

Aspectos culturales de la reproducción: el caso de los Suruí de Rondonia y Mato Grosso, Brasil^a

María Mercedes Arias Valencia^b; Ricardo Ventura Santos^c; Carlos E.A. Coimbra Jr^d; Ana Lucia Escobar^e

RESUMEN

Este artículo pretende comunicar resultados de un estudio demográfico sobre los aspectos culturales ligados a la reproducción, realizado en indígenas Suruí, en Rondônia y Mato Grosso, Brasil. **Objetivo:** descubrir los aspectos culturales ligados a la fecundidad en relación con la conciencia demográfica de estos pueblos. **Metodología:** se adoptó el enfoque etnográfico; visitamos la totalidad de las unidades domiciliarias de las aldeas conocidas como Linha 14 y Placa, en la Tierra Indígena "Sete de Setembro" en 2004. Participaron 115 mujeres. **Resultados:** Hay dos prácticas de conyugalidad, la poliginia y el matrimonio interétnico. Revive la costumbre de la reclusión ritual de las mujeres en su primera menstruación y la prohibición de relacionarse sexualmente durante la gestación, el posparto y hasta un año después de nacer el hijo. La producción de leche materna es altamente valorada y los niños la obtienen hasta los dos años. Tener muchos niños y producir mucha leche es el ideal. Lo más importante para los Suruí es la reproducción de la sociedad para continuar como unidad étnicamente diferenciada. **Discusión:** analizamos las permanencias y los cambios en la esfera de la reproducción. Comparamos con resultados de otros estudios relacionados con la etnología Suruí y con la actuación de los servicios de asistencia en esta comunidad. **Conclusión:** los aspectos culturales son los elementos esenciales para la formulación de políticas de salud que valoricen a los suruí y le impriman especificidad étnica a los programas y proyectos.

Palabras clave: *salud reproductiva, pueblos indígenas, Brasil*

INTRODUCCIÓN

Descripción del problema general

Como está ampliamente documentado, el contacto y la interacción con la sociedad nacional han sido históricamente marcados por profundas transformaciones en las sociedades indígenas¹⁻². Respecto de la dinámica reproductiva, sus sistemas socioculturales presentan

-
- a *Este artículo se deriva del proyecto "Dinámica demográfica y salud reproductiva de los Sourí en Rondônia, Brasil". El estudio inició en julio de 2004, finalizó en diciembre de 2006 y recibió apoyo financiero de la Fundación Ford.*
 - b *Doctora en Salud Pública, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Sistema Universitario de Investigación de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: mariamav@tone.udea.edu.co.*
 - c *Doctor en Antropología, Indiana University, E.U.A. Escola Nacional de Saúde Pública/ ENSP, Fundação Oswaldo Cruz e Departamento de Antropologia, Museu Nacional, Rio de Janeiro. Correo electrónico: santos@ensp.fiocruz.br.*
 - d *Doctor en Antropología, Indiana University, E.U.A. Escola Nacional de Saúde Pública/ ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Correo electrónico: coimbra@ensp.fiocruz.br.*
 - e *Doctora en Salud Pública, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia/ CESIR, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho. Correo electrónico: ana@unir.br*

Cómo citar este artículo:

Arias Valencia MM, Ventura Santos R, Coimbra Jr C EA., Escobar AL. Aspectos culturales de la reproducción: el caso de los Suruí de Rondonia y Mato Grosso, Brasil. Invest Educ Enferm. 2008; 26(1): 86-97.

Recibido: 21 de enero de 2008. Envío para correcciones: 27 de febrero de 2008. Aprobado: 26 de marzo de 2008

Cultural aspects of reproduction: the case of the Suruí of Rondonia and Mato Grosso, Brazil

María Mercedes Arias Valencia; Ricardo Ventura Santos; Carlos E.A. Coimbra Jr; Ana Lucia Escobar

elaborados ordenamientos relativos al inicio de la actividad sexual, la edad para el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, los intervalos intergenésicos, la finalización del período reproductivo, y así sucesivamente.

Este artículo pretende comunicar los resultados de un estudio demográfico sobre los aspectos ligados a la dinámica de la fecundidad y sus determinantes, realizado en los pueblos indígenas Suruí, localizados en Rondonia y Mato Grosso, Brasil. El proyecto hizo parte de las actividades del Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia/CESIR de la Universidade Federal de Rondônia (UNIR), en conjunto con la Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) en Rio de Janeiro.

METODOLOGÍA

Descripción de la población

Los pueblos Suruí

Los Suruí están localizados en el sudeste de Rondônia y noroeste de Mato-Grosso, en la Terra Indígena Sete de Setembro, una reserva con aproximadamente 247,000 hectáreas y una estimación de 765 habitantes en el año 2000. Dicha reserva fue demarcada por el gobierno brasileño a principios de la década de los años 70. La autodenominación del grupo es “Pa:íter” que significa “nosotros, la gente”. Los Suruí hablan un lenguaje clasificado dentro del tronco lingüístico Tupí, y en la familia lingüística Mondé. Otras sociedades amerindias cultural y lingüísticamente cercanas viven en la misma área: los Gavião, los Cintalarga y los Zoró. Las coordenadas geográficas de la reserva son, aproximadamente, 61° longitud oeste y 11° latitud sur³ (figura 1).

Metodología de campo

El equipo de investigación recogió los datos en las aldeas Suruí, Linha 14 Gabgir, Linha 14 Placa y con indígenas

ABSTRACT

This article communicates results of a demographic study on the cultural aspects related to reproduction in Suruí natives, in Rondônia and Mato Grosso, Brazil. **Objective:** to raise the cultural aspects linked to fecundity in relation to the demographic conscience of the above mentioned natives. **Methodology:** with ethnographic approach, we visited the totality of the domiciliary units of the villages known as Linha 14 and Placa, in the Indigenous Land “Sete de Setembro” in 2004. One hundred and fifteen women participated. **Results:** There are two practices of marital union, polygyny and the interethnic marriage. The ritual imprisonment of the women in their first menstruation and the prohibition of sexual relations during pregnancy, postpartum and a year after birth still continue. Breast milk production is highly valued and children are breastfed up to two years of age. The ideal is having many children and producing a lot of milk. The most important thing for the Suruí is a reproductive strategy that allows the society to continue as an ethnically differentiated entity. **Discussion:** We analyzed the consistencies and the changes in the sphere of reproduction; we compared them with the results of other studies related to Suruí ethnology and the performance of health services in this community. **Conclusion:** Cultural aspects are the essential elements for new health policies and to give ethnical specificity to their programs and projects.

Key words: *reproductive health, indians, Brazil.*

que eran principalmente de la Linha 7 e 11 y otros que estaban transitoriamente en Riozinho, en septiembre de 2004. Visitamos la totalidad de las 40 unidades domiciliarias, en las cuales, obtuvimos historias reproductivas de

mujeres mayores de 10 años y de hombres de 15 años y más. Se recogieron las historias reproductivas de un total

de 110 mujeres, que corresponden a 99% de las mujeres con 10 años y más.

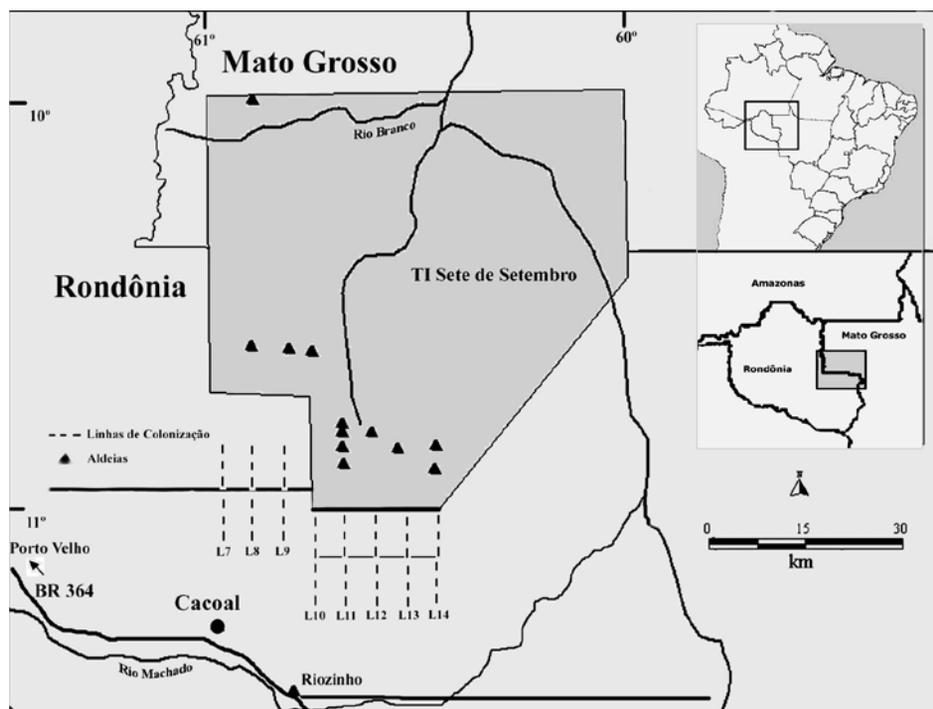


Figura 1. Terra Indígena Sete de Setembro

Fuentes: Coimbra Jr., 1989; Basta, 2005⁴

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora Arias, en el lugar designado por las mujeres de la aldea, con el fin de garantizar la máxima privacidad, acorde con una investigación anterior sobre el tema^{1-2,5-6}. Es importante mencionar que, en la actualidad, casi todas las mujeres Suruí son bilingües (lengua Suruí y portugués). Hay un contacto permanente entre las comunidades indígenas y los centros urbanos próximos, incluyendo, obviamente, los servicios de atención en salud. Las entrevistas las realizó en portugués, la misma investigadora (Arias) y, cuando fue necesario, pidió ayuda de agentes indígenas de salud (AISs) de sexo femenino que viven y trabajan en dichas comunidades.

Referente a los determinantes próximos o variables intermedias de la fecundidad, éstas constituyen su dimensión sociológica. Bongaarts⁷ identificó cuatro determinantes próximos de la fecundidad, a saber: 1) proporción de mujeres casadas – patrón marital; 2) uso de anticonceptivos; 3) aborto inducido; y 4) amamantamiento, que, en

conjunto con el tiempo de post-parto, constituye un período de infecundabilidad.

Como ya dijimos, se entrevistaron mujeres de 10 y más años de edad. La guía contempló preguntas específicas y sistemáticas sobre: (a) edad de la primera unión conyugal; (b) edad de la madre inicio de la primera gestación y al nacimiento del primer hijo y de los siguientes; (c) si el parto fue en la aldea u hospitalario; (d) caracterización de las prácticas de amamantamiento; (e) ocurrencia de separaciones (o viudez) y nuevas uniones conyugales; (f) experiencia reproductiva cuando ocurrieron nuevas uniones; (g) en caso de muerte de niños, edad de la madre y del niño; (h) número deseado de hijos, preferencia de sexo (i) uso de contraceptivos.

Debe destacarse que, por el hecho de unir la relación sexual con la procreación, la pregunta por el deseo de hijos puede asociarse con el deseo de relacionarse sexualmente y puede causar vergüenza. También, el hecho de que este

tipo de preguntas se hiciera en presencia de otras personas, así sean de la misma casa. En todo momento cuidamos la confidencialidad de la información, custodiamos y guardamos las historias, por ello no trabajamos con traductores, y, como ya se dijo, el bilingüismo es relativo.

Se resalta: a) La sujeción del proyecto al examen y aprobación por parte del Comité de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública –ENSP, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz y por la Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Porcesso n. 596/2004); b) las instrucciones a seguir en la información de los participantes y obtención de su autorización, a través de presentación de “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”; c) Aprobación del proyecto por los Conselhos Local e Distrital de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena de Vilhena (referente a los Suruí); d) Archivo de formularios de consentimiento de pacientes o sus responsables con custodia sigilosa; e) En todas las fases se observó el principio fundamental de la declaración, según la cual “los intereses de la persona deben siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad”.

RESULTADOS

A continuación, expondremos los aspectos culturales que moldean las decisiones reproductivas, que son a la vez individuales, familiares y colectivas. Estas tienen que ver con la dinámica demográfica del pueblo Suruí en general, y con las mujeres como sujetos, en particular. Se recogieron aspectos relacionados con la menarquia, la conyugalidad, la gestación y el parto, el amamantamiento, el tamaño ideal de la familia y las explicaciones acerca del patrón reproductivo de los Suruí, así como los cambios en la esfera reproductiva en dicha sociedad.

Llegar a la menarquia significa formarse como mujer, lo cual se marca con un ritual. Generalmente la menarquia se presenta a los 12 años, y según la norma cultural debe quedar escondida por dos meses, con mínimo de 3 semanas y máximo de 5 meses (150 días). Estar escondida quiere decir quedar reclusa en la maloca y no poder mezclarse por causa de la sangre. Dicha precaución tiene como objetivo evitar enfermedad, porque el contacto con sangre es malo y puede producir enfermedad en los demás indígenas.

Mientras “queda reclusa”, la madre la baña con agua tibia y le lleva comida pero no conversa con la niña, quien debe permanecer callada. Una niña de 14 años de edad cuenta que la madre decide cuánto tiempo quedará escondida, sale sólo después que todo se forma. La madre le corta el cabello, le da carne de cerdo, no pescado ni pollo.

La baña con agua tibia, no le da agua porque barriga queda grande. En la reclusión, sólo entra la madre. La niña se queda callada, sentada, sin ropita, con pantaloncitos.

Cuando salen de la reclusión según la norma, muchas se casan inmediatamente. Una de ellas dice: *quando salió, quedó casada. Estaba prometida desde antes de los 7 años.*

Referente a la conyugalidad y las reglas de matrimonio vigentes actualmente entre los Suruí: *Casó* es la denominación para la unión. Cuando el hijo o la hija se casa, se dice que se *desmembró* de la familia. Los Suruí practican la poliginia, según la cual, los hombres tienen derecho a casarse con varias mujeres, aunque en la realidad dicha regla tiene variaciones. Algunos líderes tienen hasta 5 esposas. Otros hombres, en cambio, dicen enfáticamente tener *una familia y una esposa*, algunos no están de acuerdo con la regla de tener más de una esposa y no les gustan los enamorados de las hijas porque piensan que *ellas sufren* por causa del derecho que tiene el marido a tener más esposas.

Uno de los posibles cambios en esta sociedad es la presencia de solteros y solteras a edades mayores. Se dice de ellos como: *no se casó, no está comprometida o comprometido, no está reservada, o no está prometida*. Dicha transformación la expresaron varias mujeres al decir que se quieren casar *sólo a los 20 años, que tienen que estudiar bastante, formarse en alguna cosa*. El evidente interés se observó en la comunidad de Riozinho que, por estar dentro de la ciudad, tiene gran influencia de “blancos”, como denominan a los no indios.

Las decisiones reproductivas tienen relación con la escolaridad. En Riozinho, la mujer de un agente de salud indígena, manifestó el deseo de que su hija *estudie bastante*; deseo acompañado por quejas sobre que la mujer *sufre mucho*. Varias mujeres dijeron: *quando casé, paré de estudiar*. Para una mujer de 17 años el hecho de *no estar comprometida*, la libera para *seguir estudiando*, tal como dice una de ellas. En este caso, la escolaridad es un motivo para el cambio, pues facilita un aplazamiento de la entrada en la primera unión que constituye el determinante próximo más importante.

Hombres y mujeres deben prepararse para la vida conyugal, para roles y funciones futuras, como veremos a continuación. También existen normas respecto a la escogencia y la morada inicial de la pareja.

Los hombres deben estudiar para construir *casa*; para eso, es necesario traer *paja* desde *muy lejos*; sin embargo,

hoy son pocas las casas tradicionales, la mayoría son de madera, construidas según la costumbre de la región. También deben *estudiar* para saber cómo hacer adornos para la fiesta. En cuanto a la cacería, deben hacer *arco y flecha para cazar, matar animal, matar pájaro grande, matar gallina, coger y matar pescado, matar cerdo*. En cuanto a la agricultura, deben aprender a plantar *maíz, frijol, arroz, mandioca*.

Las mujeres se preparan para hacer artesanías, pero también para trabajar la tierra y *conseguir leña*. Ellas aprenden a trabajar con barro; hacer *olla, hacer cordón, anillo, pulsera, banda de algodón, tejido, hacer cesta*.

Niñas y niños pueden estar sujetos a promesa para algún o alguna Suruí, en el caso de las mujeres, alrededor de los 10 años; sin embargo, algunas estaban prometidas desde el nacimiento. Dicha promesa puede no cumplirse, como en el caso de uno de los hombres, que estaba comprometido con una mujer, y se casó con otra. Otra mujer dice que conoció al marido, y *se casó*.

El promedio de edad de entrada a la primera unión –la variable intermedia más importante del calendario reproductivo, fue 13.8 años, con una moda de 13 años. Esta edad es un reflejo de las normas culturales a este respecto.

Ser casados es el patrón para hombres y mujeres. Cuando se casan, la regla es habitar en la casa de los padres del marido. Según la información recogida, la mayoría de las mujeres, cuando se casaron, se fueron *directo para casa del marido*, como es su ideal y, no permanecieron en las casa de los suegros (padres del marido). Una mujer fue a vivir a la *casa de los suegros*, después, *el ganó casa*, pero *quiere construir la casa de él todavía*. Una mujer se quedó *dos meses en casa de los padres de él*, después, fue a vivir directo con el marido. Un hombre *se quedó en la casa del padre de ella, y después se fueron para su casa*. Las mujeres solteras expresan el deseo de, cuando se casen, ir a *vivir directo con el marido*.

La relación sexual está unida con la procreación, tanto para hombres como para las mujeres y tiene períodos prohibidos: la gestación, y hasta *un año* después de nacer el hijo, según un líder indígena, *cuando el bebé comienza a querer andar, se puede enamorar* y, mientras tanto, *el marido duerme en otro cuarto*. La tradición es: *cuando tiene nené, nosotros no llegamos cerca del marido, sólo cuando el bebé sigue andando*. Dicha regla no está exenta de ambivalencia. Hombres y mujeres jóvenes rompen la regla, en el caso de las mujeres, podría ser para controlar el

marido o por celos de la segunda esposa. Ante la pregunta de la enfermera, que indaga si mientras el hombre no puede acercarse a la mujer, él busca otra mujer, la respuesta es: *con certeza*. Pero el indígena dice: *si el busca otra mujer, el bebé comienza a estar enfermo, le da diarrea, vómito y enflaquece mucho*. Estos períodos de infecundidad ayudan en los intervalos intergenésicos, y contribuyen al amamantamiento del niño lactante.

La conyugalidad masculina no parece estar asociada con la promiscuidad, como pensaríamos nosotros en Occidente. Sin embargo, la promiscuidad también existe, según los datos de la enfermera que hace control de DTS.

En cuanto a la concepción de familia, el hombre está autorizado a tener varias esposas que pueden ser de la misma familia, ser hermanas o primas; 47.5% de ellos tenían una mujer/familia – m/f, 27.5% tenían 2 m/f y, 14.5 entre 3 y 5 m/f, 10% eran solteros y estudiantes. No siempre hablan de que tienen una esposa más, si no una familia más. Uno de ellos dijo que *sólo tiene una familia*, para referirse a una esposa. Uno de ellos, cuando una de sus dos esposas estaba finalizando la procreación, entró en una tercera relación, una tercera esposa. Otro, cuando la primera esposa dejó de tener hijos, consiguió una segunda esposa. No hubo simultaneidad, en el sentido de tener hijos al mismo tiempo con dos mujeres. Uno de ellos no acepta esa cuestión de dos esposas, él mismo decidió no casarse más, dice la esposa. Uno de ellos dijo que cuando la mujer ya no está *produciendo hijos, ni mira para ella*. Él dijo: *Si no quiere hacer hijos, deja ella para allá, desanima, no tiene ni gusto para quedar con ella. Si ella produce (hijos), está bien*.

Aparentemente la interacción entre las esposas es tranquila. Cuando una esposa estaba contestando la encuesta, la otra salía del lugar donde estábamos, acompañada de los niños o de la familia. En ese momento entraba otra esposa con la familia. La jerarquía, según la enfermera, es que la primera esposa, la más vieja, es la *jefe de las esposas y, la última*, generalmente la más joven, *hace comida para todo mundo*.

Pero, la convivencia entre las esposas no está exenta de sufrimiento. A las mujeres se les exige que sean bonitas, lo que incluye no estar flacas, y tener hijos permanentemente. Uno de ellos dice, refiriéndose a su mujer que tiene 37 años y ya tuvo 9 gestaciones: *antes era bonita, y, ahora no, entonces, busca otra*, como efectivamente lo hizo.

También existen celos entre las esposas y provienen con más frecuencia de la primera, generalmente, la de ma-

yor edad. Al referirse a la segunda esposa, generalmente más joven, uno de ellos relata los celos como motivo de separación, él dice que, *La madre del primer hijo tenía celos de la segunda esposa; por eso la echó, y después de cinco años, ella también se fue, es difícil encontrar mujer, no quiero más mujer, voy a vivir junto con el hijo que se casó con blanca, ellos viven en Cacoal -cabecera municipal- y ella lo trata derechito, cocina y lava ropa.*

Refiriéndose a la estabilidad y la disolución de las uniones, separarse se dice: *no se están entendiendo bien, se dejan.* Las uniones son estables en su mayoría. Durante el trabajo de campo escuchamos a uno de los hombres hablando de separación, el dijo que *no se están entendiendo bien, que el se va a llevar los hijos, y la va dejar a ella aquí.* Otro, no gustó del yerno, el dice que *hacía sufrir mucho a la hija porque la primera esposa del marido era muy celosa; la hija se casó y después se dejaron, ella sola volvió para la casa de los padres.* También tienen quejas sobre los hombres, una madre reclama que *hombre hoy no se está manejando bien con ella.*

Para hombres y mujeres, el estatus de casado o casada y con hijos, es “natural”. No se observan tensiones en el sentido de no poder tener marido o mujer. En esta sociedad, la probabilidad de conseguir marido y mujer es bastante alta. Hombres y mujeres protestan cuando el casamiento no funciona. Una mujer lo hizo porque el marido *fue a vivir con una india de otra etnia.* Otra mujer refirió haber sido *abandonada por el marido.* Los hombres también sufren con el abandono de las mujeres: uno de ellos *tuvo 2 hijos con una mujer blanca que lo dejó.*

La separación no deja de ser indeseada, frena la posibilidad de procrear hijos continuamente y puede significar más dificultades para responder a los deberes cotidianos de la familia. Una mujer separada, con cinco hijos, dos hombres y tres mujeres, se contagió de tuberculosis, y, todavía así, enferma y *sin marido, quiere más hijos.* Lo anterior quiere decir que el hecho de no tener marido puede hacer más difícil la consecución de la comida y, ser más vulnerable ante varias situaciones como contraer enfermedades asociadas directamente con la desnutrición.

La edad de la madre cuando ocurre la primera gravidez y al nacimiento del primer hijo (primer parto) son tempranas. Ambos promedios de edad se sitúan alrededor de los 15 años. El parto, la mayoría de las veces, ocurre en la maloquinha, una réplica pequeña de la *maloca* que se construye para tal fin. Ellas dicen que tuvieron un bebé en el *monte*, que quiere decir, en la aldea. Una de ellas, de

21 años, tuvo bebé en la maloquinha y quiere seguirlos teniendo en la misma parte. Muchas han tenido el parto en el hospital y, algunas pocas han tenido el bebé por cesárea; sin embargo, algunas de ellas tienen *miedo del hospital* y prefieren tener el parto *cerca del río.* Los hombres se deben quedar lejos a causa de la sangre. Entonces, la madre de ella la acompaña; en este caso, también son importantes las hermanas. El hombre ayuda en caso necesario.

De acuerdo con lo anteriormente dicho, parece que la procreación debe ser permanente, *querer sólo hacer hijos* hasta cuando sea posible, *lo más que se pueda.* Para *continuar*, que puede significar para no desaparecer social y culturalmente. El crecimiento demográfico es un deseo de la comunidad Suruí y, el número de hijos deseado es una atribución masculina. Hombres y mujeres son apreciados. Las mujeres también *gustan mucho de bebé.* Una de ellas tuvo 9 gestaciones y *crió sólo cinco*, ella dice: *animal mordió por dentro y menstruación acabó*, pero, en la realidad, tuvo gestaciones hasta los 45 años de edad y *todavía quería tener más hijos.* Lo anterior también significa que el estado de infertilidad es indeseado en la sociedad Suruí. El marido de dicha mujer, después de tener todos los hijos, consiguió una segunda esposa, y tuvo con ella 8 hijos de 9 gestaciones. A dicha esposa, aún con indecisión porque *ya no le está gustando más tener hijos, le gustaría tener más.*

El deseo de tener más hijos va más allá del sufrimiento. Una de ellas, *quiere tener más hijos pero está flaca, con frecuencia tiene dolor para orinar y la menstruación no está normal.* Después de las dificultades anteriormente descritas, y ante la pregunta por el deseo de tener más hijos, el marido expresa que *le gusta la familia grande, que Dios le ayudará.* Otro hombre, que tiene 12 hijos, dice *querer más hijos, pero ella protesta, ella perdió nené, quedó muy triste y no quiere, ¿qué vamos a hacer?* dice el marido.

Para los hombres, el número de hijos deseado *no tiene límite.* Este es el imperativo cultural. *¿Hijos? Hasta donde quiera, hasta siempre.* Un líder indígena habló de que, *antiguamente, indio quería tener hijos hasta viejito*, el dice: *nosotros queremos tener bastantes hijos, todos los que se pueda, para continuar.*

La consideración hacia la mujer es así: un hombre habla que tienen hijos hasta que la *mujer no aguante más; otro, si ella aguanta.* Algunos protestan porque la mujer se queja mucho, *mujer grita mucho*, otros dicen que la mujer sufre; uno de ellos, dice que la mujer *quiere tener más hijos, pero ella está sufriendo;* también reconocen que *la mujer trabaja mucho.*

Varias veces escuchamos hablar a los hombres del número 20 como el número de hijos al que aspiran. Uno de ellos dice, *quiero veinte*. Otro dice, no sabemos si en broma, *quiero hacer 50 hijos*. El número deseado es muchos hijos, *quería tener muchos*, dice uno de ellos quien tuvo 9 después de 11 gestaciones de la mujer, y, de todas maneras, el número deseado de hijos es múltiplo de cinco.

El sexo de los hijos también hace parte del deseo de tener más hijos; uno de los canones dice: *sólo estoy esperando un machito* (tiene 3 niñas) quiere tener 3 hombres. Pero las niñas se aprecian, una mujer no indígena “blanca”, en la casa de un agente de salud dice: *el orgullo de hombre blanco son los niños y, el orgullo del hombre indio son las niñas*, probablemente por la capacidad de procrear. Uno de ellos, de 22 años y una pareja de hijos, quiere tener *una pareja más* de hijos. Inclusive, una mujer blanca, estando en casa de un indio dice: *blanco, cuando ve una mujer llena de hijos, se va de huida, indio no piensa así, al indio le gusta la mujer con muchos hijos*. Esto se observó en cuanto al gusto del indígena por los hijos.

El deseo de tener hijos por parte de las mujeres, presenta cinco variaciones: 1) las que hablan del deseo de tener más hijos, 2) las que están conformes con el número de hijos, 3) las que dicen que no saben, 4) las que dejan la decisión para el marido y, 5) las que no desean más hijos.

1. Entre las mujeres que desean tener más hijos se encuentran variaciones en cuanto al número y al sexo: Una mujer de 35 años, que ya tuvo 9 hijos, dice que *quiere tener 10 y parar en 10*; una mujer de 18 años, tercera esposa de un líder, con un hijo, dice que quiere *sólo 5 hijos más*. Otra de 46 años, y 4 niños y una niña, dice que *quería una niña más*. Otra, separada, de 17 años y sin hijos, quiere tener *sólo 5, tres niños y dos niñas*. Otra, de 16 años, soltera y sin hijos, quiere tener 3 hijos, dos hombres y una mujer. Otra, de 17 años y una pareja de hijos, quiere tener *solo uno más*. Sólo una mujer de 18 años y dos niñas, *sí* quiere tener, *dependiendo de la salud*. Fue la única que consideró su propio estado de salud para pensar en el deseo de hijos. El número 5 se les escucha con frecuencia a las mujeres. Una mujer de 21 años, con una hija, un mortinato, y gestante en la actualidad, quiere tener 5 hijos más, tres hombres y dos mujeres. Una mujer blanca de 16 años, casada con indio, y que tuvo un niño que murió, afirma querer tres hijos, lo mismo que su marido.
2. Las que están conformes: una, de 23 años, tiene 3 hijos hombres y dice que, *en el momento, está bien*.

3. Sin posición definida: dicen no saber como una que dice: *no sé*, otras dicen lo mismo y se ríen.
4. Las que dejan la decisión al marido. Una dice: *Él es el que sabe*. Otra, mujer de un agente de salud, que ha tenido cuatro hijos y un aborto, respondió: *No sé, él dijo que no quiere más hijos*. Una mujer soltera, de 20 años, manifiesta estar de acuerdo con el que esta decisión le corresponde al varón.
5. El deseo de no tener más hijos: *parar* de tener hijos se escuchó en ambos géneros pero más en las mujeres. Tal deseo, en las mujeres, tiene dos variaciones: algunas están conformes con el número de hijos y otras, con diferentes edades y variado número de hijos, son enfáticas en no querer tener más. De las que son enfáticas, algunas han tenido pérdidas fetales –abortos o mortinatos– y a otras les han practicado procedimientos obstétricos asociados con morbilidad.

En cuanto a la primera opción, una mujer de 65 años, manifiesta estar conforme con los hijos que tuvo, ocho en total, de los cuales uno ya murió. En cuanto a la segunda opción, una mujer de 35 años de edad, que tuvo 9 hijos vivos, y no ha tenido abortos ni mortinatos; quiere *parar en 10* hijos; una mujer de 53 años de edad, que tuvo 10 gestaciones, 7 hijos vivos, 2 abortos y 1 mortinato, es enfática en que *no quiere tener más hijos*. Otra, de 24 años, que tuvo un hijo y tres hijas, *no quiere tener más hijos*. Otra, de 23 años, que tuvo cuatro niños, aunque no tiene niña responde: *no quiero tener más*. Otra de 14 años, que tuvo el primer bebé por cesárea *no quiere tener más hijos*. Con la cesárea tuvo infección, y ella protestó porque el médico *no le avisó antes de “cortar barriga”*. Después, le aclaró que la cesárea fue necesaria debido a que el bebé *no descendió*.

Es extraño el hecho de no querer tener hijos. Una de ellas *pensó que no le gusta más criar* hijos. En cuanto a los hombres, uno de ellos *no quiere tener más, quiere parar, sólo si fuese niño*. El le pidió *remedio del monte* a la mamá, pero ella no le quiso dar. Otro, de 45 años de edad, que tuvo 9 hijos vivos, y no ha tenido abortos ni mortinatos *no quiere tener más hijos, quiere parar en 10* hijos. Uno de ellos dice que aunque le *gustan mucho los bebés* tampoco quiere tener más hijos, él y la mujer tuvieron 9 hijos de 11 gestaciones. En el caso de una pareja que tiene una familia e hijos, el quiere más y ella *quiere después de algún tiempo, ahora no*. Parece que llegaron a una cierta conformidad.

La preocupación con el futuro de los niños se escuchó en hombres más jóvenes. Uno de ellos, profesor, dijo

que los hijos dan trabajo y es necesario esfuerzo para su manutención, pero que dicha preocupación es nueva, que antes no tenían tal dificultad. Otro dijo, después de tener dos hijos, y ante la pregunta por el deseo de tener más hijos que, *quién sabe de ahora en adelante*.

Las costumbres occidentales, agenciadas por los servicios y los profesionales y demás funcionarios de salud, han influenciado el cambio en las costumbres reproductivas en los Suruí. Un agente de salud, que ha tenido cuatro hijos y un aborto, *habló* con la mujer *que no quiere tener más hijos*; en cambio, otro fue enfático en querer que la mujer produzca hijos.

En resumen, la reproducción de la sociedad es lo más importante. Tal imperativo cultural va acompañado del gusto, para los hombres, de tener 20 hijos y de las mujeres, de tener cinco, y, en el caso de ser varias esposas, el imperativo se cumple. También las que están conformes tienen entre 5 y 10.

El final de la procreación se denomina: *acabó, paró* o terminó: Acabó, puede significar misión cumplida, el término paró puede significar, en términos mecanicistas y funcionalistas, que el cuerpo (máquina) dejó de funcionar, se cansó y nombra la menopausia.

Acabó, dice uno de ellos, *ahora, sólo nietos*. Ante la pregunta sobre si se quiere casar de nuevo, el responde que *no*. Una mujer de 56 años dice que *la menstruación continúa* y que *no tuvo más hijos* – la última gestación terminó en aborto cuando tenía 43 años. Ella tomó *remedio, hierba del monte*, con el objetivo de *parar* la sangre de la menstruación. Otra, *está tomando remedio del monte para no embarazarse*; inclusive está haciendo lo contrario de lo que al marido le gustaría, que es tener más hijos.

En lo referente a otros controles demográficos, tenemos lo siguiente: abortar se menciona como *perdió la barriga, perdió* la criatura *pequeñita*. En medio de los hijos, muchas mujeres tuvieron pérdidas fetales – abortos y mortinatos. Sin embargo, aún disgustadas por dichas pérdidas, parecen entender que ello hace parte de lo que puede pasar. Una mujer habló sobre que *sólo perdió un bebé*. Desde el punto de vista occidental, las gestaciones perdidas por aborto están asociadas con intervalos intergenésicos cortos. En el caso de una mujer, la gravidez perdida está asociada con un intervalo menor de un año (9 meses).

Una mujer mayor, de 65 años, tomó *remedio del monte* y después tuvo 5 abortos, sólo que ya tenía edad posible de entrar en la menopausia porque cuando tomó el remedio, tenía más de 40 años. Según la información

recogida, todos los abortos son espontáneos, No supimos de abortos que no hayan sido espontáneos.

El nacimiento de gemelos es objeto de preocupación y consideran que su capacidad es limitada para cuidar bien de ellos. Por eso, la familia discute dicha capacidad. Una mujer que tuvo gemelos, pensó que la había atacado el *espíritu del cerdo del monte* y quería salir de los gemelos porque, entonces, ellos *no eran gente*; finalmente, comenzó a cuidar de ellos pero después los gemelos murieron.

Cuando una de ellas tuvo gemelos, una mujer *“blanca” quería que le dieran para ella uno de ellos*, pero la indígena no quiso porque *le daban celos*, le parecía que el marido, *podía querer que la “blanca” le diera otro hijo para él*, y, por eso decidió criar los gemelos.

Amamantar se denomina dar el pecho, dar de mamar, *mamá* y, ablactación se denomina *retirar del pecho*. La regla es *dar el pecho* intensivamente: según un líder indígena, *el niño mama hasta estar andando*. El niño *mama hasta que la madre se embaraza de nuevo*. No se concibe que una mujer indígena no de pecho intensivamente, no se escuchan quejas acerca de que no tenga leche ni de que el niño no quiera mamar.

En cuanto a la ablactación, tienen una regla general, y es, que la madre retira el niño del pecho *cuando queda embarazada*. Dicha regla tiene variaciones así: *cuando tiene bebé*, es decir, cuando nace otro niño, y *cuando enamora*, que puede ser igual que la primera, es decir, cuando queda embarazada y el niño *comienza a querer andar*. Según un líder indígena, *la madre deja el niño mamar hasta quedar embarazada de nuevo, cuando la madre sabe, ella no deja que el niño mame*.

Aunque la norma es *parar* de dar pecho *cuando tiene parto*, hubo una mujer en la que los intervalos entre las gestaciones, en promedio, fueron de 36 meses. En 6 de los 9 intervalos, ella consiguió, dando pecho aún embarazada, tener los hijos con un mayor espacio entre ellos, y sólo después de los 40 años, tuvo dos abortos. En este caso, cambiar la costumbre y dar pecho intensivamente aún grávida, ayudó en la sobrevivencia de los hijos, y aumentó el espacio de tiempo entre ellos. A pesar de ser la esposa de un líder, fue la única que dijo haber hecho esa variación en la norma de retirar el pecho cuando se embaraza. Debe resaltarse que el marido no tiene más esposas y es enfático en decir que tiene una familia. Dicha unión es muy estable. En este caso, ambos actuaron con independencia frente a las reglas.

Hay relación entre las normas conyugales y el amamantamiento; la norma consiste en que, cuando el bebé

tiene un año, el marido puede volver a enamorar a la mujer, entonces, ella *retira* el bebé, como dice una de ellas: *cuando enamora, retira el pecho*. Si la regla no se acata, da *diarrea y vómito y también enflaquece el niño*. Generalmente, *enamoran después que el niño comienza a querer andar*, [mientras tanto] *el marido duerme en otro cuarto*. Muchas dan pecho hasta que el niño tiene un año. Otras hasta dos años y, todas las mayores consideran que se debe dar el pecho hasta que el niño está grandecito. El promedio de tiempo de amamantamiento estuvo cercano al año y medio, 17.9 meses, consistente con la norma anterior.

Una mujer de 17 años, respondió que dió pecho al niño *sólo un año*. Una mujer dice que da pecho *hasta que el niño quiera*, pero en el momento de responder la pregunta, dijo que dió el pecho un año a cada uno de los hijos. Otra, de la misma manera, habló de que retiraba el bebé del pecho cuando ellos *paran*, pero al responder, dijo que les había dado pecho un año. Parece que desean, les gusta y consideran bien dar el pecho para el niño bastante tiempo. Una mujer ha tenido experiencia dando pecho 20 meses y *quiere dar también*, el mismo tiempo, *20 meses*, para el bebé actual. Observamos todas las madres dando pecho a los niños en forma permanente; además, tienen una banda en algodón tejida por ellas mismas para transportar el niño a su espalda.

Algunas tienen enfermedades de la piel en los pechos, pero así mismo hacen el esfuerzo de dar el pecho, hasta que quedan *con herida en el pecho* y entonces, retiran el niño. La madre, *cuando retira el pecho*, tiene que *dar arroz y frijol* para el niño.

Referente a los métodos anticonceptivos, la regla general es no utilizarlos. Sin embargo, hay una demanda por dichos métodos no atendida. Una madre con muchos hijos y dicho sea de paso, con enfermo de tuberculosis en su familia, está tomando anovulatorios orales hace tiempo, sin prescripción médica y sin acompañamiento por el programa. Se resalta que ella estaba haciendo el esfuerzo económico y que tenía manchas típicas de anticonceptivos orales en la cara. Uno de los hombres indígenas pidió a su mamá *remedio del monte*, para la esposa desde que tenía 7 hijos, pero la madre no le quiso dar. Algunas mujeres utilizaron *remedio del monte* y no se embarazaron más, aunque lo desearan después.

Los cambios consisten en adoptar métodos occidentales, ya sea anticonceptivos o tratamientos para la morbilidad relacionada con la reproducción. Una de ellas, con 34 años, *se hizo ligadura*; a los 25 años tuvo el último hijo, y 34 años es la edad actual. Dicha ligadura se la hizo

después de 6 hijos, cuando era la primera esposa de un líder. Otra se operó para no tener más hijos. Ella dice que el médico *sacó todo, capó todo, amarró*. Si calculáramos el índice de ligadura en las indígenas Surui, sería: Índice de ligadura = 1 ligadura / 110 mujeres estudiadas, es menor que el 1%. En relación con la morbilidad, una mujer se tuvo que hacer histerectomía por miomas, cuando tenía 36 años, tres hijos vivos y dos abortos.

Como períodos de infecundidad, son relevantes aquellos en los que el marido tiene prohibido relacionarse sexualmente con la mujer, es decir, el primer año después del nacimiento de los hijos, hasta que *el niño comienza a querer andar*, como ya vimos en el amamantamiento.

Para finalizar el análisis de los determinantes próximos de la fecundidad, tenemos los intervalos intergenésicos – IIG, que se tomaron como períodos de ingravidez y resumen el comportamiento reproductivo. El promedio se situó cerca de los dos, años en 22.3 meses. Debemos tener en cuenta que los IIG están directamente relacionados con la mortalidad infantil –menores de un año- y en la infancia- menores de 5 años-. El hecho de que el promedio y la moda sean superiores a 18 meses es altamente significativo tanto para la sobrevivencia y la calidad de los cuidados que se prodigan a los niños, como también para favorecer la recuperación de la madre entre una y otra gestación. Como ya se dijo, el hecho de estar cerca de los 2 años ayuda en el control de la mortalidad, tanto de los niños como de la colectividad.

DISCUSIÓN

Las decisiones reproductivas tienen relación con la escolaridad. Al respecto, Stern⁸ observa que niveles bajos de escolaridad parecen no afectar la fecundidad, mientras que los niveles más altos tienden a disminuirla significativamente. Lo mismo observan Calle *et al*⁹ quienes estudiaron la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en Bolivia y explican que la probabilidad de necesidad insatisfecha para limitar las gestaciones es prácticamente igual entre mujeres analfabetas y aquellas con nivel de instrucción primaria, pero se reduce sensiblemente entre mujeres que frecuentan los cursos secundario y superior.

El trabajo etnográfico más pertinente sobre lo Suruí lo hizo Coimbra Jr³. A continuación se transcribirán apartes correspondientes al comportamiento reproductivo, los determinantes próximos de la fecundidad y su relación con los aspectos demográficos como un todo y con los hallazgos del presente trabajo. En los hallazgos de los dos trabajos es posible analizar las permanencias y los cambios

culturales en la esfera de la reproducción, como también ver la consistencia de dichos procesos en el tiempo.

En lo referente a la conyugalidad hay dos prácticas, la poliginia y el matrimonio interétnico³. Según el autor, algunos adoptan la posición de tener varias esposas lo cual dificulta el matrimonio para los hombres jóvenes. La solución fue contraer matrimonio interétnico e introducir cambios en el sistema. Tal estrategia, de casarse con miembros de otros clanes sin quebrantar las normas del incesto la siguieron los descendientes de esas uniones. Se desarrolló para conciliar el desbalance en la razón de sexo con el tradicional sistema que prescribe la exogamia del clan y valoriza la poliginia.

Permanece la *reclusión ritual* de las mujeres en su primera menstruación, que también encontró Coimbra Jr³: en este tiempo la niña se separa en una pequeña casa cerca de las malocas de la aldea, casas que también se usan para alojar las madres con sus recién nacidos.

Frente a la prohibición de la relación sexual en los períodos de gestación, durante el posparto *hasta un año* después de nacer el hijo, y la relación con los aspectos demográficos de los Suruí, Coimbra Jr³ analizó lo siguiente en 1989:

En adición a mortalidad y fecundidad, otros factores deben tomarse en cuenta para entender la presente configuración de la estructura de la población Suruí. Se trata de varios métodos de control de la población. Tradicionalmente, la nueva madre y su esposo son sujetos de estrictas regulaciones post-parto, las cuales incluyen,

entre otras cosas, una dieta especial y abstinencia sexual para ambos. La *couvade* es una institución característica fundada en varias sociedades Tupí. Ella regula que el nuevo padre no puede unirse sexualmente con ninguna mujer, ni aún con sus otras esposas si es polígamo. En un nivel emic, los Suruí arguyen que el romper la *couvade* por el hombre puede comprometer seriamente la salud y la vida del recién nacido, debido a la contaminación con leche y semen.

El autor refería en 1989, frente a la abstinencia post-parto, que, los hombres Suruí observan algunas veces la práctica de la *couvade*. El nuevo padre no está lejos. Su esposa y recién nacido permanecen en una pequeña casa que él construye para el parto en las inmediaciones de la aldea. Solamente él los visita. El autor observó que muchos hombres no seguían la dieta especialmente prescrita y duda de que ellos estuvieran preocupados con la observancia a este tipo de restricción en sus actividades sexuales o ellos eviten contactos extramaritales. De acuerdo con la información Suruí, los padres están *cortejando mujer* justo después del nacimiento de sus hijos. Otro Suruí hizo un comentario similar intentando explicar porqué muchos niños morían tempranamente. De acuerdo con ellos, un hombre no puede relacionarse sexualmente antes de que el niño esté gateando, o aún mejor, caminando. Dicho informante reconoció que muchos están rompiendo esta regla y de ahí el alto número de muertes infantiles, que reflejaban los cambios en el comportamiento sexual de los hombres Suruí. El impacto se da en aumento de la fecundidad, y, no continuar con la *couvade* puede afectar la sobrevivencia de los niños como un todo.



1958. Niño de medio cuerpo. 35 x 50 y 69 x 82

En la abstinencia post-parto se reúnen la fecundidad, la cultura y la salud. En la actualidad, dicha norma la siguen las mujeres, a pesar de lo conflictivo que resulta su cumplimiento. En tal período, se recupera la madre de la gestación y del parto, se protegen la vida y la salud del recién nacido con la lactancia materna exclusiva y brindándole de cuidados intensos y, por otra parte, se hace un espacio entre los nacimientos lo cual ayuda, al mismo tiempo, a la disminución de la fecundidad y de la mortalidad, pues ambos fenómenos se encuentran vinculados en forma directa.

También explica Coimbra Jr³ que la abstinencia postparto tiene importancia en el espaciamiento de los nacimientos en las sociedades nómadas o móviles, como en otros tiempos eran las Suruí porque es más difícil transportar más de un niño pequeño a la vez. La lactancia materna para un solo, niño al mismo tiempo, podría aportar suficientes proteínas para su nutrición.

Tradicionalmente, la producción de leche se valora altamente, y en 1989 no era inusual, dice Coimbra Jr³, ver los niños de 2 ó 3 años y niños grandes mamando de la mama del otro lado. Este comportamiento es una importante variable aún no reconocida como tal que, en un nivel emic, tiene un efecto sobre la fecundidad, reduciéndola. En el mismo tiempo (189), sin embargo, el autor ya observaba que había disminuido el tiempo de lactancia materna y que las madres Suruí habían comenzado a usar biberones en forma creciente.

En relación con las plantas medicinales para proteger a la mujer de *tener niño*, los Suruí dicen que esto es un asunto sólo para mujeres viejas; las mujeres jóvenes parecen más interesadas en plantas para cultivar su encanto femenino que radica en su propia fecundidad y su producción de leche. Tener muchos niños y producir mucha leche es indicativo de mujer saludable y, en general, se admira.

Es difícil medir las posibles implicaciones demográficas de la ruptura de la *couvade* y la disminución del tiempo de lactancia materna, que contribuyen al aumento de la fecundidad en el grupo. Estos son dos de los más importantes factores en la reanudación de la ovulación y de la menstruación en el período de posparto, lo que incrementa, como ya se dijo, la fecundidad.

Llama la atención que el grupo Suruí mantiene, en promedio, un intervalo de ingravidez favorable en cuanto a la protección del niño de la mortalidad. La norma cultural de inicio temprano para tener los hijos y de dejar pasar dos años como intervalo razonable entre 2 partos

fue documentada por Coimbra desde 1989. Estamos de acuerdo con Coimbra y Garnelo en que, “En referencia a los determinantes de la alta fecundidad, pueden ser citados la valorización sociocultural de familias numerosas, las elevadas cifras de mujeres indígenas en unión conyugal, el inicio de la vida reproductiva relativamente temprano (si se compara con los patrones occidentales) y los intervalos intergenésicos cortos, entre otros”¹⁰.

CONCLUSIÓN

Respecto de los determinantes próximos, el uso de métodos anticonceptivos es escaso; las mujeres preservan la regla de la abstinencia sexual postparto, lo que constituye una clave para el espaciamiento de las gestaciones o períodos de ingravidez. Y tiene efecto directo sobre los intervalos intergenésicos. Estos, a su vez, tienen efecto sobre la mortalidad fetal, infantil y materna y minimizan el efecto de la entrada a la unión y el inicio de la primera gestación y el primer parto a edades tempranas. Los intervalos intergenésicos y los períodos de lactancia materna pueden clasificarse como ideales desde el punto de vista del enfoque de riesgo materno-infantil.

La importancia de los aspectos culturales de la reproducción radica principalmente en que constituyen elementos esenciales para la formulación e implantación de políticas de atención en salud reproductiva que valoricen los aspectos culturales y les impriman especificidad a los programas y proyectos en dicho campo. Podemos decir, sin lugar a dudas, que los programas de protección y de cuidado de la salud de los niños deberían trabajar para tener los indicadores de lactancia materna y de intervalos intergenésicos cerca de los indicadores ideales, como sucede en los Suruí.

Este trabajo aporta elementos teóricos y metodológicos para el estudio de realidades complejas. La temática se sitúa entre la antropología y la relación entre la demografía y la salud, con la posibilidad de aplicar sus lineamientos en la salud reproductiva de los pueblos indígenas. Para enfrentar dicho desafío es necesario un enfoque intercultural y una metodología que considere la interdisciplinariedad para dar cuenta de los fenómenos que gravitan alrededor de la esfera reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coimbra Jr CEA, Flowers NM, Santos RV, et al. The Xavante in transition: health, ecology, and bioanthropology in central Brazil. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2002. 200 p.

2. Flowers N.M. Crise e recuperação demográfica: Os Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso. En: Santos RV, Coimbra Jr C EA, organizadores. Saúde e Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.213-242.
3. Coimbra Jr CEA. From shifting cultivation to coffee farming: The impact of change on the health and ecology of Suruí indians in Brazilian Amazon. Ph.D. Dissertation. Bloomington: Indiana University; 1989. p.147, 54, 123, 126.
4. Basta PC. A tuberculose entre o povo indígena Suruí de Rondônia, Amazônia, Brasil [tesis]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005. 109 p.
5. Souza LG, Santos RV. Perfil demográfico da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil (1993-1997). Cad Saúde Pública. 2001; 17(2): 355-365.
6. Arias MM. Determinantes próximos de la fecundidad. Comportamiento reproductivo en las indígenas Chamibida de Antioquia - Colombia. Cad Saúde Pública. 2005; 21(4): 1087-1098.
7. Bongaarts J. A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. Popul Dev Rev. 1978; 4(1): 105-132.
8. Stern C. Algunas dimensiones teórico-metodológicas en el estudio de la desigualdad social y sus relaciones con el campo demográfico. En: Béjar Navarro R, Hernández Bringas HH, Coordinadores. Población y desigualdad social en México. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 1993. p.33-51.
9. Calle M, Rodrigues RN, Leite IC. Necesidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais na Bolívia, 1998. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(9): 1989-1996.
10. Coimbra Jr CEA, Garnelo L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. En: Monteiro S, Sansone L, organizadores. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. 344 p.