

Marina Luiza Resende Abritta

mluizaresende@hotmail.com

Graduanda em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros

Shayane Ribeiro Torres

shayanetorres@outlook.com

Graduanda em Medicina pela Universidade Estadual de Montes Claros

Daniel Antunes Freitas

danielmestradounincor@yahoo.com.br

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

SAÚDE DAS MULHERES INDÍGENAS NA AMÉRICA LATINA: REVISÃO INTEGRATIVA

*INDIGENOUS WOMEN'S HEALTH IN LATIN AMERICA:
INTEGRATIVE REVIEW*

RESUMO

Introdução: As mulheres indígenas costumam enfrentar formas diversas de discriminação em virtude do gênero e etnia, interferindo, assim, na qualidade de vida, nas taxas de morbidade e mortalidade e no acesso aos serviços de saúde. **Objetivo:** Compreender o processo saúde-doença das mulheres indígenas na América do Sul. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa sistemática com pesquisa nas bases de dados ScieLO, PUBMED e LILACS utilizando quatro descritores em ciências da saúde (DeCS) nos idiomas português, espanhol e inglês. Sendo aplicadas as seguintes combinações "saúde AND indígenas AND mulheres AND Brasil" e "saúde AND indígenas AND mulheres AND NOT Brasil". Os critérios de inclusão foram artigos em português, inglês e espanhol, que abordassem estritamente a relação entre saúde e mulheres indígenas da América Latina nos últimos cinco anos. **Resultados:** Foram identificadas 3337 publicações e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas, ao final, 28 artigos, a maioria publicada no Brasil (46,43%), seguido de Colômbia (17,86%) e Paraguai (14,29%). A partir dos artigos selecionados foram extraídas 03 categorias: Enfermidades gerais, Acesso aos serviços de saúde e Aspectos culturais. **Conclusão:** As barreiras culturais, geográficas, socioeconômicas e linguísticas resultam em consequências negativas para a saúde da mulher indígena como: infecções, doenças sexualmente transmissíveis, altas taxas de mortalidade materna e aumento da presença de doenças crônicas. Dessa forma, percebe-se uma negligência no cuidado dessas mulheres. Urge a formulação de políticas públicas e o reforço das já existentes, a fim de combater a desigualdade e promover a igualdade no cuidado, respeitando a interculturalidade.

PALAVRAS-CHAVE:

Saúde; Mulheres; Indígenas.

ABSTRACT

Introduction: Indigenous women often face different forms of discrimination due to gender and ethnicity, thus interfering with quality of life, morbidity and mortality rates and access to health services. **Objective:** To understand the health-disease process of indigenous women in South America. **Method:** It's a systematic integrative review with a search in the ScieLO, PUBMED and LILACS databases using four health sciences descriptors (DeCS) in portuguese, spanish and english. The following combinations are applied "health AND indigenous AND women AND Brazil" and "health AND indigenous AND women AND NOT Brazil". The inclusion criteria were articles in portuguese, english and spanish, which strictly addressed the relationship between health and indigenous women in Latin America in the last five years. **Results:** 3337 publications were identified and, after applying the inclusion and exclusion criteria, 28 articles were selected at the end, most published in Brazil (46.43%), followed by Colombia (17.86%) and Paraguay(14, 29%). From the selected articles, 03 categories were extracted: General illnesses, Access to health services and Cultural aspects. **Conclusion:** Cultural, geographic, socioeconomic and linguistic barriers result in negative consequences for the health of indigenous women, such as: infections, sexually transmitted diseases, high maternal mortality rates and increased presence of chronic diseases. This way, there is a perceived negligence in the care of these women. So it is necessary to formulate public policies and reinforce existing ones, in order to combat inequality and promote equality in care, respecting interculturality.

Keywords: Health; Women; Indigenous.

INTRODUÇÃO

A América do Sul possui inúmeros grupos indígenas, sendo estimados em 2010 em pelo menos 826 comunidades e que utilizam mais de 1000 dialetos. Dentre os países que compõe o continente Sul Americano, o maior é o Brasil e a atual população indígena é 896.917 pessoas. Dentre esses indígenas, 572.000 vivem na zona rural e 324.834 vivem nas zonas urbanas brasileiras, a maioria residente na região Norte. Além disso, foram registradas no país 274 línguas indígenas pertencentes a 305 etnias diferentes(1). Colômbia, segundo país com maior quantidade de comunidades indígenas, possui cerca de 195.160 de indígenas distribuídos em diversas etnias como a Embera Katio, localizados no departamento de Córdoba, noroeste do país. No Paraguai, foi estimada a existência de aproximadamente 108.600 indígenas, o que corresponde a 1,7% da população, e cinco famílias de idiomas utilizados por esse povo: Guarani, Maskoy, Matabo, Guaicurú e Zamuco(2).

Diante disso, nota-se a expressiva quantidade de indígenas na América do sul e a necessidade da existência de políticas públicas voltadas para essa minoria. A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas 2008 reconhece a existência dos diferentes grupos étnicos e a necessidade de promover e respeitar a sua autonomia e seus direitos. Ademais, afirma que os povos indígenas devem ser tratados de acordo com o princípio da equidade, defendido há cerca de 300 anos Antes de Cristo pelo filósofo grego Aristóteles(3).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades", sendo um direito essencial do homem, que deve ser garantido, independente de raça, de religião, da ideologia política ou da condição socioeconômica(4). Entretanto, diante do contexto cultural, histórico e socioeconômico, esse direito muitas vezes é violado, resultando em disparidades sanitárias entre as minorias. As mulheres compõem esse grupo, sendo assim, enfrentam dificuldades quanto à garantia desse direito, principalmente quando relacionado à saúde sexual e reprodutiva(5). Os

direitos das mulheres são constantemente ameaçados diante de crises políticas, econômicas ou religiosas, dessa forma percebe-se que a luta pela autonomia da decisão sobre questões referentes à saúde da mulher permanece por toda vida.

O processo de saúde e doença entre os povos indígenas é marcado por uma dinâmica que vai além do modelo biomédico amplamente conhecida, dessa forma baseia-se no conhecimento cultural, ontológico e social(6). Assim, eles compreendem que o ser deve ser entendido a partir de uma perspectiva filosófica, em que a realidade e a existência de tudo que é inerente a todos os seres influencia o estudo do ser enquanto ser(7). Logo, alguns processos fisiológicos são vivenciados por eles de uma forma diferente, como a menarca, menstruação e o resguardo(6). Os povos Munduruku, habitantes de terras indígenas no Brasil, localizados no estado do Amazonas, entendem que a mulher saudável é aquela que possui disposição e esperteza, assim, para ter essas virtudes, faz-se necessário o cumprimento da resguarda menstrual, com duração de até quatro dias após o fim da descida do sangramento, pois entendem que os cosmos regem esse período e as relações sociais.

Dessa forma, ingestão de chás, banhos, defumações e evitar a circulação por espaços residenciais são necessárias para a saúde da mulher, tornando evidente a diferença existente entre o autocuidado dessas mulheres em comparação com as não indígenas, sendo necessário que os profissionais de saúde tenham esse conhecimento para uma atuação efetiva entre esses povos. Outro exemplo pode ser visto entre as mulheres Embera Katio, as quais realizam rituais para marcar o início na vida fértil. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem buscar conhecer a cultura do povo que irão acolher, a fim de realizar um atendimento respeitoso e efetivo(6-7).

Ser mulher indígena é ser duplamente minoria, em virtude do gênero e da etnia. Essas questões são de extrema relevância, posto que tais fatores interferem na qualidade de vida, bem como nas taxas de morbidade e mortalidade, além do acesso aos serviços de saúde. Essa problemática é dada por questões históricas e culturais enraizadas na sociedade, como no Brasil tem-se o patriarcado que designa uma formação social em que os homens são detentores do poder, enquanto as mulheres não têm autonomia sobre o seu próprio corpo e sobre sua saúde. Apesar das diversas mudanças, ainda se observa o impacto dessa construção social na saúde das indígenas que além da questão do gênero também sofrem repercussões da exclusão social que essa comunidade está subordinada desde a colonização portuguesa. Assim, deve levar em consideração que o aspecto cultural também influencia o estilo de vida das pessoas(5).

Dessa forma, sabe-se que as mulheres indígenas sofrem com diversos tipos de discriminação baseado em gênero e etnia, além disso, estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade, no qual são submissas economicamente, socialmente e culturalmente. Constata-se, desse modo, a precariedade do autocuidado e a existência de traumas físicos e psicológicos(6). Entretanto, mesmo com a existência de leis que reconheçam a necessidade de assegurar os direitos desses povos eles ainda sofrem com iniquidades sociais e sanitárias, evidenciando a ausência de mais políticas governamentais ou mesmo a fragilidade do cumprimento das já existentes. Tem-se como exemplo a prevalência, 6,8%, de sífilis entre as mulheres indígenas no Paraguai e 1,82% no Brasil, demonstrando o precário conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis, além de outras comorbidades como anemia, obesidade e hipovitaminoses que hoje permeiam os indígenas devido à incorporação de hábitos de vida ocidentais(5-7). Diante dessa vulnerabilidade social em ser mulher e indígena, este estudo objetivou compreender o processo saúde-doença das mulheres indígenas na América do Sul.

MÉTODO

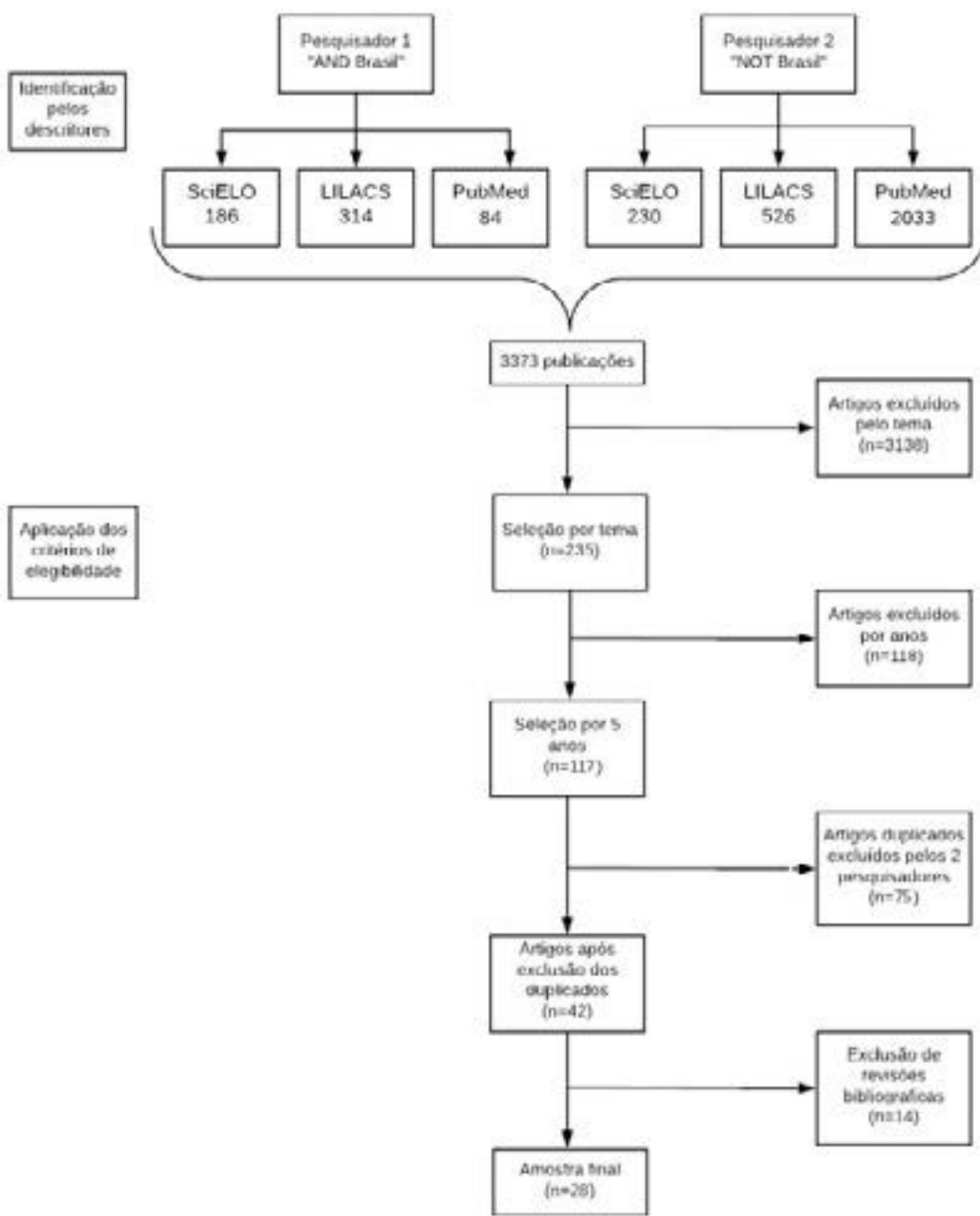
Este estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão integrativa seguindo os critérios propostos por Mendes et al.(8) em seis etapas: estabelecimento da questão de pesquisa; busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento. Essas etapas foram seguidas a fim de garantir precisão metodológica do estudo. A busca dos artigos foi feita entre dezembro de 2019 e março de 2020, por duas pesquisadoras, de maneira independente e sem interferências externas, utilizando quatro descritores em ciências da saúde (DeCS) nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed nos idiomas português, espanhol e inglês. Sendo aplicadas as seguintes combinações nas bases de dados LILACS e SciELO: "saúde AND indígenas AND mulheres AND Brasil", "saúde AND indígenas AND mulheres NOT Brasil", "salud ANDIndígenasAND mujeresANDBrasil", "salud ANDIndígenasAND mujeres NOT Brasil", "healthANDindigenousANDwomen AND Brazil", "health AND indigenous AND women NOT Brazil". Já na basePubMedfoi utilizada apenas a combinação de descritores em inglês. A primeira pesquisadora efetuou a busca utilizando a combinação de termos com o descritor "AND Brasil" e a segunda "NOT Brasil".

A análise dos dados seguiu critérios de inclusão baseados no tema proposto pela presente pesquisa: (1) artigos com texto completo disponível; (2) realizados na América do Sul; (3) publicados nos idiomas inglês, português e espanhol e (4) que abordassem a saúde da mulher indígena. Foram excluídos os estudos que possuíam mais de cinco anos de publicação, todas as revisões bibliográficas e artigos duplicados. Após a leitura final, esses artigos foram categorizados em três eixos temáticos, com base no tema predominante em cada estudo, Enfermidades gerais, Acesso aos serviços de saúde e Aspectos culturais.

RESULTADOS

A aplicação dos descritores resultou na localização de 3373 artigos nas três bases de dados on-line: 416 na base SciELO, 2117 na PubMed, e 840 na base LILACS. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, foram selecionados um total de 28 artigos na amostra final que pode ser observado abaixo.

Figura 01 - Fluxograma da revisão integrativa sobre a saúde da mulher indígena na América do Sul e seleção da amostra final de artigos.



Fonte: Autoria própria.

Dentro da amostra final, 13 artigos foram em inglês (46,43%), nove em espanhol (32,14%) e seis em português (21,43%). Quanto ao país: treze foram do Brasil (46,43%), cinco da Colômbia (17,86%), quatro do Paraguai (14,29%), dois da Argentina (7,14%) e um da Bolívia (3,57%), Venezuela (3,57%), Peru (3,57%) e Equador (3,57%). Referente ao ano de publicação nota-se uma concentração de estudos no ano de 2019 (n=10), correspondendo à 35,71% do total de artigos selecionados, seguido pelos anos de 2018 (n= 7) e 2015 (n=5), com 25% e 17,86%, respectivamente.

Tabela 01 – Relação dos artigos selecionados para revisão nas bases de dados SciELO, PubMed e LILACS, publicados entre 2015 e 2019 na América do Sul.

Autores e Ano	Idioma	País	Eixo temático
Noreña-Herrera et al., 2015	Espanhol	Colômbia	Acesso aos serviços de saúde
Ortiz et al., 2019	Espanhol	Colômbia	Aspectos culturais
Dias-Scopel et al., 2019	Português	Brasil	Aspectos culturais
Romero JAB., 2019	Espanhol	Colômbia	Aspectos culturais
Aguilar et al., 2019	Inglês	Paraguai	Enfermidades gerais
Tiago ZS., 2017	Português	Brasil	Enfermidades gerais
Fonseca et al., 2015	Inglês	Brasil	Enfermidades gerais
Carrero et al., 2018	Espanhol	Venezuela	Enfermidades gerais
Mongelos et al., 2015	Inglês	Paraguai	Enfermidades gerais
Speck et al., 2015	Português	Brasil	Enfermidades gerais
Rodrigues et al., 2018	Inglês	Brasil	Enfermidades gerais
Velázquez et al., 2018	Espanhol	Paraguai	Enfermidades gerais
Almeida et al., 2016	Inglês	Brasil	Enfermidades gerais
Freitas et al., 2016	Português	Brasil	Enfermidades gerais
Borges et al., 2015	Inglês	Brasil	Enfermidades gerais
Goetz et al., 2017	Inglês	Argentina	Enfermidades gerais
Garnelo et al., 2019	Português	Brasil	Acesso aos serviços de saúde
Waters et al., 2018	Inglês	Equador	Acesso aos serviços de saúde
Dávalos et al., 2019	Espanhol	Paraguai	Enfermidades gerais Acesso aos serviços de saúde
Gusman et al., 2019	Inglês	Brasil	Acesso aos serviços de saúde
Nevin et al., 2019	Inglês	Peru	Acesso aos serviços de saúde
Dias-Scopel et al., 2018	Espanhol	Brasil	Acesso aos serviços de saúde
Estima et al., 2019	Português	Brasil	Enfermidades gerais
Secco et al., 2017	Inglês	Brasil	Enfermidades gerais
Lafont et al., 2019	Inglês	Colômbia	Acesso aos serviços de saúde
Tejerina et al., 2018	Espanhol	Argentina	Enfermidades gerais
Castillo-Santana et al., 2017	Espanhol	Colômbia	Acesso aos serviços de saúde
De Loma et al., 2018	Inglês	Bolívia	Enfermidades gerais

Fonte: Autoria própria.

DISCUSSÃO

Enfermidades gerais

Dentre as infecções sexualmente transmissíveis, a sífilis continua sendo um problema de Saúde Pública, em especial na América Latina, fazendo-se necessário mais estudos científicos e intervenções mais eficazes para diminuir o número de casos e suas consequências. No Paraguai, a partir de uma pesquisa de estudo transversal entre mulheres indígenas de 15 a 49 anos, encontrou-se que a prevalência da sífilis foi em torno de 6,8%, assim cerca de 1 (uma) em cada 15 mulheres eram afetadas(9). No Brasil, constatou-se que o estado do Mato Grosso do Sul, segundo mais populoso em número de indígenas, possui elevada incidência de sífilis em gestantes. Essas taxas estão relacionadas a hábitos e práticas culturais, com a falta de acompanhamento dessas gestantes na realização do pré-natal e com a falta de capacitação das equipes de profissionais de saúde em relação às especificidades culturais e geográficas desses povos. Assim, percebe-se a vulnerabilidade dessas mulheres às infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e a importância da realização de políticas voltadas para educação sexual e ações preventivas. Além disso, a melhoria do acesso à saúde desses povos que, geralmente, estão marginalizados socialmente e geograficamente é uma medida necessária para um melhor atendimento desses(9-11).

Outra IST importante nesse contexto é o HPV, em que as mulheres indígenas apresentam elevado risco devido aos padrões comportamentais que possuem, sendo o principal fator para desenvolvimento de câncer de colo de útero. Em estudo feito em duas regiões distintas do norte do Brasil, observou-se uma prevalência de 45,9% em mulheres Yanomami e 34,5% em mulheres Macuxi e Wapishana(11). Em estudos realizados na Venezuela e Paraguai, apresentaram uma prevalência de 26,21% e 23,2%, respectivamente(12-13). O principal tipo HPV encontrado foi o 16, variante relacionada diretamente com a evolução para lesões precursoras do câncer de colo de útero.

O câncer de colo de útero constitui uma das principais causas de morbimortalidade nessa população, chegando a taxas duas vezes maiores que na população não indígena e quando não diagnosticado precocemente, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece, pode evoluir com um grau de severidade maior. Dessa forma, o exame preventivo é uma forma eficaz de atuação, pois a evolução do câncer do colo do útero é lenta, sendo o achado inicial um fator favorável para um prognóstico melhor(11,14-15). Existem algumas divergências literárias sobre a data de início do preventivo, variando de 21 a 25 anos para mulheres sexualmente ativas, idade preconizada pois estudos realizados na população geral demonstraram que câncer na faixa etária adolescente é extremamente raro e com altas taxas de regressão. Entretanto, poucos estudos demonstram a evolução da infecção precursora especificamente nas mulheres indígenas, então não se sabe se a regressão espontâneo ocorre da mesma forma que nas demais etnias, além do risco da perda do seguimento dessas mulheres, devido à dificuldade de acesso das equipes, risco de inconsistência das ações e mudança constante das mulheres de uma aldeia para outra, o que poderia inviabilizar a conduta expectante com controles regulares(14).

O Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estabeleceram diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero, colocando idades para rastreamento de início, aos 25 anos, e fim, aos 64 anos, mas não fazem especificações quanto às populações especiais, isoladas e restritas como as mulheres indígenas(16). Aliado a isso, tem-se que entre os povos indígenas o contato sexual está relacionado ao contexto cultural e seu início ocorre de forma precoce, antes dos 15 anos, prática que está diretamente relacionada à maior prevalência de lesões precursoras de câncer de colo de útero. Logo, essa mulher passaria aproximadamente 10 anos sem realizar um exame preventivo, corroborando para o desenvolvimento de uma lesão mais

severa(17). Em estudo feito com jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu, foi observado na faixa etária de 12 a 24 anos, abaixo da idade de rastreamento preconizada pelo MS, uma prevalência de 9,6% de atipias citológicas, e destas 5,3% já se encontravam em alto grau. Esse estudo concluiu a necessidade de instituir rastreamento e tratamento antecipado nessa população, devido às dificuldades de seguimento(14).

No caminho oposto, temos a ausência de câncer mama em mulheres indígenas sendo relatado na literatura em vários estados brasileiros e no Equador, um fator que parece estar relacionado é a menor densidade mamográfica. O comportamento reprodutivo indígena com início da vida sexual antes dos 15 anos, ausência de métodos de proteção, paridade precoce e multiparidade que constitui fator de risco para o câncer de colo de útero. Nesse contexto, parece ser fator protetor, pois resulta em mais partos e conseqüentemente maior período de lactação que está diretamente relacionada à diminuição da densidade mamográfica. Associado a isso, existe o estilo de vida, hábitos alimentares e a própria genética indígena influenciando nesse processo(18).

Ademais, além das enfermidades citadas também são prevalentes entre as mulheres indígenas outras comorbidades, como a obesidade, hipertensão arterial sistêmica e o diabetes. Essas condições eram classificadas como doenças do homem branco, pois não eram comuns entre essas mulheres, mas após a disseminação da cultura ocidental e a partir da incorporação de alguns costumes por parte dos povos indígenas, tornaram-se mais frequentes entre os indígenas. Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um fator de risco importante para mortalidade e possui prevalência variada no mundo e entre os estados brasileiros. Sabe-se que a incorporação de hábitos alimentares ocidentais e a baixa condição econômica facilitou o acesso ao consumo de alimentos ultraprocessados, de baixo custo, alto teor calórico e maior saciedade. Dessa forma, esse novo padrão de consumo está relacionado ao aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, fator de risco para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus(19).

Entre as indígenas brasileiras, 13,1% possuem níveis pressóricos elevados. A prevalência de HAS entre as indígenas residentes em Dourados, MS, 42% é superior àquelas residentes na região Centro-Oeste, 17,5%. Essa alta prevalência é reflexo da transição do estilo de vida dos povos indígenas aumentando assim as taxas de doenças crônicas, antes não observadas(19-20). Entre as mulheres indígenas, em idade reprodutiva, residentes em Pernambuco, tem-se que a principal causa de mortalidade é em decorrência das doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio, doenças hipertensivas e doenças isquêmicas do coração(21).

A obesidade central está relacionada com o quadro de diabetes mellitus, que, por sua vez, é um fator de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares. A prevalência da glicemia capilar alterada, um fator de sugestão para a presença de diabetes, mostrou-se alterada nas mulheres indígenas no Brasil, com uma taxa elevada entre as indígenas residentes em Dourados, MS, e entre aquelas do Xingu. Sabe-se que a escolaridade foi um fator relacionado com a obesidade abdominal, assim quanto menor o grau de escolaridade maior a adiposidade central(19-20).

Além disso, estudos indicam que a prevalência da anemia é maior em mulheres indígenas quando comparadas aos não indígenas e esses dados podem estar relacionados à questão da adiposidade, pois a obesidade, relacionada ao novo padrão alimentar baseado em alimentos ultraprocessados, resulta em um estado inflamatório crônico, o que pode prejudicar a absorção de ferro. Outros fatores, como estado nutricional deficitário em micro e macro nutrientes, multiparidade e exposição à malária estão relacionados à ocorrência de anemia(22). A alteração nutricional das mulheres Toba / Qom de Namqom, comunidade indígena localizada no norte da Argentina, foi associada ao risco de anemia, dessa forma é importante salientar que a incorporação da cultura ocidental pode ser prejudicial para a saúde das indígenas(23). É importante refletir, também, que a maior prevalência de deficiências nutricionais se deve à função social que a mulher assume, estudos afirmam que em situações de escassez de alimentos, as mulheres são as primeiras a relegar sua alimentação em favor da família e, principalmente, dos filhos, demonstrando

que problemas nutricionais e alimentares são vivenciados de forma diferente entre homens e mulheres, mesmo na mesma situação crítica(24). Importante salientar que a nutrição e a etnia são fatores que podem influenciar na metabolização de elementos químicos, como arsênio, lítio e boro, presentes na água de alguns lagos, resultando assim em desfechos diferentes, como diabetes e doenças cardiovasculares, mesmo em pessoas que habitam no mesmo local e possuem hábitos similares(25).

Acesso aos serviços de saúde

Observa-se que o acesso e uso dos serviços de saúde ainda não acontecem de uma forma satisfatória, assim muitas pessoas não realizam acompanhamento como deveriam. Como exemplo, tem-se que muitas gestantes indígenas, no Brasil, não realizam o pré-natal de forma adequada, sendo que muitas não possuem mais do que uma consulta(26). Na Colômbia, esse padrão entre as populações indígenas se repete, logo é possível observar que o atendimento à gestante não é satisfatório em diversos locais da América Latina e não só em relação ao pré-natal, mas também associado ao atendimento no parto e no pós parto, o que reflete a iniquidade dos atendimentos(2). No Equador, por exemplo, o acesso ao posto de saúde, paróquia de Guangaje, é dificultado pela distância, indisponibilidade de tempo por parte das mulheres, pois muitas realizam horas exaustivas de trabalho e obstáculos socioculturais, visto que muitos profissionais de saúde não conhecem a linguagem, os valores e as práticas culturais desse povo(27). As mulheres Nasa e Misak Del Cauca entendem que a saúde é um processo que depende de relações harmônicas e sistêmicas, dessa forma as divergências entre o sistema médico ocidental e o sistema indígena podem acarretar prejuízos a saúde da mulher indígena(28).

As inequidades em saúde tornam-se evidentes também ao observarmos a prevalência de IST's nessa população, sendo possível perceber altas taxas de infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis e HPV. Esses números ainda podem estar subestimados, visto que dois estudos feitos com mulheres indígenas de diferentes comunidades do Paraguai, 72% e 73% delas, respectivamente, alegaram ser a primeira vez que foram examinadas por citologia cervical, já em triagem feita com indígenas da Amazônia brasileira 58% alegou ter realizado ao menos um exame ao longo da vida(11,13,31). Com isso, pode-se inferir que além da dificuldade de acesso aos sistemas de saúde implicando em menor rastreamento nessas populações, ainda se tem a falta de educação em saúde interferindo nesses grupos, pelo pouco conhecimento sobre o processo de adoecimento das IST' e,consequentemente, menor domínio e uso de medidas preventivas. Logo, faz-se necessária a intervenção mais efetiva dos órgãos e profissionais de saúde, aliando o saber biomédico às práticas culturais desses povos, que muitas vezes não são muito conhecidas pelos profissionais de saúde e resultando em dificuldades na relação médico paciente, inviabilizando um atendimento que gere um resultado favorável na prática(7,32).

Devido à fragilidade das políticas que visam promover a saúde indígena, além das desigualdades no acesso à educação em saúde e a medidas de prevenção e rastreamento, naquelas mulheres em que o câncer se estabelece, ainda podemos observar a desigualdade no acesso ao tratamento, que permeia várias barreiras, como a linguística, naquelas etnias que falam apenas a língua local e não dominam idioma oficial de cada país; cultural, com o conceito de cada comunidade sobre o processo de doença e cura; e socioeconômicos, pois muitas não têm a mínima condição de se deslocar aos centros de tratamento.

A exemplo disso temos o Peru, que, mesmo com a implementação em 2012 do Plano Esperanza, que visa reduzir a morbimortalidade de maneira plural e descentralizada, ainda pode-se observar lacunas nessa abrangência, como demonstra um artigo que analisa as desigualdades no acesso ao tratamento em mulheres indígenas no país, trazendo alguns relatos dessas mulheres

sobre o ônus financeiro de ter que viajar para a capital, Lima, para ter acesso ao tratamento. Tem-se que boa parte das indígenas não conseguem ir até os centros de tratamento, como foi afirmado por uma entrevistada que, por não conseguir se deslocar, ficou sem tratamento médico apresentando dores por mais de um ano. Das mulheres que conseguem a viagem, muitas enfrentam outra barreira, a hospedagem, para que consigam permanecer na cidade durante o seguimento do tratamento; muitas relatam dormir nos bancos das capelas dos hospitais. Além disso, temos as mulheres que podem viajar, mas não possuem recursos para levar alguém para acompanhá-la, enfrentando uma carga emocional adicional, visto o momento de extrema fragilidade, ao qual estão submetidas(33).

Aspectos culturais

Nota-se que a cultura é indissociável da saúde para as indígenas, a experiência da menarca, da gestação e do parto e pós-parto, por exemplo, é marcada por práticas culturais de extrema importância para elas. Os Mundukurus acreditam que a alimentação dos pais durante a gravidez influencia na formação do caráter da criança, bem como em sua saúde(6). As indígenas Munduruku, durante a gravidez, realizam diversas práticas culturais, como o ato de “agarrar a barriga” que consiste em massagear a barriga com óleos vegetais(28).

A mulher Zenú também está inserida em uma cultura rica que influencia seus hábitos, como restringir trabalhos pesados durante a gravidez, evitar o banho no período noturno e a abstenção sexual(29). Por um lado, para as indígenas de San Lorenzo, a menarca é um processo que faz parte do amadurecimento da mulher, não é uma fase marcada por festas, mas pelo conselho das mulheres mais velhas; por outro lado; para as indígenas Mundukuru, a experiência da primeira menstruação é marcada por diversos rituais(5,6). Diante disso, percebe-se que a cultura pode configurar como uma barreira para a saúde das indígenas quando os médicos não realizam uma abordagem baseada no diálogo e na busca de conciliar as duas formas de saber.

CONCLUSÃO

Por meio da reflexão sobre o tema, é possível compreender que a saúde não está dissociada do sistema cultural e social, pois faz parte dele. Assim, sustenta-se, aqui, a tese de que o processo de saúde-doença não pode ser analisado de forma isolada das questões sociais, culturais e demais dimensões da vida social do homem. Faz-se necessário, portanto, que o profissional de saúde concilie a prática clínica com os valores e conhecimentos de cada povo, respeitando as crenças e praticando o relativismo cultural, tão importante para o êxito da prática profissional. Logo, é importante que as particularidades de cada grupo social sejam analisadas e consideradas para que ocorra uma abordagem sanitária mais efetiva, respeitando assim o princípio da equidade.

Conclui-se por meio desta revisão integrativa que a saúde da mulher indígena é negligenciada devido às barreiras culturais, geográficas, socioeconômicas e linguísticas, o que torna imprescindível conhecer a cultura dos povos indígenas, as enfermidades que são mais frequentes, a dinâmica social e cultural, suas tradições, rituais e o modo que lidam com o processo de adoecimento, a fim de conciliar as práticas de cuidado. Ademais, é importante que as políticas públicas já existentes sejam fiscalizadas quanto ao seu cumprimento e que novas sejam formuladas para combater a desigualdade no acesso à saúde e promover a igualdade no cuidado baseado na interculturalidade.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: 2010. Características gerais dos indígenas: resultados do universo. Censo demogr. [Internet]. 2010: 1-245. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/95/cd_2010_indigenas_universo.pdf . Acesso em: 10 jan 2020.
2. Norena-Herrera C, Leyva-Flores R, Palácio-Mejia LS, Duart-Gomez MB. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015; 31(12):2635-48. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n12/0102-311X-csp-31-12-2635.pdf> Acesso em: 10 mar 2020.
3. Organização das Nações Unidas. Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos povos indígenas. [publicação online]. 2008. p. 1-12. Disponível em: http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/LEGISLACAO_INDIGENISTA/Legislacao-Fundamental/ONU-13-09-2007.pdf Acesso em: 15 mar 2020.
4. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>. Acesso em: 10 mar 2020.
5. Ortiz AS. Aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres adolescentes de tres comunidades del Resguardo Indígena San Lorenzo, Caldas: trabajo doméstico, partería tradicional y procesos organizativos de mujeres indígenas. *Rev. Cienc. Salud*, 2019; 17(spe):145-62. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169272732019000400145&lng=en. Acesso em: 10 mar 2020.
6. Dias-Scopel RP, Scopel D. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2019; 35(Suppl3):e00085918. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019001505002&lng=en. Acesso em: 10 mar 2020.
7. Romero JAB, Padilla LEM, Valeta MO. Prácticas de cuidado cultural en el continuo reproductivo de la mujer Embera Katio del Alto Sinú. *Enfermería (Montev.)*. 2019; 8(1):59-78. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S239366062019000100059&lng=es. Acesso em: 10 mar 2020.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*, 2008; 17(4):758-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en. Acesso em: 10 mar 2020.
9. Aguilar G, Estigarribia G, Ortiz A, Miranda AE, McFarland W, Kawabata A et al. Prevalence of Syphilis and Related Risk Behaviors Among Women in 5 Distinct Indigenous Populations in Paraguay. *J Sex Transm Dis*. 2019; 46(4):246-49. Disponível em: https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2019/04000/Prevalence_of_Syphilis_and_Related_Risk_Behaviors.6.aspx Acesso em: 10 mar 2020.
10. Tiago ZS, Picoli RP, Graeff SVB, Cunha RV, Arantes R. Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. *Epidemiol Serv Saúde*, 2017; 26(3):503-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300503&lng=en Acesso em: 10 mar 2020.

11. Fonseca AJ, Taeko D, Chaves TA, Amorim LD, Murari RS, Miranda AE, Chen Z, Burk RD, Ferreira LC. HPV Infection and Cervical Screening in Socially Isolated Indigenous Women Inhabitants of the Amazonian Rainforest. *PLoS One*, 2015;10(7):e0133635. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0133635>. Acesso em: 10 mar 2020.
12. Carrero Y, Bracho A, García W, Arguello MJ, Silva C, González MJ et al. Hallazgos citológicos y factores de riesgo asociados a lesión cervical en mujeres pertenecientes a tres etnias indígenas del Estado Zulia. *Kasmera*. 2018;46(2):159-69. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008113> Acesso em: 9 mar 2020.
13. Mongelos P, Mendoza LP, Rodriguez-Riveros I, Castro A, Gimenez G, Araujo P et al. Distribution of human papillomavirus (HPV) genotypes and bacterial vaginosis presence in cervical samples from Paraguayan indigenous. *Int J Infect Dis*, 2015;39:44-9. Disponível em: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1201-9712\(15\)00202-7](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1201-9712(15)00202-7) Acesso em: 12 mar 2020.
14. Speck NMG, Pinheiro JS, Pereira ER, Rodrigues D, Focchi GRA, Ribalta JCL. Cervical cancer screening in young and elderly women of the Xingu Indigenous Park: evaluation of the recommended screening age group in Brazil. *Einstein*, 2015;13(1):52-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167945082015000100010&lng=en. Acesso em: 12 mar 2020.
15. Rodrigues LLS, Morgado MG, Sahasrabudhe VV, De Paula VS, Oliveira NS, Chavez-Juan E et al. Cervico-vaginal self-collection in HIV-infected and uninfected women from Tapajós region, Amazon, Brazil: High acceptability, high HPV diversity and risk factors. *Gynecol Oncol*. 2018;151(1):102-10. Disponível em: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(18\)31091-6/fulltext](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(18)31091-6/fulltext) Acesso em: 10 mar 2020.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2016. p. 1-118. Disponível em: http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016.pdf. Acesso em: 10 mar 2020.
17. Velázquez C, Kawabata A, Rios-González CM. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay, 2015-2017. *Rev. salud publica Parag*, 2018;8(2):15-20. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980457/15-20.pdf> Acesso em: 10 mar 2020.
18. Secco M, Elias S, Carvalho CV, Silva IDCG, Campos KJ, Facina G et al. Mammographic density among indigenous women in forested areas in the state of Amapá, Brazil: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*, 2017;135(4):355-62. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802017005008101&script=sci_abstract Acesso em: 15 fev 2020.
19. Almeida JB, Kian KO, Lima RC, Souza MC. Total and Abdominal Adiposity and Hypertension in Indigenous Women in Midwest Brazil. *PLoS One*. 2016;13(6):e0155528. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0155528> Acesso em: 10 dez 2019.
20. Freitas GA, Souza MCC, Lima RC. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2016;32(8):e00023915. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000805010&lng=pt Acesso em: 10 dez 2019
21. Estima NM, Alves SV. Mortes maternas e de mulheres em idade reprodutiva na população indígena, Pernambuco, 2006-2012. *Epidemiol Serv Saúde*, 2019;28(2):e2018003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000200302 Acesso em: 15 dez 2019.

22. Borges MC, Buffarini R, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR, Garnelo L et al. Anemia among indigenous women in Brazil: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. *BMC Women's Health*. 2016;16(7):45-54. Disponível em: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-016-0287-5> Acesso em: 18 dez 2019.
23. Goetz LG, Vallengia C. The ecology of anemia: Anemiaprevalenceandcorrelatedfactors in adult indigenous women in Argentina. *Am J Hum Biol*. 2017; 29(3):e22947. Disponível em:<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ajhb.22947>Acesso em: 18 dez 2019.
24. Tejerina M, Mélica C, Estrada E, Feliz J, Gonzales J, Juárez J et al. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en mujeres del pueblo wichí de General Ballivián, provincia de Salta. *Rev Argent Salud Publica*, 2018; 9(34):29-34. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853810X2018000100005&lang=ptAcesso em: 18 dez 2019..
25. De Loma J, Tirado N, Ascui F, Levi M, Vahter M, Broberg K, Gardon J. Elevated arsenic exposure and efficient arsenic metabolism in indigenous women around Lake Poopó, Bolivia. *Sci Total Environ*. 2019;657:179-86. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048969718348289?via%3Dihub> Acesso em: 10 fev 2020.
26. Garnelo L, Horta BL, Escobar AL, Santos RV, Cardoso AM, Welch JR. et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cad Saúde Pública*, 2019;35(Suppl 3):e00181318. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019001505001&lng=en. Acesso em: 10 mar 2020.
27. Waters WF, Ehlers J, Ortega F, Kuhlmann AS. Physically Demanding Labor and Health Among Indigenous Women in the Ecuadorian Highlands. *J Community Health*, 2018;43(2):220-6. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10900-017-0407-7>Acesso em: 10 mar 2020.
28. Castillo-Santana PTC, Vallejo-Rodríguez ED, Cotes-Cantillo K P, Castañeda-Orjuela CA. Saúde materna indígena nas mulheres Nasa e Misak del Cauca, Colômbia: tensões, subordinação e diálogo intercultural entre dois sistemas médicos. *Saude soc*, 2017;26(1):61-74. Disponível em:https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100061Acesso em: 10 mar 2020.
29. Dias-Scopel RP, Scopel D. ¿Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil. *Desacatos*. 2018;58:16-33. Disponível em:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300016 &lang=pt Acesso em: 11 mar 2020.
30. LaFont CPR, Casarrubia IMC, Romero JAB. Cultural practices for the care of indigenous pregnant women of the Zenu Reserve Cordoba, Colombia.: Prácticas culturales de cuidado de gestantes indígenas del Resguardo Zenú Córdoba, Colombia. *Rev. cienc. cuidad*. 2019;16(3):8-20. Disponível em: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1722> Acesso em: 11 mar 2020.
31. Dávalos MR, Soilán A, Duarte E, Sanabria G. Lesiones epiteliales de cuello uterino en mujeres de la comunidad indígena Mbya-Guarani, Colonia Y´Apy, Distrito de Yrybucua-Departamento San Pedro. 2019. *Rev Inst Med Trop*, 2019;14(2):39. Disponível em:http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1996-36962019000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=esAcesso em: 12 mar 2020.
32. Gusman CR, Rodrigues DA, Villela WV. Paradoxos do programa tradicional de parteiras no contexto das mulheres krahô. *Cien Saude Colet*, 2019; 24(7):2627-36. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000702627 Acesso em: 10 mar 2020.

33. Nevin PE, Garcia PJ, MM Blas, Rao D, Molina Y. Desigualdades no tratamento do câncer cervical em mulheres indígenas peruanas. *Lancet Glob Health*, 2019;5:e556-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6547124/> Acesso em: 10 mar 2020.