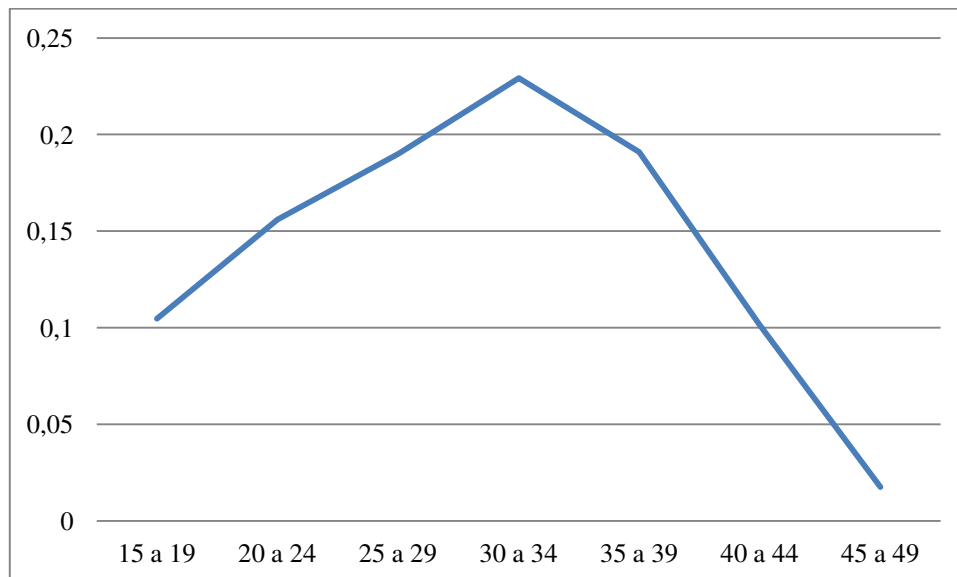


FONTE: WONG, 2003

Em 2000 a TFT do conjunto da população brasileira era de 2,4 filhos por mulher. Pode-se notar, portanto que em todas as situações a fecundidade indígena é superior à fecundidade das mulheres não indígenas. Sendo no geral e nas

residentes de área urbana, maior entre as mulheres indígenas pertencentes à região Norte, e maior na região sul nos locais de residência rural e rural específico.

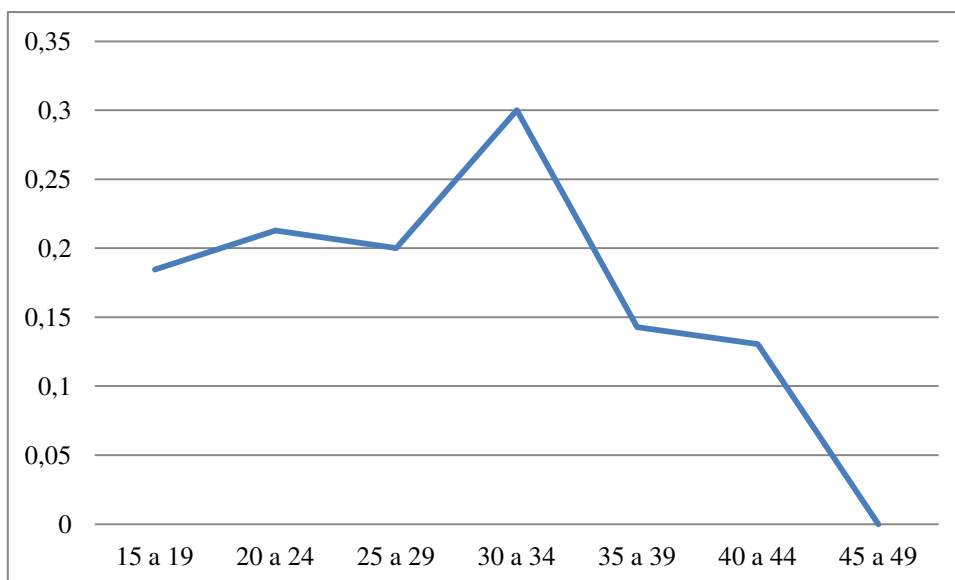
Figura 15: Taxas específicas de fecundidade por idade da região do Rio Tiquié em 2005.



FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

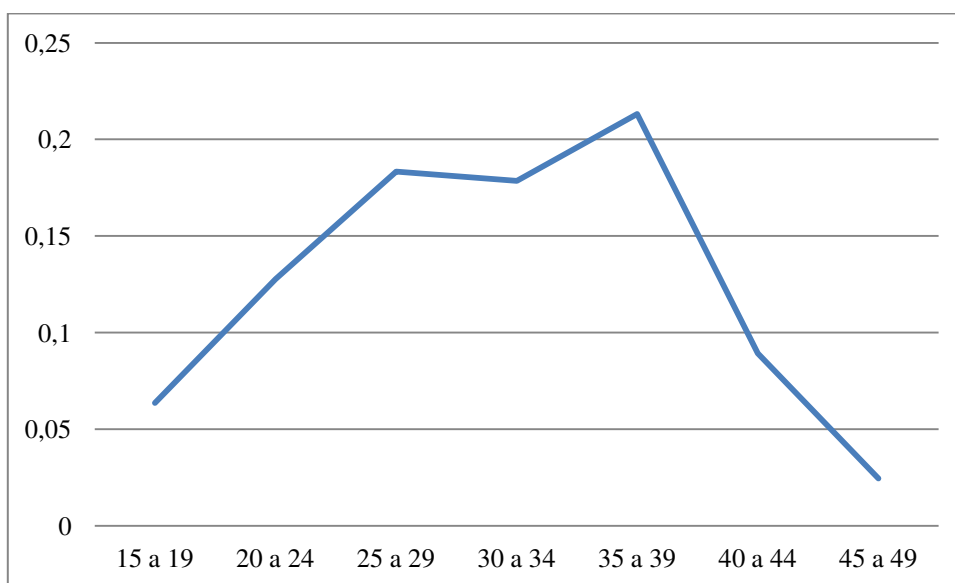
Em relação aos gráficos das TEFs, pode-se observar que no caso das mulheres maku a curva já começa no nível mais alto do que a curva das mulheres tukano. Isso significa que as mulheres maku estão iniciando sua vida reprodutiva mais cedo. Enquanto a cúspide da curva, ou seja, o ápice da fecundidade das mulheres maku está bem marcado na faixa etária de 30 a 34 anos, a curva das TEFs das mulheres tukano apresenta uma ascensão mais gradual, formando um platô no período de 25 a 39 anos, com a cúspide entre 35 a 39 anos.

Figura 16: Taxas específicas de fecundidade por idade das mulheres maku da região do Rio Tiquié em 2005.



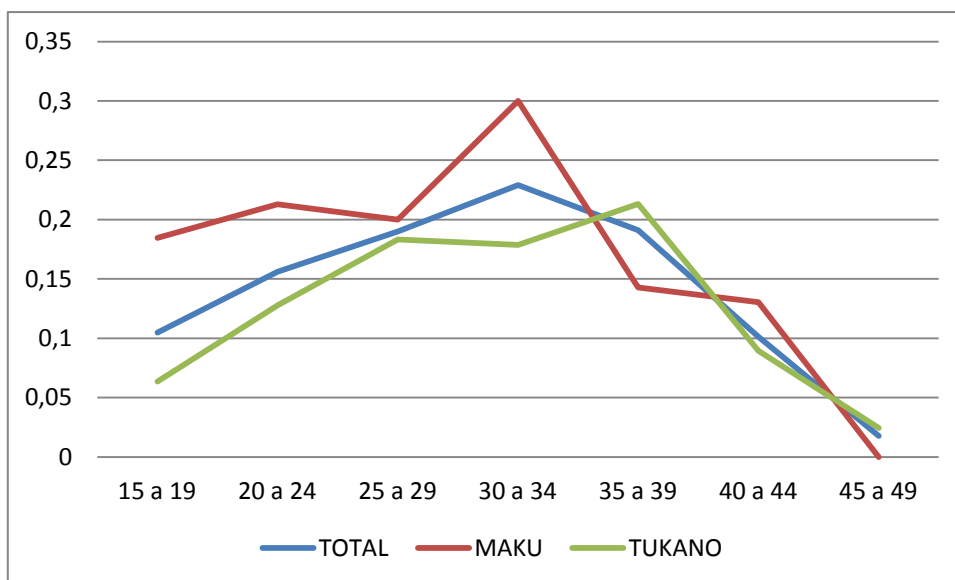
FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Figura 17: Taxas específicas de fecundidade por idade das mulheres tukano da região do Rio Tiquié em 2005.



FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Figura 18: Taxas específicas de fecundidade por idade geral, das mulheres tukano e maku, da região do Rio Tiquié em 2005.



FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Segundo Machado (2009) na maioria dos estudos de fecundidade indígena no Brasil observou-se que o período reprodutivo se encerra aproximadamente aos 44 anos. Em relação ao levantamento demográfico que realizou entre as mulheres hupda, em 2003, foi observado o padrão tardio de fecundidade, no qual a contribuição na fecundidade total, das mulheres com até 29 anos de idade foi de 51,8%, se o recorte for feito com as mulheres até 34 anos, a contribuição corresponde a 74,2% (Machado, 2009).

Wong (2009) identificou que a idade média da fecundidade das mulheres autodeclaradas indígenas no censo de 2000 foi de 26,7 anos, próximo a média nacional para o mesmo período (26,3 anos).

5.6 VARIÁVEIS INTERMEDIÁRIAS DA FECUNDIDADE

A seguir são apresentadas algumas variáveis intermediárias da fecundidade, também conhecidos como variáveis intermediárias da fecundidade, que são

medidas que influenciam os níveis e o padrão da fecundidade de uma população e auxiliam na compreensão do comportamento reprodutivo da mesma.

5.6.1 IDADE MÉDIA AO TER O PRIMEIRO FILHO

A idade média ao ter o primeiro filho mostra com que idade as mulheres iniciam sua vida reprodutiva. Quanto mais cedo a mulher começa a ter filhos, maior será seu período reprodutivo e, portanto, é potencialmente maior a chance dessa mulher ter mais filhos ao longo de sua vida. O contrário se dá quando há um início tardio na vida reprodutiva, diminuindo os anos em que a mulher está exposta a ter filhos, já que o término da vida reprodutiva tende a ser por volta dos 50 anos de idade, com a menopausa.

As mulheres foram divididas em duas coortes, a primeira delas com mulheres entre 15 a 29 anos e a segunda com mulheres entre 30 a 49 anos. A idade média ao ter o primeiro filho é menor entre as mulheres maku (20, 4 anos), mas se aproxima muito da média geral e das mulheres tukano (20,8 anos). Mas quando considerada a coorte de mulheres de 15 a 29 anos a idade média ao ter o primeiro filho das mulheres maku é ainda menor (17,7 anos) do que a idade média das mulheres tukano (18,8 anos).

A coorte seguinte (de mulheres entre 30 e 49 anos) está muito mais sujeita a erro, pois o banco de dados em uso não foi criado a partir de um inquérito recordatório no qual poderia ter sido perguntada a idade a ter o primeiro filho, qual a data de nascimento de todos os filhos nascidos vivos; mas foi criado a partir de um cadastro da família indígena, ou seja, constam no cadastro os indivíduos que residem naquele domicílio. Se uma mulher teve filhos que morreram ou não moram mais em seu domicílio esses indivíduos não estarão registrados nesse banco de dados. Portanto quanto mais velha for a mulher, maior o risco da mesma ter um filho que não mora mais em seu domicílio ou que tenha falecido. Por essa razão a idade média ao ter o primeiro filho neste grupo é bem mais elevada, pois

os filhos registrados como mais velhos, não necessariamente são os primogênitos. Dessa maneira, há maior confiabilidade nos resultados obtidos a partir da coorte mais jovem, de 15 a 29 anos. Se for considerado ainda o primeiro grupo etário, de 15 a 19 anos, a diferença entre o grupo de mulheres maku e tukano é ainda mais evidente. Sendo a idade média ao ter o primeiro filho das mulheres de 15 a 19 anos do grupo de mulheres maku de 15,9 anos e do grupo Tukano de 18,4 anos.

Tabela 5: Idade média ao ter o primeiro filho das mulheres do Rio Tiquié, tukano e maku, 2005

	15 a 29	30 a 49	Todas
Geral	18,5	23,0	20,8
Tukano	18,8	22,9	20,8
Maku	17,7	23,2	20,4

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Da mesma maneira que a cúspide da curva das TEFs das mulheres tukano é mais tardia, a idade média ao ter o primeiro filho também é mais tardia, contrastando com uma fecundidade de padrão mais elevado. Isso demonstra um padrão de postergação do início da vida reprodutiva e poderia estar ligado ao fato das mulheres tukano casarem preferencialmente exogamicamente e residirem preferencialmente com a família do esposo.

Em estudos realizados entre outras populações indígenas a idade média ao ter o primeiro filho é um pouco inferior se comparada à idade média de todas as mulheres do Rio Tiquié. A seguir: Dias Jr (2008) descreveu idade média ao ter o primeiro filho entre as mulheres krenak no ano de 2007 de 20,8 anos, entre os Kaiamurá essa idade era de 18,8 anos em 2000-2003 (Pagliaro e Junqueira, 2007), 16 anos para os Kaiabi das coortes nascidas entre 1975-1979 (Pagliaro, 2005).(-apud dias Junior) e 17,5 anos entre as mulheres suyá no período de 2000 a 2006 (Pagliaro, 2009).

5.6.2 INTERVALO INTERGENÉSICO MÉDIO

O intervalo intergenésico é a medida do período de tempo em anos entre os nascimentos dos filhos de um grupo de mulheres. Quanto menor for o intervalo intergenésico, maior será a chance de a mulher ter mais filhos ao longo de sua vida reprodutiva.

O intervalo intergenésico médio das mulheres do Rio Tiquié é de 3,2 anos. As mulheres maku apresentam intervalo intergenésico médio de 3,3 anos enquanto as mulheres tukano um intervalo de 3,1 anos.

Nas mulheres krenak, no ano de 2007 o intervalo intergenésico médio era de 3,2 anos (Dias Junior, 2008) entre os Kaiabi, entre 2000- 2003 era de três anos (Pagliaro, 2005) e entre as mulheres suyá no período de 2000 a 2006 era de 3,1 (Pagliaro, 2009)

5.6.3 PARIDADE MÉDIA DAS MULHERES DO RIO TIQUIÉ POR FAIXA ETÁRIA

A paridade média foi calculada através da média de filhos tidos pelas mulheres de cada faixa etária. Ou seja, foi somado o total de filhos tido por cada mulher em uma determinada faixa etária e em seguida dividido pelo total de mulheres por faixa etária.

A seguir serão apresentadas as tabelas com a frequência relativa e absoluta da paridade das mulheres em idade reprodutiva geral da região do Rio Tiquié e também por grupo étnico.

Tabela 6: Frequência absoluta e relativa da paridade das mulheres do Rio Tiquié entre 15 e 49 anos em 2005:

GERAL		
PARIDADE	FREQUENCIA	PERCENTUAL (%)
0	249	33,1
1	95	12,6
2	78	10,4
3	67	8,9
4	89	11,8
5	81	10,8
6	48	6,4
7	30	4,0
8	8	1,1
9	7	0,9
10	1	0,1
TOTAL	753	100,0

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 7: Frequência absoluta e relativa da paridade das mulheres tukano do Rio Tiquié entre 15 e 49 anos em 2005:

TUKANO		
PARIDADE	FREQUENCIA	PERCENTUAL (%)
0	192	34,2
1	51	10,5
2	39	8,8
3	39	8,6
4	52	11,9
5	55	11,9
6	35	7,0
7	18	4,1
8	6	1,2
9	7	1,8
10	0	0,0
TOTAL	494	100

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

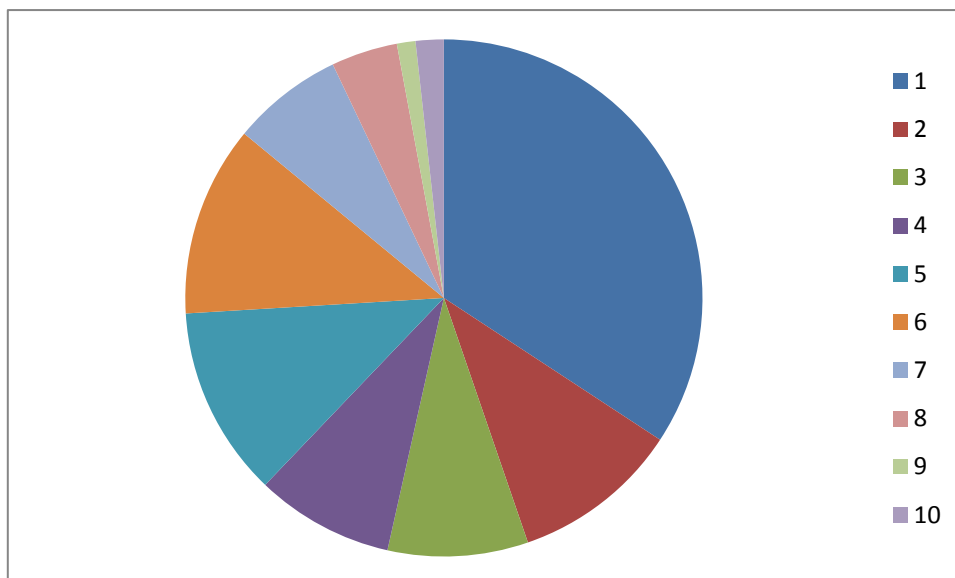
Tabela 8: Frequência absoluta e relativa da paridade das mulheres maku do Rio Tiquié entre 15 e 49 anos em 2005:

MAKU		
PARIDADE	FREQUENCIA	PERCENTUAL (%)
0	58	22,4
1	42	16,2
2	40	15,4
3	28	10,8
4	37	14,3
5	26	10,0
6	13	5,0
7	12	4,6
8	2	0,8
9	0	0,0
10	1	0,4
TOTAL	259	100

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

De acordo com a tabela 6, das 753 mulheres em idade reprodutiva 33,1% tem paridade 0, ou seja, no cadastro da família indígena do DSEI-ARN não há registros de que tenham tido filhos até dezembro de 2005. A frequência de mulheres em idade reprodutiva com paridade igual a 0 entre as mulheres tukano (tabela 7) e semelhante, de 34,2%, enquanto que entre as mulheres maku (tabela 8) a frequência é de 22,4% das mulheres em idade fértil com paridade igual a 0.

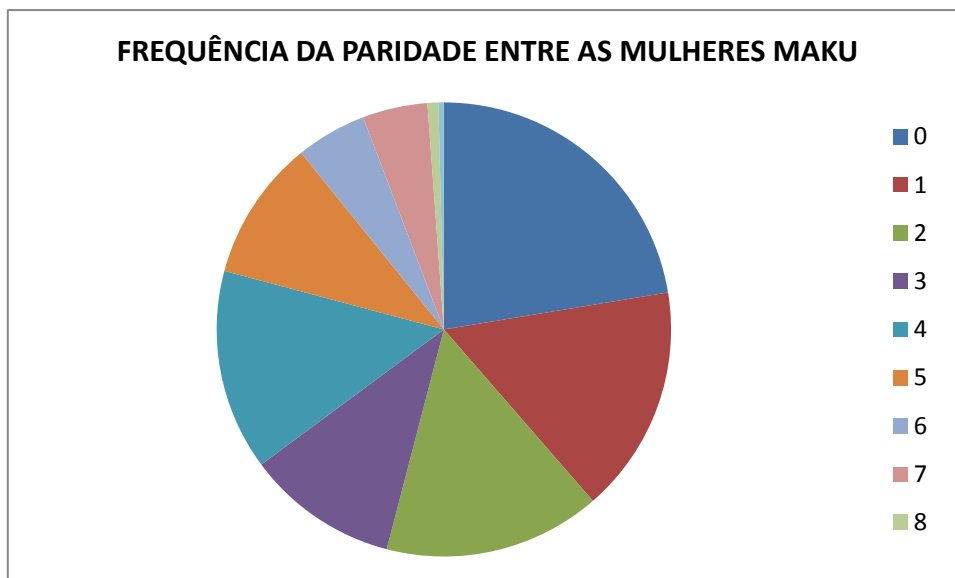
Figura 19: Frequência da paridade entre as mulheres Tukano na região do Rio Tiquié em 2005 por média de filhos tidos.



FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

O restante das mulheres, 66,9% tem sua paridade distribuída de maneira mais equilibrada, apresentando um leve declínio com o avançar da idade, sendo que a frequência das paridades de um até cinco filhos está ao redor de 10%. Pode-se perceber queda mais acentuada na frequência das paridades acima de oito filhos. O mesmo padrão de frequência de paridade pode ser notado entre as mulheres tukano, não tendo sido registrado nenhuma mulher com paridade acima de dez filhos. A ausência de mulheres com paridade de dez filhos ou mais pode ser uma consequência da maneira como os dados foram captados nesta pesquisa. Como já foi citado, os filhos mortos, ou que já não moram mais no mesmo domicílio que suas mães não entram nesse cadastro, reduzindo o registro de paridades mais elevadas.

Figura 20: Frequência da paridade entre as mulheres maku na região do Rio Tiquié em 2005 por média de filhos tidos.



FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Padrão distinto pode ser notado entre as mulheres maku: 31,6% das mulheres tem paridade entre um e dois filhos, 16,2% e 15,4% respectivamente. O restante das mulheres, 46% se distribui principalmente entre as paridades de três a cinco filhos. Somente duas mulheres tiveram oito filhos (0,8%), nenhuma mulher teve nove filhos e uma mulher teve dez filhos (0,4%). Essa diferença na frequência da paridade entre os dois grupos étnicos pode estar influenciada pela distribuição etária, e também pelo padrão de início mais precoce da vida reprodutiva das mulheres maku.

A fim de tentar apreender a influência da estrutura etária nas estimativas de paridade foram construídas tabelas com a distribuição da população feminina em idade reprodutiva segundo o número de filhos segundo a faixa etária:

Tabela 9: Distribuição da população feminina em idade reprodutiva do Rio Tiquié por número de filhos segundo os grupos etários em 2005.

GERAL		PARIDADE										
IDADE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
15 a 19	156	29	4	2	0	0	0	0	0	0	0	191
%	81,7	15,2	2,1	1,0	0	0	0	0	0	0	0	100
20 a 24	61	30	35	9	6	0	0	0	0	0	0	141
%	43,3	21,3	24,8	6,4	4,3	0	0	0	0	0	0	100
25 a 29	18	20	13	25	12	9	3	0	0	0	0	100
%	18,0	20,0	13,0	25,0	12,0	9,0	3,0	0	0	0	0	100
30 a 34	5	8	13	6	34	17	5	6	1	0	1	96
%	5,2	8,3	13,5	6,3	35,4	17,7	5,2	6,3	1,0	0	1,0	100
35 a 39	2	1	7	8	14	26	15	11	3	2	0	89
%	2,2	1,1	7,9	9,0	15,7	29,2	16,9	12,4	3,4	2,2	0	100
40 a 44	4	4	4	10	13	16	12	10	1	5	0	79
%	5,1	5,1	5,1	12,7	16,5	20,3	15,2	12,7	1,3	6,3	0	100
45 a 49	3	3	2	7	10	13	13	3	3	0	0	57
%	5,3	5,3	3,5	12,3	17,5	22,8	22,8	5,3	5,3	0	0	100

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 10: Distribuição da população feminina em idade reprodutiva maku por número de filhos segundo os grupos etários em 2005.

MAKU		PARIDADE										
IDADE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
15 a 19	41	19	4	1	0	0	0	0	0	0	0	65
%	63,1	29,2	6,2	1,5	0	0	0	0	0	0	0	100
20 a 24	8	11	21	4	3	0	0	0	0	0	0	47
%	17,0	23,4	44,7	8,5	6,4	0	0	0	0	0	0	100
25 a 29	6	6	5	11	7	3	2	0	0	0	0	40
%	15	15	12,5	27,5	17,5	7,5	5	0	0	0	0	100
30 a 34	2	4	4	2	13	9	1	3	1	0	1	40
%	5	10	10	5	32,5	22,5	2,5	7,5	2,5	0	2,5	100
35 a 39	1	0	1	3	6	9	5	3	0	0	0	28
%	3,6	0,0	3,6	10,7	21,4	32,1	17,9	10,7	0	0	0	100
40 a 44	0	1	3	4	4	3	3	5	0	0	0	23
%	0	4,3	13,0	17,4	17,4	13,0	13,0	21,7	0	0	0	100
45 a 49	0	1	2	3	4	2	2	1	1	0	0	16
%	0	6,3	12,5	18,8	25,0	12,5	12,5	6,3	6,3	0	0	100

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 11: Distribuição da população feminina em idade reprodutiva tukano por número de filhos segundo os grupos etários em 2005.

TUKANO		PARIDADE										
IDADE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
15 a 19	116	9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	126
%	92,1	7,1	0,0	0,8	0	0	0	0	0	0	0	100
20 a 24	53	18	15	5	3	0	0	0	0	0	0	94
%	56,4	19,1	16,0	5,3	3,2	0	0	0	0	0	0	100
25 a 29	12	14	8	14	5	6	1	0	0	0	0	60
%	20,0	23,3	13,3	23,3	8,3	10,0	1,7	0	0	0	0	100
30 a 34	3	4	9	4	21	8	4	3	0	0	0	56
%	5,4	7,1	16,1	7,1	37,5	14,3	7,1	5,4	0	0	0	100
35 a 39	1	1	6	5	8	17	10	8	3	2	0	61
%	1,6	1,6	9,8	8,2	13,1	27,9	16,4	13,1	4,9	3,3	0	100
40 a 44	4	3	1	6	9	13	9	5	1	5	0	56
%	7,1	5,4	1,8	10,7	16,1	23,2	16,1	8,9	1,8	8,9	0	100
45 a 49	3	2	0	4	6	11	11	2	2	0	0	41
%	7,3	4,9	0,0	9,8	14,6	26,8	26,8	4,9	4,9	0	0	100

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

As tabelas 9, 10 e 11 demonstram que a paridade zero é maior na faixa etária de 15 a 19 anos, sendo que entre as mulheres tukano (tabela 11) é de 92,1% e nas mulheres maku (tabela 10) é de 63,1%. Essa diferença da porcentagem de paridade zero entre mulheres de 15 a 19 anos reforça as informações encontradas nos cálculos anteriores de que as mulheres maku tem um padrão mais precoce de início da vida reprodutiva, diferentemente das mulheres tukano, que tem um padrão mais tardio. Pagliaro (2009) encontrou uma proporção de 21% das jovens suyá, entre 15 a 19 anos, que nunca haviam engravidado, ou seja, apresentavam paridade zero, no ano de 2007. Fato que demonstra padrão mais precoce de início da vida reprodutiva.

Conforme aumenta a idade o percentual proporcional da paridade zero cai gradualmente, tornando a subir discretamente nas idades mais avançadas entre as mulheres tukano (ao redor de 7% para os grupos etários de 40 a 44 anos e 45 a 49 anos). As hipóteses para esse fenômeno podem ser a migração, que inclui o

padrão patrilocal de casamentos, o óbito, ou eventualmente a presença de mulheres nulíparas.

Ao se analisar a proporção da paridade para cada grupo etário chama a atenção o fato de entre o grupo etário de 15 a 19 anos a paridade igual a um das mulheres maku é de 29,2%, caindo para 6,2% na paridade 2 e 1,5% na paridade 3. Enquanto que nas mulheres tukano a paridade 1 é de 7,1%, sendo praticamente nula nas paridades seguintes.

No grupo etário de 20 a 24 anos a paridade zero ainda é superior a 50% entre as mulheres tukano, enquanto que nas mulheres maku a paridade zero neste grupo etário é de 17% sendo maior a proporção na paridade dois de 44,7%.

No grupo etário de 25 a 29 anos as mulheres maku concentram 57,5% de sua paridade nas paridades de dois, três e quatro filhos. Já as mulheres tukano tem sua paridade distribuída de maneira mais equilibrada nos primeiro quatro grupos de paridade, zero, um, dois e três filhos.

É somente a partir dos grupos etários de 30 anos ou mais que a paridade das mulheres tukano se concentra acima de quatro filhos. O mesmo ocorre com as mulheres maku, com a diferença de que no grupo etário de 40 a 44 anos a paridade tem sua maior concentração na paridade de sete filhos.

5.6.4 PARTURIÇÃO DAS MULHERES DO RIO TIQUIÉ POR FAIXA ETÁRIA

A parturição é o resultado da experiência reprodutiva acumulada até determinada idade de uma mulher ou grupo de mulheres. O cálculo da parturição média é obtido a partir da razão entre o número de mulheres de uma determinada faixa etária e o total de filhos nascidos vivos desta faixa etária.

Como já foi citado anteriormente, o fato de o banco de dados em uso não informar o total de filhos tidos por uma mulher, mas informar apenas os filhos que residem naquele domicílio, quanto mais velha for a mulher, maior o risco da mesma ter um filho que não mora mais em seu domicílio ou que tenha falecido. Por essa razão não é esperado que a parturição da faixa etária de 45 a 49 anos corresponda a fecundidade encontrada.

As tabelas 12 e 13 demonstram a parturição das mulheres maku e tukano, respectivamente. A tabela 14 corresponde a razão entre as parturições médias das mulheres maku e tukano.

Tabela 12: Distribuição das mulheres maku segundo idade e número de filhos tidos (parturição) na calha do Rio Tiquié em 2005.

IDADE	Número de filhos nascidos tidos											Total de Mulheres	Total de Filhos Tidos	Parturição
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
15 a 19	41	19	4	1	0	0	0	0	0	0	0	65	30	0,46
20 a 24	8	11	21	4	3	0	0	0	0	0	0	47	77	1,64
25 a 29	6	6	5	11	7	3	2	0	0	0	0	40	104	2,60
30 a 34	2	4	4	2	13	9	1	3	1	0	1	40	160	4,00
35 a 39	1	0	1	3	6	9	5	3	0	0	0	28	131	4,68
40 a 44	0	1	3	4	4	3	3	5	0	0	0	23	103	4,48
45 a 49	0	1	2	3	4	2	2	1	1	0	0	16	67	4,19
Total	58	43	42	31	41	31	19	19	10	9	11	259	672	-

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 13: Distribuição das mulheres tukano segundo idade e número de tidos (parturição) na calha do Rio Tiquié em 2005.

IDADE	Número de filhos nascidos vivos											Total de Mulheres	Total de Filhos Tidos	Parturição
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
15 a 19	116	9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	126	12	0,10
20 a 24	53	18	15	5	3	0	0	0	0	0	0	94	75	0,80
25 a 29	12	14	8	14	5	6	1	0	0	0	0	60	128	2,13
30 a 34	3	4	9	4	21	8	4	3	0	0	0	56	203	3,63
35 a 39	1	1	6	5	8	17	10	8	3	2	0	61	303	4,97
40 a 44	4	3	1	6	9	13	9	5	1	5	0	56	266	4,75
45 a 49	3	2	0	4	6	11	11	2	2	0	0	41	189	4,61
Tota l	192	52	41	42	56	60	41	25	14	16	10	494	1176	-

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

A parturição das mulheres maku já começa mais elevada do que a das mulheres tukano desde as primeiras faixas etárias. Essa diferença tende a se tornar menor conforme se avança nas faixas etárias mais velhas, passando a ser praticamente igual (discretamente menor) nas faixas etárias a partir dos 35 anos. Esse resultado se soma a hipótese de que a fecundidade maku é maior e que as mulheres maku têm início de sua vida reprodutiva mais precocemente.

Em relação às faixas etárias mais velhas, a principal hipótese é de haja uma subnotificação dos filhos tidos, visto que a parturição na faixa etária de 45 a 49 anos é menor que na faixa etária de 40 a 44 anos e, esta tem parturição menor do que a faixa etária de 35 a 39 anos. Isso ocorre nos dois grupos étnicos, porém é

maior entre as mulheres maku, sugerindo mais problemas relacionados à subnotificação, à mortalidade e à migração.

Tabela 14: Razão entre a parturição das mulheres maku e tukano por idade na calha do Rio Tiquié em 2005.

IDADE	Razão entre a Parturição das mulheres maku e tukano
15 a 19	4,85
20 a 24	2,05
25 a 29	1,22
30 a 34	1,10
35 a 39	0,94
40 a 44	0,94
45 a 49	0,91
FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)	

5.6.5 NUPCIALIDADE E PROPORÇÃO DE FILHOS TIDOS POR MULHERES CASADAS

Para facilitar a compreensão do papel do casamento para os povos do Rio Tiquié e a possível influência que este exerce na decisão de ter filhos, foram elaboradas tabelas com os valores absolutos e relativos de mulheres casadas e da presença ou não de filhos entre as mulheres casadas e aquelas não casadas.

No cadastro da família indígena do SIASI DSEI-ARN não há registro específico se uma mulher é casada ou não. Optou-se então por considerar como casada a mulher que foi registrada como mãe ou esposa, residente em um mesmo domicílio que um homem registrado como pai. Nos domicílios em que não há registro de pai a mulher foi considerada como não casada. Os casos de viuvez, separação ou pai ausente ou não registrado não puderam ser distinguidos das mulheres não casadas. Esses casos devem ter maior relevância e peso nas idades mais avançadas, como se verá a seguir.

Tabela 15: Valores absolutos e relativos das mulheres casadas e da presença ou não de filhos entre as mulheres casadas e as não casadas nas mulheres em idade reprodutiva no Rio Tiquié em 2005.

FAIXA ETÁRIA	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	Total
NÚMERO DE MULHERES	191	141	100	96	89	79	57	753
MULHERES CASADAS	23	64	72	87	85	74	57	462
% CASADAS	12,0	45,4	72,0	90,6	95,5	93,7	100,0	61,4
Ñ CASADA COM FILHOS	22	24	12	5	4	3	0	70
% Ñ CASADA COM FILHOS	13,1	31,2	42,9	55,6	100,0	60,0	-	24,1
CASADA COM FILHOS	13	56	70	86	82	72	54	433
% CASADAS COM FILHOS	56,5	87,5	97,2	98,9	96,5	97,3	94,7	93,7

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 16: Valores absolutos e relativos das mulheres casadas e da presença ou não de filhos entre as mulheres casadas e as não casadas nas mulheres tukano em idade reprodutiva em 2005.

FAIXA ETÁRIA	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	Total
NÚMERO DE MULHERES	126	94	60	56	61	56	41	494,0
MULHERES CASADAS	10	31	39	49	57	54	41	281
% CASADAS	7,9	33,0	65,0	87,5	93,4	96,4	100,0	56,9
Ñ CASADA COM FILHOS	8	16	9	4	4	0	0	41
% Ñ CASADA COM FILHOS	6,9	25,4	42,9	57,1	100,0	0,0	-	19,2
CASADA COM FILHOS	3	25	39	49	56	52	38	262
% CASADAS COM FILHOS	30	80,6	100,0	100,0	98,2	96,3	92,7	93,2

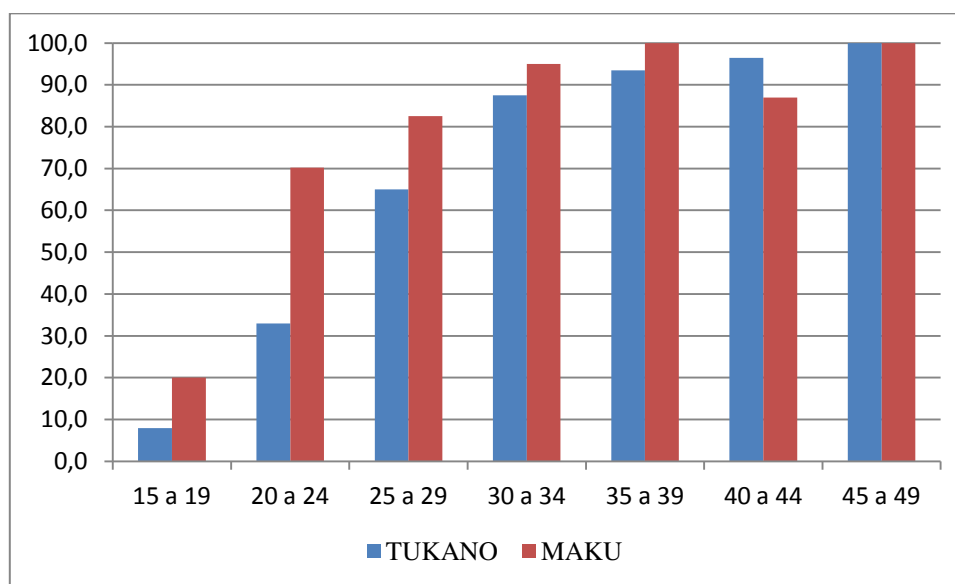
FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 17: Valores absolutos e relativos das mulheres casadas e da presença ou não de filhos entre as mulheres casadas e as não casadas nas mulheres maku em idade reprodutiva em 2005.

FAIXA ETÁRIA	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	Total
MULHERES	65	47	40	40	28	23	16	259
MULHERES CASADAS	13	33	33	38	28	20	16	181
% CASADAS	20	70,2	82,5	95,0	100,0	87,0	100,0	69,9
Ñ CASADA COM FILHOS	14	8	3	1	0	3	0	29
% Ñ CASADA COM FILHOS	26,9	57,1	42,9	50,0	-	100,0	-	37,2
CASADA COM FILHOS	10	31	31	37	26	20	16	171
% CASADAS COM FILHOS	76,9	93,9	93,9	97,4	92,9	100,0	100,0	94,5

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Figura 21: porcentagem de mulheres casadas na região do Rio Tiquié dos grupos Tukano e Maku e por faixa etária em 2005.



FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

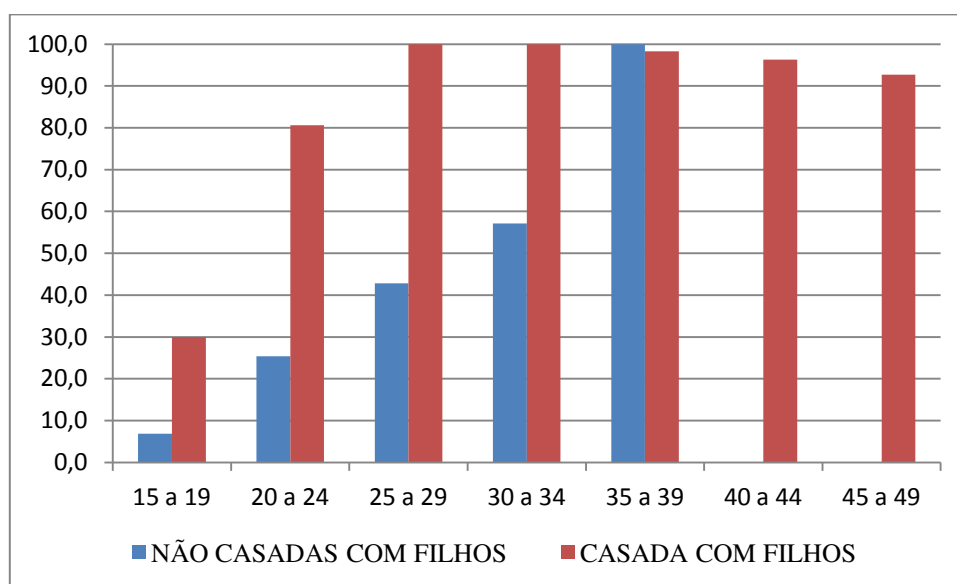
O que se pode notar ao observar na figura 21 é a alta prevalência de mulheres casadas na região do Rio Tiquié. A partir da faixa etária dos 30 anos a prevalência fica acima de 80% nos dois grupos étnicos. Nas três primeiras faixas etárias, entre as mulheres tukano há um aumento gradual na prevalência de mulheres casadas, sendo ainda discreta na faixa etária dos 15 aos 19 anos (de 7,9%), mas já

atingindo a porcentagem de 33% entre 20 e 24 anos e 65% entre as mulheres de 25 aos 29 anos.

Entre as mulheres maku, a porcentagem de mulheres casadas na faixa etária de 15 a 19 anos já é mais alta, de 20%. O aumento da prevalência de mulheres casadas na faixa etária seguinte é bem acentuado, chegando a 70,2% e superando 80% a partir das mulheres acima de 25 anos, sendo que na faixa etária dos 35 aos 39 anos já chega a 100% a proporção das mulheres casadas. Há uma queda para 87% entre as mulheres de 40 a 44 anos, que em números absolutos significa que das 23 mulheres que tem entre 40 e 44 anos somente três não aparecem como residentes no mesmo domicílio do pai de seu(s) filho(s). Não é possível distinguir nesses casos se essas mulheres já foram casadas ou não.

Pagliari (2009) observou, para o ano de 2007, que do total de mulheres, 10% permaneciam solteiras e nunca tinham engravidado, sendo: quatro com idades entre 15 e 19 anos; duas de 25 a 29 anos; três de 30 ou mais anos.

Figura 22: prevalência de filhos entre mulheres tukano casadas e não casadas na região do Rio Tiquié em 2005.

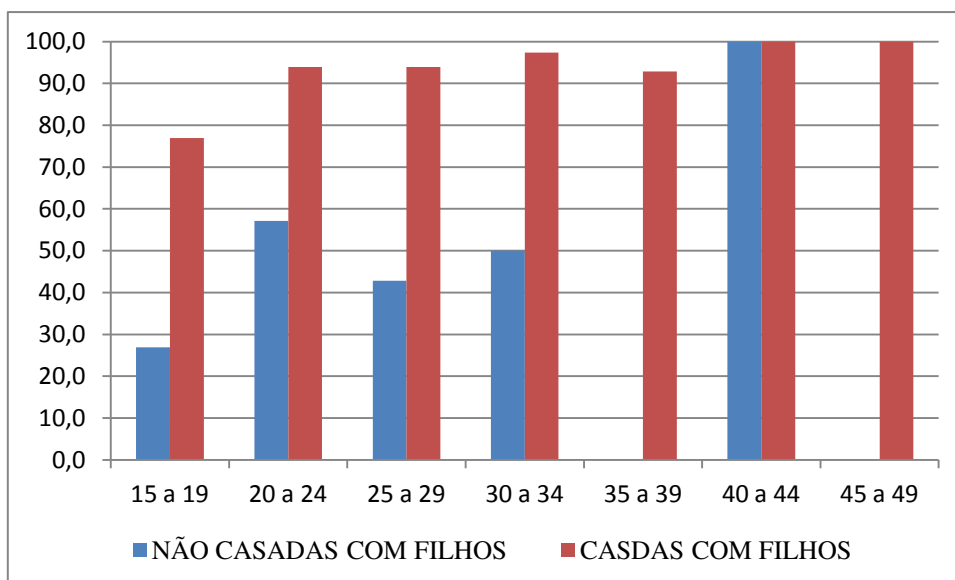


FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Na figura 22, referente às mulheres tukano, pode-se observar que dentre as mulheres casadas a prevalência de filhos é muito alta, superando a porcentagem de 80% já a partir dos 20 anos e atingindo 100% na faixa dos 25 aos 34 anos. Entre as 10 mulheres casadas na faixa etária de 15 a 19 anos três já têm filhos. Nota-se uma queda discreta e gradual na proporção de mulheres casadas com filhos após os 35 anos, fato que pode estar relacionado ao modo como a informação foi captada, a partir dos filhos que residem com a mãe no mesmo domicílio. Quanto maior a idade da mãe maior a chance de ela ter filhos casados, que migraram ou morreram.

Em relação à prevalência de filhos entre as mulheres tukano não casadas, pode-se observar um aumento gradual na prevalência, atingindo 100% na faixa etária dos 35 aos 39 anos. Os grupos etários seguintes não aparecem no gráfico, pois a prevalência de mulheres não casadas nesses grupos é nula. É importante observar, com auxílio da tabela 13 que apesar de haver aumento na proporção de mulheres não casadas com filhos conforme aumenta a idade, o número absoluto de mulheres não casadas e com filhos cai, também gradualmente. Sendo que, das 63 mulheres não casadas entre 20 e 24 anos, 16 tem filhos, enquanto que das quatro mulheres não casadas de 35 a 49 anos todas tem filhos. Isso poderia significar erro no registro dos maridos, viuvez e separação, não sendo possível distinguir qual a situação em cada caso.

Figura 23: prevalência de filhos entre mulheres maku casadas e não casadas na região do Rio Tiquié em 2005.



FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Em relação às mulheres maku (tabela 14), pode-se notar diferentemente das mulheres tukano, que a prevalência de filhos entre as mulheres casadas é alta desde a primeira faixa etária, com 76,9% entre as mulheres de 15 a 19 anos e em seguida mantendo-se sempre acima de 90% nas demais faixas etárias. Em relação à prevalência de filhos entre as mulheres não casadas observa-se que as proporções são irregulares, fato que pode estar relacionado à baixa prevalência de mulheres não casadas entre as mulheres maku acima de 25 anos. Os dados mostram que são apenas três mulheres entre 25 a 29 anos e 40 a 44 anos e uma mulher na faixa etária dos 30 aos 34 anos.

5.7 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O que se pode concluir a partir dos resultados apresentados é que a maneira como os dados são captados interfere na estimativa obtida e na análise demográfica realizada. Foi possível obter alguma correspondência com as informações do CIARN (Azevedo, 2003) em relação a algumas tendências do

comportamento reprodutivo e variações entre os grupos, mas o fato de essas duas análises terem sido obtidas de fontes diversas dificulta sua comparação de maneira mais sistemática.

Isso não significa que o atual trabalho não tem valor demográfico. É possível apreender algumas tendências do padrão reprodutivo na região estudada que têm um valor agregado à repetição com que se apresentam ao longo deste trabalho. Um exemplo disso é a diferença encontrada entre o padrão reprodutivo das duas etnias presentes no Rio Tiquié do grupo Maku e nas etnias do grupo Tukano. Os resultados das TFTs, maior para o grupo Maku, refletem o comportamento observado nas variáveis intermediárias da fecundidade expostos neste trabalho. De certa maneira foi possível encontrar correspondência com a etnografia da região.

Com isso torna-se evidente o potencial que o banco de dados do SIASI tem e a importância de que seja coletado de maneira mais cuidadosa, levando em consideração as características de cada grupo e região geográfica e que possa ser sistematizado de maneira regular.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi fazer um breve balanço da situação atual das pesquisas na área da demografia indígena no Brasil e na América Latina, mais especificamente em relação à fecundidade dessa população e a relação desta com os serviços de saúde. Pelas razões descritas acima, há ainda muita discrepância nas informações obtidas e isso dificulta generalizações em relação ao comportamento reprodutivo dos povos indígenas.

Apesar dessa dificuldade, isso não impediu que se apontassem tendências em relação ao comportamento reprodutivo indígena, com as ressalvas necessárias. Houve uma queda discreta na fecundidade das mulheres indígenas, mais acentuada entre as mulheres tukano, fazendo com que a diferença entre a fecundidade das mulheres tukano e maku tenha se acentuado. Essa diferença pode estar relacionada à forma como esses dois grupos se casam, sua concepção sobre o papel dos filhos, e à maneira como se relacionam com o serviço de saúde.

Assim para uma maior compreensão do perfil demográfico dos povos indígenas no Brasil foi necessário consultar estudos realizados por antropólogos, demógrafos e profissionais da saúde. A compreensão da saúde dos povos indígenas no Brasil e, particularmente, da fecundidade da mulher indígena, ainda é inegável desafio para a demografia e para a saúde. A instrumentalidade básica para a compreensão da saúde é a coleta de dados empíricos. Esses instrumentos ainda estão longe de apresentar grau de qualidade satisfatório. Além de alguns esclarecimentos sobre as condições de saúde indígena e da relação desta com os serviços oferecidos pelo estado brasileiro, esta pesquisa demonstrou a urgente necessidade de aperfeiçoamento da pesquisa demográfica sobre esses povos. A fecundidade da mulher indígena é um problema complexo já influenciado pelos serviços de saúde, mas ainda não detectado totalmente em sua complexidade. Este capítulo é dedicado a explicitar as conclusões e novas questões sobre a fecundidade da mulher indígena do alto rio Negro.

A produção de informações demográficas a respeito dos povos indígenas é substrato para as análises sócio-demográficas sobre essa população, o que pode e deve fundamentar as intervenções e políticas públicas direcionadas a eles e direcionadas. A irregularidade e qualidade precária dessas informações dificultam os trabalhos científicos e ocultam discrepâncias na situação de saúde. Da mesma forma a falta de comparabilidade das informações entre os diversos povos e também num mesmo grupo em relação ao tempo impede que se possam associar relações do comportamento demográfico dessas populações com momentos históricos por que passaram ou passam nos últimos anos.

Esses problemas prejudicam as análises que devem embasar a elaboração das políticas públicas, na medida em que a consistência das informações demográficas é determinada pela regularidade e qualidade das informações produzidas. A maneira como a população é contada, que influencia diretamente nos resultados obtidos. Isto é, a definição de quem é índio irá determinar o perfil da população estudada. Como discutido ao longo do trabalho, a definição da categoria indígena nos censos demográficos no mundo é complexa e ainda está em permanente discussão e análise. Em consequência disso, observa-se uma inconstância dessa categorização nos estudos populacionais – como, por exemplo, se é feita uma categorização externa ou do próprio indivíduo – que produz uma flutuação no número de indivíduos classificados como indígenas e nos demais perfis demográficos (Guerrero, 2005; Del Popolo, 2009).

A metodologia da autodeclaração dos povos autóctones tem sido fundamental para a estratificação das informações demográficas nos diversos países (Pereira, 2011) e é atualmente a melhor metodologia e a mais utilizada na América Latina (Del Popolo, 2009). Esta pesquisa trabalhou com a hipótese de que a valorização das culturas indígenas encorajaria um maior número de indivíduos a se declararem indígenas nos censos demográficos. Associado a isso, está a crescente participação dos povos indígenas no processo de elaboração e

avaliação dos censos e de outras instituições que coletam informações demográficas que também tem influenciado nos resultados obtidos.

Os estudos de populações indígenas expostos neste trabalho mostram uma tendência da população indígena de aumento numérico associado à queda na mortalidade e à fecundidade mais alta do que a média nacional. Alguns estudos apontam uma desaceleração no crescimento a partir da década de 1990 associada à queda na fecundidade, que ainda se mantém acima da média nacional (Pagliaro, 2008 e 2009; Dias Jr, 2008; Wong 2009). Muitas explicações têm sido dadas para justificar esse crescimento populacional. Esse crescimento pode estar associado ao crescimento vegetativo, propriamente dito, impulsionado pela fecundidade elevada. Outra explicação seria a melhor cobertura censitária e as mudanças ocorridas no questionário do censo, a partir de 1991, além da valorização das culturas indígenas, que estimularia mais indivíduos a se declararem como indígenas.

Por outro lado, a queda na fecundidade observada por alguns pesquisadores a partir da década de 1990 é um fenômeno ainda recente e merece ser estudado com maior cuidado. Atribuir a queda da fecundidade ao processo da transição demográfica, pressupondo que a fecundidade das mulheres indígenas irá inevitavelmente cair aos níveis das mulheres não indígenas, seria aceitar a hipótese de que esses grupos estão num contínuo processo de absorção do modo de vida urbano industrial no qual possivelmente perderiam totalmente sua cultura e seu modo de vida.

Não há como negar que as transformações e assimilações no modo de vida dos grupos indígenas geram transformações em seu padrão reprodutivo. A queda na fecundidade, ainda que discreta, pode ser atribuída ao processo de urbanização que alguns grupos estão atravessando, à maior escolarização das mulheres, ou mesmo à maior proximidade com os centros urbanos. Também podem ser levados em consideração os constrangimentos para a adoção de famílias menores,

apresentados pelo contado com serviço de saúde, escolas, ONGs, grupos religiosos, mercado de trabalho. Estudar a situação da fecundidade indígena no contexto criado pelo serviço de saúde oferecido pelos DSEIs às populações que povoam o Alto Rio Negro, relacionando-se as questões sobre a atuação do serviço de saúde e seu possível impacto na fecundidade das mulheres nessa região.

No caso da região do Alto Rio Negro, o principal levantamento demográfico realizado foi através do CIARN, realizado em 1992 (Azevedo, 2003). Existem outras fontes de informações demográficas a respeito da população indígena na região, mas são, em sua maioria, fragmentados em regiões ou etnias, e realizados de maneira pontual por pesquisadores ou ONGs. O Instituto Sócioambiental tem buscado fazer levantamentos mais seriados e que envolvam toda a região (Azevedo, 2003). Com a implantação dos DSEIs e a sistematização das informações de saúde através do SIASI, surgiu um potencial instrumento de coleta de informações a respeito da situação demográfica e de saúde dos povos indígenas na região (Coimbra, 2003).

Como foi possível observar durante a experiência da autora como médica no Alto Rio Negro, o DSEI- ARN realiza uma coleta e análise, ainda que pouco sistemática, de informações a respeito da situação de saúde da população do Alto Rio Negro, e a partir dessas informações orienta sua atuação. Conhecer a situação de saúde de uma população é fundamental para a identificação de problemas e processos que afetam diretamente a qualidade de vida atual e futura dessas populações.

Nesse sentido, para que o SIASI possa contribuir efetivamente para o conhecimento da dinâmica demográfica e situação de saúde dos povos indígenas no Brasil, e com isso nortear ações que beneficiem a saúde dessa população, é necessário garantir uma coleta de dados de qualidade e de maneira regular. No decorrer deste trabalho pode-se verificar em relação às informações do SIASI/ DSEI-ARN, que as informações ainda são obtidas de maneira irregular e os

profissionais do serviço de saúde não estão devidamente treinados para realizar a coleta de maneira crítica e eficiente (Souza, 2009; Machado, 2009).

Durante o período em que a autora atuou no Alto Rio Negro foi observado que os profissionais de saúde se preocupavam com a coleta das informações a eles designadas como mais uma tarefa a ser cumprida, na qual o ato de preencher as tabelas era mais importante do que a informação a ser colocada na tabela. A qualidade da coleta de informações está diretamente relacionada ao treinamento dos profissionais que a realizam. Esse treinamento deveria incluir conhecimentos em antropologia, saúde, epidemiologia e demografia. O SIASI é hoje fonte importante para o conhecimento da realidade de saúde dos povos indígenas. Isso porque é um sistema integral, que potencialmente agrega diversas informações a respeito das populações assistidas pelos DSEIs (Suza, 2009; Machado, 2009 e Pagliaro, 2009).

As informações demográficas apresentadas neste trabalho tiveram como sua principal fonte o banco de dados do SIASI/ DSEI-ARN. Através do levantamento demográfico realizado pode-se observar que se trata de um instrumento útil para o conhecimento da população no Alto Rio Negro. Quanto maior a qualidade na coleta das informações, quanto mais regular for feita a coleta e, igualmente, quanto mais regular forem feitas as análises a respeito das informações obtidas, maior será o conhecimento sobre a situação de saúde dessa população.

Apesar de não ser possível distinguir, nos resultados, o que foram alterações no perfil demográfico da população estudada ou o que se tratava de um viés associado a problemas na coleta, ao tamanho da população estudada, ou impossibilidade de se traçar uma série longitudinal; as informações obtidas puderam ser, ainda que em caráter inicial, confrontadas com as informações obtidas no CIARN e também com outros trabalhos realizados com outras populações indígenas no Brasil.

Em relação à queda observada na fecundidade entre os dois estudos (no período de 1990 a 1992 a TFT das mulheres maku era de 6,35 filhos por mulher, em 2005 era de 5,85, apresentando queda de 0,5 filhos. Já a TFT tukano passou de 5,68 entre 1990 e 1992, para 4,40 em 2005, apresentando queda ainda maior, de 1,28 filhos), não é possível afirmar se houve uma queda real ou se foi determinada pela diferença entre as metodologias de coleta, ou até mesmo algum erro na coleta de informações pelo SIASI. E ainda que tenha ocorrido uma queda real não é possível determinar se é uma tendência de queda ou se foi uma queda pontual no ano pesquisado, possibilidade comum em estudos de populações pequenas.

Neste sentido, não é possível responder com precisão uma das perguntas que norteou este trabalho, qual seja: “até que ponto a oferta de métodos anticoncepcionais pelo serviço de saúde nos territórios indígenas pode estar influenciando os níveis de fecundidade desses povos?” Mas, apesar de não ser possível delimitar o impacto do serviço de saúde e, mais especificamente, o impacto da oferta de anticoncepcionais, sabe-se que as mulheres no Alto Rio Negro têm adotado o uso de métodos anticoncepcionais modernos. Durante o período em que trabalhei no Alto Rio Negro pude observar o uso de anticoncepcionais orais, injetáveis, bem como a distribuição de preservativos. O uso de métodos anticoncepcionais modernos por mulheres indígenas, ainda que mais discreto que o uso dessas formas de controle de natalidade pelas mulheres não indígenas, tem sido observado por outros autores no Brasil e na América latina (ver Lafaurie, 2009; Terborgh, 1995; McNamee, 2007 e Oyarce, 2010).

Mesmo que o uso de métodos anticoncepcionais modernos não modifique a fecundidade das mulheres indígenas, considerando que poderiam apenas estar substituindo o uso de métodos tradicionais, seu uso significa uma transformação na forma como as mulheres passam a controlar sua fecundidade (Dias Junior, 2008; Azevedo, 2003). Esse fato indica que as mulheres indígenas tem transformado seu comportamento reprodutivo associado ao contato com os serviços de saúde.

A presença de um serviço de saúde regular como é oferecido pelo DSEI, gera um impacto na saúde reprodutiva dessa população. Ou seja, ainda que não tenha sido possível determinar com precisão qual o impacto que a presença do DSEI gerou na fecundidade dos povos indígenas do Alto Rio Negro, é possível afirmar que o conhecimento da situação de saúde reprodutiva da população pelo serviço de saúde orienta e modifica sua atuação, alterando, por sua vez, a situação de saúde reprodutiva. A oferta de métodos anticoncepcionais modernos, ao mesmo tempo em que encontra uma necessidade há muito estabelecida, cria uma nova demanda para seu uso (Scriber, 1996).

Para enriquecer ainda mais esse debate, seria importante, através de pesquisa qualitativa, resgatar as questões associadas ao sentido de se ter filhos para as populações indígenas. Para os povos do Rio Negro ter filhos significa o crescimento de seu grupo, assim como sua manutenção, mas esse desejo de crescimento é marcado por um controle delicado, que envolve desde o momento a se iniciar a vida reprodutiva, o intervalo ideal entre os nascimentos dos filhos e o número ideal de filhos. É nesse contexto que o serviço de saúde, através da oferta de métodos anticoncepcionais, se insere e conseqüentemente transforma.

6 BIBLIOGRAFIA

Alves, J.E.D. As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: “o choque de civilizações” versus progressos civilizatórios. In: CAETANO, A.J., ALVES, J.E.D. e CORRÊA, S. (Orgs.), Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Abep e UNFPA, 2004, p. 21-47.

Århem, K. **Makuna Social Organization: A Study in Descent, Alliance, and the Formation of Corporate Groups in the North-Western Amazon.** Uppsala Studies in Cultural Anthropology, Stockholm, Almqvist & Wiksell, 1981

Azevedo, M. M. **Demografia dos povos indígenas do Alto Rio Negro/ AM: um estudo de caso de nupcialidade e reprodução.** Tese de Doutorado, Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

Azevedo, M. M. **O Censo demográfico 2010 e os povos indígenas.** In: Povos Indígenas no Brasil: 2006/ 2010. Editores Gerais Beto Ricardo e Fani Ricardo. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2011

Bongaarts, J. **The KAP-Gap and the Unmet Need for Contraception.** Population and Development Review, Vol. 17, No. 2 (Jun., 1991), pp. 293-313 Published by: Population Council

Buchillet, D., **A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde –** Publicação do Encontro “Medicinas Tradicionais e Políticas de Saúde na Amazônia” Belém do Pará, 1991.

- **A Questão da integração dos Sistemas Médicos** - Publicação do Encontro “Medicinas Tradicionais e Políticas de Saúde na Amazônia” Belém do Pará, 1991.

Cabalzar, A. (Org.). **Peixe e gente no alto Rio Tiquié**: conhecimentos Tukano e tuyuka, ictiologia, etnologia. Instituto Socioambiental (ISA). São Paulo, 2005.

Cabalzar, A. Filhos da cobra de pedra: organização social e trajetórias tuyuka no Rio Tiquié (noroeste amazônico). Editora UNESP: ISA, NuTI. São Paulo e Rio de Janeiro, 2009.

Caetano, A. J. **O declínio da fecundidade e suas implicações: uma introdução**
In: CAETANO, A.J., ALVES, J.E.D. e CORRÊA, S.(Orgs.), Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Abep e UNFPA, 2004.

Caldwell, J. C. **Toward a restatement of demographic transition theory**. In: Menaro S. W., Moen E. W., editors. Perspectives on Population. Na introduction to concepts and Issues. New York/ Oxford: Oxford University Press; 1987. P. 42-69.

Caldwell, J. C. **Demographic Theory: A long View**. Population and Development Review, Vol. 30, No. 2. Population Council, junho, 2004.

Camargo, C. P. F.; Junqueira, C.; Pagliaro, H. **Reflexões acerca do mundo cultural e do comportamento reprodutivo dos Kamaiurá ontem e hoje**. In: Pagliaro H; Azevedo, MM.; Santos,RV. (Orgs.) *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Carvalho, J.A.M. e Brito, F. **A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil**. Revista brasileira de Estudos de População, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 351-369, jul./dez. 2005.

CEPAL- Del Popolo, F.; Oyarce, Ana María. **Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la CIPD y de las Metas del**

Milenio. Seminario Internacional Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas. CEPAL- Chile, 2005.

-Del Popolo, F. et al. **Censos 2010 y la inclusión del enfoque étnico: hacia una construcción participativa con pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina.** Serie Seminarios y conferencias N o 57. CEPAL- 2009.

-Guerrero, Fernando. **Población indígena y afroecuatoriana en Ecuador: Diagnóstico sociodemográfico a partir del censo de 2001,** – Colección Documentos de proyectos, CEPAL- 2005.

-Oyarce, A. M., et al. **La identificación étnica en los registros de salud: experiencias y percepciones en el pueblo Mapuche de Chile y Argentina.** Colección **Documento de proyecto**, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), OMS, 2008.

- Oyarce, A. M., et al. **Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural.** Colección **Documento de proyecto**, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), OMS, 2010.

Coimbra Jr., C. E. A.; Garnelo, Luiza. **Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil.** Documento de Trabalho no. 7 Universidade Federal de Rondônia- Centro de Estudos em Saúde do índio de Rondônia. Porto Velho, 2003.

Correa, S. e Ávila, M. B. **Direitos Sexuais e Reprodutivos. Pauta global e percursos brasileiros.** In: BERQUÓ, E. (org). Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, Editora Unicamp, 2003.

Dias Júnior, C. S. e colab. **Comportamento reprodutivo das mulheres indígenas: um estudo do povo Krenak, Minas Gerais, Brasil.** III Congresso da Associação Latino Americana de População (ALAP). Córdoba, Argentina, 2008.

Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

Garnelo, L.; et al. Povos **Indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

Garnelo L, Sampaio S. **Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” nas políticas de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1217-1223, jul-ago, 2005

Goldman, I. **The Cubeo. Indians of the Northwest Amazon.** Urbana, The University of Illinois Press, 1963

Hugh-Jones, C. **From the Milk River: Spatial and Temporal Processes in Northwest Amazonia.** Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

Hugh-Jones, S. **The palm and the pleiades: initiation and cosmology in Northwest Amazonia.** Cambridge: Cambridge University Press, 1979.

IBGE. **Tendências demográficas:** uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000. Rio de Janeiro, Coordenação de População e Indicadores Sociais 2005 (Coleção Estudos e Pesquisas, 16).

ISA/ FOIRN. **Povos Indígenas do Rio Negro**. Uma introdução à diversidade socioambiental do noroeste da Amazônia brasileira. Mapa-livro. FOIRN e ISA, 2006.

Lafaurie, María Mercedes et al. **Achik Ñan (Camino Resplandeciente) Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres del Chimborazo**. Fundación Esar - Equador, 2009.

Langdon, E. Jean. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais da saúde**. Em: Langdon, E. Jean. E Garnelo, L. (orgs.) *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

Machado, M.; Pagliaro, H.; Baruzzi, R. G. **Perfil demográfico dos Hupd'äh, povo Maku da região o Alto Rio Negro, Amazonas (2000-2003)**. Revista brasileira de Estudos de População, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 37-50, jan./jun. 2009.

McNamee, C. B. **Wanted and Unwanted Fertility in Bolivia: Does ethnicity matter?** Thesis of Master of Arts Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin. 2007

McNicoll, G., **Institutional Analysis of Fertility**. The Population Council – Research Division. Working Paper, Number 72 – 1994.

Madeira, S. P. **Perfil demográfico e estimativas de Paridade dos Guarani nas regiões Sul e Sudeste do Brasil**. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP, 2010

Ministério da Saúde: **3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Relatório final**. Brasília: Funasa, 2001

4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Relatório final. Brasília: Funasa, 2007. (4. :2006: Rio Quente, GO).

Miraglia, A. B. **Histórico da atenção à saúde indígena no Brasil.** In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Shankland, Alex. (coordenador geral). Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009.

Montenegro, Raul A; Stephens, Carolyn. **Indigenous health in Latin America and the Caribbean.** Series: Indigenous Health- part II. Lancet 2006; 367: 1859–69.

Oliveira, M. C. F. A. e Szmrecsanyi, M. I. de Q.F.. **Fecundidade.** In: SANTOS, J. L. F. et al (eds.) Dinâmica da População. Teoria, métodos e técnicas de análise. São Paulo, T. A. Queiroz, p. 185-208; 1980.

Paes-Sousa, R.; et al. **Componente Monitoramento e Avaliação.** In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Shankland, Alex. (coordenador geral). Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009.

Pagliaro, H. **A Revolução demográfica dos Povos Indígenas: a experiência dos Kayabi do Parque indígena do Xingu, Mato Grosso (1979- 1999).** Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

Pagliaro, H.; Azevedo, M. M.; Santos, R. V. P. **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil: um panorama crítico.** In: Pagliaro H; Azevedo, MM.; Santos,RV. (Orgs.) *Demografia dos Povos Indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

Pagliari, H et al; **Dinâmica Demográfica dos Kamaiurá, povo Tupi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-1999.** *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 377-388, jul./dez. 2008

Pagliari, H et al. **Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais** CADERNO CRH, Salvador, v. 22, n. 57, p. 479-491, Set./Dez. 2009.

Pagliari, H. **Povos indígenas no Brasil.** Caderno CRH, Salvador, v.22, n.57,p.447- 450, setembro/ dezembro 2009.

Pagliari, H. **A revolução demográfica dos povos indígenas no Brasil: a experiência dos Kayabi do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso, Brasil, 1970-2007.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(3):579-590, mar, 2010.

Paim, J. S., **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Tese de Doutorado- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

Pereira, N. e Santos, R. V. **Estimativa da fecundidade das mulheres Xavante com base nos resultados do Censo Demográfico de 2000, Mato Grosso, Brasil.** In: “Os indígenas nas informações censitárias: Potencialidades e limitações com base em um estudo de caso sobre os Xavante, Mato Grosso” Tese de Doutorado. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

Philipov, D., Thvenon, O., Klobas, J., Bernardi, L., Liefbroer, A.: **Reproductive Decision-Making in a Macro-Micro Perspective (REPRO).** State-of-the-Art Review. European Demographic Research Papers, Vienna Institute for Demography (2009).

Raggio, A.; et al. **Análise da Gestão**. In: Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena. Shankland, Alex. (coordenador geral). Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009.

Ribeiro, D. **Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas**. Sociologia, 1956, 18: 3-50.

Schraiber LB ; Mendes-Gonçalves RB . **Necessidades de saúde e atenção primária**. In: Schraiber LB; Nemes MIB; Mendes-Gonçalves RB. (Org.). Saúde do Adulto: programas e ações na atenção básica. 1 ed. São Paulo - SP: Hucitec, 1996.

Shankland, Alex. (coordenador geral) **Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena**. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009.

Schattan, V., et al. **Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena- Análise Organizacional**. Consórcio IDS-SSL-Cebrap, 2009.

Sobotka, T., et al. **Economic Recession and Fertility in the Developed World**. Population and Development Review 37(2) : 267–306. Junho, 2011.

Souza, L. A. G. **Latin America and the Catholica Church: Points of convergence and divergence (encontros e desencontros) 1960–2005**. The Helen Kellogg Institute for International Studies. Working Paper #334 - February 2007.

Souza, L. G; Santos, R. V. **Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17: 355-365, 2001.

Souza, L. G. **Demografia e saúde dos Índios Xavante no Brasil**. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

Souza, L. G. et al. **Perfil demográfico dos índios Bororo de Mato Grosso, Brasil, 1993-1996**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(2):328-336, fev, 2009.

Souza, L. G.; Santos, R. V.. **Componente demográfico do sistema de informação da atenção à saúde indígena, DSEI-Xavante, Mato Grosso, Brasil**. CADERNO CRH, Salvador, v. 22, n. 57, p. 523-529, Set./Dez. 2009.

Souza, L. G. et al **Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil** Ciência & Saúde Coletiva, 15 (Supl.1):1465-1473, 2010.

Sousa, M. C.; Scatena, J. H. G.; Santos, R. V. **O sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):853-861, abr, 2007.

Terborgh, A. et al **Family Planning Among Indigenous populations In Latin America**. International Family Planning Perspectives. Volume 21, Number 4, December, 1995.

Varga, Istváii Van Deursen; Adorno, Rubens de Camargo Ferreira. **Terceirizando a indianidade? Sobre a política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, aos “500 anos”**. Revista de Direito Sanitário. Volume 2. Número 1- março 2001.

Wong, L.; Morell, M. G. G.; Carvalho, R. L. **Notas sobre o comportamento reprodutivo dos povos indígenas no período de 1991-2000**. XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, 18-22 de Setembro, 2006.

Wong, L.R. et al. **Notas sobre o comportamento reprodutivo da população autodeclarada indígena – Censos Demográficos 1991 e 2000.** R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro v. 26, n. 1, p. 61-75, jan./jun. 2009.

(<http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/>)

ANEXOS

Tabela 18: Razão de Sexo da população da região do Rio Tiquié em 2005

faixa etária	homens	mulheres	razão de sexo
0 a 4	223	218	1,0
5 a 9	265	323	0,8
10 a 14	230	211	1,1
15 a 19	203	187	1,1
20 a 24	129	140	0,9
25 a 29	117	99	1,2
30 a 34	102	92	1,1
35 a 39	103	92	1,1
40 a 44	92	74	1,2
45 a 49	77	54	1,4
50 a 54	50	42	1,2
55 a 59	54	47	1,1
60 a 64	42	36	1,2
65 a 69	30	25	1,2
70 a 74	13	14	0,9
75 a 79	15	15	1,0
80 ou +	12	5	2,4

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 19: Razão de Sexo da população maku da região do Rio Tiquié em 2005

faixa etária	homens	mulheres	razão de sexo
0 a 4	62	95	0,7
5 a 9	90	97	0,9
10 a 14	64	64	1,0
15 a 19	57	61	0,9
20 a 24	38	50	0,8
25 a 29	43	38	1,1
30 a 34	35	39	0,9
35 a 39	29	28	1,0
40 a 44	29	18	1,6
45 a 49	19	15	1,3
50 a 54	16	14	1,1
55 a 59	7	11	0,6
60 a 64	13	11	1,2
65 a 69	7	5	1,4
70 a 74	2	1	2,0
75 a 79	2	4	0,5
80 ou +	0	0	1,0

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 20: Razão de Sexo da população tukano da região do Rio Tiquié em 2005

faixa etária	homens	mulheres	razão de sexo
0 a 4	160	123	1,3
5 a 9	175	226	0,8
10 a 14	166	147	1,1
15 a 19	146	125	1,2
20 a 24	91	88	1,0
25 a 29	74	61	1,2
30 a 34	66	53	1,2
35 a 39	74	63	1,2
40 a 44	63	55	1,1
45 a 49	58	39	1,5
50 a 54	34	28	1,2
55 a 59	47	35	1,3
60 a 64	29	25	1,2
65 a 69	23	20	1,2
70 a 74	10	12	0,8
75 a 79	13	13	1,0
80 ou +	12	5	2,4

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 21: Taxa específica de Fecundidade da população feminina do rio Tiquié em 2005

	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
FILHOS	20	22	19	22	17	8	1
MULHERES	191	141	100	96	89	79	57
TFE	0,10	0,16	0,19	0,23	0,19	0,10	0,02

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 22: Taxa específica de Fecundidade das mulheres maku do rio Tiquié em 2005

	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
FILHOS	12	10	8	12	4	3	0
MULHERES	65	47	40	40	28	23	16
TFE	0,18	0,21	0,20	0,30	0,14	0,13	0,00

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)

Tabela 23: Taxa específica de Fecundidade das mulheres tukano do rio Tiquié em 2005

	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49
FILHOS	8	12	11	10	13	5	1
MULHERES	126	94	60	56	61	56	41
TFE	0,06	0,13	0,18	0,18	0,21	0,09	0,02

FONTE: SIASI DSEI/ARN (2005)