

# Mudanças demográficas e culturais no comportamento reprodutivo do povo Kamaiurá: uma análise por meio de coortes

Vaneska Taciana Vitti<sup>1</sup>  
Carmen Junqueira<sup>2</sup>

## Resumo

Os Kamaiurá, falantes de língua pertencente à família tupi-guarani, residem na Terra Indígena do Xingu, Estado do Mato Grosso, Brasil. O objetivo deste trabalho é apresentar reflexões acerca de algumas mudanças culturais ocorridas, que se relacionam com o comportamento reprodutivo do povo Kamaiurá, com base nos dados obtidos na elaboração de três coortes. Em virtude de pesquisas anteriormente realizadas, é possível afirmar que o povo Kamaiurá passa por mudanças acentuadas no seu modo de vida, o que pode afetar sua vida reprodutiva. A principal delas relaciona-se a um maior fluxo de bens e serviços. Com o aumento da entrada de recursos monetários, existe maior circulação de dinheiro e as idas às cidades do entorno do Parque tornaram-se mais frequentes, facilitando o acesso, por parte das mulheres, aos métodos contraceptivos modernos.

**Palavras-chaves:** Povo Kamaiurá. Fecundidade. Mudança cultural.

## Abstract

*The Kamaiurá, speakers of Tupi-Guarani language, live in the Xingu Indigenous Park, Mato Grosso, Brazil. The objective of this paper is to present some reflections on cultural changes that relate to the reproductive behavior of people Kamaiurá based on data obtained in the preparation of three cohorts. Because previous studies, we can say that the people Kamaiurá undergoes marked changes in their way of life and this can affect the reproductive life. The main one is related to a greater flow of goods and services. With increasing input of monetary resources there is a greater circulation of money and the comings cities around the Park have become more frequent which facilitates access by women to modern contraceptive methods.*

**Keywords:** Kamaiurá. Fecundity. Cultural change.

<sup>1</sup> Doutora em Demografia pelo Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - IFCH/Núcleo de Estudos de População - NePo/Universidade Estadual de Campinas - Unicamp (tacianavitti@gmail.com).

<sup>2</sup> Professora titular e emérita do Programa de Estudos Pós Graduated em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP: (carmen.junqueira@terra.com.br).

Este texto, sobre o povo kamaiurá, pretende contribuir para o debate sobre a questão indígena no Brasil, em sintonia com os objetivos definidos no Programa de Ação da CIPD (Conferência Internacional de População e Desenvolvimento). Entre 5 e 13 de setembro de 1994 aconteceu no Cairo a 1ª Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), com a participação de 179 países, sendo considerada um marco histórico, quando foram abordados vários aspectos da vida humana (saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, igualdade de gênero, erradicação da violência contra a mulher, questões relativas à população e ao meio ambiente). Como resultado da Conferência foi elaborado um Programa de Ação para os próximos 20 anos, que favoreceu uma mudança fundamental de paradigmas: “das políticas populacionais *stricto sensu* para a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos” (ONU, 1994).

Ainda no bojo da CIPD, um dos marcos fundamentais foi a redefinição de saúde reprodutiva:

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio (ONU, 1994).

O capítulo VI (Crescimento e estrutura da população, item D) do documento final da CIPD trata das questões relativas aos povos indígenas e determina os objetivos e ações. Objetivos:

- a) incorporar as perspectivas e necessidades das comunidades indígenas no planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação dos programas de população, desenvolvimento e meio ambiente que os afetem;
- b) assegurar que os povos indígenas disponham de serviços relacionados com população e desenvolvimento que considerem social, cultural e ecologicamente apropriados;
- c) chamar a atenção para fatores sociais e econômicos que atuem em prejuízo do povo indígena (ONU, 1994).

Ações:

- 6.25 Os governos e outras importantes instituições da sociedade devem reconhecer a perspectiva característica do povo indígena sobre aspectos de população

e desenvolvimento e, em consulta com o povo indígena e em colaboração com organizações não-governamentais e intergovernamentais interessadas, devem atender a suas necessidades específicas, inclusive a necessidade de assistência primária de saúde e de serviços de saúde reprodutiva. Todas as violações dos direitos humanos e discriminação, especialmente todas as formas de coerção devem ser eliminadas.

6.26 No contexto das atividades da Década Internacional dos Povos Indígenas do Mundo, as Nações Unidas devem, em total cooperação e colaboração com os povos indígenas e suas organizações pertinentes, desenvolver um aprofundado conhecimento do povo indígena e compilar dados sobre suas características demográficas, tanto atuais como históricas, como meio de melhorar a compreensão de sua situação populacional. Esforços especiais se fazem necessários para integrar estatísticas pertencentes às populações indígenas no sistema nacional de coleta de dados.

6.27 Os governos devem respeitar as culturas do povo indígena e capacitá-lo para a posse e administração de suas terras, proteger e restaurar os recursos naturais e ecossistemas dos quais dependem as comunidades indígenas para sua sobrevivência e bem-estar e, em consulta com os povos indígenas, incluir estas questões na formulação de políticas nacionais de população e desenvolvimento. (ONU, 1994)

Passados 20 anos da CIPD, as nações signatárias do Programa de Ação o revisaram objetivando dar novas respostas às demandas que surgiram no decorrer desse tempo, bem como apontar novas recomendações. Para a América Latina e Caribe, foi realizado o Seminário Internacional “A CIPD para além de 2014 e a dinâmica demográfica da América Latina e o Caribe”, organizado pela Associação Latino-Americana de População - Alap e Associação Brasileira de Estudos Populacionais - Abep, entre 15 e 17 de julho de 2013, no Rio de Janeiro.

Os levantamentos realizados entre os países da América Latina e Caribe foram organizados pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe - Cepal e apresentados na 1ª Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento, que aconteceu entre 12 e 14 de agosto de 2013 em Montevidéu. O resultado dessa Conferência foi o Consenso de Montevidéu sobre População e Desenvolvimento. De acordo com Cavenaghi (2014, p. 90), foram selecionados oito temas prioritários, entre os quais: “povos indígenas: pluralidade e direitos”, para a agenda pós-CIPD 2014, que possuem intersecções entre eles, visto que alguns representam temáticas e outros recortes populacionais.

Ficou acordado para os povos indígenas:

- Respeitar e aplicar as disposições da Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos povos indígenas, assim como as do Convênio 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre povos indígenas e tribais, exortando os países que ainda não o fizeram a assiná-lo e ratificá-lo, adaptando os marcos jurídicos e formulando as políticas necessárias para sua implementação, com a plena par-

tipificação desses povos, incluindo as pessoas indígenas que vivem em cidades;

- Considerar as dinâmicas demográficas particulares dos povos indígenas na formulação das políticas públicas, dando especial atenção aos povos indígenas ameaçados de desaparecimento, os não contatados ou em situação de isolamento voluntário ou de contato inicial, respeitando o direito à livre determinação;
- Garantir o direito à saúde dos povos indígenas, inclusive os direitos sexuais e direitos reprodutivos, assim como o direito a suas próprias medicinas tradicionais e suas práticas de saúde, sobretudo no que se refere à redução da mortalidade materna e infantil, considerando suas especificidades socioterritoriais e culturais, assim como os fatores estruturais que dificultam o exercício deste direito;
- Respeitar e garantir os direitos territoriais dos povos indígenas, inclusive os povos em isolamento voluntário e contato inicial, prestando particular atenção aos desafios que representam as indústrias extrativas e outros grandes investimentos em escala global, a mobilidade e os deslocamentos forçados, e desenvolver políticas que garantam a consulta prévia, livre e informada nos assuntos que lhes afetem, em conformidade com o estabelecido na Declaração das Nações Unidas sobre os direitos dos povos indígenas;
- Adotar as medidas necessárias, em conjunto com os povos indígenas, para garantir que mulheres, crianças e adolescentes e jovens indígenas gozem de proteção e garantias plenas contra todas as formas de violência e discriminação, e tomar medidas para assegurar a restituição de direitos;
- Garantir o direito à comunicação e informação dos povos indígenas, assegurando que as estatísticas nacionais respeitem o princípio de autoidentificação, assim como a geração de conhecimento e informação confiável e oportuna sobre os povos indígenas, através de processos participativos, atendendo a seus requisitos e às recomendações internacionais relativas a estes assuntos;
- Participar ativamente e no mais alto nível possível, prevendo a participação dos povos indígenas nas delegações nacionais na reunião plenária de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas, denominada Conferência Mundial sobre os Povos Indígenas, a ser realizada em setembro de 2014, assim como em outras instâncias internacionais pertinentes. (ONU; CEPAL, 2013)

Diversas partes do mundo também realizaram as conferências regionais e os relatórios foram encaminhados ao secretário geral da Organização das Nações Unidas - ONU, que os apresentou na Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a CIPD para além de 2014, realizada em 22 de setembro de 2014.

De destacada relevância foram os resultados acordados no Consenso de Montevideu que, entre seus oito temas prioritários, ressaltou a importância da afirmação dos direitos dos povos indígenas, contemplando inclusive aqueles relativos à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos.

Os Kamaiurá, falantes de língua pertencente à família tupi-guarani, residem na Terra

Indígena do Xingu, Estado do Mato Grosso, Brasil, em três aldeias: Ipavu (distante cerca de 10 km a norte do Posto Indígena Leonardo Villas Bôas, oito km do Rio Kuluene e está localizada nas margens da lagoa de mesmo nome); Morená (situada na confluência dos Rios Batovi, Kuluene e Ronuro) e Jacaré. Existem ainda 92 Kamaiurá que vivem em outras aldeias do Parque, por força de casamentos com integrantes de outros povos, e 43 residentes em áreas urbanas.

Foto aérea aldeia Kamaiurá de Ipavu



Foto: Taciana Vitti, 2013.

As três aldeias seguem o modelo de construção alto xinguano, com majestosas cavas ovaladas, cobertas com sapê e dispostas circularmente ao redor de um pátio. O número de moradores das casas varia bastante e depende do número de famílias que residem sob o mesmo teto. As casas mais imponentes medem, aproximadamente, 30 metros de comprimento, 5 ou 6 metros de altura e 13 de largura. No centro do pátio localiza-se a casa dos homens (*Tapyjy*) ou casa das flautas, local de reunião das lideranças, recinto exclusivo dos homens, onde são guardadas as flautas *jakuí*.<sup>3</sup> Do lado de fora, junto a esta casa, há um banco onde os homens se reúnem no final da tarde para fumar seus longos cigarros e conversar sobre o cotidiano da aldeia.

<sup>3</sup> São as flautas sagradas que somente os homens podem tocar e nenhuma mulher pode vê-las.

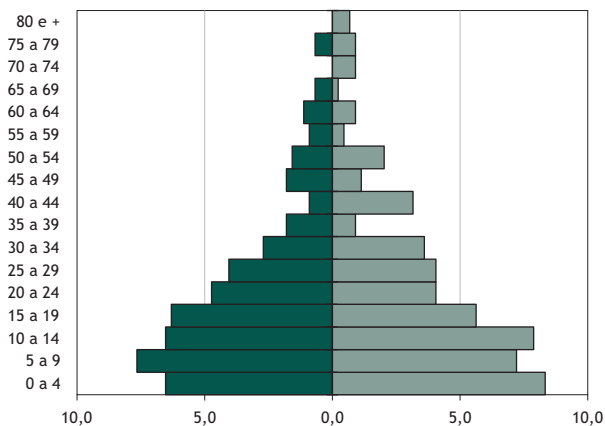
Foto Crianças Kamaiurá



Foto: Taciana Vitti, 2013.

A população total residente nas três aldeias Kamaiurá corresponde a 468 pessoas, assim distribuídas: 351 em Ipavu; 67 em Morená; e 21 em Jacaré. Desse montante, 232 são do sexo masculino e 236 do feminino. Esse estudo foi desenvolvido na aldeia de Ipavu, pelo fato de ser a mais representativa do universo das aldeias Kamaiurá, respondendo por 75% da população.

**Figura 1**  
Pirâmide etária da população Kamaiurá, por sexo  
Pirâmide quinquenal



Fonte: Pesquisa de campo, julho de 2013.

A pirâmide tem uma base larga e um topo estreito, apresentando regularidade nos demais grupos etários. Observa-se que a estrutura etária ainda é rejuvenescida, adquirindo contornos mais compatíveis com estruturas populacionais mais jovens, o que é característico dos povos indígenas, com altas taxas de fecundidade e mortalidade. O padrão etário, caracterizado por níveis quase constantes de natalidade e queda da mortalidade, que têm como consequência a manutenção de uma estrutura jovem, com sinais de relativo envelhecimento, confirma-se no exame da distribuição proporcional da população por grandes grupos etários.

Isso pode ser o reflexo do elevado número de nascimentos e da redução de mortes a partir da década de 1970 (com a melhora no atendimento à saúde). A queda da mortalidade decorre, principalmente, da implantação das medidas médico-sanitárias introduzidas pelo Programa de Saúde da Unifesp no Parque Indígena do Xingu.

O Programa de Saúde da Unifesp no Parque Indígena do Xingu, ou Projeto Xingu, iniciado em 1965, era baseado no envio de equipes médicas regulares, que, além de realizarem o cadastro da população, atendiam as ocorrências clínicas. O apoio hospitalar era feito no Hospital São Paulo por intermédio da FAB, que fazia a ligação aérea do Parque a São Paulo em voos semanais. As equipes eram multidisciplinares, com a participação voluntária de médicos, dentistas, enfermeiras e estudantes que, uma vez formados, iriam assegurar a continuidade do Programa (BARUZZI, 2005, p. 72).

Em 2007, Pagliaro e Junqueira analisaram a fecundidade no período 1970-2003 e constataram que o nível de fecundidade aumentou de 5,4 filhos (1970-1979) para 6,6 (1980-1989), passando a declinar, a partir daí, para 6,4 (1990-1999) e 6,2 (2000-2003). Em janeiro de 2009, os dados demográficos foram atualizados e verificaram-se níveis de fecundidade, para o período 2004-2009, de 5,2 filhos por mulher. Essa diminuição na TFT do período até 2009 demonstra a redução já observada anteriormente por Junqueira e Pagliaro (2007).

Para este trabalho, optou-se por estudar a fecundidade por meio de coortes, com o objetivo de apresentar reflexões acerca de algumas mudanças culturais ocorridas que se relacionam com o comportamento reprodutivo do povo Kamaiurá. A análise está baseada nos dados obtidos na elaboração de três coortes com pessoas nascidas entre 1955 e 1964 (coorte 1), 1965 e 1974 (coorte 2) e 1975 e 1984 (coorte 3), bem como em pesquisas qualitativas realizadas em duas viagens a campo em 2012 e 2013.

Nas pesquisas de campo as informações foram coletadas a partir da observação participante e de entrevistas. De acordo com Gomes (2008, p. 56), a observação participante “consiste em que o pesquisador busca compreender a cultura pela vivência concreta nela, ou seja, morar com os ‘nativos’, participar de seus cotidianos, comer suas comidas, se alegrar em suas festas e sentir o drama de ser de outra cultura - tudo isso na medida do possível”. A observação participante exige do pesquisador conhecimento seguro a respeito da bibliografia etnológica sobre o povo a ser estudado, além de um suporte teórico claro que possibilite a formulação de problemas antes do início da pesquisa e também durante a pesquisa (MALINOWSKI, 1978).

Já as entrevistas ocorreram na última viagem a campo como complemento da observação participante. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas. Para vários autores (BAUER; GASKEL, 2003), a entrevista semiestruturada deve estar focada em um assunto - no presente estudo fecundidade e saúde reprodutiva - e a partir daí ser elaborado um roteiro, chamado por alguns autores de tópico guia, que pode ser complementado com outras questões no decorrer da entrevista. A seleção dos entrevistados levou em conta a composição das coortes: das 68 mulheres que compõem as três coortes, selecionaram-se aleatoriamente 30% das mulheres de cada uma, o que dá um total de 18 entrevistas.

Os dados apresentados por Pagliaro e Junqueira em 2007 e os posteriormente coletados permitiram a construção dessas três coortes, com idades entre 15 e 49 anos. A primeira coorte incluiu mulheres que completaram o seu período reprodutivo, atingindo 49 anos em 2009, consideradas como tendo completado sua fecundidade. As demais coortes englobam mulheres que não tinham completado seu período reprodutivo, alcançando, em 2009, 44 anos na coorte 2 e 39 anos na coorte 3.

A análise por coortes expressa a forma real em que ocorre em uma mulher ou no conjunto delas o processo reprodutivo. Uma coorte representa o conjunto de todos os indivíduos que viveram uma determinada experiência no mesmo intervalo de tempo. Para este tipo de análise utilizaram-se os pressupostos de Welti (1998), segundo os quais uma coorte acompanha um grupo de indivíduos ao longo da vida, objetivando conhecer a descendência média final ao término de seu período fértil, a distribuição dos nascimentos dos filhos no decorrer da vida fértil e a intensidade da fecundidade. Este tipo de análise não se fixa em momentos determinados, mas sim no acompanhamento ao longo do tempo de duração do período reprodutivo de um grupo de homens ou mulheres de certas coortes de nascimento.

As mulheres da coorte 1 nasceram entre 1955 e 1964, período muito importante na história dos povos que habitam o Xingu, pois somente em 1961 é que foi criado o Parque Indígena do Xingu. E um dos principais argumentos para a criação foi a delimitação de uma área que serviria de proteção física e cultural aos povos que ali viviam, muitos deles sofrendo despopulação, devido às frentes de expansão que afetaram negativamente os povos que ali viviam, contribuindo para sucessivas perdas populacionais. Ainda nesse período ocorreu uma epidemia de gripe no Xingu que matou centenas de pessoas, entre elas 25 integrantes do povo Kamaiurá, o que representou a morte de 14% da população total (MUSEU DO ÍNDIO, 1954). Outro fato importante que precisa ser destacado é que as pessoas desta coorte de nascimento tiveram as suas idades estimadas, pois até então não havia o registro dos nascimentos.

As mulheres pertencentes à coorte 2 passaram por melhoras significativas no atendimento à saúde, pois em 1965 teve início o Programa de Saúde da Unifesp no Parque Indígena do Xingu e, a partir desse ano, foi possível obter o registro contínuo e atualizado até os dias de hoje das informações demográficas e epidemiológicas sobre esses povos. Neste período também houve uma epidemia de gripe que infectou 58 pessoas, porém sem nenhum óbito (AGOSTINHO, 1971).

Já as pessoas que nasceram entre 1975 e 1984 (coorte 3) acompanharam mudanças significativas na vida dos indígenas que residem no Parque. Até meados de 1978, o acesso à região era muito difícil e só se dava por meio de aviões da FAB, o que facilitava o controle (entrada e saída dos indígenas, restrição a entrada de não indígenas) exercido por seu administrador Orlando Villas Bôas. Em 1978 Villas Bôas deixou a administração do Parque, sendo substituído pelo antropólogo Olympio Serra e, posteriormente, por outros administradores indígenas. Com os administradores que vieram depois de Villas Bôas, a política protecionista e o rígido controle exercido por ele foram abandonados, fazendo com que os povos do Xingu ficassem mais suscetíveis às influências advindas do contato com a sociedade residente nos municípios do entorno do Parque.

**Tabela 1**  
**Comportamento reprodutivo das mulheres kamaiurá, por coorte**  
**2009**

| Variáveis                                     | Coorte 1 | Coorte 2 | Coorte 3 |
|-----------------------------------------------|----------|----------|----------|
| N. de mulheres                                | 14       | 22       | 32       |
| N. de mulheres que tiveram filhos             | 13       | 20       | 26       |
| Idade média ao ter o primeiro filho (em anos) | 17,46    | 17,19    | 16       |
| Idade média ao ter o último filho (em anos)   | 42       | 40       | 33       |
| Total de filhos tidos                         | 89       | 125      | 88       |
| Média de filhos nascidos vivos até a idade x  | 6,36     | 5,68     | 2,52     |
| Intervalo intergenésico (em anos)             | 3,01     | 2,92     | 3,00     |

Fonte: Projeto Xingu e Vitti: 2013

A coorte 1, apenas uma mulher não teve filhos; ela era deficiente e morreu aos 35 anos. As demais tiveram entre 2 e 11 filhos, com uma média de 6,36 filhos por mulher dessa coorte até o final da idade reprodutiva, totalizando 89 nascidos vivos das mulheres.

A coorte 2 constitui-se por mulheres nascidas entre 1965 e 1974, sobreviventes até 2009 com idades de 40 a 44 anos. Com exceção de uma pessoa deficiente e outra que cuidava dela, todas as outras foram casadas uma vez e tiveram entre 2 e 10 filhos nascidos vivos registrados, com um total de 125 e média de 5,68 filhos por mulher.

A coorte 3 é formada por mulheres nascidas entre 1975 e 1984, sobreviventes até 2009 com idades de 35 a 39 anos. Elas tiveram entre 1 e 6 filhos nascidos vivos, totalizando 78 e média de 2,52 filhos.

A partir dos dados referentes às coortes, observa-se que a média da idade ao nascimento do primeiro filho vivo, entre as coortes 1 e 3, diminui. Acreditamos que o motivo esteja relacionado às mudanças das regras relativas à reclusão pubertária. A reclusão é uma instituição tradicional Kamaiurá de grande relevância para marcar a passagem da infância para a vida adulta, tanto masculina quanto feminina, e caracteriza-se como um período no qual o jovem é submetido a regras e tabus e faz parte de um complexo de procedimentos importantes para a integração das pessoas na sociedade.

Foto meninas reclusas dançando



Foto: Taciana Vitti, 2006. Imagem de pesquisa de campo capturada em baixa resolução.

A reclusão masculina tem início com a chegada dos sinais da puberdade, ficando a critério dos pais a determinação do tempo da duração. Os sinais que definem o início desse período são a mudança na voz e o crescimento dos órgãos genitais. O período de reclusão pode durar até quatro anos, com interrupções de três a sete meses. Durante o período, os rapazes são submetidos à escarificação e ingestão de raízes para engordar e fortalecer o físico e, quando da aproximação dos grandes rituais, por exemplo, *Kwaryp*,<sup>4</sup> eles podem sair para treinar a luta tradicional Kamaiurá, chamada de *huka-huka*. A escarificação é um processo em que o corpo é arranhado com a ajuda do escarificador (*jajap* na língua Kamairá, que consiste em um pedaço triangular de cabaça, provido de dentes de peixe cachorra, encravados e fixados com cera de abelha junto a borda superior), o que provoca um sangramento superficial com finalidades terapêuticas.

<sup>4</sup> Ritual em homenagem aos mortos.

Foto rapazes Kamaiurá



Foto Taciana Vitti, julho 2007. Imagem de pesquisa de campo capturada em baixa resolução.

Tavares (1994, p.88-90) cita alguns exemplos de raízes ingeridas: *Kumanaum* (só os homens utilizam essa raiz, para ficar forte, bonito e bom lutador); *Lepotisin* (boa para ficar forte, é indicada também para destroncamento e torções); *Porwoin* (serve para a falta de apetite do recluso); *Wyarupu* (serve para mulheres e homens magros que não conseguem engordar na época da reclusão); *Yepoan* (engorda a pessoa que está muito fraca, também é passada na pele após a escarificação); *Amuniyw* e *Tiranu* (usadas como cicatrizantes); *Moitesen* (pode ser passada na pele como cicatrizante, para ficar forte e para quando se quer engordar); *Timon* (utilizado quando o recluso está muito cansado depois de ter lutado *huka-huka*); *Morototoup* (utilizada para curar a tontura do recluso); e *Morototouvi* (usada junto com a *Morototoup* para tontura).

A alimentação é controlada e, em algumas etapas, são proibidos determinados alimentos, como o peixe assado, permitindo-se apenas a ingestão de cauíim. Nesse período, as regras devem ser seguidas à risca, não sendo permitido a uma mulher menstruada se aproximar ou tocar na comida do recluso; é vedado a ele a ingestão de doce e pimenta, e o peixe deve ser apenas cozido.

As meninas entram em reclusão após a primeira menstruação, permanecendo deitada na rede até que cesse o fluxo menstrual, quando tem início a fase de ingestão de chá de raízes (diferentes daquelas utilizadas pelos homens). A reclusão dura em média um ano ininterrupto. Ao contrário dos meninos, as meninas ficam sedentárias, não desen-

volvendo nenhum tipo de atividade física. As saídas para as necessidades fisiológicas são restritas e ela só pode sair se estiver acompanhada de sua mãe, avó, tia ou irmã mais velha. Eventualmente, quando da aproximação do Kwaryp, elas podem sair para dançar a flauta Uruá por algumas horas, à tarde. O fim da reclusão é um momento de grande alegria para os familiares e, a partir de então, a jovem pode se casar.

Aos primeiros sinais da adolescência (para as meninas a primeira menstruação e para os meninos aspectos do desenvolvimento físico considerados indicativos de virilidade), eles são retirados do convívio social e passam a viver em reclusão, num local fechado, dentro da casa, onde recebem alimentação especial e são submetidos com frequência a escarificações, tornando-se assim fortes e saudáveis. Desligar-se da infância é também aprender tarefas próprias do adulto. O menino permanece durante um período prolongado à margem da vida social que, para os pretendentes a postos de maior poder, pode durar até quatro ou cinco anos, intercalando alguns meses de liberdade e outros tantos de reclusão. Aprende técnicas artesanais e é treinado na luta corporal huka-huka, esporte predileto dos homens. A menina durante os meses que passa isolada recebe da mãe conhecimentos que vão habilitá-la a se tornar uma mulher completa e que envolvem em especial cuidados com o corpo e a saúde e técnicas artesanais. Ela aprende ainda que durante a menstruação a mulher se torna impura poluindo tudo que toca, água, alimento, espaços rituais. Poder tão maléfico debilita seriamente o homem. (JUNQUEIRA, 2002, p. 26)

Foto dança de moças e rapazes



Foto: Taciana Vitti, julho 2007.

Possivelmente essa mudança das regras relativas à reclusão pubertária está relacionada com o casamento precoce, pois moças e rapazes só podem se casar após a saída da reclusão. De acordo com Junqueira (1978, p. 31):

O casamento se efetua, para as mulheres, logo após o início de seu período reprodutivo, sendo que o tempo de reclusão após a primeira menstruação prolonga-se ao máximo por um ano. Cessando a reclusão, ocorrem imediatamente os casamentos, em geral anteriormente combinados.

E isso também reflete na idade ao nascimento do primeiro filho, como pode ser observado na Tabela 1: para as mulheres da coorte 3, a média de idade do nascimento do primeiro filho é de 16 anos, enquanto para as mulheres da coorte 1 essa média corresponde a 17,46 anos. Podemos concluir que as mulheres estão tendo uma fecundidade mais precoce (16 anos) e depois começam a adiar as gravidezes intensificando o uso de métodos contraceptivos tradicionais (chá de raízes) e modernos.

Na coorte 3, podemos supor que está havendo um declínio no número de nascimentos. Em julho de 2013, em pesquisa de campo na aldeia Kamaiurá de Ipavu, foram entrevistadas 18 mulheres, que correspondem a 30% das mulheres de cada coorte, assim distribuídas: três da coorte 1; seis da coorte 2; e nove da coorte 3. Ficou evidente, por meio das respostas, o desejo feminino de ter menos filhos.

*Eu acho que é bom ter poucos filhos. Filho dá muito trabalho. O marido não ajuda a mulher cuidar do filho. Para cuidar de um filho você precisa de muita comida, muito peixe, muito trabalho. (K.K, 32 anos).*

Em virtude de pesquisas anteriormente realizadas, é possível afirmar que o povo Kamaiurá passa por mudanças acentuadas no seu modo de vida. A principal delas relaciona-se a uma maior circulação de bens e serviços financeiros advindos, principalmente, do aumento do número de assalariados, passando de 11<sup>5</sup> para 32 em 2013,<sup>6</sup> além do dinheiro esporádico de projetos, como, por exemplo, o ecoturismo, e de direitos da venda de imagem.

Com o aumento da entrada de recursos monetários no interior da aldeia, há uma maior circulação de dinheiro e as idas às cidades do entorno do Parque tornaram-se mais frequentes. Dessas viagens podemos tirar a hipótese acerca da queda no número de filhos: o contato mais sistemático com a cultura não indígena faz com que os Kamaiurá adotem discursos da população local (filho dá muito trabalho; é muito difícil para as mulheres terem muitos filhos, pois os homens não ajudam a cuidar dos filhos; não é bom ter muitos filhos). A circulação de dinheiro favorece as viagens para a cidade e faz com que as mulheres tenham acesso aos anticoncepcionais que são vendidos livremente nas farmácias locais.

<sup>5</sup> Fonte: Vitti, 2005.

<sup>6</sup> Fonte: pesquisa de campo, julho 2013.

*“Eu tomo remédio de branco para não ter filhos. Eu fui na farmácia, lá na Canarana, falei que eu queria um remédio para não ter filhos e o homem da farmácia vendeu. (I. K. 44 anos).*

Das 18 mulheres entrevistadas, somente três afirmaram fazer uso regular de contraceptivos alopáticos. As outras 15 mulheres declararam utilizar anticoncepcionais “indígenas”, como chá das raízes.

*Tomei chá da raiz ywapó. Tem que fazer o chá da raiz, depois toma, tem que estar um pouco quentinho, é muito amargo. Tem que tomar logo quando fica menstruada. Toma uns três dias, tem que tomar enquanto a mulher está menstruada”. (A.K. 39 anos).*

Como pudemos observar, há varios fatores relacionados com a queda no número de filhos, entre os quais se destacam os demográficos (uniões em idades mais tardias, duração do tempo das uniões, separações) e sociais (tamanho ideal de família, tabus e regras culturais).

Todos os povos residentes do Parque, se comparados com outras terras indígenas, têm um atendimento à saúde de referência, graças à excelência do programa de saúde implantado pela Unifesp na região. A qualidade do serviço de saúde é a principal responsável pela queda das taxas de mortalidade infantil e que, de alguma maneira, relaciona-se com a decisão reprodutiva das mulheres e está articulada com a decisão masculina.

Foto crianças Kamaipurá



Foto: Taciana Vitti, janeiro 2011. Imagem de pesquisa de campo capturada em baixa resolução.

Neste trabalho, constatamos que o povo Kamaiurá passa por mudanças expressivas no seu modo de vida e isso acaba influenciando os níveis de fecundidade no período estudado entre os 1970 e 2009. Acreditamos que a principal causa dessa alteração nos níveis de fecundidade, além do contato mais sistemático com as cidades que circundam o Parque e da entrada e circulação de recursos monetários no interior da aldeia, seja a racionalidade das decisões reprodutivas das mulheres conjugadas com as dos homens, fazendo com que o povo Kamaiurá adote uma escolha racional de sua política populacional.

Acreditamos que as viagens mais regulares às cidades no entorno do Parque, bem como o aumento dos recursos monetários, constituam o principal fator dessa gradual alteração no comportamento reprodutivo dos Kamaiurá, o que acaba facilitando o acesso aos métodos contraceptivos modernos.

Uma das principais contribuições desta pesquisa aos estudos de demografia de povos indígenas brasileiros é mostrar que o comportamento da fecundidade do povo Kamaiurá é racional e os níveis de fecundidade são o resultado dos benefícios e/ou ônus que uma prole possa trazer para o indivíduo, casal ou grupo familiar.

As mudanças observadas no comportamento demográfico Kamaiurá sugerem que o seu crescimento se mantém em ritmo constante, entre 1970 e 1999, acompanhando a tendência de crescimento esboçada por outros grupos indígenas do Parque, bem como de outros povos de regiões distintas do país, embora se diferencie pela constância de seu ritmo. Os altos níveis de natalidade contribuíram para a expansão de novas gerações, garantindo, desse modo, a sobrevivência física do grupo. Níveis de mortalidade relativamente baixos e estáveis resultaram na melhoria das condições de saúde, propiciando o aumento da sobrevivência de crianças, jovens, adultos e idosos e assegurando maior longevidade à população. Os povos residentes no Parque Indígena do Xingu, inclusive os Kamaiurá, têm acesso a um programa de saúde preventiva e curativa, que vem sendo responsável pela redução da mortalidade infantil e por mudanças na sua dinâmica demográfica.

A melhoria das condições de saúde dos povos do Alto Xingu, associada a uma série de fatores de ordem sociocultural e ambiental, desencadeou modificações em seu comportamento demográfico. Houve declínio nas taxas de mortalidade infantil e geral e aumento paulatino nas taxas de natalidade, sendo que a conjugação desses dois fatores resultou num processo consciente de recuperação populacional.

Como mencionado anteriormente, os povos residentes no Parque têm um atendimento à saúde de referência, o que, infelizmente, não ocorre nas demais terras indígenas do país, onde não são raros os casos de ingerência e omissão por parte dos responsáveis pela saúde indígena no país. Do mesmo modo, nota-se ainda a ausência da abertura, por parte das políticas públicas governamentais, para diálogos regulares sobre as questões relativas aos direitos sexuais e reprodutivos.

## Referências

- AGOSTINHO, Pedro. Informe sobre a situação territorial e demográfica no Alto Xingu. In: GRUNBERG, Georg (Org.). *La situación del indígena en America del Sur*. Uruguai: Ed. Tierra Nueva, 1971.
- ARUZZI, Roberto. Trinta e cinco anos de assistência e pesquisa: a Escola Paulista de Medicina e o Parque Indígena do Xingu. In: JUNQUEIRA, Carmem; BARUZZI, Roberto (Org.). *Parque Indígena do Xingu; saúde, cultura e história*. São Paulo: Ed. Terra Virgem, 2005.
- BAUER, Martin; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Editora Vozes: Petrópolis, 2003.
- CAVENAGHI, Susana. A dinâmica populacional e a agenda de população e desenvolvimento sustentável. In: WONG, Laura et al. (Org.). *Cairo+20, perspectivas de la agenda de población y desarrollo sostenible después de 2014*. Rio de Janeiro: Alap, 2014.
- GOMES, Mércio. *Antropologia*. São Paulo: Editora Contexto, 2008.
- JUNQUEIRA, Carmen. *Os índios de Ipavu*. São Paulo: Ed. Ática, 1978.
- \_\_\_\_\_. *Sexo e desigualdade entre os Kamaiurá e os Cinta Larga*. São Paulo: Ed. Olho d'água, 2002.
- MALINOWKI, Brosnilaw. *Os argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Ed. Abril Cultural, 1978.
- AMUSEU DO ÍNDIO/FUNAI. *Relatório de Lourival Seroa da Mota*. Rio de Janeiro, 1954.
- ONU - Organização das Nações Unidas. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Cairo, 1994
- ONU - Organização das Nações Unidas; CEPAL - Comissão Econômica para América Latina e o Caribe. *Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento*. Montevideu, 2013.
- PAGLIARO, Heloisa; JUNQUEIRA, Carmen. Recuperação populacional e fecundidade dos Kamaiurá, povo Tupi do Alto Xingu, Brasil Central, 1970 - 2003. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, 2007.
- TAVARES, Sérgio Correa. *A reclusão pubertária no Kamayurá de Ipawu - um enfoque biocultural*. Dissertação (Mestrado). Campinas: Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, 1994.
- WELTI, Carlos. *Demografia II*. Chile: Ed. Celade, 1998.
- VITTI, Vaneska Taciana. *Jovens Kamaiurá no século XXI*. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da PUC-SP, 2005.