

SABERES E PRÁTICAS SINGULARES DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL DE MULHERES INDÍGENAS

Lubiane Boer¹

Aparecida dos Santos Bezerra²

Marcos Vinícius Costa Santos³

Carla Lizandra de Lima Ferreira⁴

Dirce Stein Backes⁵

INTRODUÇÃO

Na cultura indígena, a maternidade, o parto e o nascimento possuem um significado singular, com especificidades garantidas na Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (UND RIP), instrumento internacional abrangente que endossa os direitos humanos dos povos indígenas. Essa Declaração assegura aos povos indígenas o direito de manter as suas práticas de saúde, condutas religiosas e medicinais, acesso qualificado aos serviços de saúde, sem qualquer discriminação. Essas concessões devem ser asseguradas pelos Estados, por meio de medidas e políticas estratégicas locais⁽¹⁻³⁾.

Os arranjos de gestão e assistência em saúde materno-infantil entre os povos indígenas são, além de singulares, também complexos,

1 Enfermeira. Egressa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: lubiane02@hotmail.com

2 Enfermeira Indígena. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil da UFN. E-mail: cidapotiguara1@gmail.com

3 Enfermeiro. Apoiador Técnico do Distrito Sanitário Especial Indígena Xingu - DSEI-XINGU, MT. E-mail: marcos.vinicius@sauda.gov.br

4 Enfermeira. Coordenadora do Curso de Enfermagem e Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil da UFN. E-mail: carlafer@ufn.edu.br

5 Enfermeira. Professora do Curso de Enfermagem e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil da UFN. E-mail: backesdirce@ufn.edu.br

por envolverem experiências históricas de segregação, procedimentos experimentais, intervenções pontuais e, frequentemente, mutilantes. As gestantes indígenas que há poucas décadas davam à luz em suas aldeias, apoiadas pelas parteiras detentoras de conhecimentos específicos, passaram a vivenciar intervenções médico-hospitalares motivadas pelo saber hegemônico na saúde. O papel da parteira indígena, aprendido como função vocacionada, com sentido sagrado e continuado à mãe e o bebê, na família, passou a ser assumido por profissionais de saúde⁽⁴⁻⁶⁾.

Embora garantidos em políticas governamentais específicas e definidos no Eixo 13 - Saúde Indígena e Eixo 14 - Saúde Materno Infantil da Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde⁽⁷⁾, os direitos à saúde das mulheres indígenas seguem com pouca proteção e, por vezes, impactam em percursos irreparáveis no ciclo gravídico-puerperal e com exposição a riscos distintos. Destacam-se, dentre os desafios a serem superados, o acesso qualificado aos cuidados pré-natais e pós-parto, a qualificação intercultural dos profissionais, dentre outras apostas relacionadas aos determinantes e condicionantes sociais e de saúde⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Nos últimos anos, vêm sendo tomadas iniciativas para indigenizar os cuidados de saúde e colocar em pauta as especificidades garantidas pela UNDRIP e pelos ODS, cujas metas podem ser alcançadas mediante a implementação de abordagens baseadas nos direitos e nas práticas indígenas culturalmente sensíveis. Nessa direção, questiona-se: Como assegurar vivências e práticas singulares no ciclo gravídico-puerperal de mulheres indígenas, de modo a promover avanços em direção ao alcance dos ODS sem, contudo, provocar novos reducionismos ou segregações? Com base no exposto, o presente estudo tem por objetivo descrever saberes e práticas singulares do ciclo gravídico-puerperal de mulheres indígenas.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. A sua abordagem possui significados que possibilitam ampliar perspectivas,

crenças, convicções e vivências culturais específicas não reduzíveis a variáveis lineares e fragmentadas.

O *corpus* deste estudo foi composto por 27 gestantes, residentes em Aldeias do município de Querência, Mato Grosso, Brasil. As participantes foram acessadas por conveniência, por intermédio das equipes de saúde locais e, após aceitarem a participação, elas foram contatadas, pessoalmente, pelas pesquisadoras para maiores esclarecimentos e o agendamento de dia e horário para a coleta de dados.

Incluiu-ram-se, no estudo, gestantes indígenas de qualquer idade, língua, período gestacional e em condições físicas e emocionais para participarem das entrevistas nos dias e horários previamente agendados. Excluíram-se, do estudo, gestantes de outras línguas desacompanhadas de um intérprete (familiar, Agente Indígena de Saúde, parteira ou outro). As entrevistas foram audiogravadas com o apoio de um aparelho celular e, na sequência, transcritas para a análise.

Os dados foram coletados entre os meses de maio e agosto de 2023, por meio de entrevistas individuais, com duração média de 20 minutos. As entrevistas, previamente agendadas, foram conduzidas por um pesquisador experiente e um enfermeiro colaborador que trabalha nas Aldeias Indígenas. Realizaram-se, previamente, encontros de gestantes na Secretaria Municipal de Saúde, motivados por uma ambiência agregadora e ornamentada com objetos artesanais específicos da cultura indígena, tais como: coas, colares, redes, cestas, palhas, moringas e outros e, na sequência, foram realizadas as entrevistas individuais.

Considerou-se como questão norteadora das entrevistas: “Fale-me sobre a sua gestação, pré-natal, parto, nascimento e amamentação. Na sua opinião, o que pode ser diferente na assistência às gestantes?” Estas questões foram amplamente exploradas, em cada um dos tópicos, de modo a ampliar percepções, vivências e práticas específicas da cultura indígena.

Os dados foram analisados com base na técnica de análise temática *Reflexive*⁽¹¹⁾. Primou-se, nesse processo de análise, pelo significado cultural de cada depoimento e vivência. Buscou-se, para além da contagem do nú-

mero de informações, a compreensão do sentido existencial e cultural de cada depoimento, expresso ou não, pela gestante indígena.

A análise temática do tipo *Reflexive* foi adotada, neste estudo, a fim de possibilitar o registro sistemático de vivências e *insights*, além de facultar uma codificação espontânea e flexível dos significados singulares atribuídos pelas gestantes indígenas. Assim, essa análise foi sistematizada em seis fases sequenciais e complementares: familiarização, a partir de leituras repetidas dos dados e uma lista rascunhada de ideias; geração de códigos iniciais, manualmente, pela sistematização de extratos relevantes; busca de temas a partir da classificação dos diferentes códigos; refinamento dos temas a partir da validação das temáticas iniciais; nomeação dos temas a partir da essência que cada tema representa no conjunto de códigos; e a produção do relatório que ofereceu uma descrição reflexiva do vivido⁽¹¹⁾, na perspectiva dos ODS.

Considerou-se, no percurso de pesquisa, as recomendações da Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e Norma Operacional no 001 de 2013 do CNS. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) e o Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os participantes envolvidos neste estudo por meio escrito. Para manter o anonimato, as falas das participantes foram identificadas, ao longo do texto, com a letra ‘G’, de Gestante, seguida por um algarismo correspondente à ordem das falas: G1...G27.

RESULTADOS

A análise dos dados do tipo *Reflexive* resultou em duas temáticas reflexivas, quais sejam: “Cultuação do parto e nascimento em seu percurso natural e sagrado” e “Práticas e crenças singulares associadas ao aleitamento materno.”

CULTUAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO EM SEU PERCURSO NATURAL E SAGRADO

O parto natural é fortemente desejado e defendido na cultura indígena. Essa prática é reproduzida de mãe para filha e, assim, sucessivamente. Elas reconhecem o corpo como sagrado e, por isso, ele deve permanecer livre de cortes ou agressões físicas. Da mesma forma, as “rezas” ou qualquer prática religiosa são aceitas e reproduzidas como benção e proteção divina. Os “cortes, pernas e braços amarrados” estão associados ao parto hospitalar (cesariana) e possuem a conotação de distanciamento, frieza e violência. Logo, elas desejam parir da forma mais natural possível e junto aos seus familiares.

Eu quero igual a aldeia, não quero que corte pra meu filho nascer, também não quero que amarem minhas pernas e braços igual já ouvi falar que faz no hospital. (G3)

Eu quero ficar aqui, perto da minha mãe. Não quero que me cortem. (G5)

Na aldeia é melhor, porque aqui tem parteira que me ajuda, tem minha mãe que me ajuda também, tem médico e equipe. (G13)

A parteira estava lá, ela fez reza e me ajudou para ele nascer, depois ela me ajudou na limpeza e eu fui pra deitar na rede, porque estava sentindo fraqueza. (G12)

O parto e o nascimento na cultura indígena estão carregados de um misto de sentimentos, rituais e crenças que influenciam e determinam o nascimento em sua forma mais natural possível. Na cultura indígena é respeitado o “tempo do bebê”, independentemente do tempo de espera para o seu nascimento. O tempo do bebê é respeitado e apreendido como singular e sagrado, ou seja, como percurso inviolável por forças externas.

É diferente daqui da aldeia. Lá (hospital) eles não esperam o tempo do bebê nascer, eles colocam soro pra bebê nascer mais rápido. Aqui a gente espera o tempo que o bebê vai nascer, isso eu não gostei. (G5)

Tive o meu 1º filho com 16 anos, por cesariana. Ele pesou 4kg. O médico dizia que minha barriga era muito grande e que não iria nascer normal. Aí quando comecei com a dor, o médico me disse que iria tirar para sair mais rápido. Foi difícil aceitar. (G26)

Evidenciou-se, em diversos depoimentos, que mesmo aconselhadas pela equipe de saúde, as gestantes indígenas preferem parir na aldeia, pelo fato de poderem contar com a presença da mãe, da sogra, da parteira da família e outras pessoas próximas.

Eles nasceram na aldeia, na rede, eu estava com minha mãe e minha sogra que é a parteira. Eu senti muita dor, mas elas me ajudaram. (G7)

Na aldeia tem minha mãe, tem minha família, tem parteira e elas ajudam a gente, o bebê foi feito e não vai ficar pra sempre na barriga, uma hora ele vai sair, no tempo certo, e elas ajuda a gente ganhar os bebês na aldeia. (G11)

Não quero ir pra cidade (hospital) para ter parto. Eu quero ficar aqui com meus filhos e minha família, minha, mãe e minha irmã. (G27)

Em outros depoimentos, as gestantes indígenas demonstraram que o nascimento no hospital é mais seguro, por vezes, pela indução da equipe de saúde e outras vezes por motivos alheios relacionados a intercorrências obstétricas. Em uma fala, particularmente, evidenciou-se que a gestante queria que o nascimento ocorresse no hospital, embora tenha sido aconselhada a parir na aldeia pelos familiares.

Eu queria estar morando na cidade pra neném nascer na cidade (hospital). É mais seguro, tem doutor. Eu tenho um filho que é deficiente. (G1)

O primeiro nasceu no hospital. Ele nasceu e morreu de covid.
(G4)

Ele precisa nascer no hospital, porque eu tenho depressão,
fraqueza e dor de cabeça. (G9)

Quero que nasça no hospital, por que lá tem médico, e é me-
lhor, mas minha mãe quer que nasce na aldeia. Aqui na aldeia
é muito longe e eu as vezes sinto muita fraqueza. (G11)

Quando estava bem, de alimento, de andar a criança pode
nascer na aldeia, mas hoje como estou com muita dor, tem
dia que a dor vem, e tem dia que ficava muito fraca, aí acha
melhor nascer na cidade. (G24)

Em um depoimento, em especial, evidenciou-se certo empoderamento da gestante em relação à escolha autônoma do tipo de parto, embora este tenha ocorrido no hospital. Mesmo no ambiente hospitalar, ela foi acolhida em sua decisão.

Como já tive cesariana e quis que o segundo filho fosse parto
normal, pra não cortar minha barriga, aí precisou ir para a ci-
dade. Quando eu cheguei no hospital eu falei que não queria
cesariana, que queria normal. Aí fui pra sala de parto e ele
nasceu normal e bem. (G26)

Apreendeu-se a partir das falas das participantes, que o parto natural possui um significado inquestionável na cultura indígena. Nesse percurso é respeitada, acima de tudo, a autonomia da criança, isto é, o seu tempo e a sua hora de nascer, mesmo que a mãe tenha que esperar por muitas horas para o nascimento. A mãe, por sua vez, submete-se às longas horas de dor, por acolher o nascimento como sagrado e inviolável. As práticas religiosas, tais como as rezas, chás, as imposições e outras, adotadas pelas parteiras, se constituem em potente auxílio no alívio das dores do parto.

PRÁTICAS E CRENÇAS SINGULARES ASSOCIADAS AO ALEITAMENTO MATERNO

As participantes do estudo, na maioria das vezes, reproduziram concepções culturalmente expressas em ambientes indígenas, desprovidas de um pensamento autônomo. Embora muito reduzidas e, por vezes, evasivas, as falas das participantes se limitaram a reproduzir expressões advindas de suas mães ou de alguém ligado à família, como por exemplo: “Ela falou que é para o filho ser saudável.” (G9); “Ela falou que assim fica mais forte.” (G15); “Ela disse que não pode ser assim.” (G17).

A prática do aleitamento materno é inquestionável na cultura indígena. Em momento algum as participantes fizeram referência ao leite fraco ou à impossibilidade de amamentarem. Apenas uma gestante fez referência à pouca produção de leite, mas relatou ter contornado a situação com ervas medicinais específicas. Outra, relatou dor abdominal e necessitou de apoio para conseguir amamentar.

Ele ainda mama. Tem 2 anos. E agora quando esse outro bebê nascer, um precisa parar. (G7)

Todos mamaram. Eu acho que é o que mais importa. (G9)

Sim, em um deles eu quase não tinha leite, aí tomei erva e meu leite logo veio. Ele ficou forte, ossos forte, não pega tantas doenças. (G18)

Sim, sempre dei peito, uma vez demorou porque minha barriga doía (cesariana) e aí minha mãe me ajudava. Fiquei muitos dias com dor, só depois em casa que foi melhor. (G22)

Evidenciou-se, em grande parte dos depoimentos, que a gestante indígena cessa a amamentação de seu filho por ocasião de um novo nascimento. Embora a amamentação seja uma prática culturalmente aceita e estimulada, a maioria das mulheres relatou fraqueza, cansaço, desânimo e, em dois casos, a ocorrência de depressão sem disposição para levantar-se da cama.

Eu senti dor, fraqueza. Tem dias que eu não quero levantar, eu e meu esposo a gente já quis ter bebê. (G2)

Ela tá cansada de ter bebês. Se queixa muito de fraqueza. (G5)

Não quero mais, eu sinto muita fraqueza quando tô grávida.

É ruim pra dormir e o bebê mexe muito. (G21)

Identificou-se, em outros depoimentos, que, embora subjugadas dentro de sua cultura, as mulheres indígenas reconhecem as suas forças culturais e as consideram superiores às dos brancos, especialmente ao compararem o leite materno. Em seu entendimento, o leite artificial está associado à doença conforme segue:

Porque o leite materno faz a criança ficar bem fortinha, porque o leite dos brancos, de vocês é diferente, porque aí eu não preciso dar o leite dos brancos. (G11)

Porque com o leite materno o bebê cresce forte e saudável e na aldeia não tem leite de branco. Eu dei o leite até o outro nascer. (G18)

Os outros filhos mamaram no peito. Só um deficiente que usa leite dos brancos. (G22)

Sim, porque o leite materno deixa eles bem e eles crescem. O leite que compra, leite de branco é só pra quem tem alguma doença. (G25)

Na quase totalidade das falas, as participantes demonstraram estar privadas de autonomia, ou seja, a autonomia da gestante indígena está atrelada aos processos culturais, integralmente legitimados e aceitos. Logo, o direito de escolha é assegurado pela força da cultura e, sobretudo, pela perpetuação de crenças e práticas religiosas carregadas de sentido em âmbito pessoal e coletivo. Denota-se, assim, um paradoxo entre o que se entende e defende por autonomia na perspectiva intercultural e do pensamento da complexidade.

DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde define que o pré-natal deve ser iniciado até a 12^a semana de gestação, ser composto por, no mínimo, seis consultas de acompanhamento. O pré-natal inadequado ou ineficiente é um importante fator associado a desfechos desfavoráveis no parto e nascimento, além de constituir-se em fator de risco para a mortalidade materno-infantil⁽¹²⁻¹³⁾, especialmente entre as mulheres indígenas. Assim, a alta fecundidade das mulheres indígenas, representada por intervalos gestacionais curtos e a ocorrência da gravidez na adolescência são, geralmente, fatores que influenciam no ciclo gravídico-puerperal e comprometem a meta prevista na Agenda 2030.

O ciclo gravídico-puerperal abarca, por si só, um misto de sentimentos, crenças e (des)construções, na maioria das vezes não lineares nem previsíveis aos olhos da ciência moderna, que busca respostas, a qualquer custo, para os diferentes eventos existenciais. Como, no entanto, prever eventos na cultura indígena, ao considerar que as aldeias, geralmente, ficam a centenas de quilômetros das cidades centrais, além do acesso dificultado para as equipes de saúde, dentre outras particularidades? Que estratégias específicas devem/podem ser pensadas para ampliar percepções e promover avanços, sem incorrer em novas mutilações?

Evidenciou-se, na fala das participantes deste estudo, um importante paradoxo ao discorrerem sobre a “aldeia indígena”, ambiente que lhes é familiar e acolhedor e o “hospital”, ambiente impessoal, frio e distante, decifrado como cidade. Esse ambiente “hospital” lhes fere o corpo, o sagrado, em decorrência dos cortes da cesariana não desejada pelas gestantes. Esse mesmo ambiente “hospital” as distancia da mãe, da sogra, da parteira e de outros familiares que, nas aldeias, participam e celebram o nascimento, considerado um acontecimento coletivo.

Estudos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ endossam esse pensar das participantes, ao enfatizarem que em muitas culturas indígenas, o nascimento consiste em uma cerimônia religiosa, na qual se celebra uma nova vida, ou seja, um acontecimento que celebra a passagem do mundo espiritual para o mundo físico.

As cerimônias de nascimento estão diretamente ligadas à terra, ao sol, ao céu e, por isso, quanto mais próximo da família e da cultura, tanto mais sagrada e promissora será a saúde e o futuro da criança. Reconhecer o local de nascimento e honrar a sua sacralidade constitui-se em estratégia significativa para assegurar a identidade cultural e implementar os direitos indígenas.

Outro fenômeno singular e complexo está associado à “hora do bebê” nascer e à “hora da mãe”. Por se tratar de um percurso natural e sagrado, o tempo do bebê sempre será respeitado na cultura indígena, mesmo que a mãe tenha que se submeter a longas horas de espera para o nascimento do filho. Nessa relação, a cesariana, por envolver corte, é vista como violação do sagrado, do “corpo sagrado” que carrega um ser sagrado. O corpo precisa estar livre de cortes e interferências externas.

A teoria indígena possui uma visão de mundo própria, relacionada às tradições e intimamente interconectada com todas as coisas criadas. Fala-se, portanto, de uma teoria holística e abrangente, que envolve passado, presente e futuro e comporta elementos espirituais, emocionais, mentais e físicos do ser e do mover-se. Nesse sentido, a “hora do nascimento do bebê” é a hora predestinada pelos espíritos do céu e pela Criação⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Outro importante paradoxo está relacionado ao “aleitamento materno” e ao “leite dos brancos”. O leite materno vem carregado de uma força intrínseca que vincula, fortalece, aproxima e perpetua o sagrado entre as gerações indígenas. Já o “leite dos brancos” está relacionado à doença - criança doente que, por algum motivo, nasceu por cesariana ou teve que se internar no hospital. Logo, o processo saúde-doença está intimamente relacionado ao aleitamento materno imediato e, igualmente, associado ao parto natural - fenômeno sagrado e protegido.

No contexto indígena, a amamentação não figura, apenas, como fonte de alimentação para a criança, mas se constitui em segurança, proteção e conexão entre mãe/família - criança, motivada por valores culturais e espirituais, que aproximam e colocam a criança no centro do processo existencial. Estudos⁽¹⁹⁻²¹⁾ sugerem ampla apreensão destes aspectos culturais, sociais, comunitários e individuais, no sentido de potencializar

as experiências favoráveis de amamentação entre as mulheres indígenas. Para que a amamentação siga sendo uma prática culturalmente aceita é fundamental que se implementem políticas específicas para as mulheres indígenas, considerando que as elas amamentam os seus filhos até o nascimento do próximo filho e, com isso, referem fraqueza, desconforto e mal-estar.

Denotou-se nos resultados deste estudo que as mulheres indígenas demonstram a necessidade de ampliar a presença de médicos nas aldeias, além do fornecimento de medicamentos e exames, a fim de facilitar o acesso imediato, sempre que necessário. Evidenciou-se, contudo, em estudos desenvolvidos em outros países, que as mulheres indígenas preferem ser assistidas e orientadas por profissionais de saúde indígena, pela compreensão sólida de práticas culturalmente aceitas e estimuladas⁽²²⁻²³⁾. Nessa direção, os mesmos estudos demonstram que os agentes de saúde indígena fornecem soluções holísticas e apoio direcionado às necessidades de cada mulher e família.

O ciclo gravídico-puerperal requer, por parte dos profissionais de saúde que atuam em aldeias indígenas, um olhar singular e multidimensional, isto é, tecido por um conjunto de fios/elementos que evocam, no mínimo, mais de uma circunstância ou possibilidade associativa para formar o conhecimento significativo⁽²⁴⁾ e, assim, contribuir para o alcance das metas estabelecidas pela Agenda 2030. É preciso, para tanto, despir-se de percepções preconceituosas e descortinar referenciais que ampliam as perspectivas teóricas e a indução de abordagens que considerem a singularidade e a multidimensionalidade de cada mulher/família indígena.

Conceber o parto e o nascimento na cultura indígena remete a uma tradição histórico-hegemônica assinalada pelas relações normativas e prescritivas, nas quais o saber científico se sobreponha à experiência cultural do vivido. Nessa relação, a gestante ou puérpera indígena era subjugada a um saber biomédico prescritivo, privada de seu saber e de seu significado de vida e cuidado. Esse superpoder hegemônico, consolidado na modernidade, resultou em um vazio cultural e dividiu o indivisível, tornando as partes separadas sem sentido de vida e sem identidade⁽²⁴⁾.

O acesso ao pré-natal e aos cuidados qualificados no parto e puerpério encontram-se intimamente relacionados à organização e à estrutura da Atenção Primária em Saúde, assim como se associam à redução das desigualdades e à promoção da justiça social. Essas diretrizes aproximam-se, também, dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ao conceber a equidade, a universalidade e a integralidade na atenção à saúde como meta para alcançar melhores resultados em âmbito individual e coletivo.

Avançar no acesso e na qualidade da atenção pré-natal, sobretudo, em contextos indígenas, requer rupturas dos pensamentos hegemônicos e a apreensão ampliada e sistêmica das diferentes realidades culturais. (Re)significar e reconectar elementos culturalmente relegados a um segundo plano requer um olhar prospectivo por parte dos profissionais da saúde. A Agenda 2030 e a Agenda de Prioridades do Ministério da Saúde serão alcançadas pela retomada de valores e princípios de vida, saúde e bem-estar das diferentes culturas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vivências no ciclo gravídico-puerperal de mulheres indígenas são singulares e invioláveis. Elas são motivadas por crenças e práticas que transcendem o saber científico, as certezas, a linearidade e a ordem instituída pelas convicções da medicina moderna. O ciclo gravídico-puerperal na cultura indígena precisa ser acolhido e compreendido em suas múltiplas conexões com os fenômenos espirituais e ambientais. O parto e o nascimento precisam ser compreendidos em sua dimensão sagrada, inviolável e como algo que vai para além de um ato pontual e normativo.

REFERÊNCIAS

1. FELISIAN, S.; MUSHY, S. E.; TARIMO, E. A. M.; KIBUSI, S. M. Sociocultural practices and beliefs during pregnancy, childbirth, and postpartum among indigenous pastoralist women of reproductive age in Manyara, Tanzania: a descriptive qualitative study. **BMC Women's Health**, v. 23, n. 1, p. 123, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02277-4>.

2. AKTER, S.; RICH, J. L.; DAVIES, K.; INDER, K. J. Access to maternal healthcare services among indigenous women in the Chittagong Hill Tracts, Bangladesh: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 9, n. 10, e033224, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033224>.
3. BACCIAGLIA, M.; NEUFELD, H. T.; NEITERMAN, E.; KRISHNAN, A.; JOHNSTON, S.; WRIGHT, K. Indigenous maternal health and health services within Canada: a scoping review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 327, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05645-y>.
4. SHAHRAM, S. Z.; BOTTORFF, J. L.; OELKE, N. D.; DAHLGREN, L.; THOMAS, V.; SPITTAL, P. M. The cedar project: using indigenous-specific determinants of health to predict substance use among young pregnant-involved indigenous women in Canada. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 1, p. 6-11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0437-4>.
5. LINDSAY, M.; MALLICK, M. P. H.; THOMAS, M. E.; EDMOND, D.; SHENASSA, S. C. D. The role of doulas in respectful care for communities of color and Medicaid recipients. **Birth**, v. 49, n. 4, p. 823-832, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12655>.
6. WODTKE, L.; HAYWARD, A.; NYCHUK, A.; DOENMEZ, C.; SINCLAIR, S.; CIDRO, J. The need for sustainable funding for Indigenous doula services in Canada. **Women's Health (Lond)**, v. 18, p. 17455057221093928, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/17455057221093928>.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 15 set. 2023.
8. GARNELO, L.; HORTA, B. L.; ESCOBAR, A. L.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M.; WELCH, J. R. *et al.* Assessment of prenatal care for indigenous women in Brazil: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, supl. 3, e00181318, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00181318>.

9. KOZHIMANNIL, K. B.; INTERRANTE, J. D.; TOFTE, A. N.; ADMON, L. K. Severe maternal morbidity and mortality among indigenous women in the United States. ***Obstetrics & Gynecology***, v. 135, n. 2, p. 294-300, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003647>.
10. RODRIGUES, C. B.; THOMAZ, E. B. A. F.; BATISTA, R. F. L.; RIGGIROZZI, P.; MOREIRA, D. S. O.; GONÇALVES, L. L. M. et al. Prenatal care and human rights: addressing the gap between medical and legal frameworks and the experience of women in Brazil. ***PLoS ONE***, v. 18, n. 2, e0281581, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281581>.
11. SOUZA, L. K. de. Research with qualitative data analysis: getting to know thematic analysis. ***Arquivos Brasileiros de Psicologia***, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67>.
12. LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; GAMA, S. G. N. Prenatal care in the Brazilian public sector. ***Revista de Saúde Pública***, v. 54, p. 8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.
13. TSUNECHIRO, M. A.; LIMA, M. O. P.; BONADIO, I. C.; CORRÊA, M. D.; SILVA, A. V. A.; DONATO, S. C. T. Prenatal care assessment according to the Prenatal and Birth Humanization Program. ***Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil***, v. 18, n. 4, p. 781-790, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400006>.
14. CASTRO, A. Witnessing obstetric violence during fieldwork: notes from Latin America. ***Health and Human Rights Journal***, v. 21, n. 1, p. 103, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586976/>.
15. CIDRO, J.; DOENMEZ, C.; PHANLOUVONG, A.; FONTAINE, A. Being a good relative: Indigenous doulas reclaiming cultural knowledge to improve health and birth outcomes in Manitoba. ***Frontiers in Women's Health***, v. 3, n. 4, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15761/FWH.1000157>.
16. ABSOLON, K. Indigenous wholistic theory: a knowledge set for practice. ***First Peoples Child & Family Review***, v. 14, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7202/1071285ar22>.

17. DAMAYANTI, N. A.; WULANDARI, R. D.; RIDLO, I. A. Maternal health care utilization behavior, local wisdom, and associated factors among women in urban and rural areas, Indonesia. **International Journal of Women's Health**, v. 15, p. 665-677, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S379749>.
18. MITCHELL, F.; WALKER, T.; HILL, K.; BROWNE, J. Factors influencing infant feeding for Aboriginal and Torres Strait Islander women and their families: a systematic review of qualitative evidence. **BMC Public Health**, v. 23, n. 297, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14709-1>.
19. ROSS-COWDERY, M.; LEWIS, C. A.; PAPIC, M.; CORBELL, J.; SCHWARZ, E. B. Counseling about the maternal health benefits of breastfeeding and mothers' intentions to breastfeed. **Maternal and Child Health Journal**, v. 21, p. 234-241, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2130-x>.
20. SPRINGALL, T. L.; MCLACHLAN, H. L.; FORSTER, D. A.; BROWNE, J.; CHAMBERLAIN, C. Breastfeeding rates of Aboriginal and Torres Strait Islander women in Australia: a systematic review and narrative analysis. **Women and Birth**, v. 35, p. 624-638, 2022. Disponível em: <https://doi.org/110.1016/j.wombi.2022.02.011>.
21. BROWN, S.; STUART-BUTLER, D.; LEANE, C.; GLOVER, K.; MITCHELL, A.; DEVERIX, J. *et al.* Initiation and duration of breastfeeding of Aboriginal infants in South Australia. **Women and Birth**, v. 32, p. 315-322, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.009>.
22. SEEARR, K. H.; SPRY, E. P.; CARLIN, E.; ATKINSON, D. N.; MARLEY, J. V. Aboriginal women's experiences of strengths and challenges of antenatal care in the Kimberley: a qualitative study. **Women and Birth**, v. 34, p. 570-577, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.009>.
23. WILSON, A. M.; KELLY, J.; JONES, M.; O'DONNELL, O.; WILSON, S.; TONKIN, E. *et al.* Working together in Aboriginal health: a framework to guide health professional practice. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 601, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05462-5>.
24. MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2015.