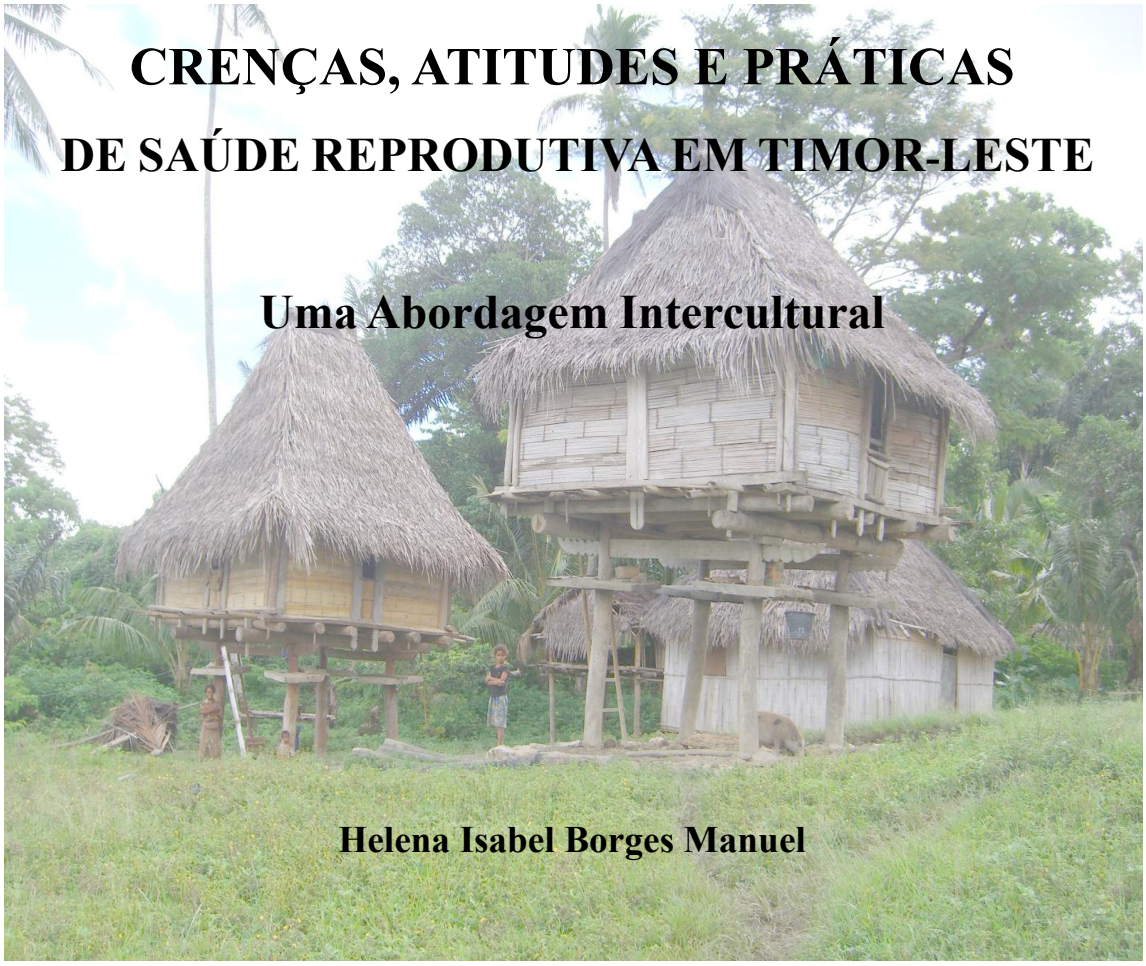
Universidade Aberta



CRENÇAS, ATITUDES E PRÁTICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA EM TIMOR-LESTE

Uma Abordagem Intercultural

Helena Isabel Borges Manuel

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

Tese de Doutoramento em Psicologia

Especialidade Psicologia Intercultural

Lisboa, 2012

Universidade Aberta

CRENÇAS, ATITUDES E PRÁTICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA EM TIMOR-LESTE

Uma Abordagem Intercultural

Helena Isabel Borges Manuel

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

Tese de Doutoramento em Psicologia

Especialidade Psicologia Intercultural

Lisboa, 2012

AGRADECIMENTOS

Expressamos os nossos sinceros agradecimentos a todas as pessoas que colaboraram na realização deste trabalho de investigação.

À Professora Doutora Natália Ramos, orientadora do presente estudo, por todo o apoio, incentivo, entusiasmo e disponibilidade demonstrados ao longo da sua elaboração.

Ao Senhor Presidente da República Democrática de Timor-Leste, Xanana Gusmão; ao Senhor Ministro da Saúde de Timor-Leste, Dr. Rui Araújo; à Senhora Assessora para a Promoção da Igualdade, Maria Domingues Alves; ao Senhor Bispo de Baucau, Dom Basílio do Nascimento, pelo importante contributo pessoal que deram ao trabalho.

Ao Ministério da Saúde de Timor-Leste, pelas facilidades e informações facultadas.

À Embaixada de Portugal em Timor-Leste, em particular ao Coordenador do Programa de Língua Portuguesa, Dr. Filipe Silva, pelas facilidades logísticas concedidas nos distritos de Aileu, Covalima e Oecusse.

À equipa da Health Alliance International, em particular à coordenadora do programa em Timor-Leste, Nadine Hoekman, pelas informações e oportunidades de participação em diversos eventos.

À equipa dos Médicos do Mundo, pelo acompanhamento, apoio logístico e fornecimento de informações no distrito de Lautém.

À equipa da Cooperativa / Clínicas Café Timor, pelo acompanhamento e apoio logístico no distrito de Ermera.

À equipa da Oxfam em Oecusse, pela disponibilização de transporte em parte deste distrito.

A muitos outros que colaboraram no trabalho de pesquisa em Timor-Leste, em especial às Senhoras Manuela, em Díli e Ermera; Natália Jesus, em Díli e Maliana; Rosalina da Ressurreição, em Baucau; Albina Freitas, em Lospalos; Julieta Boquifai, em Oecusse. Ao Carlos, à Fina e restante família de Lospalos, pelo acolhimento e colaboração no trabalho.

Aos colegas de trabalho e amigos, pelo apoio e encorajamento.

Aos familiares, por todo o apoio, incentivo e compreensão, particularmente nos momentos mais difíceis.

Ao Mário, meu marido, um agradecimento muito especial pelo acompanhamento e preciosa colaboração ao longo de todo o percurso, e pela sua enorme paciência.

RESUMO

Ao longo dos anos tem ocorrido, em Timor-Leste, um processo de intensificação dos contactos interculturais, quer entre timorenses pertencentes a diferentes grupos etnolinguísticos, quer entre timorenses e outros povos, alguns dos quais exercendo autoridade. Apesar das transformações operadas na sociedade a diversos níveis, subsistem algumas das suas instituições e valores tradicionais.

O presente estudo, de cariz etnográfico, tem como objectivos de investigação descrever e comparar crenças, atitudes e práticas de saúde reprodutiva de timorenses pertencentes a diferentes grupos etnolinguísticos de Timor-Leste; e identificar modificações no comportamento de saúde reprodutiva dos timorenses, resultantes do contacto entre culturas. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e comparativo, que tem por base uma metodologia qualitativa. O trabalho de campo foi efectuado em dez dos treze distritos de Timor-Leste, em meio rural e urbano, e abrangeu onze grupos etnolinguísticos. Mediante um processo de amostragem em cadeia, tipo "bola de neve", foram recolhidos dados provenientes de informadores privilegiados, profissionais de saúde prestadores de cuidados de saúde reprodutiva, parteiras tradicionais, mulheres e casais com filhos. A recolha de dados foi efectuada com recurso a entrevistas exploratórias e semi-estruturadas, à observação directa e participante e à observação fotográfica e fílmica. Na análise dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo.

Concluímos que a cultura exerce uma forte influência sobre o comportamento das mulheres e famílias desde a concepção até ao período pós-parto. Existe uma grande diversidade etnolinguística/cultural em Timor-Leste, e muitas das crenças e práticas relativas à saúde reprodutiva não são generalizáveis a todo o país.

A fecundidade é elevada e há uma preferência generalizada por famílias numerosas, com curtos intervalos entre nascimentos e baixo recurso à contracepção. Apesar da implementação dos programas de planeamento familiar, primeiro pela Indonésia, e mais

recentemente pelo Governo timorense, muitas mulheres têm falta de acesso a informação e a métodos contraceptivos. Factores de ordem sociocultural exercem, por sua vez, grande influência a este nível.

Há determinadas recomendações, tabus e restrições que rodeiam a mulher grávida, que visam proteger a mãe e o feto de danos físicos. A maior parte das mulheres recorre à consulta pré-natal dos estabelecimentos de saúde, mas também há muitas que consultam a parteira tradicional quando têm problemas durante a gravidez, para que ela verifique se o bebé está em boa posição, corrigindo-a se considerar necessário, ou para determinar o seu sexo. Há uma preferência generalizada pelo parto em casa, sendo geralmente assistido por familiares ou pela parteira tradicional. O período pós-parto envolve uma série de procedimentos baseados na permanência da mãe com o recém-nascido em casa, seguindo determinadas prescrições e restrições alimentares, e na aplicação de calor sob diversas formas. Actualmente, mantém-se a prática de diversos rituais tradicionais associados ao nascimento, apresentando variações regionais.

Palavras-chave: Timor-Leste, interculturalidade, grupos etnolinguísticos, saúde reprodutiva, crenças e práticas tradicionais, rituais de nascimento

ABSTRACT

Over the years, a process of development of intercultural contacts has occurred in East Timor, both between Timorese belonging to different ethnic and language groups and between Timorese and other people, some of them being in a position of authority. Despite the changes occurred in society at various levels, some of its institutions and traditional values still remain.

The investigation purpose of this study, which is of an ethnographic nature, is to describe and compare beliefs, attitudes and practices relating to reproductive health in respect of Timorese people belonging to different ethnic and language groups in East Timor, as well as to identify changes in the reproductive health behaviour of Timorese resulting from the contact between cultures. This study has an exploratory, descriptive and comparative character and the methodology used was of a qualitative nature. The field study was carried out in ten of the thirteen districts of East Timor, in rural and urban environments, and covered eleven ethnic and language groups. Data was collected from key informants, health professionals providing reproductive healthcare, traditional midwives and women and couples with children, through a snowball chain sampling procedure. The gathering of data was carried out by means of exploratory semi-structured interviews, direct and participant observation, and photographic and cinematographic observation. Content analysis was the procedure used for the analysis of the collected data.

We concluded that culture has a strong influence on the behaviour of women and families from conception to the period after childbirth. There is a great ethnic and language / cultural diversity in East Timor and many beliefs and practices relating to reproductive health are not present in the whole country.

The fertility rate is high and large families are generally preferred, with short intervals between births and little use of contraceptive methods. Despite the implementation of

family planning programmes firstly by Indonesia and more recently by the Timorese government, many women do not have access to information and contraceptive methods. In turn, some factors of a social and cultural nature also have a great influence at this level.

There are certain advices, taboos and restrictions relating to pregnant women, which aim at protecting the mother and the foetus from physical damage. The majority of women go to prenatal care appointments at healthcare institutions, but there are also many others who seek a traditional midwife when they have problems during pregnancy, so that she will verify whether the baby is in a good position and correct it if deemed necessary, or determine its gender. Home birth is generally preferred, the woman being usually assisted by relatives or by a traditional midwife. The postnatal period involves a series of procedures based on the home confinement of both mother and newborn, following certain recommendations and food restrictions, and the application of heat in various manners. Several traditional rituals associated with birth are still performed nowadays, with regional variations.

Key words: East Timor, interculturality; ethnic and language groups, reproductive health, traditional beliefs and practices, birth rituals

SIGLAS

ABRI	Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Forças Armadas Indonésias)
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
AMI	Assistência Médica Internacional
AML	Área Metropolitana de Lisboa
BM	Banco Mundial
CAMS-TL	Centro Audiovisual Max Stahl Timor-Leste
CCT	Cooperativa Café Timor
CEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination Against Women
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DNE	Direcção Nacional de Estatística
ENSR	Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva
EUA	Estados Unidos da América
FHI	Family Health International

FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
FOKUPERS	Forum Komunikasi Untuk Perempuan Timor Lorosa'e
HAI	Health Alliance International
ICPD	International Conference on Population and Development
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
KB	Keluarga Berencana
MdM	Médicos do Mundo
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMT	Organização da Mulher Timorense
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RDTL	República Democrática de Timor-Leste
REDE	Rede das Mulheres de Timor-Leste
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno-Infantil
TAIS	Timor-Leste Asisténsia Integradu Saúde
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Childrens Fund
UNTL	Universidade Nacional Timor Lorosa'e
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS 3
RESUMO 5
ABSTRACT 7
SIGLAS 9
ÍNDICE DE FIGURAS 19
ÍNDICE DE QUADROS 20
ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS 22
INTRODUÇÃO 29

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - CULTURA E SAÚDE REPRODUTIVA 37

1. Cultura e Comportamento Humano 37
1.1. Conceito de Cultura 37
1.2. Formas de Transmissão Cultural 48
1.3. A Aculturação 55
2. Cultura e Saúde 65
2.1. Sistemas de Saúde e Modelos Conceptuais 68
2.2. Conceito de Medicina Tradicional 75
2.3. Práticas Mágico-Religiosas 76
2.4. O Herborismo / Fitoterapia 84
3. A Saúde Reprodutiva 88
3.1. Conceito de Saúde Reprodutiva 88
3.2. Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 91
3.3. Planeamento Familiar: Conceito e Objectivos 93
3.4. A Contracepção 97
3.4.1. A Contracepção ao Longo da História 97

3.4.2. Métodos Contraceptivos 100
3.4.3. Práticas e Padrões Contraceptivos 106
3.5. A Infertilidade 111
3.6. O Aborto 114
3.7. Práticas Tradicionais de Regulação da Fecundidade 117
3.8. A Gravidez 124
3.8.1. Aspectos Socioculturais 126
3.8.2. Assistência Pré-Natal 130
3.9. O Parto 135
3.9.1. A Assistência ao Parto 135
3.9.2. O Trabalho de Parto 139
3.9.3. Crenças e Práticas Relativas ao Parto 140
3.9.4. Posição da Mulher no Parto 143
3.9.5. Corte do Cordão Umbilical 144
3.10. O Puerpério 146
3.10.1. Puerpério Normal e Patológico 146
3.10.2. Cuidados à Puérpera 150
3.10.3. Crenças e Práticas Relativas à Placenta 155
3.10.4. Rituais do Recém-Nascido 160
3.11. Revisão da Literatura sobre Crenças e Práticas de Saúde Reprodutiva em Timor 168

CAPÍTULO II – TIMOR LESTE: A TERRA E O POVO 177

1. Geografia Física 177
2. Síntese Histórica 181
3. Organização Administrativa 193
4. Demografia 200
5. Religião e Práticas Mágico-Religiosas 203
6. Estrutura Familiar / Parentesco 212
7. Caracterização Etnolinguística 215
7.1. Evolução Histórica 215
7.2. Grupos Etnolinguísticos 221
7.2.1. Os Grupos Etnolinguísticos Austronésios ou Malaio-Polinésios 222

7.2.2. Os Grupos Etnolinguísticos Papuas 232
8. Perfil de Desenvolvimento Humano 239
9. Situação de Saúde 243
9.1. Evolução do Sistema de Saúde 243
9.2. Indicadores de Saúde 258
9.3. Saúde Infantil 261
9.4. Saúde Materna 263
9.5. Fecundidade, Contracepção e Planeamento Familiar 270
9.6. Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva 274

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO III - METODOLOGIA 281

1. Problema de Investigação e Justificação do Estudo 281
2. Questões e Objectivos de Investigação 282
3. Tipo de Investigação 283
4. Participantes da Investigação 288
5. Métodos e Instrumentos de Recolha de Dados 296
5.1. Entrevistas 297
5.2. Observação Directa e Participante 301
5.3. Observação Fotográfica e Fílmica 302
6. Inserção e Procedimentos no Terreno de Estudo 305
7. Tratamento e Análise de Dados 315
8. Dificuldades e Limitações do Estudo 317

CAPÍTULO IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 319

1. Crenças, Atitudes e Práticas relativas ao Planeamento Familiar 319
1.1. Preferências de Fertilidade 319
1.2. Programas de Planeamento Familiar 327

1.3. Utilização de Métodos Contraceptivos 350
2. Crenças, Atitudes e Práticas relativas à Gravidez 383
2.1. Diagnóstico da Gravidez 384
2.2. Rituais Tradicionais 386
2.3. Hábitos de Trabalho e Repouso 394
2.4. Hábitos e Interdições Alimentares 397
2.5. Protecção dos Espíritos Malignos 408
2.6. Outras Crenças, Atitudes e e Práticas 414
2.7. Assistência Pré-Natal 419
2.8. Cuidados Pré-Natais prestados por Parteiras Tradicionais 425
3. Crenças, Atitudes e Práticas relativas ao Parto 439
3.1. Local de Realização do Parto 439
3.2. Assistência ao parto 445
3.3. Posição da Mulher no Parto 457
3.4. Procedimentos com o Cordão Umbilical 463
3.5. Medicamentos Tradicionais Utilizados no Parto 478
3.6. Outras Práticas Tradicionais 488
4. Crenças, Atitudes e Práticas relativas ao Período Pós-Parto (Puerpério) 496
4.1. Formas de Aplicação de Calor e outras Práticas Tradicionais 496
4.2. Alimentação da Puérpera 518
4.3. Procedimentos com a Placenta 523
4.4. Cuidados de Higiene ao Recém-Nascido 544
4.5. Procedimentos relativos ao Coto e à Cicatriz Umbilical 550
4.6. Atribuição do Nome ao Recém-Nascido 566
4.7. Outros Rituais do Recém-Nascido 579

CONCLUSÕES 635
BIBLIOGRAFIA 663
FILMOGRAFIA 705
GLOSSÁRIO 707

ANEXOS 715

ANEXO I 717

Guião de Entrevista a Parteiras e outros Profissionais de Saúde

ANEXO II 721

Guião de Entrevista a Parteiras Tradicionais

ANEXO III 725

Guião de Entrevista a Mulheres / Casais

ANEXO IV 731

DVD - Filme da autoria de Helena Isabel Borges Manuel

Crenças, Atitudes e Práticas de Saúde Reprodutiva em Timor-Leste:

Uma Abordagem Intercultural

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	**Modelo Ecocultural**	48
Figura 2.	**Formas de Transmissão Cultural e Aculturação**	49
Figura 3.	**Modelo para Pesquisa Psicocultural**	52
Figura 4.	**Um Modelo para a Conceptualização e o Estudo da Aculturação**	63
Figura 5.	**Estratégias de Aculturação em Grupos Etnoculturais e a Sociedade Alargada**	65
Figura 6.	**Enquadramento Geográfico de Timor-Leste**	177
Figura 7.	**Divisão Territorial de Timor-Leste por Distritos**	193
Figura 8.	**Mapa Linguístico de Timor Português**	217
Figura 9.	**Carta das Áreas Linguísticas em Timor Português**	218
Figura 10.	**Distribuição Territorial das Línguas de Timor**	219
Figura 11.	**Organigrama do Sistema Nacional de Saúde**	252
Figura 12.	**Abordagem do Ciclo de Vida em Saúde Reprodutiva**	276
Figura 13.	**Versão Cefálica Externa**	435

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.	**Timor-Leste: Estrutura Administrativa**	194
Quadro 2.	**População de Timor-Leste, 1916-2010**	200
Quadro 3.	**População Projectada por Sexo e Grupos Etários Seleccionados, e Número Projectado de Nados-Vivos e Gravidezes: Timor-Leste e Distritos, 2008**	202
Quadro 4.	**Agrupamentos de Grupos Etnolinguísticos: Classificação de Westphal-Almeida, adoptada por Castro e Almeida (1982)**	218
Quadro 5.	**Indicadores de Saúde: Timor-Leste**	259
Quadro 6.	**Partos assistidos por profissionais de saúde por Distrito: Timor-Leste, Janeiro – Dezembro 2008**	266
Quadro 7.	**Participantes da Investigação por Distrito**	289
Quadro 8.	**Número de Informadores Privilegiados por Tipo de Actividade**	290
Quadro 9.	**Número de Parteiras por Grupo Etnolinguístico**	291
Quadro 10.	**Número de Parteiras por Local de Trabalho**	291
Quadro 11.	**Número de Enfermeiros por Local de Trabalho e Grupo Etnolinguístico**	292
Quadro 12.	**Número de Médicos por Local de Trabalho e Nacionalidade**	292
Quadro 13.	**Número de Parteiras/os Tradicionais por Grupo Etnolinguístico**	293
Quadro 14.	**Número de Mulheres e Homens por Grupo Etnolinguístico**	294
Quadro 15.	**Número de Mulheres e Homens por Nível de escolaridade**	295
Quadro 16.	**Profissão / Ocupação de Mulheres e Homens**	296
Quadro 17.	**Número e Tipo de Entrevistas por Distrito**	300
Quadro 18.	**Locais de Recolha dos Dados: Distribuição de Grupos Etnolinguísticos por Distritos, Sub-Distritos e Sucos**	313
Quadro 19.	**Métodos Contraceptivos Tradicionais**	383
Quadro 20.	**Interdições Alimentares na Gravidez e Crenças Associadas**	405
Quadro 21.	**Crenças e Práticas Tradicionais para Protecção de Espíritos Malignos**	414
Quadro 22.	**Crenças e Práticas Tradicionais na Gravidez**	418
Quadro 23.	**Medicamentos Tradicionais usados na Gravidez**	438
Quadro 24.	**Motivos para a Realização do Parto no Domicílio**	444
Quadro 25.	**Posição da mulher no Parto Domiciliário**	462

Quadro 26. Práticas relacionadas com o Corte do Cordão Umbilical 476
Quadro 27. Instrumentos utilizados no Corte do Cordão Umbilical 477
Quadro 28. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Baikenu* no Parto 484
Quadro 29. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Bunak* no Parto 484
Quadro 30. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Fataluku* no Parto 485
Quadro 31. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Galolen* no Parto 485
Quadro 32. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Makalero* no Parto 485
Quadro 33. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Makasae* no Parto 486
Quadro 34. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Mambae* no Parto 486
Quadro 35. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Tetun* no Parto 487
Quadro 36. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Tetun* no Parto 487
Quadro 37. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Uaima'a* no Parto 487
Quadro 38. Práticas Tradicionais no Puerpério 515
Quadro 39. Fundamentos das Práticas Tradicionais no Puerpério 516
Quadro 40. Recomendações Alimentares no Puerpério 520
Quadro 41. Interdições Alimentares no Puerpério 522
Quadro 42. Procedimentos com a Placenta 543
Quadro 43. Cuidados de Higiene ao Recém-Nascido 549
Quadro 44. Substâncias aplicadas no Coto Umbilical 552
Quadro 45. Substâncias aplicadas na Cicatriz Umbilical 556
Quadro 46. Procedimentos com o Coto Umbilical 565
Quadro 47. Tempo decorrido após o Nascimento em que é realizado o Ritual da "Lavagem dos Olhos" (*Fase Matan*) 632
Quadro 48. Tempo decorrido após o Nascimento em que é realizado o Ritual do "Corte de Cabelo" (*Tesi Fuuk*) 633

ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1.	**Hato Builico - Cordilheira de Ramelau (2006)**	178
Fotografia 2.	**Vista Panorâmica do Pico do Tata Mai Lau – Ramelau (2006)**	178
Fotografia 3.	**Vista Aérea sobre Oecusse (2006)**	179
Fotografia 4.	**Foholulik, Covalima (2006)**	179
Fotografias 5. 6. 7.	**Efeitos da Chuva (Díli, 2006)**	180
Fotografias 8. 9.	**Águas Sulfurosas de Marobo (2005)**	180
Fotografia 10.	**Arrozal (Aileu, 2006)**	181
Fotografia 11.	**Mulher a colher Café (Atsabe, 2008)**	181
Fotografia 12.	**Campo de Deslocados em Metinaro (2006)**	192
Fotografias 13.14.	**Campas ornamentadas com Esqueletos de Búfalos (Lospalos, 2006)**	205
Fotografia 15.	***Uma Lulik* (Tutuala, 2005)**	206
Fotografia 16.	**Objectos *Lulik* (Atsabe, 2008)**	206
Fotografia 17.	**Altar Tradicional (Lore, 2006)**	210
Fotografia 18.	**Altar Tradicional (Atsabe, 2008)**	210
Fotografia 19.	**Altar Tradicional (Lauana, 2006)**	210
Fotografia 20.	**Igreja Católica (Lautém, 2006)**	212
Fotografia 21.	**Altar Católico (Lifau - Oecusse, 2006)**	212
Fotografia 22.	**Mulher a armazenar Cereais (Pante Macassar, 2006)**	242
Fotografia 23.	**Mulher a peneirar Cereais e Criança a manejar o Pilão (Suai Loro, 2006)**	242
Fotografia 24.	**Mulher a manejar o Pilão (Lore, Lautém, 2006)**	242
Fotografia 25.	**Casal a transportar Lenha e outros Bens (Lospalos, 2006)**	242
Fotografia 26.	**Centro de Saúde de Citrana – Nitibe (2006)**	256
Fotografia 27.	**Centro de Saúde de Iliomar (2005)**	256
Fotografia 28.	**Hospital Nacional Guido Valadares – Díli (2006)**	257
Fotografia 29.	**Hospital de Oecusse (2006)**	257
Fotografia 30.	**Mulher a transportar Água (Nitibe, 2006)**	260

Fotografia 31.	**Mulher e Crianças a abastecerem-se de Água (Tilomar, 2006)**	260
Fotografia 32.	**Mulher com Recém-Nascido, Hospital de Oecusse (2006)**	265
Fotografia 33.	**Mulher com Recém-Nascido, Hospital de Baucau (2006)**	265
Fotografia 34.	**Monumento alusivo ao KB em Lospalos (2005)**	329
Fotografia 35.	**Monumento alusivo ao KB em Aileu (2006)**	329
Fotografia 36.	**"Terço" - Instrumento de Apoio aos Métodos Contraceptivos Naturais**	372
Fotografia 37.	***Oe* (Ogues, Maukatar, 2006)**	377
Fotografia 38.	***Nanaer* (Ogues, Maucatar, 2006)**	377
Fotografia 39.	**Raiz e folhas de *Kiorheika* (Remexio, 2006)**	379
Fotografia 40.	**Casca de *Ai kakeu*, mostrada por Parteira Tradicional (Díli, 2005)**	380
Fotografia 41.	**Casa Tradicional *Fataluku* (Parlamento, Lautém, 2006)**	389
Fotografia 42.	***Aca kaka* de Casa Tradicional *Fataluku* (Parlamento, Lautém, 2006)**	389
Fotografias 43. 44. 45.	**Exemplificação da Técnica do Corte do Caule da Bananeira - *Mu'u fuka* (Parlamento, Lautém, 2006)**	393
Fotografias 46. 47.	**Exemplificação da Técnica *Ulufetik* (Parlamento, Lautém, 2006)**	394
Fotografia 48.	**Mulher *Baikenu* Grávida, com Prego no Cabelo (Nipane, Pante Macassar, 2006)**	409
Fotografia 49.	**Mulher *Bunak* Grávida, com Tesoura (Maliana, 2005)**	409
Fotografia 50.	**Mulher *Bunak* Grávida, com Prego no Cabelo (Maliana, 2005)**	409
Fotografia 51.	***Cipileku* (Parlamento, Lautém, 2006)**	411
Fotografia 52.	**Exemplificação de Massagem Abdominal para Posicionamento do Feto (Memo, Maliana, 2005)**	429
Fotografia 53.	**Exemplificação de Posicionamento do Feto por Parteira Tradicional (Bobocasse, Pante Macassar, 2006)**	430
Fotografia 54.	**Exemplificação de Posicionamento do Feto por Parteira Tradicional (Cunha, Pante Macassar, 2006)**	430
Fotografia 55.	***Chie giral*, mostrada por Mulher *Bunak* (Maliana, 2005)**	432
Fotografia 56.	**Mulher *Bunak* submetida a Tratamento efectuado por Parteira Tradicional (Memo, Maliana, 2005)**	432

Fotografias 57. 58. 59.	**Tratamento efectuado a Mulher Grávida por Parteira Tradicional *Bunak* (Memo, Maliana, 2005)**	433
Fotografias 60. 61. 62.	**Massagem Abdominal para Posicionamento do Feto exemplificada por Parteira Tradicional *Fataluku* (Tutuala, 2007)**	435
Fotografia 63.	***Ai-dila Tukun* (Lautém, 2006)**	437
Fotografias 64. 65. 66.	**Exemplificação de Posições da Mulher no Parto (Naimeco, Pante Macassar, 2006)**	458
Fotografias 67. 68.	**Exemplificação de Posições da Mulher no Parto (Memo, Maliana, 2005)**	459
Fotografias 69.70.	**Exemplificação de Posição da Mulher no Parto (Lore II, Lospalos, 2006)**	459
Fotografias 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81.	**Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteiras Tradicionais e Outras Mulheres *Baikenu* (Oecusse, 2006)**	465
Fotografia 82.	**Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteira Tradicional *Bunak* (Beco, Suai, 2006)**	468
Fotografia 83.	**Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteira Tradicional *Fataluku* (Fuiloro, Lospalos, 2006)**	469
Fotografia 84.	**Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteira Tradicional *Fataluku* (Lore II, Lospalos, 2006)**	469
Fotografia 85.	**Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Mulher *Fataluku* (Lore II, Lospalos, 2006)**	469
Fotografias 86. 87. 88.	**Técnica de Preparação do Bambu utilizado no Corte do Cordão Umbilical demonstrada por *Matan-Dook Kemak* (Sanirin, Balibo, 2006)**	470
Fotografia 89.	**Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Homem *Kemak* (Aidabaleten, Atabae, 2006)**	471
Fotografias 90. 91.	**Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteiras Tradicionais *Tetun* (Suai, 2006)**	471
Fotografias 92. 93.	**Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteiras Tradicinais *Makalero* (Iliomar, 2006)**	472
Fotografias 94.95.96.97.	**Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteira(o)s Tradicionais *Uaima'a* (Baucau, 2006)**	473
Fotografias 98. 99.	**Bambu (*Ulu mata*) usado no Corte do Cordão Umbilical (Gariuai, Baucau, 2006)**	474
Fotografia 100.	**"Faca" de Bambu (Lelalai, Quelicai, 2006)**	475
Fotografia 101.	**Técnica de Ligação do Cordão Umbilical ao Pé da Parturiente com *Akadiru*, demonstrada por Parteiro**	475

Tradicional *Makasae* (Lelalai, Quelicai, 2006)

Fotografia 102. ***Kabas*** **(Remexio, 2006)** 479

Fotografia 103. ***Tufailhoa*** **(Remexio, 2006)** 479

Fotografia 104. ***Cirkoli*** **(Remexio, 2006)** 479

Fotografia 105. ***Barut Malakan*** **(Suai Vila, 2006)** 479

Fotografias 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. **Forma de Utilização da Planta *Iubu* no Parto demonstrada por Parteira Tradicional *Makasae* (Gariuai, Baucau, 2006)** 480

Fotografia 115. ***Gora*****, mostrada por Parteiro Tradicional *Makasae* (Baucau, 2006)** 482

Fotografias 116. 117. 118. **Demonstração de Técnica do Banho à Puérpera (Nipane, Pante Macassar, 2006)** 502

Fotografia 119. **Mulher *Baikenu* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Lalisuk, Pante Macassar, 2006)** 508

Fotografia 120. **Mulher *Baikenu* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Nipane, Pante Macassar, 2006)** 509

Fotografia 121. **Mulher *Bunak* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Memo, Maliana, 2005)** 509

Fotografia 122. **Mulher *Bunak* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Lalawa, Tilomar, 2006)** 510

Fotografia 123. **Mulher *Bunak* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Debos, Suai, 2006)** 511

Fotografia 124. **Mulher *Mambae* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Acumau, Remexio, 2006)** 511

Fotografia 125. **Mulher *Tetun* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Beiseuc, Tilomar, 2006)** 512

Fotografias 126. 127. 128. 129. 130. 131. **Demonstração de Técnica para Envolvimento do Abdómen com *Tain Tune* (Cunha, Pante Macassar, 2006)** 514

Fotografias 132. 133. 134. 135. 136. 137. **Recipiente contendo Placenta de Recém-Nascido, e sua Colocação numa Árvore (Díli, 2007)** 526

Fotografia 138. **Maternidade de Riamare (Baucau, 2006)** 529

Fotografia 139. **Lata contendo Placenta, suspensa num Gondoeiro (Baucau, 2006)** 529

Fotografia 140. **Cesto contendo Placenta, suspenso numa Árvore (Caicua, Vemasse, 2006)** 530

Fotografias 141. 142.	**Cesto contendo Placenta, suspenso num Gondoeiro (Tutuala, 2006)**	532
Fotografias 143. 144.	**Cestos contendo Placentas, pendurados sob um Rochedo (Parlamento, Lautém, 2006)**	533
Fotografia 145.	**Recipiente contendo Placenta envolvido em Capim, amarrado a Árvore (Acumau, Remexio, 2006)**	534
Fotografia 146.	**Recipientes contendo Placentas envolvidos em Capim, amarrados a Estaca de Bambu nas Traseiras da Casa de Casal *Mambae* (Comoro, Díli, 2005)**	534
Fotografia 147.	**Panela contendo Placenta, em Estaca de Bambu, nas Traseiras da Casa de Casal *Mambae* (Darulete, Liquiça, 2007)**	534
Fotografias 148. 149.	**Placenta coberta de Cinza, junto de Mulher *Baikenu* com Recém-Nascido (Usi Tasae, Oesilo, 2006)**	535
Fotografias 150. 151.	**Placenta coberta de Cinza, junto de Mulher *Baikenu* com Recém-Nascido (Lalisuk, Pante Macassar, 2006)**	536
Fotografia 152.	**Panelas de Barro contendo Placentas suspensas numa *Ai-daak* (Bobocasse, Pante Macassar, 2006)**	536
Fotografias 153. 154.	**Local de Enterro da Placenta de Recém-Nascido *Bunak* (Debos, Suai Vila, 2006)**	540
Fotografias 155. 156.	**Local de Enterro da Placenta de Recém-Nascido *Bunak* (Lalawa, Tilomar, 2006)**	541
Fotografias 157. 158.	**Local de Enterro da Placenta de Recém-Nascido *Tetun* (Beiseuc, Tilomar, 2006)**	542
Fotografia 159.	***Ai Kamii* (Árvore e fruto) (Suai Loro, Covalima, 2006)**	546
Fotografia 160.	***Kamii* (Fruto) (Acumau, Remexio, 2006)**	546
Fotografia 161.	***Ai bada* (Suai Loro, Covalima, 2006)**	546
Fotografias 162. 163.	**Exemplificação de Técnica do Banho a Recém-Nascido *Tetun* (Ogues, Maucatar, 2006)**	547
Fotografias 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175.	**Banho e Massagem a Recém-Nascido *Bunak* (Memo, Maliana, 2005)**	548
Fotografias 176. 177.	***Gurita Bayi* e sua Utilização em Recém-Nascido *Bunak* (Debos, Suai, 2006)**	552
Fotografia 178.	**Milho suspenso sobre a Fogueira (Bobometo, Oesilo, 2006)**	553

Fotografias 179. 180. 181. 182.	**Mulher *Baikenu* com Recém-Nascido e Pormenor do Tecto da Casa (Usitasae, Oesilo, 2006)**	554
Fotografias 183. 184. 185.	**Cestinhos para guardar o Coto Umbilical (Lautém, 2006)**	561
Fotografia 186.	**Cestinho da Masca (Pante Macassar, 2006)**	561
Fotografia 187.	**Bananeira *Moco mu'u* (Lospalos, 2006)**	577
Fotografias 188. 189.	**Banana *Sikumasi* e Coco (Lore II, Lospalos, 2006)**	579
Fotografias 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200.	**Ritual *Bunak* da "Lavagem dos Olhos"- *Fase Matan* (Memo, Maliana, 2005)**	589
Fotografias 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212.	**Ritual *Kemak* da "Lavagem dos Olhos"- *Fase Matan* (Díli, 2005)**	601
Fotografias 213. 214. 215.	**Ritual *Tokodede* da "Lavagem dos Olhos"- *Fase Matan* (Maubara, 2006)**	606
Fotografia 216.	**Folhas de *Kailako Rua* (Maubara, 2006)**	606
Fotografias 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224.	**Ritual *Tokodede* da "Lavagem dos Olhos"- *Fase Matan* (Díli, 2006)**	608
Fotografias 225. 226.	**Criança *Mambae* com Corte de Cabelo Tradicional (Acumau, Remexio, 2006)**	612
Fotografias 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238.	**Ritual *Tetun* do "Corte de Cabelo" - *Tesi Fuuk* (Ogues, Maucatar, 2006)**	621
Fotografias 239. 240. 241.	**Local da Bananeira (*Mu'u Kobe*) onde é colocado o Cabelo da Criança (Baucau, 2006)**	626

INTRODUÇÃO

A cultura influencia o comportamento, existindo uma relação interactiva entre os indivíduos e o meio sociocultural que os rodeia. A Organização Mundial de Saúde reconhece que os factores psicossociais são fundamentais para o sucesso das intervenções a nível social e da saúde. Para que as acções de prevenção de doenças e de promoção da saúde e bem-estar sejam eficazes, deverão basear-se no conhecimento da cultura, tradição, crenças e padrões de interacção familiar. Para o psicólogo intercultural, as culturas são vistas, quer como produtos do comportamento humano passado, quer como modeladoras do comportamento humano futuro. Assim, os seres humanos são produtores de cultura e esta influencia, por sua vez, o seu comportamento. Nós produzimos ambientes sociais que originam continuidades e mudanças nos estilos de vida ao longo do tempo, e uniformidades e diversidades nos estilos de vida ao longo do espaço (Segall, Dasen, Berry e Poortinga, 1999).

A incorporação dos elementos culturais nos cuidados de saúde tem vindo a ser alvo de cada vez maior atenção nos últimos tempos, à medida que a multiculturalidade, ou seja, a existência de várias culturas numa sociedade, se tem vindo a consolidar de forma cada vez mais visível. Este fenómeno ocorre em grande parte devido aos movimentos migratórios, favorecidos pelos conflitos internacionais, e ao processo de globalização, que facilita a mobilidade de pessoas e bens.

Hoje em dia, é inegável a importância da problemática intercultural que, pela sua complexidade, implica uma abordagem global, multidimensional e multi-interdisciplinar. A interculturalidade pressupõe a interligação de várias culturas, implica o diálogo e a comunicação, a abertura ao outro, tendo em conta a diversidade de práticas, identidades, pertenças, significações sociais e culturas:

> As problemáticas do domínio intercultural, os problemas originados pelo pluralismo e multiculturalidade, impõem desenvolver uma competência social, cultural, pedagógica e comunicacional, construída na experiência da alteridade e da diversidade, no equilíbrio entre o

universal e o singular. (Ramos, 2001, p. 156)

De acordo com Kazarian e Evans (2001), a saúde é um conceito evolutivo e não estático. Um conhecimento significativo do conceito de saúde num contexto cultural requer ter em consideração diversos factores: as crenças relativas à anatomia e à fisiologia, os componentes da saúde, as noções de saúde e classificação da doença, e as intervenções de saúde. A falta de conhecimento sobre os conceitos e as práticas culturais de saúde, juntamente com dificuldades de comunicação intercultural, têm constituído questões importantes na prestação de cuidados de saúde em países multiculturais. Por isso, se os profissionais de saúde conhecerem, valorizarem e compreenderem os cuidados de saúde transculturais, podem esperar-se, no futuro, maiores benefícios para os clientes e para a satisfação dos prestadores (Leininger, 2002a).

O presente estudo diz respeito às crenças, atitudes e práticas de saúde reprodutiva em Timor-Leste, numa abordagem intercultural. A escolha do tema foi determinada por um conjunto de circunstâncias relacionadas com o nosso percurso académico, pessoal e profissional. A formação específica e a participação em programas de cooperação internacional em diversos países em desenvolvimento levaram-nos a valorizar as problemáticas relacionadas com a saúde, a cultura e a interculturalidade. O desenvolvimento da nossa prática profissional, nos últimos anos, na prestação de cuidados de saúde primários, especialmente na área da saúde reprodutiva, associou-se ao particular interesse suscitado por Timor-Leste.

Entre 1999 e 2000, período de administração transitória de Timor-Leste pelas Nações Unidas, decorreu a nossa primeira estadia no território ao integrarmos a missão diplomática portuguesa. Presenciámos, desta forma, o intenso estado de destruição do território resultante da saída dos indonésios, e o complexo processo de ajuda humanitária estabelecido para socorrer a população. Após o regresso a Portugal, efectuámos um estudo de investigação relativo aos conhecimentos, atitudes e práticas sobre planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal, no âmbito do Mestrado em Comunicação em Saúde. Um novo período de permanência em Timor-Leste, entre 2005 e 2007, tornou possível a realização da investigação empírica deste

estudo.

As Nações Unidas identificaram a redução da mortalidade materna e infantil como um componente dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para reduzir a pobreza e melhorar a saúde global. Após a independência de Timor-Leste, em 2002, o Governo, confrontando-se com elevadas taxas de fecundidade, mortalidade materna e mortalidade infantil, associadas a uma baixa utilização de métodos contraceptivos, considerou a saúde reprodutiva uma área de intervenção prioritária (Ministério da Saúde de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2003; PNUD, 2002). Há evidências de que a cultura exerce uma forte influência sobre as crenças e o comportamento das mulheres e famílias, desde a concepção até ao período pós-parto (Health Alliance International, 2004, 2005, 2007; Thomas, 2005; Van Schoor, 2003). Sendo escassa a investigação efectuada neste âmbito, consideramos importante explorar esta temática.

Desde há séculos que a sociedade timorense se encontra dividida em vários grupos etnolinguísticos, com características próprias em termos de língua e costumes. Como resultado da aculturação e da miscigenação, alguns elementos culturais tornaram-se comuns a determinados grupos. Até à chegada dos portugueses, a população era na sua maioria animista; com a introdução da religião católica, algumas das suas práticas tradicionais de culto foram suprimidas ou tornadas simbólicas. Encontram-se, em diversas obras, descrições de crenças, atitudes e práticas associadas ao nascimento, que se reportam a uma época anterior à ocupação do território por parte da Indonésia. Embora se verifique existirem aspectos comuns, também ocorrem variações, consoante a região de Timor ou grupo etnolinguístico. Com a ocupação indonésia, a depredação das instituições tradicionais e dos valores culturais da população de Timor-Leste alterou consideravelmente, em muitos aspectos, a sociedade timorense, mas ainda não é possível saber o que é que foi retido desses valores tradicionais (Hicks, 2001). Partindo destes pressupostos, ao dar início ao presente estudo formulámos as seguintes questões de investigação:

- Quais as crenças, atitudes e práticas dos timorenses no que diz respeito ao planeamento familiar, à gravidez, ao parto e ao período pós-parto?

- Relativamente a estes aspectos, quais as semelhanças e as diferenças existentes entre os diversos grupos etnolinguísticos?
- Qual o efeito do contacto entre culturas sobre o comportamento de saúde reprodutiva dos timorenses?

Para tentar dar resposta a estas questões, definimos os seguintes objectivos de investigação:

- Descrever e comparar crenças, atitudes e práticas de saúde reprodutiva de timorenses pertencentes a diferentes grupos etnolinguísticos de Timor-Leste.
- Identificar modificações no comportamento de saúde reprodutiva dos timorenses, resultantes do contacto entre culturas.

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes, cada uma das quais composta por dois capítulos.

Na Parte I, designada por Enquadramento Teórico, são abordados os aspectos conceptuais que considerámos relevantes para uma melhor compreensão dos fenómenos estudados. Na Parte II, designada por Investigação Empírica, são apresentados os aspectos metodológicos e os resultados do trabalho realizado.

No Capítulo I desenvolvemos conceitos e modelos relacionados com a cultura, o comportamento humano e a saúde, seguindo-se aspectos específicos da saúde reprodutiva nos seus diversos componentes. Esta temática é abordada em duas vertentes: uma baseada em princípios científicos, típica dos países desenvolvidos, outra tradicional, mais comum nos países em desenvolvimento. No final do capítulo é apresentada uma breve revisão da literatura existente sobre crenças e práticas de saúde reprodutiva em Timor.

No Capítulo II procedemos a uma caracterização de Timor-Leste em diversos aspectos que considerámos relevantes para situar o terreno de estudo: geografia, história, organização administrativa, demografia, religião e práticas mágico-religiosas, estrutura

familiar e parentesco, grupos etnolinguísticos, desenvolvimento humano e, por último, a situação de saúde, dando maior destaque à saúde reprodutiva.

No Capítulo III, descrevemos a metodologia adoptada e a respectiva fundamentação. Começamos por fazer a caracterização do objecto de investigação, seguindo-se a descrição dos métodos e instrumentos utilizados na recolha de dados e, com particular detalhe, o processo de inserção no terreno de estudo e procedimentos ao longo do trabalho de campo. Terminamos este capítulo fazendo referência ao processo de tratamento e análise dos dados, bem como às dificuldades encontradas e limitações do estudo.

No Capítulo IV apresentamos os resultados da nossa pesquisa, procedendo simultaneamente à sua análise e discussão.

Finalizamos o presente estudo apresentando um resumo das principais ideias resultantes da análise efectuada ao longo do trabalho e respectivas conclusões. Deixamos ainda algumas sugestões para futuros trabalhos de investigação.

Nota Linguística

Além da complexidade linguística resultante da diversidade de línguas e dialectos existente em Timor-Leste, encontram-se ainda, consoante as fontes, diferenças na ortografia, o que se deve à reduzida tradição escrita destas línguas e à falta de normas. Relativamente ao tétum, tratando-se da língua nacional e de uma das línguas oficiais, era urgente avançar com o processo de normalização ortográfica. Em 2005 foi publicado, pelo Instituto Nacional de Linguística, agregado à Universidade Nacional Timor Lorosa'e (UNTL), o *Disionáriu Nasionál ba Tetun Ofisiál* (Dicionário Nacional de Tétum Oficial), que foi, neste âmbito, uma das bases do nosso trabalho. Além deste, também o dicionário de tétum-português da autoria de Luís Costa (2000) constituiu um precioso auxiliar de consulta. No que respeita a outras línguas, recorremos a alguns dicionários existentes, a outras obras e aos nossos informadores.

Para manter a uniformidade ao longo do estudo, sempre que fazemos referência a determinada língua ou grupo etnolinguístico utilizamos o termo que consta do referido dicionário oficial e escrevemo-lo em itálico.

Tivemos o mesmo tipo de dificuldade relativamente à divisão administrativa do território e à norma ortográfica usada na designação dos distritos, sub-distritos, sucos e aldeias. Dada a sua grande variação, mesmo em documentos oficiais, adoptámos a denominação e distribuição dos sucos e aldeias fixada em Diploma Ministerial publicado no *Jornal da República* (Ministério da Administração Estatal e Ordenamento do Território, 2009).

Apresentamos, no final do trabalho, um glossário de termos em tétum e outras línguas de Timor, e respectivos significados, que elaborámos com base em várias fontes.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I - CULTURA E SAÚDE REPRODUTIVA

1. Cultura e Comportamento Humano

Para uma verdadeira compreensão do comportamento humano, este deve ser examinado no contexto sociocultural em que ocorre. Embora o conceito de cultura possa ser uma abstracção, ao empregá-lo é possível categorizar e explicar muitas diferenças importantes no comportamento humano, que no passado eram erradamente atribuídas a diferenças biológicas (Segall, Dasen, Berry e Poortinga, 1999).

1.1. Conceito de Cultura

> O homem é essencialmente um ser de cultura. O longo processo de hominização, iniciado há mais ou menos quinze milhões de anos, consistiu fundamentalmente na passagem de uma adaptação genética ao ambiente natural para uma adaptação cultural. No decurso desta evolução, que conduziu ao *Homo sapiens sapiens*, o primeiro homem, operou-se uma formidável regressão dos instintos, "substituídos" progressivamente pela cultura, ou seja por essa adaptação imaginada e controlada pelo homem que se revela muito mais funcional do que a adaptação genética, porque muito mais flexível e mais facilmente e rapidamente transmissível. A cultura permite ao homem não só adaptar-se ao seu meio, mas também adaptá-lo a si próprio, às suas necessidades e aos seus projectos, dito de outra forma, a cultura torna possível a transformação da natureza. (Cuche, 2001, p. 3, tradução nossa)

Ao longo dos anos, muitos académicos têm tentado definir a cultura. As diversas definições de cultura reflectem diferentes teorias para compreender, ou critérios para avaliar a actividade humana.

Edward B. Tylor ([1871] 1913), considerado o fundador da antropologia britânica, foi pioneiro na abordagem dos factos culturais numa perspectiva geral e sistemática, sendo-lhe atribuída a primeira definição do conceito científico de cultura:

> Cultura ou civilização, entendida no seu sentido etnográfico mais amplo, é esse todo complexo que compreende o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, o direito, os costumes e todas as outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade. (Vol. 1, p. 1, tradução nossa)

Rompendo com as definições restritivas e individualistas da cultura, Tylor entendeu-a como a expressão da totalidade da vida social do homem, caracterizando-se pela sua dimensão colectiva. Considerou a cultura como sendo adquirida, não relevando por isso da hereditariedade biológica, embora a sua origem e o seu carácter sejam em grande parte inconscientes (Cuche, 2001).

Foi, no entanto, nos Estados Unidos da América (EUA) que o conceito de cultura teve melhor acolhimento, e um maior aprofundamento teórico no âmbito da antropologia norte-americana. Isto deve-se, em grande parte, à especificidade do contexto americano. Trata-se de um país de imigrantes de diferentes origens culturais, terreno propício à investigação sobre fenómenos ligados à imigração, às diferenças culturais e às relações interculturais. A antropologia americana foi qualificada de "culturalista"; no entanto, segundo Cuche (2001), não existe um culturalismo americano mas culturalismos que, embora com ligações entre si, representam abordagens teóricas diferenciadas, e que podem ser agrupados em três grandes correntes. O primeiro culturalismo deriva de Franz Boas e encara a cultura na perspectiva da história cultural; o segundo esforça-se por elucidar as relações entre cultura (colectiva) e personalidade (individual); o terceiro considera a cultura como um sistema de comunicação entre os indivíduos.

Franz Boas, oriundo de uma família judia alemã, estabeleceu-se nos EUA e adquiriu a nacionalidade americana. Foi o primeiro antropólogo a conduzir inquéritos *in situ*, por meio de uma observação directa e prolongada das culturas primitivas. Empenhou-se na desconstrução da noção de "raça", que constituía o conceito central da época, e tentou mostrar que não havia fundamento na ideia, que lhe estava implícita, de uma ligação entre traços físicos e traços mentais. Para Boas ([1911] 1938), a diferença fundamental entre os grupos humanos é de ordem cultural e não racial:

> A constituição biológica não faz a cultura. Ela influencia as reacções do indivíduo à cultura. O ambiente geográfico ou as condições económicas pouco criam uma cultura, da mesma forma que o carácter biológico de uma raça pouco criam uma cultura de um tipo definido. (p. 195, tradução nossa)

De acordo com Cuche (2001), é a Boas que se deve a concepção antropológica do "relativismo cultural", ainda que não tenha sido ele a criar a expressão, que surgiu mais tarde. Para ele o relativismo cultural constituiu, à partida, um princípio metodológico. A fim de escapar a toda a forma de etnocentrismo no estudo de uma cultura particular, Boas recomendava abordá-la sem *a priori*, sem aplicar as suas próprias categorias para a interpretar. Ele tinha consciência da complexidade dos sistemas culturais, e julgava que só o exame metódico de cada sistema cultural poderia superar a sua complexidade. No mesmo sentido, considerava que cada cultura era única, específica, representando uma totalidade singular, e todo o seu esforço consistiu em investigar aquilo que formava a sua unidade. Daí a sua preocupação em não se limitar a descrever os factos culturais, mas de os compreender articulando-os com o conjunto ao qual estão ligados:

> A cultura pode ser definida como a totalidade das reacções e actividades mentais e físicas que caracterizam o comportamento dos indivíduos que compõem um grupo social colectivamente e individualmente relativamente ao seu ambiente natural, aos outros grupos, aos membros do próprio grupo e de cada indivíduo a ele próprio. Também inclui os produtos dessas actividades e o seu papel nas vidas dos grupos. A mera enumeração destes vários aspectos da vida, no entanto, não constitui cultura. É mais, porque os seus elementos não são independentes, têm uma estrutura. (Boas, [1911] 1938, p. 159, tradução nossa)

Os sucessores imediatos de Boas, nomeadamente Alfred Kroeber e Clark Wissler, dedicaram-se à investigação sobre a dimensão histórica dos fenómenos culturais. Estudaram o processo de distribuição no espaço dos elementos culturais e desenvolveram as noções de "área cultural" e "espaço cultural". Entre outros contributos desta corrente da antropologia americana, a ela se deve o conceito fundamental de "padrão cultural" (*cultural pattern*), que foi retomado e aprofundado pela escola "Cultura e Personalidade". Por outro lado, centrando as suas investigações

nos fenómenos do contacto cultural, os seus seguidores abriram caminho às futuras investigações sobre a aculturação e as trocas culturais (Cuche, 2001).

A antropologia americana, no seu esforço constante de interpretação das diferenças culturais entre os grupos humanos, orientou-se progressivamente, a partir dos anos 1930, numa nova direcção. Alguns antropólogos esforçaram-se por compreender o modo como os seres humanos incorporam e vivem a sua cultura, partindo da hipótese de que cada cultura determina um certo estilo de comportamento comum ao conjunto dos indivíduos que a partilha. A questão da personalidade é fundamental para os investigadores da chamada escola "Cultura e Personalidade", que sofreu grande influência da psicologia e da psicanálise. Não pondo em causa a unidade da humanidade, questionam-se sobre o mecanismo através do qual indivíduos, de natureza idêntica à partida, acabam por adquirir diferentes tipos de personalidade característicos de grupos particulares. A sua hipótese fundamental é que à pluralidade das culturas deve corresponder uma pluralidade de tipos de personalidade. Atribuem, ainda, especial importância ao papel da educação nos processos de diferenciação cultural, defendendo que as diferenças culturais entre os grupos humanos são em grande parte explicáveis por sistemas de educação diferentes que incluem os métodos de cuidados às crianças lactentes, variáveis de um grupo para outro (Cuche, 2001).

Ruth Benedict, aluna e, mais tarde, assistente de Boas, celebrizou-se sobretudo pelo uso sistemático do conceito *pattern of culture*. Para ela, cada cultura caracteriza-se por um certo modelo ou padrão, que implica a ideia de uma totalidade homogénea e coerente:

> Uma cultura, como um indivíduo, é um modelo mais ou menos consistente de pensamento e de acção. Dentro de cada cultura surgem objectivos característicos não necessariamente partilhados por outros tipos de sociedade. Em obediência a estes objectivos, cada povo consolida cada vez mais a sua experiência, e em proporção com a urgência daqueles, leva os heterogéneos aspectos de comportamento a assumirem forma cada vez mais congruente. Adoptados por uma cultura bem integrada, os actos mais diversos tornam-se característicos dos fins peculiares daquela, frequentemente através das mais inesperadas metamorfoses. A forma que esses actos assumem só a podemos compreender começando por compreender os móbiles emocionais e intelectuais dessa sociedade (Benedict, [1934] 2000, pp. 59-60).

Benedict considerou a hipótese da existência de um "arco cultural" que incluiria todas as possibilidades culturais em todos os domínios, não podendo cada cultura realizar mais do que um segmento particular desse arco cultural:

> O padrão cultural de qualquer civilização utiliza um certo segmento do grande arco de possíveis motivações e propósitos humanos, tal qual [...] como qualquer cultura se utiliza de certas técnicas materiais ou feições culturais escolhidas. O extenso arco ao longo do qual se distribuem todos os possíveis comportamentos humanos é demasiadamente grande e demasiadamente fértil em contradições para que qualquer cultura utilize mesmo qualquer fracção considerável dele. O primeiro requisito de uma cultura é fazer uma escolha. Sem esta não há cultura que consiga sequer atingir inteligibilidade, e os objectivos que uma cultura escolhe para seu uso e que apropria são coisa muito mais importante do que o pormenor especial de tecnologia e a formalidade de casamento que ela também escolhe da mesma maneira. (Benedict, [1934] 2000, pp. 261-262)

Pertencente à mesma escola, Margared Mead ([1928] 1943, [1930] 1942, 1935), orientou a sua pesquisa para a maneira como um indivíduo recebe a sua cultura e para as consequências que isso acarreta na formação da sua personalidade. Colocou assim, no centro das suas reflexões e dos seus trabalhos, o processo de transmissão cultural e de socialização. Para ela, a personalidade individual não se explica por caracteres biológicos, mas pelo "modelo" cultural particular de uma dada sociedade que determina a educação da criança. Esse modelo impregna o indivíduo desde os primeiros instantes da vida, por todo um sistema de estímulos e de interditos formulados explicitamente ou não, o que o leva, uma vez adulto, a conformar-se de maneira inconsciente aos princípios fundamentais da cultura, processo designado por "enculturação". A estrutura da personalidade adulta, resultante da transmissão da cultura pela educação, será em princípio adaptada ao modelo dessa cultura. Para Mead, são os indivíduos que criam a cultura, que a transmitem e a transformam, pelo que as culturas devem ser compreendidas a partir dos comportamentos dos indivíduos (Cuche, 2001).

Para Benedict e para Mead, quer a "cultura" quer a "personalidade" dizem respeito a configurações do comportamento manifestadas e sustentadas por indivíduos, mas que são características de um grupo. Embora o seu contributo tenha sido muito importante

para esta área, o reconhecimento geral, por parte dos investigadores mais recentes, de que o sistema da personalidade é distinto do ambiente sociocultural, e de que ambos devem ser independentemente descritos e avaliados, tornaram a sua abordagem descritiva ultrapassada (LeVine, 1982).

Ralph Linton interessou-se por aquilo que os membros de um mesmo grupo partilham no plano do comportamento e da personalidade, a que chamou "personalidade de base" e que, em seu entender, é determinada pela cultura à qual um indivíduo pertence. Ele procurou demonstrar que cada cultura privilegia um tipo de personalidade entre todos os tipos possíveis, que se torna então aquele socialmente reconhecido como "normal", e que é adquirido por cada indivíduo através do sistema de educação próprio de cada sociedade. Segundo Linton (1945), há muitas possíveis definições de "uma cultura", dependendo do tipo de investigação. Para efeito de estudos relacionados com a personalidade, "uma cultura é a configuração do comportamento aprendido e os resultados do comportamento cujos elementos componentes são partilhados e transmitidos pelos membros de uma sociedade particular" (p. 32, tradução nossa).

Abram Kardiner, psicanalista de formação, trabalhou em estreita colaboração com Linton e estudou a formação da personalidade de base. Cada indivíduo tem a sua própria maneira de interiorizar e de viver a sua cultura, ao mesmo tempo que é profundamente marcado por ela. Uma cultura adquire a sua configuração e especificidade a partir da singularidade das suas instituições, unidades em que pode ser subdividida, que Kardiner (1939) define da seguinte forma:

> Uma instituição pode então ser definida como qualquer forma de pensamento ou de comportamento mantida por um grupo de indivíduos (isto é, uma sociedade) que pode ser comunicada, que goza de aceitação comum, e cuja transgressão, ou desvio da mesma, cria alguma perturbação no indivíduo ou no grupo. Quando observamos alguma uniformidade ou comportamento num grupo, podemos falar de comportamento institucionalizado. As instituições são os meios de continuidade social e são instrumentos eficazes para o equilíbrio social. (p. 7, tradução nossa)

Kardiner estabeleceu uma divisão entre "instituições primárias", mais antigas e estáveis

(nomeadamente a organização familiar, a alimentação, o desmame, os cuidados institucionalizados às crianças e tabus sexuais), e "instituições secundárias" (nomeadamente sistemas de tabus/proibições, religião, rituais, lendas e técnicas de pensamento), e estudou a sua relação. Diferentes instituições criam diferentes estruturas de personalidade, sendo a estrutura básica da personalidade definida por Kardiner, (1939) como "aquele grupo de características psíquicas e comportamentais derivadas do contacto com as mesmas instituições tais como a linguagem, conotações específicas, etc." (p. 12, tradução nossa). A acumulação das variações individuais a partir do tema comum que constitui a personalidade de base permite explicar a evolução interna de uma cultura que se faz, na maior parte das vezes, a um ritmo lento. A personalidade de base reage sobre a cultura do grupo produzindo, por uma espécie de mecanismo de projecção, instituições secundárias que compensam as frustrações suscitadas pelas instituições primárias e que levam a que a cultura vá evoluindo.

Linton e Kardiner têm uma concepção flexível da transmissão cultural, que reconhece o lugar das variações individuais e não ignora a questão da transformação das culturas. Trata-se, assim, de uma abordagem da cultura e da personalidade mais dinâmica que estática (Cuche, 2001).

Na definição de Kroeber e Kluckhohn (1952, cit. por Berry, Poortinga, Segall e Dasen, 2002), é explicitamente aceite que a cultura compreende quer artefactos e actividades concretas e observáveis, quer os símbolos, valores e significados subjacentes:

> A cultura consiste em padrões, explícitos e implícitos, de e para o comportamento adquirido e transmitido por símbolos, constituindo as aquisições distintivas dos grupos humanos, incluindo a sua incorporação em artefactos; o âmago essencial da cultura consiste em ideias tradicionais (ou seja, historicamente derivadas e seleccionadas) e especialmente os seus valores associados; os sistemas culturais podem por um lado ser considerados como produtos da acção, e por outro como elementos condicionadores de acções posteriores. (p. 227, tradução nossa)

De acordo com Cuche (2001), os investigadores culturalistas contribuíram significativamente para eliminar as confusões entre o que, no homem, deriva da natureza e o que deriva da cultura. Eles mostraram-se atentos aos fenómenos de

incorporação da cultura, mostrando que o próprio corpo é trabalhado pela cultura; a cultura "interpreta" a natureza e transforma-a. As próprias funções vitais são "moldadas" pela cultura; todas as práticas do corpo, que parecem naturais, são profundamente determinadas por cada cultura particular, o que foi demonstrado por Mauss ([1934] 2002), no seu estudo sobre as "técnicas do corpo".

Bronislaw Malinowski, de origem polaca, é considerado o fundador do funcionalismo em antropologia. A ele se deve a sistematização do uso do método etnográfico designado por "observação participante", que considerou o único modo de conhecimento em profundidade da alteridade cultural capaz de escapar ao etnocentrismo. Cada cultura forma um sistema cujos elementos são interdependentes, ficando excluída a possibilidade de serem estudados isoladamente. Toda a cultura deve ser analisada a partir da observação dos seus dados contemporâneos, pelo que propõe o funcionalismo centrado no presente. Subestima as tendências de transformação internas próprias de cada cultura, defendendo que a transformação cultural chega essencialmente do exterior através do contacto cultural. Para explicar o carácter funcional das diferentes culturas, Malinowski (1944) elaborou a chamada teoria das "necessidades", segundo a qual os elementos constitutivos de uma cultura teriam por função satisfazer as necessidades essenciais do homem, e definiu desta forma a cultura:

> A cultura é obviamente o todo integral consistindo em utensílios e bens de consumo, em cartas constitucionais para os vários grupos sociais, em ideias humanas e artesanato, em crenças e costumes. Quer consideremos uma cultura muito simples ou primitiva ou uma extremamente complexa e desenvolvida, somos confrontados com um vasto mecanismo, em parte material, em parte parte humano e em parte espiritual, por meio do qual o homem é capaz de lidar com os problemas concretos, específicos com que é confrontado. Estes problemas derivam do facto de o homem ter um corpo sujeito a várias necessidades orgânicas, e de viver num ambiente que é o seu melhor amigo, na medida em que fornece as matérias primas do seu trabalho manual, e também é o seu inimigo perigoso, na medida em que abriga muitas forças hostis. (p. 36, tradução nossa)

Para Mellville Herskovits, antropólogo americano, a cultura é aquilo que distingue o homem dos outros animais, proporcionando-lhe os meios de ajustamento às complexidades do mundo em que nasceu, dando-lhe o sentido, e por vezes a realidade,

de ser o seu criador bem como um ser que lhe pertence:

> *A Cultura é a parte do ambiente produzida pelo homem*. Aqui está implícito o reconhecimento de que a vida do homem é vivida num duplo ambiente, o habitat natural e o seu "ambiente" social. A definição também implica que a cultura é mais do que um fenómeno biológico. Ela inclui todos os elementos das dotações que o homem adquiriu provenientes do seu grupo através de uma aprendizagem consciente ou, a um nível algo diferente, através de um processo condicionado – técnicas de diferentes tipos, sociais e outras instituições, crenças, e modos de conduta padronizados. Em resumo, a cultura pode ser posta em contraste com as matérias primas, exteriores e interiores, das quais ela deriva. Os recursos apresentados pelo mundo natural são dispostos de forma a satisfazerem necessidades existentes; enquanto as características inerentes são moldadas de forma a derivarem da dotação inerente aos reflexos que são preponderantes nas manifestações públicas do comportamento. (Herskovits, 1948, pp. 17-18, tradução nossa)

O desenvolvimento da antropologia cultural americana nos anos trinta teve um grande impacto sobre uma vertente da sociologia, o que foi notório a nível da realização de diversos estudos sobre comunidades urbanas. Se, com Robert Lynd, o seu objectivo era a definição da cultura americana na sua globalidade, posteriormente os seus sucessores dedicaram-se sobretudo ao reconhecimento e ao estudo da diversidade cultural americana, levando à criação do conceito de "subcultura". Sendo a sociedade americana muito diversificada, cada grupo social participa de uma subcultura particular. Os sociólogos distinguem subculturas segundo as classes sociais, mas também segundo os grupos étnicos que, nas sociedades complexas, embora partilhem a cultura global da sociedade, podem ter modos de pensar e de agir característicos (Cuche, 2001).

Em França a emergência do conceito de cultura foi gradual. No século XIX e no início do século XX, os investigadores na área das ciências sociais empregavam correntemente o termo "civilização", raramente recorrendo ao termo "cultura" num sentido colectivo e descritivo. Émile Durkheim ocupou uma posição "fundadora" na antropologia francesa na medida em que, com ele, os fenómenos sociais começaram a ser definidos como objectos de investigação socio-antropológica. Embora tivesse como preocupação central a determinação da natureza do vínculo social, a sua concepção da sociedade como totalidade orgânica determinava a sua concepção da cultura ou da

civilização. Para Durkheim, as civilizações constituem "sistemas complexos e solidários" (Cuche, 2001, p. 26, tradução nossa). Também afirmava a prioridade da sociedade sobre o indivíduo, considerando a existência, em toda a sociedade, de uma "consciência colectiva", feita das representações colectivas, dos ideais, dos valores e dos sentimentos comuns a todos os indivíduos dessa sociedade, e que precede o indivíduo. É a consciência colectiva que realiza a unidade e a coesão de uma sociedade (Durkheim, [1912] 1915).

Marcel Mauss, conhecido sobretudo como antropólogo e etnólogo, teve uma relevante contribuição sociológica. Juntamente com Durkheim, foi um dos principais dinamizadores da revista *Année Sociologique*, criada em 1897, e como ele também se debruçou sobre as representações primitivas. Revelou-se o principal sistematizador da "teoria da dádiva" (Mauss, [1923-1924] 1954), que é considerada como um modelo interpretativo de grande actualidade relativamente aos fundamentos da solidariedade e da aliança nas sociedades contemporâneas (Cuche, 2001).

Claude Lévi-Straus é considerado o fundador da antropologia estruturalista, obtendo contributos da antropologia cultural americana, nomeadamente de Ruth Benedict, a quem foi buscar quatro ideias essenciais: (1) As diferentes culturas são definidas por um certo modelo (*pattern*); (2) Os tipos de culturas possíveis existem em número limitado; (3) O estudo das sociedades "primitivas" é o melhor método de determinarmos as combinações possíveis entre os elementos culturais; (4) Estas combinações podem ser estudadas em si próprias, independentemente dos indivíduos pertencentes ao grupo e para os quais permanecem inconscientes. Para além do estudo das variações culturais, também pretendeu determinar e registar os materiais culturais que se mantêm idênticos de uma cultura para outra, sendo em número limitado dada a unidade do psiquismo humano. Definiu então a cultura nos seguintes termos:

> Toda a cultura pode ser considerada como um conjunto de sistemas simbólicos na primeira linha dos quais se colocam a linguagem, as regras matrimoniais, as relações económicas, a arte, a ciência, a religião. Todos estes sistemas visam exprimir certos aspectos da realidade psíquica e da realidade social, e ainda as relações que estes dois tipos de realidade mantêm entre eles e que os

> sistemas simbólicos mantêm eles próprios uns com os outros. (Lévi-Strauss, 1950, cit. por Cuche, 2001, p. 44, tradução nossa)

Reconhecendo a estreita relação existente entre linguagem e cultura, Lévi-Strauss (1958) teceu algumas considerações sobre esta questão, realçando a sua complexidade:

> (...) O problema das relações entre língua e cultura é um dos mais complicados. Em primeiro lugar pode tratar-se a linguagem como um *produto* da cultura: uma língua em uso numa sociedade reflecte a cultura geral da população. Mas noutro sentido, a linguagem é uma *parte* da cultura; ela constitui um desses elementos, entre outros [...]. Mas não é tudo: pode tratar-se a linguagem como *condição* da cultura, e de duas maneiras: diacrónica, pois é sobretudo por meio da linguagem que o indivíduo adquire a cultura do seu grupo; instrui-se, educa-se a criança pela palavra; ralha-se, lisonjeia-se com as palavras. De um ponto de vista mais teórico, a linguagem surge também como condição da cultura, na medida em que esta última possui uma arquitectura semelhante à da linguagem. Uma e outra edificam-se por meio de oposições e correlações, dito de outra forma, de relações lógicas. De forma que se pode considerar a linguagem como uma fundação, destinada a receber as estruturas por vezes mais complexas, mas do mesmo tipo que as suas, que correspondem à cultura considerada sob diferentes aspectos. (pp. 78-79, tradução nossa)

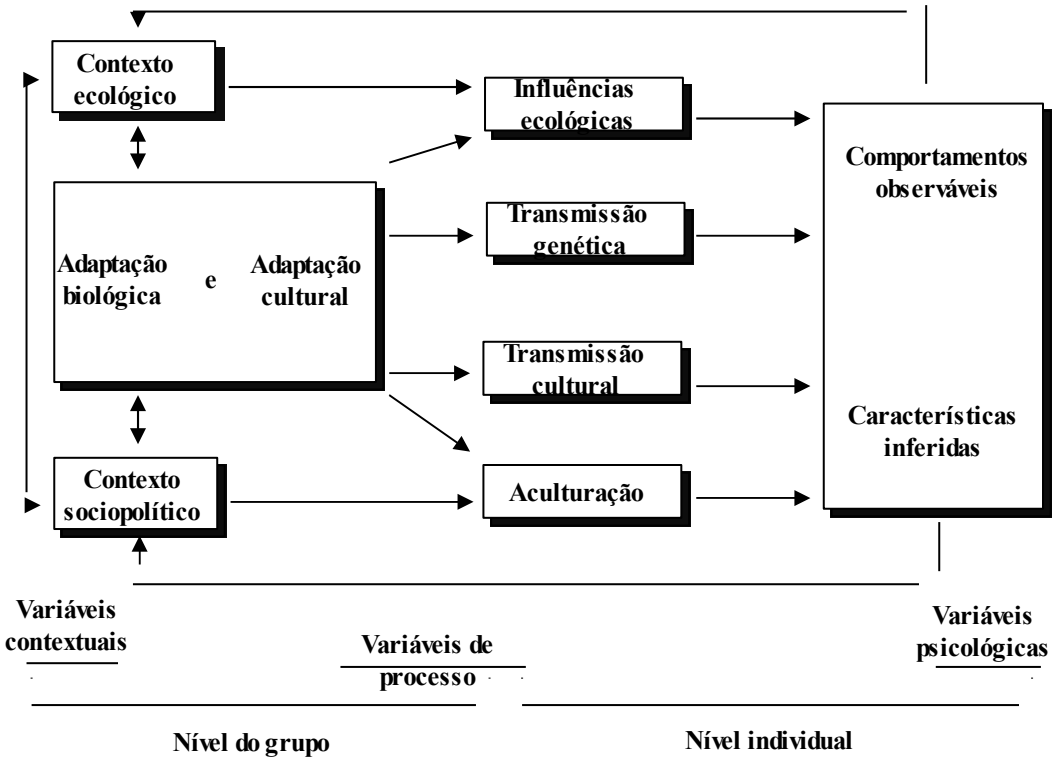
Edward Sapir elaborou uma teoria das relações entre cultura e linguagem, definindo a cultura como um conjunto de significações mobilizadas nas interacções individuais (Sapir, 1921, cit. por Cuche, 2001). A hipótese dita "Sapir-Whorf", em que a linguagem é entendida como classificadora e organizadora da experiência sensível, orientou uma série de investigações sobre a influência exercida pela língua no sistema de representações de um povo. Língua e cultura mantêm uma estreita relação de interdependência, tendo a língua, entre outras, a função de transmitir a cultura, sendo ela própria marcada pela cultura. Mais tarde, a linha de pensamento de Sapir foi retomada e sistematizada. Nos anos 1950 desenvolveu-se nos EUA, sobretudo em torno de Gregory Bateson e da escola de Palo Alto, uma corrente intitulada "Antropologia da Comunicação", cuja análise se baseava nos processos de interacção produzidos por sistemas culturais de troca, considerando tanto a comunicação verbal como a comunicação não-verbal estabelecida entre os indivíduos, e também o contexto no qual decorre cada interacção, que impõe as suas regras e as suas convenções, e supõe expectativas particulares nos indivíduos. Por meio desta abordagem, torna-se possível

pensar a heterogeneidade de uma cultura em vez de se tentar descobrir a sua homogeneidade ilusória (Cuche, 2001).

1.2. Formas de Transmissão Cultural

O modelo "ecocultural" (Berry, Poortinga, Segall e Dasen, 2002; Segall et al., 1999) é um modelo conceptual para a psicologia intercultural, consistindo num guia geral de classes de variáveis e sua relevância para a explicação de semelhanças e diferenças no comportamento humano entre culturas. Este modelo contém variáveis ao nível da população (de contexto e de processo) e ao nível dos indivíduos (psicológicas). Os contextos ecológico e sociopolítico constrangem, pressionam e fomentam as formas culturais, que moldam o comportamento. Por seu lado, os seres humanos também modificam os contextos ecológico e sociopolítico em que vivem (Figura 1).

Figura 1. Modelo Ecocultural

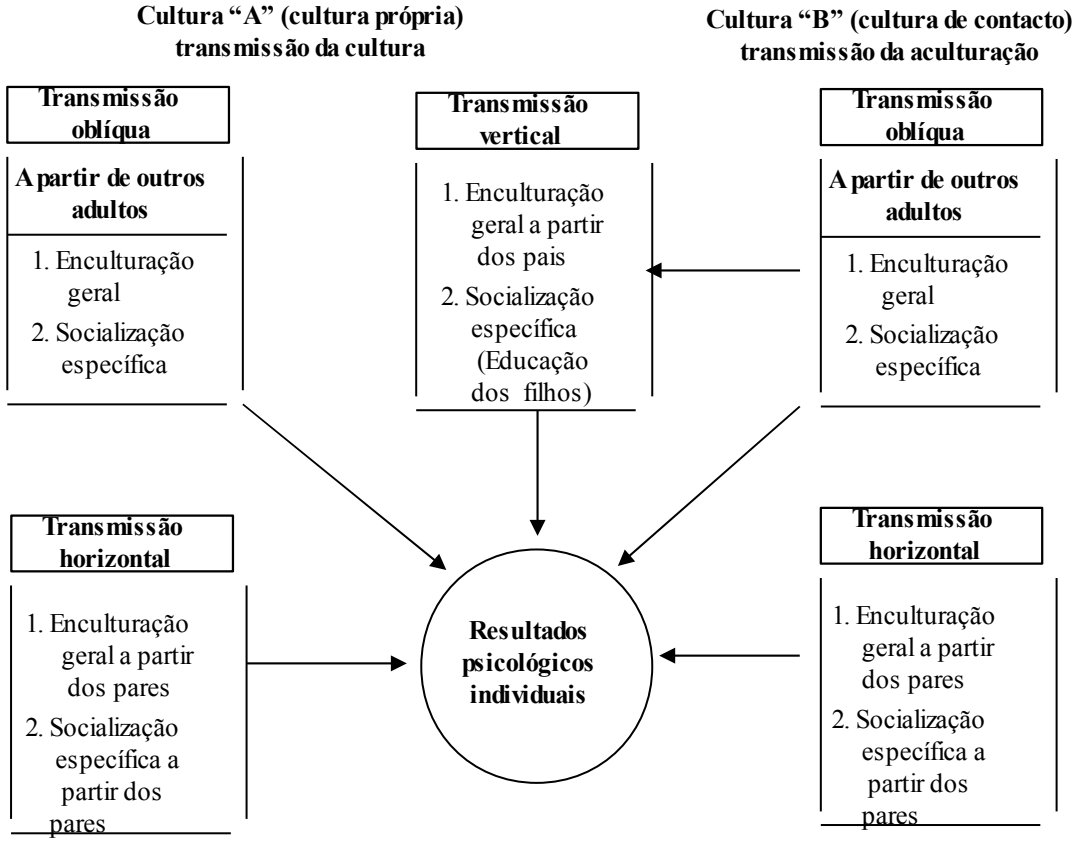


Fonte: Adaptado de Berry et al. (2002, p. 11).

Este modelo tem assim como base a ideia geral de que o comportamento individual é determinado, pelo menos parcialmente, pela cultura, que é por sua vez uma resposta adaptativa do grupo às condições ecológicas e sociopolíticas. As ligações entre as características do grupo e o comportamento dos indivíduos implicam processos entre os os quais se encontram a aculturação e a transmissão cultural.

O conceito de "transmissão cultural" foi utilizado por Cavalli-Sforza e Feldman (1981, cit. por Berry et al., 2002) para estabelecer um paralelo com a noção de "transmissão biológica ou genética", através da qual determinadas características genéticas de uma população são perpetuadas, ao longo do tempo, através de gerações. Assim, por analogia, usando várias formas de transmissão cultural, um grupo cultural pode perpetuar as suas características comportamentais através das subsequentes gerações empregando mecanismos de ensino e aprendizagem (Figura 2).

Figura 2. Formas de Transmissão Cultural e Aculturação



Fonte: Adaptado de Berry e Cavalli-Sforza (1986, em Berry et al., 2002, p. 20).

A transmissão cultural de pais para filhos é por estes autores designada por "transmissão vertical", uma vez que envolve a descendência de características culturais de uma geração para outra. No entanto, enquanto a descendência em linha vertical é a única forma possível de transmissão biológica, há duas outras formas de transmissão cultural, a horizontal e a oblíqua. Estas três formas de transmissão cultural envolvem dois processos: a enculturação e a socialização. Enquanto a enculturação tem lugar pelo "envolvimento" dos indivíduos pela sua cultura, levando-os a incorporar um comportamento apropriado, a socialização tem lugar através de instrução e treino mais específicos, conduzindo também à aquisição de um comportamento culturalmente adequado. Na transmissão vertical os pais transmitem competências, crenças, motivos e valores culturais aos seus filhos; na transmissão horizontal, aprendemos através dos nossos pares, nas interacções do dia-a-dia, durante o processo de desenvolvimento desde o nascimento até à idade adulta; e, na transmissão oblíqua, aprendemos através outros adultos e instituições (por exemplo, a escola), quer na nossa própria cultura quer a partir de outras culturas. Quando o processo tem inteiramente lugar no interior da nossa própria cultura primária, o termo "transmissão cultural" é o adequado; no entanto, se o processo deriva do contacto com outra cultura, é empregue o termo "aculturação".

O conceito de enculturação foi desenvolvido no âmbito da antropologia cultural, devendo-se a Herskovits (1948) a sua primeira definição e utilização. No processo de enculturação, um indivíduo é "rodeado" ou "envolvido" por uma cultura, adquirindo, por aprendizagem, o que é considerado necessário por essa cultura, não implicando necessariamente algo deliberado ou didáctico. Este processo envolve pais, outros adultos e pares, nume rede de influências (vertical, oblíqua e horizontal) que podem limitar, moldar e dirigir o desenvolvimento individual. O resultado final será, à partida, um pessoa que é competente nessa cultura, incluido a sua língua, os seus rituais, os seus valores, etc. (Berry et al., 2002).

De acordo com Sam (2006), a "enculturação" refere-se a toda a aprendizagem que ocorre na vida humana sem um esforço deliberado da parte de alguém para comunicar essa aprendizagem. É algo que ocorre devido às possibilidades e oportunidades que

estão presentes e disponíveis dentro do contexto de cada indivíduo. Muita da enculturação ocorre através da observação, mas nem toda a observação origina enculturação. Em certas formas de observação, um indivíduo é solicitado para observar de perto e a "imitar" um comportamento. Isto é a "socialização". A enculturação está intimamente relacionada com a socialização, mas uma grande diferença tem a ver com o facto de a socialização causar uma "moldagem" deliberada e sistemática de um indivíduo através do ensino, o que não sucede com a enculturação. Na psicologia social e do desenvolvimento o termo é, no entanto, usado como um conceito mais abrangente que inclui a moldagem sistemática e acidental e a aprendizagem da cultura de uma dada sociedade.

Ambos os processos, de socialização e de enculturação, resultam em semelhanças comportamentais dentro das sociedades e diferenças comportamentais entre sociedades. Matsumoto e Juang (2008) definem-nos e relacionam-nos da seguinte forma:

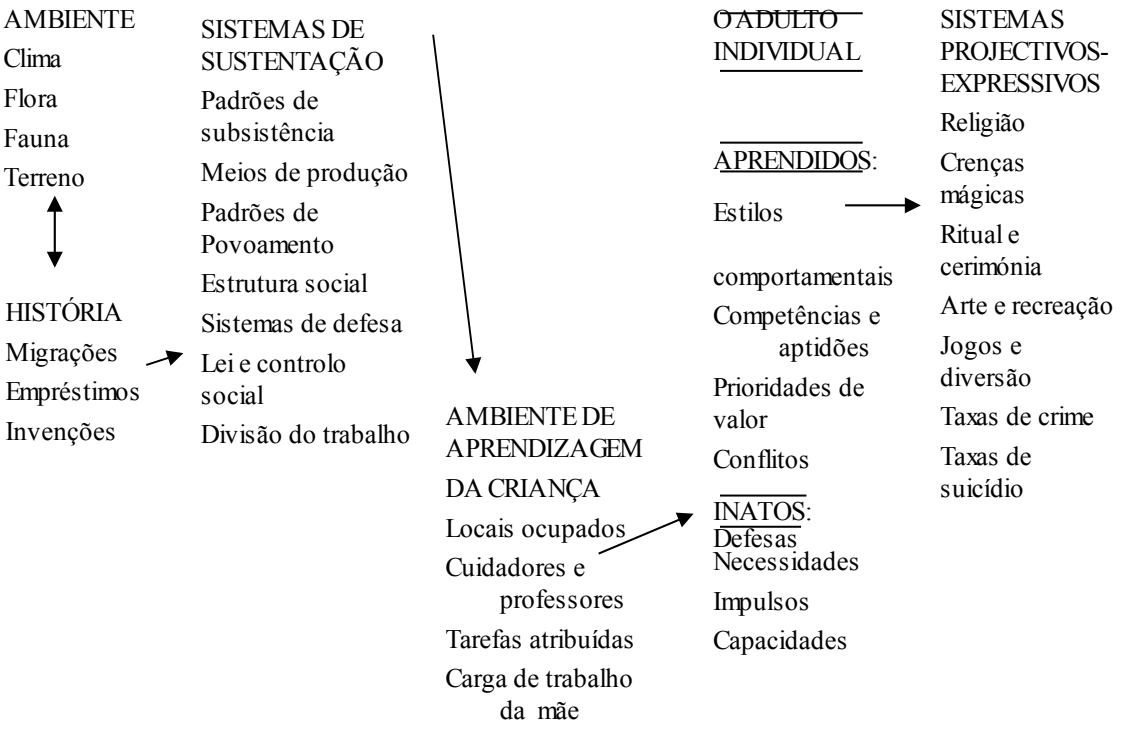
> A socialização é o processo pelo qual aprendemos e internalizamos as regras e padrões da sociedade em que vivemos. Este processo, que ocorre durante muito tempo, envolve a aprendizagem e o domínio de normas sociais, atitudes, valores, e sistemas de crenças. O processo de socialização começa cedo, provavelmente a partir do primeiro dia de vida. Intimamente relacionado com o processo de socialização está o processo chamado enculturação. Este é o processo pelo qual os jovens aprendem e adoptam os modos e os costumes da sua cultura. De facto, a diferença entre os dois termos é pequena. A *Socialização* refere-se geralmente mais ao actual *processo e mecanismos* pelos quais as pessoas aprendem as regras da sociedade – o que é dito a quem e em que contextos. A *Enculturação refere-se* geralmente aos *produtos* do processo de socialização – o subjectivo, subjacente, aspecto psicológico da cultura que vem a ser internalizado através do desenvolvimento. As semelhanças e as diferenças entre os termos *enculturação* e *socialização* estão assim relacionadas com as semelhanças e as diferenças entre os termos *cultura* e *sociedade.* (p. 60, tradução nossa)

Segundo Matsumoto e Juang (2008), os agentes de socialização (e de enculturação) são as pessoas, as instituições e as organizações que existem para ajudar a assegurar que a socialização (ou a enculturação) ocorre. Os pais são o primeiro e mais importante destes agentes, que ajudam a incutir costumes culturais e valores nos seus filhos, reforçando esses costumes e valores quando são bem aprendidos e praticados e corrigindo erros

nessa aprendizagem. Outros importantes agentes de socialização e enculturação são os irmãos, as famílias alargadas e os pares. Diversas organizações, tais como a escola e a igreja, e grupos sociais, tais como os escoteiros, revelam-se também importantes agentes destes processos.

A relação entre o comportamento dos indivíduos e o ambiente cultural em que se encontram tem suscitado, desde a época de Margaret Mead e Ruth Benedict, especial interesse por parte de vários investigadores. Um dos mais aprofundados e conhecidos estudos efectuados nesse âmbito, da autoria de Whiting e Whiting (1975), teve como objectivo a compreensão do comportamento e das práticas de educação de crianças em seis diferentes contextos culturais, demonstrando que variações no ambiente cultural estavam ligadas a variações nos padrões educativos das crianças e no desenvolvimento infantil. Para guiar a investigação sobre a personalidade e as suas relações com a cultura, foi desenvolvido o modelo para "pesquisa psicocultural" (Figura 3).

Figura 3. Modelo para Pesquisa Psicocultural



Fonte: Adaptado de Whiting e Whiting (1975).

De acordo com este modelo, a história e o ambiente influenciam conjuntamente os "sistemas de sustentação" de uma sociedade, os quais incluem os padrões de povoamento, a base económica, a divisão do trabalho e a estrutura familiar. Do sistema de sustentação emanam elementos de "ambiente de aprendizagem" da criança, todo o processo de socialização que conduz a variações do funcionamento psicológico do adulto. Aspectos da personalidade do adulto formados culturalmente podem ser finalmente inferidos a partir das formas como são expressos culturalmente ou "projectados" em rituais ou sistemas de crenças.

O modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) constituiu um dos mais importantes contributos para o estudo do desenvolvimento humano dentro do contexto cultural ou ambiental em que decorre, colocando ênfase nas interacções entre um organismo em transformação e um ambiente heterogéneo:

> A ecologia do desenvolvimento humano implica o estudo científico da progressiva, mútua acomodação entre um ser humano activo, em crescimento, e as características dos ambientes imediatos em transformação nos quais a pessoa em desenvolvimento vive, na medida em que este processo é afectado pelas relações entre estes ambientes, e pelos contextos mais alargados em que os ambientes estão incorporados. (p. 21, tradução nossa)

Nesta abordagem é feita uma distinção entre várias camadas ambientais que se encontram próximas da criança, ou mais afastadas das suas experiências directas. Estas camadas podem ser representadas por círculos concêntricos rodeando a criança. O círculo mais próximo é designado por microsistema, incluindo os ambientes aos quais a criança tem exposição directa (por ex., a família e a escola); segue-se o exosistema, que consiste nos aspectos do ambiente que influenciam a criança, embora não façam parte da experiência directa (por ex., o local de trabalho dos pais); por último o macrosistema, que é o ambiente cultural mais alargado (por ex., os sistemas de saúde e educativo). As várias camadas interagem umas com as outras proporcionando o contexto no qual a criança se desenvolve.

O modelo do "nicho desenvolvimental", proposto por Super e Harkness (1986), consiste num quadro teórico para a psicologia do desenvolvimento, e ilustra particularmente bem as noções de enculturação e de socialização: "O nicho desenvolvimental é (...) um modelo conceptual para o estudo da regulação cultural do micro-ambiente da criança, e tenta descrever o seu ambiente a partir do ponto de vista da criança de forma a compreender processos de desenvolvimento e aquisição de cultura" (p. 552, tradução nossa).

Este nicho desenvolvimental forma o mundo da criança dentro do qual ela integra os valores e os costumes importantes para a cultura, possui três subsistemas principais que operam conjuntamente como um sistema maior, e cada um deles opera condicionalmente com outros traços da cultura. Esses três componentes são: (1) os ambientes físico e social nos quais a criança vive; (2) os costumes culturalmente regulados dos cuidados à criança e da sua educação; e (3) a psicologia dos cuidadores. Estes três subsistemas, que partilham a função comum de mediar a experiência desenvolvimental do indivíduo dentro da cultura mais ampla, formam o contexto cultural do desenvolvimento da criança.

Este modelo tem sido largamente utilizado no estudo dos sistemas de crenças parentais ou "etnoteorias parentais", que consistem em "crenças, valores e práticas dos pais e de outros cuidadores de crianças relativamente ao modo adequado de educar uma criança" (Super e Harkness, 1986, cit. por Berry et al., 2002, p. 37, tradução nossa).

O modelo do "nicho desenvolvimental" permite uma integração da Psicologia e da Antropologia Cultural: enquanto a Psicologia tem tendência a estudar o indivíduo fora do seu contexto sociocultural e a Antropologia Cultural se ocupa sobretudo dos fenómenos macrosociais, este modelo considera o indivíduo no seu contexto como a unidade de análise mais pertinente (Dasen, 1991).

1.3. A Aculturação

O contacto entre povos de diferentes culturas é um fenómeno antigo. Ao longo da história, os seres humanos têm viajado à volta do mundo por diversas razões, o que resultou num encontro de povos com diversas experiências. Este processo levou a mudanças nos padrões originais de vida e cultura desses povos, bem como à formação de novas sociedades. O encontro de culturas e as mudanças resultantes são aquilo que colectivamente se tornou conhecido por "aculturação". Existem, em todo o mundo, cerca de 350 milhões de pessoas que são consideradas indígenas; estas podem ser classificadas em pelo menos 5 000 grupos culturais. Muitos povos indígenas vivem em áreas remotas, e embora alguns tenham entrado voluntariamente em contacto com outras culturas ao fazerem parte de programas de desenvolvimento nacional, outros têm sido colonizados, submetidos e anexados contra a sua vontade. Neste último grupo encontram-se pessoas que têm sido forçadas a viver juntas com, e dominadas por, culturas diferentes da sua original, e subsequentemente a experimentar a aculturação (Sam e Berry, 2006).

No seu sentido mais simples, a "aculturação" diz respeito a todas as mudanças que surgem após o contacto entre indivíduos e grupos com diferentes antecedentes culturais (Sam, 2006). No seu célebre *Memorando para o Estudo da Aculturação*, Redfield, Linton e Herskovits (1936, cit. por Herskovits, 1948) definiram a aculturação como "os fenómenos que resultam quando grupos de indivíduos possuidores de diferentes culturas entram em contacto contínuo e directo, com mudanças subsequentes nos padrões culturais originais de cada um ou de ambos os grupos" (p. 523, tradução nossa).

Segundo Herskovits (1948), os vários tipos de situações em que a aculturação ocorre são, de certa forma, uma faceta dos tipos de contactos. Uma situação é aquela em que elementos da cultura são forçados, ou em que a aceitação é voluntária. Outra situação é aquela em que não existe desigualdade social ou política entre os grupos. Numa outra situação, são apresentadas três alternativas: (1) onde há domínio político mas não social; (2) onde o domínio é quer político quer social; (3) e onde a superioridade social de um grupo sobre o outro é reconhecida, sem que exista domínio político.

Tomando como ponto de partida a definição de aculturação de Redfield et al. (1936), Sam (2006) identifica três aspectos fulcrais do processo: o contacto, a influência recíproca e a mudança. O contacto é o que se segue a um "encontro" entre pelo menos dois grupos culturais ou indivíduos que se juntam de uma forma "contínua" e "directa". Além disso, a interacção deve verificar-se por um certo período de tempo. Os grupos ou indivíduos geralmente identificados como submetidos a aculturação incluem os imigrantes, os refugiados, os residentes temporários, os grupos etnoculturais e os povos indígenas.

Quanto à mútua influência que ocorre entre os grupos no processo de aculturação, é de notar que, devido a diferenças quer de poder, quer de força económica, militar ou numérica, um grupo exerce mais influência do que o outro. No entanto, as mudanças ocorrem, não só no grupo dominante, como também no não-dominante. Não sendo o domínio um pré-requisito necessário para que se dê a aculturação, é, no entanto, uma variável importante para explicar o grau de velocidade do processo e a direcção da mudança durante o mesmo (Teske e Nelson, 1974, cit. por Sam, 2006). Nesta linha, Bogardus (1949, cit. por Sam, 2006) sugere que podem existir três formas de aculturação quando se discute o pluralismo cultural: a aculturação encoberta (quando pessoas de diferentes culturas vivem próximas e os padrões culturais são adoptados na base do acaso); a aculturação imposta (onde há a imposição forçada de uma cultura sobre a cultura de outro povo, como durante a colonização; e a aculturação democrática (onde os representantes das culturas encaram cada uma das outras culturas com respeito). Um aspecto inerente ao contacto é a mudança que envolve quer um processo que é dinâmico, quer um resultado que pode ser relativamente estável. Isto significa que, ao estudar a aculturação, o interesse pode residir quer no próprio processo, quer no que mudou durante a aculturação.

Embora a aculturação tenha sido inicialmente introduzida como um fenómeno a nível do grupo, em que o "contacto entre dois grupos culturais" é apontado como um pré-requisito para a mudança, este conceito é também reconhecido como respeitante a um fenómeno a nível individual, designado por "aculturação psicológica", que se refere às

mudanças que um indivíduo experiencia como resultado do contacto estabelecido com outras culturas, ou pela participação na aculturação a que se está a submeter um grupo cultural ou étnico (Graves, 1967, cit. por Sam, 2006).

Berry (1990, cit. por Sam, 2006) refere que os tipos de mudanças que têm lugar aos dois níveis são frequentemente diferentes. A nível do grupo, as mudanças podem ocorrer quer na estrutura social do grupo, quer na sua base económica ou organização política; a nível individual, podem incluir características pessoais tais como a identidade, valores, atitudes e comportamento. Além disso, o grau de velocidade a que as mudanças ocorrem em cada indivíduo pode diferir. Assim, uma cobertura abrangente do assunto requer o estudo das mudanças ocorridas aos dois níveis, de grupo e individual, bem como da relação entre ambos.

A nível da aculturação psicológica, nem sempre é fácil identificar a origem da mudança, ou se a mudança é de facto aculturação. Todos os seres humanos passam por um processo de desenvolvimento ontogenético que pode originar mudanças na identidade ou no desenvolvimento comportamental. Na essência, pode não ser fácil distinguir a aculturação psicológica do desenvolvimento ontogenético (Berry, 2006).

A "identidade étnica" é uma forma de identidade cultural que lida com a forma como os indivíduos e os grupos definem e dão sentido a eles próprios, em termos do grupo étnico a que pertenciam originariamente e do novo grupo cultural. Para muitos grupos e indivíduos, antes da aculturação eles podiam não ter uma noção muito clara da sua etnicidade uma vez que esta era tida como garantida. No entanto, quando o indivíduo ou o grupo entra em contacto com outro grupo que é culturalmente diferente, ele pode ser forçado a definir um sentido de identidade de acordo com a sua etnicidade. A identidade étnica pode assim ser considerada um aspecto da aculturação (Sam, 2006).

A aculturação envolve, portanto, o contacto que tem lugar quer a nível do grupo quer individual, levando a mudanças afectivas, comportamentais e cognitivas (ou o que pode ser referido como mudanças culturais e stresse aculturativo), e subsequente modificação a longo-prazo da adaptação psicológica e sociocultural (Sam, 2006).

Sociedades Plurais e Estratégias de Aculturação

Segundo Skelton e Allen (1999, cit. por Berry, 2006), uma sociedade culturalmente plural é aquela onde reside conjuntamente um determinado número de diferentes culturas ou grupos étnicos, aí partilhando uma estrutura social e política. Neste conceito existem dois aspectos chave: a continuidade (ou não) de diversas comunidades culturais, e a participação (ou não) dessas comunidades na vida diária da sociedade plural.

De acordo com Berry (2006), há dois modelos implícitos de sociedades plurais. Num existe um *melting pot*, com uma sociedade *mainstream*, ou predominante, à margem da qual se encontram os vários grupos minoritários. O princípio comum é que tais grupos devem ser absorvidos na sociedade predominante de tal forma que na sua essência desaparecerão. A sua continuidade cultural é assim negada, e esta absorção é a única base aceitável para a sua participação na sociedade. Nesta concepção, deverá haver "um povo, uma cultura, uma nação" como um objectivo dominante. Um segundo modelo implícito é o modelo multicultural, no qual existe um mosaico de grupos etnoculturais. Neste modelo, os indivíduos e os grupos mantêm a sua continuidade cultural e o sentido da sua identidade cultural e, nessa base, participam na estrutura social da sociedade alargada. Tal sociedade é caracterizada por normas sobre como viver em conjunto, mas que permite instituições que se desenvolvem de forma a acomodarem os diferentes interesses culturais de todos os grupos. Esta noção de uma sociedade alargada é claramente diferente da corrente principal, onde o grupo dominante estabelece as principais característica da sociedade. Estes dois modelos contrastantes não são simples noções abstractas, mas representam duas das principais concepções segundo as quais as pessoas concebem formas possíveis de se organizarem, quando confrontadas com uma crescente diversidade cultural nas suas sociedades.

Há muitos diferentes tipos de grupos em sociedades plurais, cada um dos quais apresentando um conjunto de factores contextuais. Uma forma de compreender esta variedade é olhando para os factores subjacentes que explicam porque é que as pessoas

com diferentes antecedentes vivem juntas no mesmo lugar. A aculturação não tem lugar no "vazio" mas num tempo e lugar específicos – o contexto cultural. Ao falar de aculturação, deve assim ser compreendido o contexto no qual os dois grupos estão em contacto, nomeadamente os antecedentes sociopolíticos dos grupos em contacto, bem como as razões subjacentes ao contacto (Sam, 2006).

Os povos indígenas, ou nativos, são aqueles que sempre ocuparam determinado território, não existindo indícios de nenhum povo anterior cujos descendentes ainda se encontrem na população. A característica básica destes povos é o facto de os seus territórios terem sido forçadamente incorporados num mais amplo estado-nação, sendo as suas terras residuais frequentemente reduzidas em tamanho e capacidade para sustentar a vida, e passando a ser vistos como apenas mais um grupo minoritário dentro de uma maior sociedade plural. Trata-se de uma situação involuntária, bem como sedentária (Berry, 2006).

Outros povos com uma larga história de fixação são os descendentes das primeiras vagas de imigrantes que se fixaram em grupos reconhecíveis, frequentemente com um sentido da sua própria herança cultural (língua comum, identidade, etc.). Estes grupos etnoculturais encontram-se por todo o mundo, e podem ser grandes ou pequenos, poderosos ou desprovidos de poder, dependendo da história global e do contexto nacional no qual vivem. Qualquer que seja o seu passado histórico, a maioria é agora voluntariamente participante na vida nacional das suas sociedades contemporâneas.

Contrastando com estes dois constituintes das sociedades plurais, há povos que se desenvolveram noutros lugares e foram socializados noutras culturas, que migraram para terem residência, permanente ou temporária, noutra sociedade. Entre estes grupos encontram-se os imigrantes, que são geralmente movidos pelo objectivo de obterem uma vida melhor noutro lugar. Para a maioria, os factores que os atraem para uma nova sociedade são mais fortes do que os que os pressionam a partir. Assim, os imigrantes são geralmente considerados como membros voluntários das sociedades plurais.

Quanto aos residentes temporários, encontram-se na nova sociedade temporariamente

numa variedade de papéis e com um objectivo estabelecido, como é o caso dos estudantes internacionais, dos diplomatas, dos executivos e dos prestadores de ajuda humanitária. Neste caso, o processo de envolvimento na sociedade plural torna-se complicado devido ao seu conhecimento de que eventualmente partirão, para regressar a casa ou ou para serem colocados noutro país.

Por entre os migrantes involuntários, os refugiados e os que requerentes de asilo, também chamados de "migrantes forçados" têm os maiores obstáculos a enfrentar: muitas vezes não querem deixar as suas terras e, quando querem, nem sempre é possível ser-lhes garantido o direito de ficarem e de se fixarem na nova sociedade.

Todos este grupos apresentam diferenças em tamanho, poder, direitos e recursos, tendo estes factores um peso importante na forma como eles se empenharão, como grupos ou como indivíduos, no processo de aculturação. Também determinadas características psicológicas dos indivíduos, tais como as atitudes, os motivos, os valores e as capacidades, são altamente variáveis, e têm um impacto na forma como terá lugar a sua aculturação (Berry, 2006).

Existem, nas sociedades plurais, variações que sobressaem particularmente, como é o caso dos contextos económico, social e político que podem influenciar a forma como os grupos e os indivíduos se relacionarão entre si durante a aculturação. Há variações que são, por natureza, geralmente culturais. Isto é importante porque a evidência mostra que quanto maiores forem as diferenças culturais entre os grupos de pessoas em contacto durante a aculturação, maiores serão as dificuldades em experienciar uma aculturação relativamente livre de stresse na obtenção de uma adaptação bem sucedida e no estabelecimento de relações harmoniosas (Ward, Bochner e Furnham, 2001, cit. por Berry, 2006). São identificadas, por Berry (2006), seis das dimensões mais importantes da variação cultural:

1. Diversidade: Algumas culturas são claramente homogéneas em termos daquilo que as pessoas fazem, e como elas próprias pensam. Outro aspecto da diversidade é se a maioria das pessoas partilha uma identidade regional ou étnica comum.

2. Igualdade: Quando ocorrem diferenças, estas podem ser tratadas igualmente ou diferentemente, em termos de recompensas e estatuto. Em certas sociedades há hierarquias rígidas nas esferas cívica, militar e religiosa; noutras pode mesmo nem haver uma autoridade ou liderança permanente, a coordenação da acção é por consenso ou pelo uso de líderes temporários para actividades específicas.
3. Conformidade: Em certas sociedades, as pessoas estão estreitamente envolvidas num sistema de normas e obrigações sociais para com o *in* grupo, enquanto noutras as pessoas são relativamente livres de fazerem as suas próprias coisas. Durante a aculturação, as oportunidades para a independência do seu grupo diferem entre os membros da sociedade mais ampla e os indivíduos em aculturação. Tais diferenças podem gerar um conflito social, quer na comunidade cultural quer na família, e o conflito psicológico nos indivíduos.
4. Prosperidade/riqueza: Trata-se de uma dimensão cultural que está ligada a aspectos muito concretos como o dinheiro, as possessões e o lazer, mas que envolve outros menos óbvios, como é o caso da distribuição da riqueza. Além disso, há determinados factores que variam com a riqueza, incluindo a educação, o acesso às comunicações e à informação, a saúde e os valores pessoais.
5. Espaço: Tem a ver com a forma como os indivíduos usam o espaço e como se orientam a eles próprios durante os encontros interpessoais. As distâncias interpessoais mais curtas e o toque são mais comuns em certas culturas do que outras, levando ao desconforto e ao desentendimento.
6. Tempo: A variação cultural na utilização do tempo é igualmente importante. A pontualidade e o compromisso pessoal são por vezes muito diferentes, podendo dar origem a dificuldades interculturais.

Além de variações na língua e na religião, as diferenças, nestas dimensões, entre grupos culturais, têm grande probabilidade de exercer influência na forma como os indivíduos interagem durante a aculturação. No âmbito da Psicologia Intercultural, é tido como princípio básico que os indivíduos desenvolvem características psicológicas que foram estimuladas pelos seus antecedentes culturais (Berry, Poortinga, Segall e Dasen, 2002). Durante o contacto intercultural, estas diferentes características culturais e psicológicas encontram-se, pelo que não surpreende que grandes variações nestas características

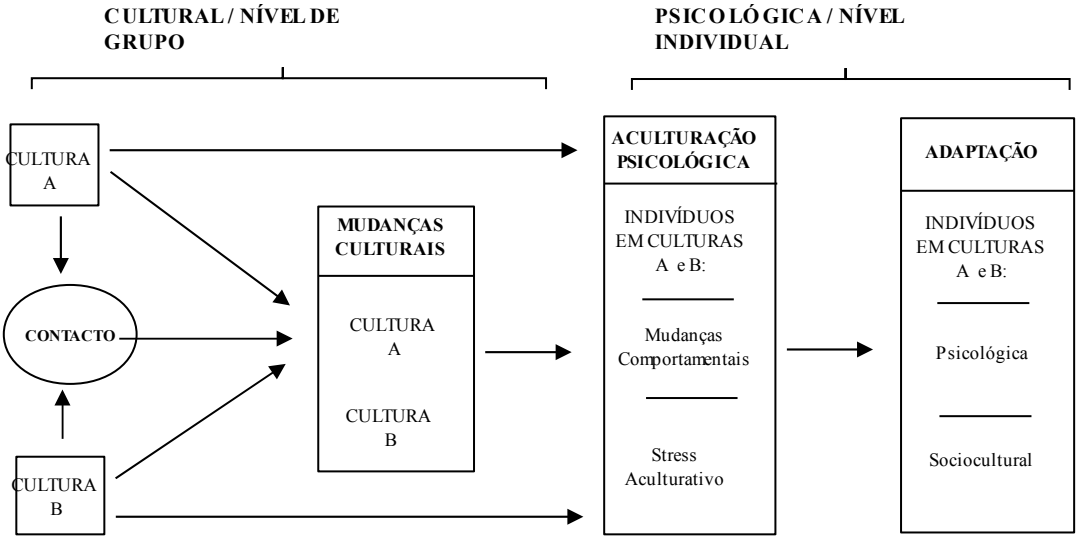
originem uma aculturação relativamente mais difícil, uma adaptação menos bem sucedida, e relações interculturais conflituosas, em vez de mais harmoniosas, nas sociedades plurais (Berry, 2006).

Dentro da linha de pensamento da aculturação psicológica, o esquema de Berry (Berry et al., 2002) tem recebido grande atenção. Este autor sugeriu que o processo de aculturação decorre de acordo com o grau em que o indivíduo simultaneamente participa na vida cultural da nova sociedade e mantém a sua identidade cultural original. A participação simultânea e a manutenção das duas culturas pode levar a quatro diferentes resultados a que Berry chamou "assimilação", "integração", "separação" e "marginalização", e que são colectivamente referidos com "estratégias de aculturação".

As estratégias de aculturação consistem em dois componentes: as atitudes e os comportamentos (ou seja, as preferências e as práticas actuais) que são exibidos nos encontros interculturais do dia-a-dia. Raramente se verifica uma concordância entre o que o indivíduo prefere e procura (atitudes) e o que ele é na verdade capaz de fazer (comportamentos). Esta discrepância é geralmente explicada como sendo o resultado de constrangimentos sociais aos comportamentos (tais como normas, oportunidades, etc.). No entanto, há frequentemente uma correlação positiva entre as atitudes e os comportamentos da aculturação, permitindo efectuar uma avaliação geral das estratégias individuais (Berry, 1997, cit. por Berry, 2006).

A centralidade do conceito das estratégias de aculturação pode ser ilustrada pela referência a cada componente do modelo geral da aculturação (Figura 4). Ao nível cultural, os dois grupos em contacto (seja dominante ou não dominante) têm habitualmente a mesma noção sobre o que é que estão a tentar fazer (por exemplo, políticas coloniais, ou motivações para a migração), ou o que é que lhes está a ser feito, durante o contacto. De uma forma semelhante, os objectivos dos grupos etnoculturais emergentes influenciarão as suas estratégias. A nível individual, ambos os fenómenos das mudanças comportamentais e do stresse aculturativo são agora conhecidos como sendo uma função, pelo menos até certo ponto, do que as pessoas tentam fazer durante a sua aculturação.

Figura 4. Um Modelo para a Conceptualização e o Estudo da Aculturação



Fonte: Adaptado de Berry (2006, p. 21)

Em 1936, Redfield, Linton e Herskovits observaram que, além da assimilação, podiam ocorrer outras formas de aculturação. Partindo desta asserção, Berry (1970, cit. por Berry, 2006) fez uma primeira distinção entre as estratégias de assimilação e integração, e mais tarde entre separação e marginalização, no que respeita às várias formas em que a aculturação, quer de grupos quer de indivíduos poderia ocorrer (Figura 5). Estas distinções envolvem duas dimensões, e estão radicadas na distinção entre orientações em direcção ao próprio grupo, e orientações dirigidas a outros grupos (Berry, 1970, 1974, 1980, cit. por Berry, 2006).

Esta distinção é representada como uma relativa preferência pela continuidade cultural (Caso 1: mantendo a sua própria herança cultural e identidade), ou pelo contacto (Caso 2: uma relativa preferência pelo contacto, com participação na sociedade mais alargada juntamente com outros grupos etnoculturais). As orientações para os dois lados podem variar ao longo de dimensões, representadas por setas bipolares. Geralmente visões positivas ou negativas sobre estes aspectos intersectam-se para definir quatro estratégias

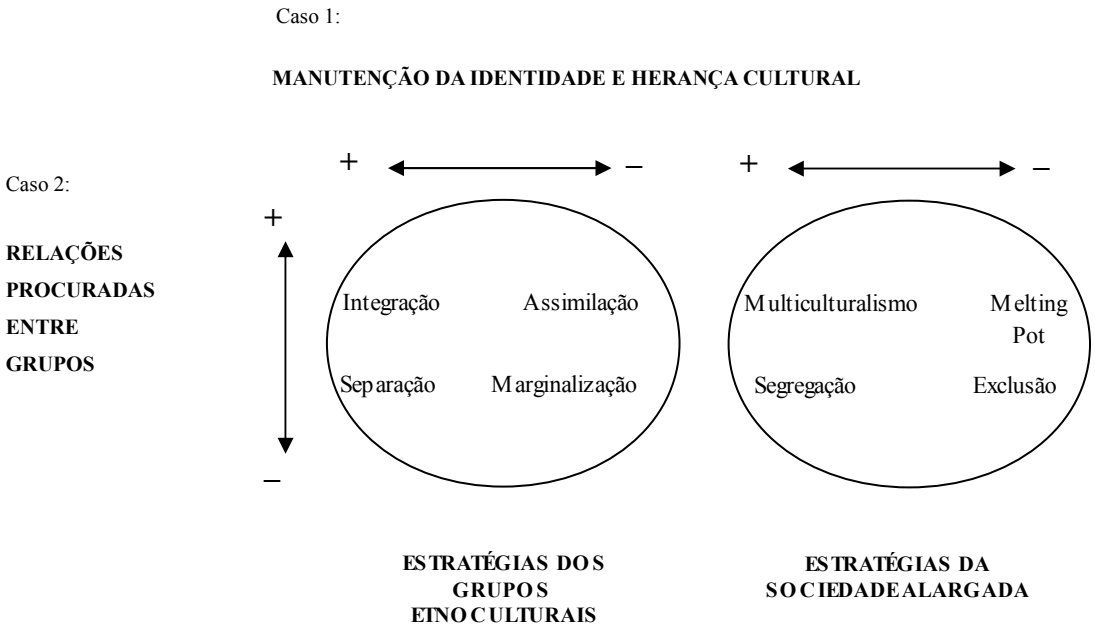
de relações interculturais, que assumem diferentes nomes, dependendo do grupo (o dominante ou o não-dominante) que está a ser considerado. Do ponto de vista dos grupos etnoculturais não-dominantes, quando os indivíduos não desejam manter a sua identidade cultural e procuram a interacção diária com outras culturas, é definida uma estratégia de "assimilação". Em contraste, quando os indivíduos valorizam a manutenção da sua identidade cultural, e ao mesmo tempo desejam evitar interacção com outros, é então definida uma alternativa de "separação". Quando há interesse em manter a própria cultura original, e simultaneamente ter interacções diárias com outros grupos, a opção é a da "integração". Finalmente, quando há pouca possibilidade ou interesse na manutenção cultural, e pouco interesse em ter relações com outros (frequentemente por razões de exclusão ou discriminação), é considerada a "marginalização".

Quando o grupo dominante impõe certo tipo de relações, ou constrange as escolhas dos grupos não-dominantes ou dos indivíduos, usam-se outros termos. Este é o caso da integração, que apenas pode ser livremente escolhida e prosseguida com êxito pelos grupos não-dominantes quando a sociedade dominante é aberta e inclusiva na sua orientação face à diversidade cultural (Berry, 1991, cit. por Berry, 2006). É então requerida uma "acomodação mútua" para que a integração possa ter lugar, envolvendo a aceitação por ambos os grupos, dominante e não-dominante, do direito de todos os grupos viverem como povos culturalmente diferentes dentro da mesma sociedade. Esta estratégia, denominada "multiculturalismo", requer que os grupos não-dominantes adoptem os valores básicos da sociedade mais ampla, enquanto ao mesmo tempo o grupo dominante deve estar preparado para adaptar instituições nacionais, de forma a satisfazer melhor as necessidades de todos os grupos que vivem agora juntos na sociedade plural.

Uma vez que ambos os grupos em contacto vêm a ser aculturados, surge uma terceira dimensão, a do papel desempenhado pelo grupo dominante ao influenciar a forma como a mútua aculturação tem lugar. A assimilação, quando procurada pelo grupo dominante, pode ser designada por "*melting pot*". Quando a separação é requerida e imposta pelo grupo dominante, trata-de de "segregação". A marginalização, quando imposta pelo

grupo dominante, é uma forma de "exclusão". Finalmente, quando a diversidade cultural é um objectivo da sociedade como um todo, a integração representa a estratégia de mútua acomodação que agora se designa geralmente por "multiculturalismo" (Berry, 2006).

Figura 5. Estratégias de Aculturação em Grupos Etnoculturais e a Sociedade Alargada



Fonte: Adaptado de Berry (2006, p. 35).

2. Cultura e Saúde

São muitos os factores que contribuem para os processos de saúde e doença. A saúde e o comportamento dos indivíduos e dos grupos sociais encontram-se manifestamente interligados de diversas e complexas formas. As interacções com membros da família, colegas de trabalho, vizinhos, líderes e membros da igreja, sinagoga ou outro lugar de culto, têm implicações na saúde. Indivíduos, famílias e grupos aos quais pertencem fazem todos parte do ambiente social e cultural da comunidade, sociedade e nação onde

se encontram, sendo estes por sua vez modelados pelos factores geográficos, entre outros, que compõem o ambiente físico. Existe, assim, uma clara relação entre a saúde de cada indivíduo e factores como o estatuto socioeconómico, a cultura, a estrutura familiar e a rede de relações sociais em que ele se insere (Last, 1998).

A investigação efectuada nas duas últimas décadas demonstra o relevante papel desempenhado pelos factores psicossociais na manutenção e na promoção da saúde, bem como na etiologia e no tratamento da doença. Diversos estudos também evidenciam a influência dos factores socioculturais na saúde (Ramos, 2004).

> Também na relação etnia/cultura e saúde e doença, certas crenças, atitudes e expectativas podem ter grande influência, podendo traduzir-se estas representações específicas em diferenças no reconhecimento dos sintomas, na sua interpretação e na adopção de comportamentos preventivos. Nas diferenças étnicas relativas à saúde e doença, para além do rendimento, dos factores culturais e das representações de saúde, outros factores podem intervir como stresse crónico, fraco auto-controlo e comportamentos de risco. Os factores do ambiente social global e proximal, como a comunidade, o meio familiar, o grupo de pares e o meio profissional podem igualmente ter influência. (Ramos, 2004, p. 112)

A cultura pode influenciar a saúde de diversas formas; pode afectar, por exemplo, as atitudes relativamente aos cuidados de saúde e ao tratamento, as atribuições quanto às causas da saúde e processos de doença, a disponibilidade de cuidados de saúde e sistemas de prestação de cuidados, e comportamento de *helpseeking*. Muitos estudos sugerem a importância da cultura na modelagem de atitudes, crenças e valores sobre as doenças e o tratamento. Alguns investigadores estudaram a variação das perspectivas sobre a saúde consoante o nível de aculturação (Matsumoto e Juang, 2008).

As crenças formam-se a partir da infância, sendo o produto da experiência, da aprendizagem e da cultura. Trata-se de ideias básicas e relativamente estáveis sobre a natureza da realidade, que ajudam as pessoas a compreender as suas vidas e experiências. As crenças, juntamente com as atitudes que lhes estão associadas, modelam as percepções que o indivíduo tem sobre o significado de uma experiência ou situação, pelo que guiam os comportamentos (Burton, Waddell e Main, 2006).

Partindo do pressuposto de que a formulação das crenças é uma forma de processo cognitivo, então a crença será um tipo de associação retida na mente e adquirida através da experiência de algum estímulo interno ou externo, que prediz uma resposta ou resultado particular. Assim, a aquisição de crenças surge da acumulação destas associações com o resultado comum ou resultados ao longo do tempo, e envolve associações baseadas em muitas experiências. Neste contexto, as associações armazenadas poderiam fornecer a base para todas as contingências esperadas envolvendo comportamentos específicos que se seguem a certas condições estimuladoras. Pode esperar-se que uma associação (isto é, crença) seja reforçada se uma relação esperada entre um particular conjunto de estímulos e um resultado previsto for confirmada, e enfraquecida se esse resultado não ocorrer. No entanto, aí reside a dificuldade, porque a força da confirmação deve seguramente depender de como esse resultado é entendido e interpretado (Aylward, 2006).

De acordo com Aiken (2002), as atitudes, os valores, as opiniões e as crenças envolvem o processo psicológico fundamental de avaliação dos objectos e eventos pela própria experiência. Não só representam respostas cognitivas, afectivas e comportamentais e formas de conceptualização e de procedimento com o ambiente, como também, ao influenciarem a percepção e o comportamento, ajudam a criar o tipo de ambiente que o indivíduo deseja ou admite existir. As crenças são definidas por como "a confiança na verdade ou na existência de algo que não é imediatamente susceptível de prova rigorosa. (...) Tal como as atitudes e os valores, as crenças podem ter profundos efeitos na saúde pessoal, no comportamento, e na percepção geral de bem-estar de cada um" (Aiken, 2002, p. 6, tradução nossa). As atitudes podem ser entendidas como "predisposições cognitivas, afectivas e comportamentais aprendidas para responder positiva ou negativamente a certos objectos, situações, instituições, conceitos ou pessoas" (Aiken, 2002, p.3, tradução nossa). Devido à sua dependência das interacções com o ambiente, as atitudes variam não só de pessoa para pessoa, mas também consoante a nacionalidade, a cultura e outras variáveis demográficas e situações. Intimamente relacionados com as atitudes estão os valores defendidos pelas pessoas.

> Enquanto usado em psicologia social, o conceito de valor é interpretado como uma atitude perante os ideais, costumes ou instituições de uma sociedade. (...) Mais formalmente, os valores podem ser definidos como a importância, a utilidade ou o custo associado a actividades e objectos particulares, geralmente como fins mas também como meios em certas situações. As atitudes e os valores podem ser vistos como características de grupos de pessoas e também de indivíduos. Ambos são motivadores do comportamento colectivo ou individual e estão relacionados com outras variáveis sociais e da personalidade. (Aiken, 2002, p.5, tradução nossa)

O significado da "*opinião*, o julgamento de uma pessoa ou coisa no que respeita ao carácter ou ao mérito, também é semelhante ao da *atitude*. As opiniões são por vezes encaradas como as manifestações visíveis e conscientes das atitudes (...). A opinião de uma pessoa é expressa em palavras, mas as suas atitudes podem não ser" (Aiken, 2002, p.5, tradução nossa).

2.1. Sistemas de Saúde e Modelos Conceptuais

Existem diversos sistemas de saúde a nível mundial, com grandes diferenças entre eles, embora todos tenham em comum os mesmos objectivos gerais, nomeadamente a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento das doenças. Além de diferirem no grau de expansão pelo mundo e no nível de tecnologia, também diferem em termos de percepção da saúde e da doença e na forma de prestação de cuidados de saúde, o que está fundamentalmente relacionado com questões de interpretação sociocultural. Os sistemas de saúde estão assim incorporados no sistema sociocultural que os rodeia, o que se reflecte em diferentes modelos explanatórios e formas de prestação de cuidados de saúde. Qualquer sistema de saúde é complexo e estratificado, desde o mais simples e limitado localmente ao mais amplo e disseminado, o que está implícito na seguinte definição: "Um sistema médico cultural é um complexo de crenças, modelos e actividades associadas que os prestadores e os utilizadores consideram útil na melhoria da saúde ou do bem-estar, e no alívio do stresse e da doença" (Cassidy, 2001, p. 24, tradução nossa).

Conceitos de Saúde e Doença

Segundo o modelo biomédico, cuja perspectiva tem como base a patologia, a saúde é caracterizada pela ausência de doença. O conceito de saúde adoptado, em 1948, pela Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), ajudou a passar desse modelo para o domínio mais positivo do "bem-estar" e expandiu o âmbito da saúde ao incluir explicitamente as dimensões mental e social: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 2006, p. 1).

Efectivamente, hoje reconhecem-se as limitações do modelo biomédico e a necessidade de uma visão multidisciplinar e de um "modelo holístico de saúde, ou seja, um paradigma que considere o indivíduo na sua totalidade e complexidade, na sua dimensão interna e externa, individual e social. A saúde física e mental não são identidades separadas mas processos dinâmicos e interactivos, onde o biológico, o psicológico, o cultural e o social se influenciam mutuamente" (Ramos, 2004, p. 149).

No entanto, o conceito de saúde pode diferir entre culturas. Os povos da China e da antiga Grécia, por exemplo, encaravam a saúde não só como a ausência de estados negativos mas também como a presença de estados positivos. O balanço entre o *self* e a natureza e os vários papéis desempenhados pelos indivíduos ao longo da sua vida é visto como parte integral da saúde em muitas culturas asiáticas. Este balanço pode produzir um estado positivo – uma sinergia das forças do *self,* da natureza e outras – a que muitos chamam saúde. Ainda hoje, em muitas culturas, prevalece esta concepção. Na China, o conceito de saúde baseia-se nos princípios do *yin* e do *yang*, que representam, respectivamente, energias positiva e negativa. Os chineses acreditam que os nossos corpos são constituídos por elementos de *yin* e de *yang*, resultando o equilíbrio entre estas duas forças numa boa saúde, e o desequilíbrio – demasiado *yin* ou demasiado *yang* – numa fraca saúde. Este equilíbrio pode ser perturbado por muitas coisas, como ingerir demasiados alimentos de um dos elementos, uma mudança nas relações sociais, o tempo, as estações do ano, ou mesmo forças sobrenaturais. A manutenção do equilíbrio envolve não só a mente e o corpo, mas também o espírito e o

ambiente natural (Yip, 2005, cit. por Matsumoto e Juang, 2008).

Embora o termo "doença" se refira genérica e formalmente a uma situação de desconforto ou mau funcionamento, a doença e o desequilíbrio são, no entanto, conceitos abstractos. Como tal, uma pessoa padece de uma doença, e um terapeuta diagnostica e dá uma explicação para o ocorrido, a qual é guiada pelo modelo conceptual do seu sistema de saúde. Este está, por sua vez, ligado à sua percepção do corpo humano, particularmente se um sistema tende a percepcionar a causa como sendo principalmente interna ou externa.

O conceito de doença é preferido pelos modelos externos, nomeadamente a biomedicina. O corpo humano é relativamente passivo, enquanto o ambiente envolvente comporta o perigo. Considera-se que o corpo humano responde de forma semelhante aos invasores, sendo o ênfase colocado nas acções do invasor, criando cada tipo de invasor uma doença diferente. Estes presumidos padrões conduzem à possível existência de muitas doenças diferentes, sendo a principal função dos terapeutas a sua distinção, ou diagnóstico. A sua segunda tarefa é remover, destruir ou imobilizar os invasores, e assim curar o doente. As doenças que se encaixam neste modelo clássico possuem sinais e sintomas distintos, causas únicas, e respondem a terapêuticas específicas. O tratamento resulta na cura. No entanto, apenas uma minoria das doenças se encaixam neste modelo.

Grande número de sistemas de saúde dão, no entanto, ênfase a modelos internos de distúrbio e referem-se a desequilíbrio em vez de doença. O seu objectivo terapêutico é a restituição de um estado de esquilíbrio à pessoa afectada. Embora o equilíbrio possa ser perturbado por invasores externos ou por interrupções no funcionamento regular do meio interno, as causas externas não podem afectar um corpo-pessoa que se encontra bem. Os cuidados de saúde tendem então para as capacidades auto-protectoras do corpo-pessoa, sustentando-o e fortalecendo-o. O tratamento é individualista uma vez que a lógica deste modelo se baseia no facto de cada pessoa ter uma história e uma constituição particulares que afectam a forma como ela responde às diversas circunstâncias da vida. O terapeuta examina o estado actual do doente, relaciona-o com

a sua história médica e social, e então selecciona a terapia com base numa avaliação total (Cassidy, 2001).

Modelo das Tradições de Saúde

Spector (2000) designa por "Modelo das tradições de saúde" aquele que tem por base crenças e práticas de saúde derivadas da herança etnocultural das pessoas. Este modelo utiliza o conceito holístico de saúde, abrangendo o corpo, a mente e o espírito. Estas três vertentes encontram-se em constante fluxo e mudança ao longo do tempo, relacionando-se completamente entre si e também com o contexto pessoal, que inclui a família, a cultura, o trabalho, a comunidade, a história e o ambiente. A pessoa deve encontrar-se num estado de equilíbrio com a família, a comunidade e as forças do mundo natural que a rodeia. Isto é o que é entendido como "saúde" no sentido tradicional, e na forma como é determinada na maior parte das culturas tradicionais. Pelo contrário, a doença resulta do desequilíbrio de uma ou de todas as partes da pessoa (corpo, mente e espírito), podendo esta pessoa encontrar-se num estado de desequilíbrio com a família, a comunidade ou as forças do mundo natural. Os métodos tradicionais de manutenção da saúde, protecção da saúde e restauração da saúde requerem o conhecimento e a compreensão dos recursos ligados à saúde provenientes da herança cultural etnoreligiosa de cada pessoa, que podem ser usados em vez de ou em simultâneo com os métodos modernos de prestação de cuidados de saúde.

- Manutenção da saúde

As formas tradicionais de manutenção da saúde são as formas activas da vida diária mediante as quais as pessoas se cuidam e tentam sentir-se bem, incluindo acções como usar vestuário adequado às condições físicas. Alguns grupos étnicos ou religiosos também podem prescrever roupas especiais ou coberturas da cabeça.

Os alimentos que são consumidos e os métodos utilizados na sua preparação contribuem para a saúde dos seres humanos. A dieta alimentar é em grande medida um factor determinado ecologicamente, dependendo do que está disponível no ambiente, e

também culturalmente. A herança etnoreligiosa desempenha aqui um importante papel na determinação da forma como os alimentos são cozinhados, quais as combinações permitidas, e que alimentos podem ou não ser comidos.

A saúde mental é mantida mediante a concentração e a utilização da mente através, por exemplo, de leituras e trabalhos manuais. No entanto, para a manutenção da saúde a família e os sistemas de apoio social são fundamentais, sendo a saúde espiritual mantida no lar, na proximidade da família, efectuando rezas e celebrações. A forte identidade e as ligações à família constituem grande parte da vida tradicional e do ciclo de vida, constituindo factores que contribuem para a saúde e o bem-estar.

- Protecção da saúde

A protecção da saúde reside na capacidade de compreender a causa de uma determinada doença ou conjunto de sintomas. Algumas das crenças tradicionais de saúde e doença relativamente à origem das doenças difere do modelo etiológico moderno, sendo a doença frequentemente atribuída ao "mau-olhado". Os agentes da doença também podem ser "almas perdidas", "possessão dos espíritos", "feitiços" e "bruxarias". A doença também pode ser atribuída a pessoas que têm a capacidade de levar outras a adoecer, como por exemplo os feiticeiros e praticantes de *voodoo*. Nestas circunstâncias, a saúde pode ser protegida por controlos externos, como evitar as pessoas que podem provocar o mau olhado, os feiticeiros ou outros. Algumas práticas tradicionais usadas na protecção da saúde consistem em usar objectos protectores (amuletos, talismãs, pulseiras, etc.) ou pendurá-los em casa; em usar, ingerir ou pendurar em casa determinadas substâncias (alho, cebola, raiz de ginseng, etc.); ou em práticas religiosas, tais como acender velas, praticar rituais de redenção e fazer orações.

- Restauração da saúde

Na restauração da saúde, no plano físico podem ser utilizados remédios tradicionais como chás fitoterápicos, linimentos, alimentos especiais e combinações alimentares, massagens e outras actividades. Na restauração da saúde mental pode recorrer-se a

técnicas como o exorcismo, apelo a curandeiros tradicionais, ingestão de chás, realização de massagens, apoio familiar e comunitário. No âmbito espiritual, a restauração da saúde pode ser obtida através de rituais curativos/religiosos, de símbolos e orações especiais, do recurso à meditação ou ao exorcismo.

Conceito de "Corpo" e "Imagem Corporal"

De acordo com Cassidy (2001), para compreender qualquer sistema de saúde devemos compreender o seu conceito de corpo, uma vez que há muitas formas pelas quais os sistemas podem expressar as suas percepções do corpo a nível material, energético, espiritual ou social.

O modelo biomédico do corpo pessoa focaliza-se no corpo físico, preocupando-se com a estrutura dos seus tecidos e o movimento e as transformações químicas no interior das células. Os modelos quiroprático e osteopático clássicos são igualmente materialistas, atribuindo especial importância às conexões e comunicações entre os ossos, os nervos, os músculos e o restante corpo físico.

A homeopatia vê o corpo físico como tendo três camadas significativas e o corpo-pessoa como abrangendo três aspectos distintos, sendo cada uma das camadas e aspectos imbuído de "espírito vital" ou "energia vital", sendo esta energia o foco principal da prestação de cuidados de saúde (Vithoulkas, 1980, cit. por Cassidy, 2001).

A acupunctura analisa o corpo físico em termos do fluxo de energia através de caminhos, ou "meridianos", que ainda não mostraram ter equivalentes materiais. A energia que percorre e anima o corpo material é denominada *qi*, e assemelha-se ao conceito homeopático de espírito vital ou ao conceito ayurvédico de *prana* (Cassidy, 2001).

As terapias bioenergéticas intervêm nos corpos fora do corpo físico, sendo por vezes expressas como emanações e podendo ser entendidas como "auras". Os curandeiros espirituais e xamânicos também trabalham com corpos não materiais e normalmente

invisíveis. Muitos deles acreditam que estas forças espirituais impregnam o corpo físico, embora alguns digam que se estendem para além dele, e outros digam que algumas partes podem viajar (como durante o sono), ser removidas (exorcismo) ou perdidas (Eliade, 1964; Ingerman, 1991, cit. por Cassidy, 2001). Os psicoterapeutas e os xamãs trabalham tipicamente com o corpo psicossocial, que pode ser designado pelos termos "mente" e "emoções".

Segundo Helman (1990), o termo "imagem corporal" tem sido usado para descrever todas as formas pelas quais um indivíduo conceptualiza e experimenta o seu corpo, conscientemente ou não. A imagem corporal é, assim, algo adquirido por todos os indivíduos como parte do crescimento numa família ou sociedade particular, existindo no entanto variações individuais dentro de uma sociedade. Este autor divide os conceitos de imagem corporal em três grupos principais: as crenças sobre a forma e o tamanho ideias do corpo, incluindo o vestuário e os adornos; as crenças sobre a estrutura interna do corpo; e as crenças sobre o seu funcionamento. A forma, o tamanho e os adornos corporais variam entre culturas e funcionam como meio de comunicação social, transmitindo informações sobre género, estatuto social, ocupação e pertença a determinados grupos. As crenças sobre a estrutura interna do corpo também sofrem variações culturais e influenciam percepções e apresentações de sinais e sintomas e respostas a intervenções. As crenças sobre o funcionamento do corpo têm um efeito bastante significativo sobre o comportamento humano, e dizem respeito a um ou mais aspectos interrelacionados: o seu funcionamento interno; o efeito que sobre ele exercem as influências externas, tais como a dieta ou o ambiente; e a natureza e eliminação dos subprodutos dele resultantes. Helman (1990) descreve ainda três modelos populares sobre a fisiologia: (1) o modelo do "equilíbrio e desequilíbrio", (2) o modelo da "canalização" e (3) o modelo da "máquina".

1 - Modelo do "equilíbrio e desequilíbrio": Nas teorias associadas ao modelo do equilíbrio e desequilíbrio, o funcionamento saudável do corpo é visto como dependente do equilíbrio harmonioso entre dois ou mais elementos ou forças no seu interior. Este equilíbrio está sujeito a forças externas tais como a dieta, o ambiente ou agentes sobrenaturais, bem como a influências internas como debilidades herdadas. A teoria

"humoral" é, entre estas, a mais disseminada, tendo a sua origem na antiga China e Índia, mas que foi desenvolvida como sistema de medicina por Hipócrates, nascido em 460 a.C. Actualmente, a medicina humoral mantém-se na base de crenças populares sobre saúde e doença em grande parte da América Latina e países islâmicos, sendo também um componente da tradição médica ayurvédica na Índia.

2 - Modelo da "canalização": Segundo este modelo o corpo é concebido como uma série de cavidades ou câmaras, ligadas umas às outras, e com os orifícios corporais, por uma série de tubos ou canos. As maiores cavidades são geralmente o "peito" e o "estômago", que quase preenchem completamente os espaços torácico e abdominal. A este modelo está associada a crença de que a saúde é mantida pelo ininterrupto fluxo de várias substâncias – incluindo sangue, ar, alimentos, fezes, urina e sangue menstrual – entre as cavidades, ou entre uma cavidade e o exterior através de um dos orifícios. A doença é, assim, o resultado do "bloqueio" de um tubo interno.

3 - Modelo da "máquina": A concepção popular do corpo como uma máquina tornou-se mais comum na sociedade ocidental, e tem como ideia central a necessidade de um combustível renovável ou de uma bateria para fornecer energia ao funcionamento do corpo. Aqui os "combustíveis" incluem diversos alimentos ou bebidas, tónicos, vitaminas, entre outras substâncias. A este modelo está associada a ideia de que as partes individuais do corpo, à semelhança das partes do motor de um carro, podem falhar ou parar de trabalhar, e podem por vezes necessitar de ser substituídas.

2.2. Conceito de Medicina Tradicional

A OMS define a medicina tradicional como o conjunto de habilidades, práticas e conhecimentos baseados em teorias, crenças e experiências inerentes a diferentes culturas, que são usados para manter a saúde, bem como para prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças do foro físico e mental (WHO, 2000).

O termo "Medicina Tradicional" refere-se a sistemas que se desenvolveram ao longo de

séculos em diversas sociedades, entre os quais a medicina ayurvédica indiana, a medicina tradicional chinesa e a medicina unani árabe, e a várias formas de medicina indígena. As terapias de medicina tradicional podem envolver o uso de medicamentos à base de plantas, partes de animais e/ou minerais, e práticas como a acupunctura, terapias manuais e espirituais. Em países onde o sistema de saúde dominante é baseado na medicina alopática, ou onde a medicina tradicional não se encontra incorporada no sistema de saúde nacional, usam-se frequentemente as designações de medicina "complementar", "alternativa" ou "não-convencional". A população dos países da América latina, África e Ásia recorre largamente à medicina tradicional, quer como resultado de circunstâncias históricas e crenças culturais, quer para ajudar a satisfazer algumas necessidades de cuidados de saúde primários. Entrentanto, a sua popularidade tem vindo a aumentar em muitos países desenvolvidos (WHO, 2002).

2.3. Práticas Mágico-Religiosas

A medicina tradicional designada por "mágico-religiosa" existe desde que os seres humanos procuram proteger e restaurar a sua saúde. Se, para alguns, passou a ser rotulada de "superstição", para os que nela crêem pode tomar a forma de práticas religiosas relacionadas com a protecção da saúde e a cura de doenças, em que podem ser utilizados amuletos, feitiços e manipulações físicas (Spector, 2000).

A magia foi tema que suscitou grande interesse por parte dos antropólogos, entre finais do século XIX e o início do século XX. Para Tyler ([1871] 1913), a característica distintiva da magia era a sua irrealidade, consistindo a sua unidade precisamente na ausência, segundo as suas crenças e práticas, das leis naturais de causa e efeito. A magia representava, por conseguinte, o estranho e o imprevisível.

Alguns antropólogos consideravam que a nítida inferioridade tecnológica das sociedades primitivas provinha de uma incapacidade intelectual global, sendo a crença na magia um sintoma desta inferioridade. Segundo Frazer (1922), os actos expressivos que têm por objectivo alterar o estado do mundo através de meios metafísicos são

tentativas falhadas de actos técnicos que modificam o estado do mundo através de meios físicos. Frazer afirmava que a magia é uma "ciência bastarda", cuja característica principal é a crença errada quanto à relação causa/efeito, que considerava ser de dois tipos: (1) a magia homeopática ou imitativa dependente da "lei da semelhança"; (2) a magia contagiosa depende da "lei do contacto". Ele defendia que o pensamento humano evoluiu do estádio mágico para o religioso, e finalmente para o científico. Esta tese foi refutada por outros antropólogos, mas a distinção que fez entre magia e religião ainda é aceite: na magia, o utilizador tenta controlar através de "técnicas" o mundo e os acontecimentos, enquanto que, na religião, ele pede auxílio a espíritos e divindades (Leach, 1976).

Os fenómenos religiosos são divididos, por Mauss ([1947] 2002), em três grupos: a religião *stricto sensu*; a religião *lato sensu*, com magia e adivinhação; e as superstições. A religião *stricto sensu* caracteriza-se pela presença das noções de sagrado propriamente dito, e de obrigações. A noção de obrigação não intervém na religião *lato sensu*, magia e adivinhação. As crenças populares, ou aquilo a que se chama superstições, apresentam-se como um grande halo em redor destes núcleos que formam a magia e a religião.

> Os fenómenos religiosos ou mágico-religiosos definem-se pela noção de sagrado. No conjunto das forças chamadas "místicas" - nós diremos *mana* - encontra-se um certo número que são de tal forma *mana* que são sagradas; elas constituem a religião *stricto sensu*, por oposição às outras que formam a religião *lato sensu*. (Mauss, [1947] 2002, p. 291, tradução nossa)

Mauss ([1902-1903] 2002) definiu, ainda, os elementos que integram a magia e estabeleceu algumas distinções:

> A magia incluindo agentes, actos e representações: chamamos *mágico* ao indivíduo que realiza actos mágicos, mesmo quando ele não é um profissional; chamamos *representações mágicas* às ideias e às crenças que correspondem aos actos mágicos; quanto aos actos, em relação aos quais nós definimos os outros elementos da magia, chamamos-lhes *ritos mágicos.* Interessa desde já distinguir estes actos das práticas sociais com as quais eles poderiam ser confundidos. Os ritos mágicos e toda a magia são, em primeiro lugar, factos de tradição. Actos que não se repetem não

> são mágicos. Actos em cuja eficácia todo um grupo não crê, não são mágicos. A forma dos ritos é eminentemente transmissível e ela é sancionada pela opinião. Daí segue-se que os actos estritamente individuais, como as práticas supersticiosas particulares dos jogadores, não podem ser chamadas de mágicas. (pp. 11-12, tradução nossa)

Nesta definição, Mauss utiliza o termo "ritos mágicos" ao referir-se aos actos mágicos, distinguindo-os das práticas sociais pelo seu carácter repetitivo que deriva da tradição, e em cuja eficácia todo o grupo acredita. Estabelece, ainda, uma distinção entre rito religioso e rito mágico, sendo este por ele considerado "todo o rito que não faz parte de um culto organizado, rito privado, secreto, misterioso e tendendo como limite para o rito proibido" (Mauss, [1902-1903] 2002, p. 16, tradução nossa) .

Embora reconhecesse a existência de uma relação entre magia e religião, sendo ambas constituídas por crenças e ritos, Durkheim ([1912] 1915) distinguiu-as associando a religião, contrariamente à magia, ao conceito de "Igreja": "Uma religião é um sistema unificado de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, ou seja, coisas separadas e proibidas - crenças e práticas que se unem numa única comunidade moral chamada Igreja, todos os que a ela aderem". (p. 47, tradução nossa)

Para Malinowski ([1925] 1954), a magia estava intimamente relacionada com o seu contexto pragmático local. Ele realçou o efeito psicológico dos rituais mágicos, que seriam realizados pelos seres humanos para os tornar menos ansiosos e mais confiantes. Segundo Sørensen (2007), a sua teoria da magia está de acordo com o seu entendimento acerca da natureza humana e da evolução da cultura, segundo o qual o comportamento humano, embora ainda se encontre condicionado por necessidades biológicas, foi radicalmente remodelado através do desenvolvimento de instituições culturais e da capacidade de comunicação simbólica. O custo deste desenvolvimento é a necessidade de assegurar a cooperação entre os indivíduos através da concessão de poder às instituições organizadoras do comportamento e da necessidade de aliviar a incerteza que resulta da capacidade de predizer um resultado negativo das acções. A magia, juntamente com a religião e o mito, é a organização estável das acções rituais e sistemas de crenças que têm esta função.

> Qual é a função cultural da magia? Temos visto que todos os instintos e emoções, todas as actividades práticas, conduzem o homem a impasses onde as lacunas no seu conhecimento e as limitações do seu inicial poder de observação e razão o traem num momento crucial. Os organismos humanos reagem a isto em arrebatamentos espontâneos, nos quais são produzidas formas rudimentares de comportamento e crenças rudimentares na sua eficiência. A magia escolhe estas crenças e ritos rudimentares e padroniza-os em formas tradicionais permanentes. Assim a magia abastece o homem primitivo com uma série de crenças e actos rituais já prontos, com uma determinada técnica mental e prática que serve para preencher as perigosas lacunas em todas as actividades importantes ou situações críticas. Ela permite ao homem levar a cabo as suas importantes tarefas com confiança, manter o seu equilíbrio e a sua integridade mental em ataques de fúria, nos períodos de raiva, de amor não correspondido, de desespero e ansiedade. A função da magia é ritualizar o optimismo do homem, intensificar a sua fé na vitória da esperança sobre o medo. (Malinowski, [1925] 1954, p. 90, tradução nossa)

Ao efectuar uma análise crítica das várias visões e definições de magia, Tyson (1992) define-a da seguinte forma: "Magic is the art of affecting the manifest through the unmanifest" (p. 12). Para este autor, o ritual é o meio através do qual a magia é praticada, consistindo numa acção ou série de acções, que pode ser inteiramente mental ou mental e física, através da qual o poder da magia é libertado e dirigido para o cumprimento de um desejo específico. Considera ainda que, embora os sacerdotes defendam convictamente a ideia de que os seus rituais não são, por natureza ou intenção, mágicos, a distinção entre ritos religiosos e ritos mágicos é pouco fundamentada. Nos primórdios, a religião, a ciência, a medicina, a filosofia e a arte combinavam-se entre si, todas apoiadas pela força vital da magia, tendo a sua especialização ocorrido apenas nas últimas épocas; no mundo moderno, os rituais formais são mais frequentemente praticados ao serviço das principais religiões.

De acordo com Triandis (1994), em todo o mundo a religião governa a vida da maioria das pessoas, mas a extensão em que este fenómeno ocorre varia enormemente de cultura para cultura. As ideias das principais religiões do mundo estão frequentemente misturadas com crenças tradicionais, e muitas vezes com crenças científicas. As crenças tradicionais comuns são frequentemente animistas: o evento é explicado por um espírito que estava zangado, contente, perturbado, satisfeito. A doença não é considerada em

termos da teoria dos germes mas é vista como um acontecimento espiritual. Alguns métodos tradicionais de cura derivam do animismo, a crença de que todas as coisas possuem espíritos. Pedras, folhas, árvores, rios, e mesmo a própria terra, são considerados habitados por espíritos, e as pessoas acreditam que a doença ocorre quando um espírito foi ofendido ou quando alguma das relações naturais entre os espíritos foi perturbada. É então necessária a intervenção do curandeiro tradicional, que tem a capacidade de "controlar" os espíritos. Certos curandeiros tradicionais aprendem ainda a ser bons observadores e a familiarizarem-se com as propriedades medicinais das plantas.

O xamanismo, que teve início na Ásia do Norte há mais de quarenta mil anos atrás e continua a ser praticado, consiste simultaneamente na prática curativa e numa sensibilidade religiosa, sendo baseado na crença em forças de cura sobrenaturais e adivinhação do futuro. A cura xamânica usa o poder da fé de um paciente no curandeiro e no processo curativo, podendo estar associada ao conhecimento de ervas e outras plantas (Tedlock, 2005).

Para Tyson (1992), a base de toda a magia é o xamanismo, que consiste na capacidade de entrar num estado de transe no qual a alma é libertada dos confins do corpo ficando apta a viajar de acordo com a sua vontade no céu, na terra e no submundo. Envolve uma estreita comunhão com os espíritos que fornecem informações ao xamã ou poder para executar efeitos mágicos.

Segundo Eliade ([1958] 1965), há três formas de alguém se tornar um xamã:

> Primeiro, por vocação espontânea (a "chamada" ou "eleição"); segundo, por transmissão hereditária da profissão xamânica; e, terceiro, por "procura" pessoal, ou, mais raramente, por vontade do clã. Mas, qualquer que seja o método pelo qual tenha sido designado, um xamã é reconhecido como tal apenas depois de ter recebido dois tipos de instrução. A primeira é extática (por ex., sonhos, visões, transes); a segunda é tradicional (por ex., técnicas xamânicas, nomes e funções dos espíritos, mitologia e genealogia do clã, linguagem secreta". (p. 87, tradução nossa)

Tyson (1992) também faz referência ao facto de os xamãs poderem descobrir a sua

vocação, ou mesmo receber a sua iniciação, através de visões ou sonhos específicos, e que, embora seja possível tornar-se deliberadamente um xamã, considera-se, tradicionalmente, que este tem menos poder do que aquele que foi escolhido pelos espíritos. Por seu lado, Tedlock (2005) refere que podem surgir isoladamente ou, por vezes, combinar-se dois tipos de chamamento: a inspiração (podem receber uma chamada directamente dos espíritos) ou a hereditariedade (podem aprender através de ensinamentos familiares).

Segundo Laderman (1991), o trabalho do xamã envolve a manipulação de símbolos que funcionam como metáforas para a articulação das experiências dos pacientes. O *locus* desta expressão simbólica dos conflitos do paciente pode ser encontrado em fantasmas ancestrais, espíritos elementares ou outras entidades. Estes servem como símbolos projectivos de relações sociais tensas, expressas em termos comuns para o curandeiro, o paciente e o seu meio social, e concebidas como externas à personalidade do paciente. O xamã em transe torna-se um condutor para estes símbolos personificados, e o paciente que alcança o transe é considerado como tendo escapado da áspera realidade para o mundo dos símbolos. A análise do ritual xamanístico elucidou a lógica e as regras do que, em essência, tem sido visto como sistemas projectivos.

De acordo com Tedlock (2005), o xamã emprega a esperança, a sugestão, a expectativa, e rituais que produzem um poderoso efeito placebo, o qual provém de uma ligação directa entre emoções positivas e a bioquímica do corpo. Ao restabelecer o equilíbrio emocional e espiritual, o xamã fortalece as capacidades auto-curativas de um paciente. A pesquisa tem demonstrado que o uso de canções, cantos, orações, palavras mágicas e música produzem estados emocionais num paciente que afectam a forma como o sistema imunitário responde à doença. Os xamãs usam metáforas para descreverem um mundo mítico e para ajudarem o paciente a manipular a informação sensorial, emocional e cognitiva de forma a alterar a sua percepção de doença. Os curandeiros representam ritualmente os seus sistemas locais de mitos e símbolos e interpretam a condição do paciente dentro desse sistema.

Tem-se tornado cada vez mais evidente que os rituais curativos podem ser julgados

através de padrões aplicados às psicoterapias ocidentais, para produzirem resultados observáveis significativos. Hipóteses relativas ao mecanismo responsável por estes resultados concentraram-se em redor de dois níveis de funcionamento humano: o psicológico e o neurobiológico. Um dos instrumentos mais poderosos do armamentário de qualquer curandeiro é o efeito placebo, que desencadeia a capacidade do corpo para ele próprio se curar. Este não é necessariamente limitado à administração de substâncias mas pode também incluir palavras e acções, tal como ocorre numa sessão xamanística. O xamã, ocupando-se da mente e afectando as emoções do seu paciente, inicia simultaneamente mudanças fisiológicas. Os efeitos curativos do desempenho xamanístico são, a um nível, devidos à catarse que pode ocorrer quando a angústia emocional não resolvida de um paciente é reanimada e confrontada num contexto dramático. Um crescente número de cientistas tem especulado que outra chave para o sucesso dos xamãs pode ser encontrada na bioquímica das endorfinas, substâncias endógenas semelhantes à morfina que actuam no sistema nervoso e são geradas no cérebro humano em resposta à dor, stress ou certas espécies de experiências extremas. Sendo feitas as sugestões adequadas, o cérebro também pode gerar outros químicos endógenos, com efeitos tranquilizantes (Laderman, 1991).

Apesar da aparentemente natureza universal do xamanismo, diferentes culturas e indivíduos elaboraram formas distintas de prática xamânica. Por exemplo, os caçadores-colectores da Ásia e América do Norte invocam os poderes dos espíritos, que são geralmente animais. Os xamãs destas sociedades devem negociar com eles para haver sucesso na caça e para manter a saúde do grupo. Os xamãs nas sociedades pastorícias, tais como os mongóis da Ásia Central, tendem a contar com os espíritos ancestrais, quer masculinos quer femininos. Eles invocam-nos para curar e para assegurar a fecundidade dos humanos e dos animais domesticados. No entanto, o xamanismo como prática raramente se tornou uma instituição formal; em quase todo o lado, foi no passado e continua a ser hoje um conjunto de actividades locais e perspectivas, ao invés de uma instituição étnica ou nacional, sendo preferível pensar em termos de actividades e perspectivas xamânicas do que de " xamanismo" como uma ideologia ou instituição (Tedlock, 2005). Segundo esta autora, há alguns aspectos fundamentais que definem as perspectivas ou visões xamânicas:

1 - Os praticantes do xamanismo partilham a convicção de que todas as entidades – animadas ou não – estão imbuídas de uma força de vida holística, energia vital, consciência, alma, espírito, ou alguma outra substância etérea ou imaterial que transcende as leis da física clássica. Cada membro deste fantástico cosmos é participante na energia da vida que mantém o mundo junto. O *mana* polinésio, o *wakanda* lakota e o *ch'i* taoista chinês são concebidos como forças poderosas que permeiam tudo.

2 - Os xamãs acreditam numa "teia de vida" (*web of life*) na qual todas as coisas se encontram interdependentes e interligadas; há uma relação de causa-efeito entre diferentes dimensões, forças e entidades do cosmos. Os xamãs organizam esta realidade complexa dizendo que o mundo é construído numa série de níveis ligados por um eixo central em forma de árvore do mundo ou montanha.

3 - As sociedades designam certos indivíduos como assumindo o papel de "xamã" para o seu grupo. Tais pessoas têm a capacidade de compreender e alterar acontecimentos no mundo comum. Eles podem realizar isto num estado de consciência normal, vigil, ou mais tipicamente entrando num estado de consciência alternativo.

4 - Os xamãs reconhecem forças extraordinárias, entidades ou seres cujo comportamento numa realidade alternativa afecta os indivíduos e acontecimentos no nosso mundo comum. Eles entendem que as acções ou rituais executados na realidade comum podem provocar efeitos na esfera alternativa. Para obterem informação sobre os eventos na realidade alternativa e os seus efeitos neste mundo os xamãs lêem frequentemente sinais, tais como nuvens, folhas de chá, aves e vísceras de animais, bem como de abalone, cauri e outros moluscos. Uma análise apropriada destes eventos e objectos desvenda uma mensagem cósmica oculta, mais profunda e subtil, invisível para um observador vulgar.

No âmago da prática xamânica encontra-se a busca activa do conhecimento, o que toma muitas formas: o conhecimento do comportamento humano e animal, a identificação de plantas medicinais e seus usos, o conhecimento do uso curativo das mãos no tratamento de fracturas, a massagem e a assistência ao parto; e o conhecimento empático da mente humana. Através do estudo baseado no calendário, da adivinhação e da profecia os

xamãs procuram o conhecimento do futuro, e através de recitações de mitos, epopeias, encantamentos, palavras mágicas, canções e genealogias de xamãs anteriores, eles passam ao longo do conhecimento do passado e do mundo dos espíritos (Tedlock, 2005).

Sendo a principal preocupação dos xamãs a manutenção ou a restauração do equilíbrio nos indivíduos, não existe nenhum xamã que não interaja com uma cultura ou subcultura. Eles dirigem-se às necessidades da população e sobrepõem-se frequentemente aos padres e profetas. Comparados com os seus pares, os xamãs destacam-se em percepção interna, imaginação, fluência na linguagem e conhecimento das tradições culturais. Em todo o mundo, os termos indígenas para designar os xamãs indicam que o conhecimento se encontra no âmago do xamanismo. O próprio termo "xamã" provém da língua evenki da Sibéria e significa "aquele que sabe". Outros termos para xamãs referem-se a características-chave dos seus desempenhos públicos, incluindo o yurok *kegey*, "aquele que se senta ou medita como uma prática", e o *sakhá oyuun*, "saltar ou jogar". Porque os xamãs são capazes de predizer, de ver e saber coisas que as pessoas vulgares não podem, entre os innu e os inuit eles são chamados de *wabinu*, "pessoa que vê", *elik*, "aquele que tem olhos", *tarak'ut*, "aqueles com olhos que vêem no escuro", e *angakut*, "vendo com os olhos fechados" (Tedlock, 2005).

2.4. O Herborismo / Fitoterapia

O herborismo ou herbalismo é o estudo e a prática da utilização das plantas para a alimentação, medicina e promoção da saúde. Isto inclui não apenas o tratamento da doença mas também a melhoria da qualidade de vida, física e espiritualmente (Meserole, 2001).

O termo "fitoterapia" é utilizado com frequência, sendo a palavra formada por dois radicais gregos: *phyton***,** que significa planta, e *therapeuein*, que significa cuidar, curar alguém. A fitoterapia consiste, portanto, na utilização de plantas ou extractos de plantas com fins medicinais. Na sua essência, baseia-se numa abordagem holística da saúde,

incidindo no indivíduo como um todo.

Os medicamentos herbáceos englobam ervas (folhas, flores, frutos, sementes, caules, lenha, casca de árvore, raízes, rizomas ou outras partes de plantas, podendo ser utilizadas inteiras, fragmentadas ou pulverizadas), materiais herbáceos (além das ervas, sumos frescos, óleos, resinas e pós secos de ervas), preparações herbáceas (a base para produtos finais herbáceos que pode consistir em materiais herbáceos em pó, extratos, tinturas ou óleos) e produtos finais herbáceos que contêm ingredientes activos (com actividade terapêutica) de partes de plantas, outros materiais ou combinações de plantas (WHO, 2000).

O conhecimento sobre as plantas tem acompanhado sempre a evolução do homem através dos tempos. As civilizações primitivas cedo se aperceberam da existência, ao lado das plantas comestíveis, de outras dotadas de maior ou menor toxicidade que, ao serem experimentadas no combate à doença, revelaram, embora empiricamente, o seu potencial curativo. Toda essa informação foi sendo, de início, transmitida oralmente às gerações posteriores, para depois, com o aparecimento da escrita, passar a ser compilada e guardada .

A utilização das plantas pelos povos das várias regiões do mundo é específica a cada sociedade e paradigma. Embora não exista um sistema único de herbalismo a nível mundial, todas as tradições herbáceas partilham algumas ideias comuns (Meserole, 2001):

- Optimização da saúde e bem-estar: Muitas tradições incluem sistemas de inclusões recomendadas e tabus específicos em relação a alimentos, especiarias e plantas, em que a adesão aos mesmos protege as pessoas de consequências indesejáveis.
- Ênfase na pessoa como um todo: São incluídos o corpo, a mente e a alma; o passado, o presente e o futuro; e a comunidade.
- Ênfase no indivíduo: Cada indivíduo é único e o produto terapêutico a tomar é

calculado para cada pessoa conforme as suas características.

- Ênfase na comunidade: A doença ou a recuperação de um membro pode influenciar a própria comunidade.
- Atenção à procura e ao tratamento da origem de um problema, e não apenas as manifestações ou os sintomas; no entanto, quando a causa permanece por identificar ou não tem tratamento, é oferecido tratamento sintomático.
- Aplicação do princípio da dualidade entre o terapeuta e as forças da natureza potencialmente mortais: Baseia-se no princípio fundamental de que a lei natural é superior à vontade do indivíduo ou da comunidade, e que o tratamento exige que o terapeuta, o doente e a comunidade se alinhem com as forças naturais.
- Crença na realidade do não mensurável e abstracto: Um herborista que é também um verdadeiro terapeuta dedica-se a manter a comunicação entre o visível e o invisível. Tal pode ser realizado através da comunhão com os antepassados, as forças espirituais, a natureza ou plantas e ajustamento das actividades aos ciclos naturais.
- Premissa da reciclagem: A natureza é por inerência circular e repetitiva, mas não predominantemente linear; e previsível, mas raramente certa. Isto leva à prática tradicional comum de oferecer um objecto ou oração em troca das plantas curativas e para endereçamento de pedidos para tratamento a ambos os mundos físico e espiritual.
- Abertura à troca de conhecimentos: Grande parte das tradições incorporam novas plantas medicinais e novos usos e preparações que foram aprendidos através do comércio e das viagens.
- Regulação da prática dos herboristas através da responsabilização local perante a sua comunidade: O sucesso e o prestígio advêm principalmente da reputação profissional obtida por transmissão oral.
- Humildade gerada pelo reconhecimento, por parte do terapeuta, dos seus próprios limites e competências: Porque a reputação depende geralmente da eficácia do tratamento e do apoio da comunidade, um herborista deve evitar tomar a seu cargo um caso sem ter uma razoável confiança de que irá ser bem sucedido.

Cada sistema cultural ou médico possui diferentes tipos de terapeutas herboristas, de acordo com o seu paradigma. Um herborista profissional submeteu-se a um treino formal ou uma longa aprendizagem em plantas e estudos médicos, ou em plantas e estudos espirituais ou terapêuticos. Um herborista leigo possui um amplo conhecimento sobre plantas úteis para os problemas de saúde mas não possui um treino extensivo em matérias médicas e espirituais. A avaliação da qualidade, força, usos e dose das plantas medicinais está incluída no seu domínio (Meserole, 2001).

Em muitos sistemas tradicionais as características de uma planta medicinal são destacadas sem dar atenção à sua composição porque as técnicas e o equipamento para a sua análise são recentes e não se encontram disponíveis. O conhecimento químico das plantas medicinais e alimentares resulta da percepção directa através dos cinco sentidos, da observação atenta e empírica, por parte do herborista, dos efeitos das plantas nos seres humanos e nos animais e, em certas tradições, de ensinamentos sagrados e da intuição (Meserole, 2001).

O conhecimento da composição química dos alimentos e das plantas medicinais vai aumentando em todo o mundo à medida que melhora o acesso à tecnologia analítica. Talvez a única desvantagem da identificação, classificação e investigação dos constituintes moleculares das plantas resida no risco de equacionar a eficácia terapêutica da planta à sua composição. A análise é reducionista no paradigma, e os dados não podem existir para lá dos limites da tecnologia (e do financiamento disponível) ou do paradigma do qual ela provém (Meserole, 2001).

Um conceito apresentado por Cruden (1997) é o de "herborismo xamânico", em que as plantas são aliados vivos com os quais se estabelecem importantes níveis de consciência e resposta. Uma adequada selecção de ervas e de formas de aplicação é um dos aspectos da preparação medicinal. Também são importantes a intenção explícita, expressa, e o alinhamento com a harmonia universal. Esta é parte da diferença entre o trabalho dos terapeutas xamânicos e o de outros tipos de especialistas. Um terapeuta xamânico está consciente de e envolve-se em forças subtis. A oração, acções cerimoniais e outros

procedimentos espirituais são formas pelas quais o terapeuta acede ao estado de espírito necessário para entender e interagir com essas forças:

> O entendimento directo é a forma de conhecer realmente as plantas. A relação xamânica com as plantas enfatiza isto: trata-se de uma relação baseada num conhecimento experiencial e visionário. A forma xamânica de trabalhar com as ervas é uma expressão de cura cooperativa; uma forma de parceria com os entes enraizados que tão graciosamente sustentam a nossa vida terrestre. (Cruden, 1997, p.1, tradução nossa)

3. A Saúde Reprodutiva

3.1. Conceito de Saúde Reprodutiva

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD) que teve lugar no Cairo, o conceito de "saúde reprodutiva" constituiu um dos temas centrais, e passou a dar-se mais peso a uma legitimidade do discurso sobre a saúde no contexto dos direitos humanos, incluindo a sua aplicação a todos os aspectos dos programas sobre população. Este conceito, que consta do Programa de Acção da ICPD, parte do conceito geral de saúde da OMS:

> A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou enfermidade, em tudo o que respeita ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por consequência, que as pessoas sejam capazes de ter uma vida sexual satisfatória em segurança e que tenham capacidade para procriar e para decidirem livremente sobre se, quando e como o querem fazer. Implícito nesta última condição está o direito dos homens e mulheres a serem informados e a terem acesso a métodos de planeamento familiar seguros, eficazes, abordáveis e aceitáveis à sua escolha, assim como a outros métodos que escolham de regulação da fecundidade que não sejam contra a lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de cuidados de saúde que permitam às mulheres levar até final em segurança a gravidez e o parto e proporcionem aos casais a melhor probabilidade de terem uma criança saudável. (Barata, 1996, pp. 404-405)

É também definido o âmbito dos cuidados de saúde reprodutiva:

> Em conformidade com a definição supra de saúde reprodutiva, os cuidados de saúde reprodutiva são definidos como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e o bem-estar, pela prevenção e resolução dos problemas de saúde reprodutiva. Também incluem a saúde sexual, cujo propósito é a melhoria da vida e das relações pessoais, e não o mero aconselhamento e os cuidados relacionados com a procriação e as doenças sexualmente transmitidas. (Barata, 1996, p. 405)

Nesta linha de definição, os cuidados a prestar em saúde reprodutiva constituem um leque de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos, através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades, nesta área, ao longo do ciclo de vida dos indivíduos. Os vários elementos da saúde reprodutiva estão intimamente interligados; daí que a melhoria de um facilita a melhoria dos outros e, de igual modo, a deterioração de um condiciona a deterioração dos outros. Assim, a educação sexual conduzirá, provavelmente, ao controlo da fecundidade e à prevenção das IST, com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças.

Outro dos princípios orientadores do Programa de Acção da ICPD diz respeito aos direitos reprodutivos:

> Tendo em conta a definição acima, os direitos da reprodução compreendem um certo número de direitos já reconhecidos nas leis nacionais, nos documentos internacionais sobre direitos humanos e em certos outros documentos consensuais. Estes direitos assentam no reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos a decidirem livre e responsavelmente o número e espaçamento dos seus filhos e o momento de os ter e a disporem da informação e dos meios para o fazerem e o direito de atingirem o mais alto grau de saúde sexual e reprodutiva. E também inclui o seu direito a tomar decisões relativamente à reprodução sem ficarem sujeitos a discriminações, coacção ou violências, como consta dos documentos sobre direitos humanos. No exercício destes direitos deveriam ter em conta as necessidades dos seus filhos actuais e futuros e as suas responsabilidades para com a comunidade. A promoção do exercício responsável destes direitos por todos deveria ser a base fundamental das políticas e programas governamentais e comunitários na área da saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar. Como parte dessa

> responsabilização deveria dar-se grande atenção ao favorecimento de relações mutuamente respeitadoras e equitativas entre os sexos e em especial a satisfazer as necessidades de educação e serviços dos adolescentes de modo a habilitá-los a lidar com a sua sexualidade de maneira positiva e responsável. Muitas pessoas no mundo não conseguem atingir a saúde reprodutiva por causa de factores tais como: níveis inadequados de conhecimentos sobre a sexualidade humana e informação e serviços inapropriados ou de baixa qualidade sobre a saúde reprodutiva; prevalência de comportamentos sexuais de alto risco; práticas sociais discriminatórias; atitudes negativas relativamente às mulheres e às raparigas; e o limitado poder que muitas mulheres e raparigas têm sobre a sua vida sexual e reprodutiva. Os adolescentes são especialmente vulneráveis por causa da situação de falta de informação e de acesso aos serviços relevantes em que se encontram na maioria dos países. As mulheres e os homens mais velhos têm necessidades específicas em matéria de saúde reprodutiva e de saúde sexual que muitas vezes não são tidas em conta de maneira adequada. (Barata, 1996, pp. 405-406)

Para Obermeyer (1999), o conceito de saúde reprodutiva é, também, um produto cultural que emerge como resultado de uma determinada evolução histórica, legal e ética. Daí a necessidade de adopção de um conjunto específico de valores culturais na implementação local de um programa de saúde reprodutiva. Este não deve consistir numa mera aplicação de princípio e na selecção de medidas, mas num processo de tradução entre culturas. É, assim, necessário desenvolver uma perspectiva cultural que clarifique a ligação entre o global e o local, a qual irá de encontro ao facto de o conceito de saúde reprodutiva ser, ele próprio, culturalmente construído.

Esta perspectiva é apoiada por estudos realizados em países ou grupos culturais distintos, demonstrando que as necessidades em saúde reprodutiva nem sempre são semelhantes. Quer para avaliar necessidades, quer para fornecer serviços de saúde reprodutiva, é por isso necessário ter grande compreensão e sensibilidade cultural, dado que a reprodução é uma área particularmente sujeita a diferenças culturais. De acordo com Petchesky (1998, cit. por Sweetman, 2001), para que os serviços sejam relevantes e aceitáveis, é essencial situar a saúde reprodutiva na experiência real das pessoas.

3.2. Saúde Reprodutiva e Ojectivos de Desenvolvimento do Milénio

A Declaração do Milénio das Nações Unidas foi aprovada por 189 Estados participantes na Cimeira do Milénio que teve lugar em Setembro de 2000. Daqui resultaram os oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), que se pretende que sejam alcançados em 2015 e que consistem em erradicar a pobreza extrema e a fome; atingir uma educação primária universal; promover a igualdade de género e dar mais poder às mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.

Cada um dos ODM lida com algum aspecto chave da pobreza e/ou do desenvolvimento sustentável a nível nacional e global, de forma a ajudar os países a atingirem os seus objectivos. As metas e os indicadores em relação a muitos dos objectivos são quantificáveis, fornecendo um esquema global que pode ser ajustado de acordo com as condições nacionais específicas. Com base nestas condições, os países e os seus parceiros de desenvolvimento podem desenvolver estratégias tanto para atingir os objectivos como para medir os progressos feitos em direcção a estes.

A saúde sexual e reprodutiva, já reconhecida como fundamental para os indivíduos, os casais e as famílias, é agora vista como essencial para atingir os ODM e para o desenvolvimento das comunidades e das nações. Embora os líderes mundiais tenham resolvido assegurar o acesso universal à informação e a serviços de saúde reprodutiva até 2015, os desafios mantêm uma enorme dimensão. O mau estado de saúde com origem na sexualidade e na reprodução permanece uma importante causa evitável de morte, incapacidade e sofrimento, particularmente entre as mulheres no mundo em desenvolvimento. Para muitas destas mulheres, a gravidez e o parto são situações de risco. A pobreza, a falta de educação, o baixo estatuto social e a falta de acesso a serbiços de saúde materna de boa qualidade podem significar que cada ano vários milhões de mulheres sofrem de incapacidade resultante de doenças hipertensivas, hemorragia ou outras complicações da gravidez, e mais de meio milhão (536 000) morre por complicações na gravidez e no parto. À excepção de 1%, todas estas mortes

ocorrem nos países em desenvolvimento, e quase todas são evitáveis. A deficiente saúde materna contribui para a morte de recém-nascidos. Em cada ano, 3 milhões de crianças são nados-mortos, e 3,7 milhões de recém-nascidos morrem no primeiro mês de vida (WHO, 2008).

Embora os benefícios do planeamento familiar sejam bem conhecidos, pelo menos 120 milhões de casais não usam qualquer forma de contracepção, mesmo quando querem espaçar as gravidezes ou limitar o tamanho das suas famílias, enquanto os casais com acesso à contracepção podem não ter acesso a um método seguro e eficaz que satisfaça as suas necessidades. Como resultado, cerca de 40% das gravidezes não são planeadas e cerca de 42 milhões de mulheres recorrem ao aborto provocado, colocando muitas delas a sua saúde e as suas vidas em risco por as suas gravidezes serem interrompidas por pessoas sem qualificações em circunstâncias inseguras e, talvez, ilegais (WHO, 2008).

Os adolescentes, especialmente do sexo feminino, encontram-se particularmente vulneráveis a problemas de saúde sexual e reprodutiva. A falta de conhecimentos, a incapacidade de negociar a (não) relação sexual ou o sexo seguro, e a imposição cultural do casamento numa idade precoce, combinam-se para produzir uma elevada incidência, entre os adolescentes, de coerção sexual, IST e baixo recurso à contracepção e consequentes gravidezes, sendo 4 em 10 abortos inseguros efectuados por jovens entre os 15 e os 24 anos (WHO, 2008).

Perante a actual situação, as principais áreas da saúde reprodutiva que necessitam de melhoria são:

- Cuidados pré-natais, parto, pós-parto e cuidados aos recém-nascidos.
- Fornecimento de serviços de planeamento familiar e infertilidade de boa qualidade.
- Eliminação do aborto não seguro.
- Prevenção e tratamento das IST, incluindo o VIH/SIDA, e outras infecções do aparelho reprodutor e doenças ginecológicas.
- Promoção da saúde sexual e direitos reprodutivos.

3.3. Planeamento Familiar: Conceito e Objectivos

Em 1798 Thomas Malthus declarou no seu livro "Ensaio sobre o Princípio da População" que, se a população continuasse a aumentar como até então, os produtos não chegariam para alimentar o homem pois, enquanto a população crescia em progressão geométrica, os recursos alimentares aumentavam apenas em progressão aritmética. Foi com este receio que Malthus apelou ao controlo dos nascimentos, não falando em contracepção, mas propondo o celibato e o casamento tardio. Tratava-se de uma preocupação demográfica à qual se vieram juntar, no século XIX, um conjunto de factores sociais, tais como o desenvolvimento da sociedade industrial, a entrada da mulher para o mundo do trabalho e o avanço do conhecimento médico, aumentando a esperança de vida, que vão ao encontro dos desejos e das necessidades individuais. O movimento neo-malthusiano estendeu-se pela Europa e EUA, criando-se organizações para lutar por este ideal. Defendiam a diminuição da natalidade, devendo os filhos ser desejados em função dos recursos económicos, reduzindo desta forma a miséria das classes trabalhadoras. Entre os primeiros defensores do controlo da natalidade, muitos deles – Jeremy Bentham, Francis Place, Richard Carlile, Robert Dale Owen e George e Charles Drysdale - argumentavam que a resposta aos problemas populacionais residia no uso de métodos contraceptivos (McLaren, [1990] 1997).

A expressão "planeamento familiar" surgiu na década de 1930, vindo substituir a que estava então em moda "controlo da natalidade". Este termo é claro e pelo menos dois significados usuais podem ser distinguidos: um controlo "individual" dos nascimentos e um "nacional". Ao primeiro faz-se geralmente corresponder a ideia de profilaxia ou simplesmente a deliberada separação do sexo e da reprodução pela utilização de contraceptivos. O segundo pode ser expresso em termos de "espaçamento dos nascimentos", ou de uma preocupação relativa ao crescimento populacional nacional, e relacionada com esforços de desenvolvimento. O conceito demográfico de "controlo da população" ou, mais correctamente, "controlo do crescimento populacional", é encarado pelos que o advogam como um pré-requisito nos esforços de combate ao subdesenvolvimento. Uma ideia comum no debate relativo ao planeamento familiar é

que quanto menor a família, maior quota da partilha caberá a cada um dos membros da família, mas esta não se aplica a todas as situações. O planeamento familiar será, portanto, implementado de acordo com as necessidades das pessoas primariamente envolvidas, ou seja, da família (Bondestam e Bergstrom, 1980).

Foi apenas na segunda metade do século XX que a saúde e o bem-estar passaram a ser considerados direitos do indivíduo, aceitando-se que um excessivo número de filhos poderia ser prejudicial à saúde tanto da mãe como dos recém-nascidos, o que resultou na afirmação da necessidade de espaçamento entre as várias gravidezes. Sendo cada vez maior o número de casais que desejam ter menos filhos, o que provavelmente se relaciona com as condições de vida actuais, os métodos contraceptivos permitem a realização do seu desejo, isto é, planear o nascimento dos seus filhos e ter o número desejado quando assim o entenderem.

Em 1952 foi fundada, na conferência de Bombaim, a Federação Internacional do Planeamento Familiar (IPPF). Embora um ano depois esta tivesse proclamado que "o conhecimento do planeamento familiar é um direito humano fundamental", só em 1966 este direito veio a ter reconhecimento oficial na Assembleia-Geral das Nações Unidas.

O planeamento familiar foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como "uma certa maneira de pensar e de viver, aceite voluntariamente pelos indivíduos e pelos casais, com conhecimento das atitudes e decisões tomadas, a fim de promover a saúde e o bem-estar do grupo familiar" (Moita, 1997, p. 17).

Nesta definição fala-se em "aceitação voluntária", acentuando-se bem que o planeamento familiar nunca deve ser imposto, ficando ao critério do casal a sua aceitação ou rejeição. Este aspecto prende-se com a noção de "consentimento informado", que significa que um cliente compreende o procedimento médico proposto e as outras opções, e que aceitou receber o cuidado proposto.

O planeamento familiar constitui um dos investimentos mais eficazes para ajudar a assegurar a saúde e o bem-estar das mulheres, crianças e comunidades, sendo um

componente essencial dos serviços de saúde reprodutiva com qualidade. Além de salvar vidas, o planeamento familiar reduz a fecundidade e pode ajudar a aliviar as pressões que o rápido aumento populacional coloca nos recursos económicos, sociais e naturais, dificultando o crescimento económico e tornando mais difícil obter melhorias na educação, na saúde e na qualidade ambiental. Apesar de todos estes benefícios, há grupos populacionais com acesso limitado a recursos de planeamento familiar.

Os grupos especiais que têm um acesso inadequado a informação e serviços de planeamento familiar são os adolescentes (muitos dos quais não estão preparados para a actividade sexual, para a maternidade/paternidade, e para a vida familiar), os não casados, os homens, as mulheres que pretendem adiar as suas primeiras gravidezes, as populações deslocadas, os deficientes e os pobres (especialmente os que vivem em zonas rurais, isolados dos serviços de saúde eficientes devido à distância, custo dos transportes e conhecimento inadequado das opções disponíveis). Muitos programas de planeamento familiar centram-se principalmente nas mulheres casadas com filhos mas, para que bons serviços de saúde reprodutiva se tornem mais generalizados, devem ser desenvolvidos novos modelos para chegar aos grupos que estão menos envolvidos (WHO, 1997).

Embora o planeamento familiar seja muitas vezes considerado como sinónimo de "anticoncepção" ou de "contracepção", ele ultrapassa esse domínio, sendo actualmente considerado uma forma racional e saudável de espaçar os nascimentos, abrangendo áreas como a infertilidade e a sexualidade. O planeamento familiar é um conceito de saúde, individual, e parte integrante do processo de desenvolvimento dos povos.

De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (2008), os objectivos do planeamento familiar são os seguintes:

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura.
- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal.
- Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis.

- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil.
- Reduzir a incidência das IST e as suas consequências, nomeadamente a infertilidade.
- Melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.

Para prosseguir estes fins, as actividades a desenvolver nos serviços de planeamento familiar são estipuladas como sendo as seguintes:

- Esclarecer sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade.
- Informar sobre os benefícios do espaçamento adequado das gravidezes.
- Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada.
- Informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução.
- Facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos.
- Proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido.
- Fornecer, gratuitamente, os contraceptivos.
- Reconhecer e orientar os indivíduos/casais com dificuldades sexuais.
- Prestar cuidados pré-concepcionais tendo em vista a redução do risco numa futura gravidez.
- Identificar e orientar os casais com problemas de infertilidade.
- Efectuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das IST.
- Efectuar o rastreio do cancro do colo do útero e da mama, quando estes não se encontrem organizados de forma autónoma.
- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis.

Na consulta de planeamento familiar, a decisão do método a ser utilizado é pessoal – cada pessoa ou cada casal escolhe o método contraceptivo que entender ser mais adequado para si, pelo que vigora o princípio da "escolha informada". Os serviços só podem recusar a utilização de um determinado método contraceptivo com base em razões de ordem médica, devidamente fundamentadas.

O planeamento familiar, o uso de métodos de regulação da fecundidade e a aceitação ou recusa de uma eventual gravidez estão ligados a modelos sociais e culturais. Para se chegar a uma compreensão real do fenómeno, as atitudes das pessoas não devem ser deduzidas apenas das opiniões individuais, uma vez que as diferentes motivações dos homens e das mulheres têm origem na sua experiência social. Neste sentido, a motivação para o planeamento familiar deve ser procurada dentro das estruturas sociais e culturais onde as pessoas estão inseridas. No caso de um país ou um grupo social possuir uma organização social tradicional, onde uma família alargada constitui um recurso económico significativo, as pessoas não aceitarão reduzir o tamanho das suas famílias. Nessa situação não é, geralmente, suficiente disseminar práticas contraceptivas e instruir os indivíduos sobre a importância do seu uso; é, sim, necessário tentar mudar a realidade social, modificando então a base social para acções individuais (WHO e BLAT, 1987).

3.4. A Contracepção

Entende-se por contracepção a prevenção intencional da gravidez através da utilização de métodos contraceptivos, sendo o planeamento familiar um dos recursos habitualmente utilizados por quem quer fazer alguma forma de contracepção (Nodin, 2002).

3.4.1. A Contracepção ao Longo da História

Na grande maioria das sociedades humanas é reconhecida a relação entre a sexualidade e a reprodução. Este reconhecimento levou a que sempre se procurassem utilizar diferentes métodos que, com graus variáveis de eficácia, pudessem ter algum efeito ao nível do controlo da natalidade.

Nos tempos primitivos, uma taxa de mortalidade natural elevada e aumentada pelo aborto, pelo infanticídio e, por vezes, pelo sacrifício humano, controlavam

habitualmente o volume da população. No entanto, o conceito de prevenção da gravidez existia na maioria dessas sociedades, tendo por base medidas como o coito pré-puberal, o prolongamento da lactação, o matrimónio tardio, o celibato, o coito interrompido ou diversos substitutos da relação sexual natural. Também recorriam com frequência aos ritos dos curandeiros nas suas dietas, amuletos ou poções mágicas (Fathalla, Rosenfield e Indriso, 1992).

Documentos antigos testemunham a vontade de prevenir os nascimentos não desejados mediante o recurso a substâncias abortivas e a diversos cremes vaginais. O Antigo Testamento da Bíblia também refere a prática contraceptiva do coito interrompido. Este método constitui provavelmente o mais antigo e efectivo dos utilizados para o controlo da natalidade, praticando-se ainda actualmente, inclusivamente em muitos países desenvolvidos.

Na primeira metade do século II, Sorano de Éfeso (98-138), médico grego que viveu em Roma, escreveu um tratado sobre Ginecologia onde fazia referências à contracepção (Soranus e Temkin, [1956] 1991). Aqui, ele revelava o conhecimento da existência de um período fértil, e fazia uma clara distinção entre contraceptivos e abortivos, mencionando as indicações e contra-indicações da prática de um aborto e descrevendo um grande número de técnicas profilácticas, entre as quais figuravam os tamponamentos vaginais e a utilização de soluções adstringentes ou de frutos ácidos. Posteriormente, os romanos contribuíram para o desenvolvimento dos contraceptivos mediante a utilização de bexigas de cabra como preservativos.

A planta chamada *silphium*, já extinta mas que costumava crescer na costa sirénica do Norte de África, era usada pelas mulheres gregas e romenas para o controlo dos nascimentos. Era a "pílula" do mundo antigo (Riddle, 1994). Enquanto esta planta foi colhida até à extinção, as plantas que com ela estão geneticamente relacionadas ainda existem e têm efeitos contraceptivos quando usadas em animais de laboratório.

As práticas contraceptivas estenderam-se à Europa através do Islão, cuja lei religiosa não condenava, naquela época, nem o controlo da natalidade nem o aborto, sempre que

este último se realizasse por motivos fundamentados e antes do quarto mês de gravidez.

Na Idade Média, embora os médicos europeus conhecessem provavelmente os métodos contraceptivos desenvolvidos por gregos, romanos e árabes; dado que tanto a ciência como a Medicina se encontravam dominadas pela Igreja Católica durante este período, a sua aplicação só se realizava em casos estritamente seleccionados. São Tomás de Aquino condenou a prática da contracepção considerando-a um vício contra a natureza, atitude que desempenhou um importante papel na determinação da conduta pessoal e atitude política em certos países maioritariamente católicos.

Só a partir do século XVIII é que se registou, em França, o início do recurso sistematizado ao controlo de nascimentos enquanto forma de limitar o tamanho da família. Entre 1880 e 1930, o seu uso generalizou-se na Europa e colónias europeias. Tal sucedeu, em parte, devido às necessidades sentidas no que respeita ao controlo da população e da salvaguarda da saúde dos indivíduos, principalmente das mulheres, uma vez que era sobre elas que recaía não só o facto biológico da gravidez, mas também a responsabilidade de cuidar dos filhos. Também no século XVIII o preservativo feito com tripa de animal passou a ser conhecido, sendo utilizado não só como forma de evitar o contágio por IST, mas também como método contraceptivo. No século XIX, o revolucionário processo de vulcanização da borracha permitiu o fabrico em série de produtos mais fiáveis e económicos, incluindo os preservativos. Em 1838, o médico alemão F. Wilde inventou uma capa cervical em borracha destinada a cobrir completamente o orifício do colo uterino. Em 1882 surgiu o diafragma da autoria de outro ginecologista alemão, Wilhelm Mensinga (Gonzalès, 1996).

No início do século XX a necessidade da utilização de contracepção passou a ser, aparentemente, uma das principais preocupações da mulher, que pretendia reduzir o tamanho da sua família como forma de salvaguardar a saúde e bem-estar, tanto dela como dos seus. Os duches vaginais tornaram-se moda, com a invenção de aparelhos astuciosos. O dispositivo intra-uterino (DIU) foi aperfeiçoado, mas só viria a ser verdadeiramente utilizado depois da II Guerra Mundial, concorrendo com o método preconizado pelos doutores Knaus (austríaco) e Ogino (japonês), autores das bases

científicas para a abstinência periódica.

Após a II Guerra Mundial, deu-se, no mundo ocidental, o *baby-boom* dos anos 1950. Gregory Pincus e John Rock desenvolveram a pílula contraceptiva, que começou a ser comercializada em 1959 (Gonzalès, 1996). Entretanto, o movimento feminista foi ganhando popularidade, culminando na revolução sexual dos anos 1970. Muitos autores se referiram, na altura, à "nova sexualidade" das mulheres, que desenvolviam esforços no sentido de se libertarem dos estereótipos femininos. As expectativas em relação às mulheres tinham a ver não só com os papéis de esposa, mãe e detentora de uma carreira profissional, como também se esperava que correspondessem aos requisitos dos parceiros em termos sexuais. Os contraceptivos orais favoreceram alterações sociais e culturais importantes, nomeadamente ao nível das relações de género e forma de encarar a sexualidade uma vez que deram, às mulheres, a possibilidade de controlarem, de uma forma eficaz, a sua fecundidade. Permitiram também a dissociação entre sexualidade e concepção. Deu-se então um decréscimo na utilização de métodos como o preservativo até que, nos anos 80, o surgimento do flagelo da SIDA levou a que este passasse a ser alvo de atenção e motivo de grande propaganda, com o fim de combater a propagação da doença.

A descoberta de métodos contraceptivos seguros e eficazes alterou de forma significativa a vida de muitas mulheres, ao reduzirem o risco de uma gravidez não desejada. No entanto, a gama completa de métodos contraceptivos continua inacessível para muitos casais em todo o mundo, muitos dos quais pretendem espaçar ou evitar novas gravidezes.

3.4.2. Métodos Contraceptivos

A contracepção envolve o uso de medicamentos, químicos, dispositivos, cirurgia ou um comportamento que controle a fecundidade entre pessoas heterossexuais sexualmente activas. Os vários métodos contraceptivos podem ser categorizados por modo de operação, por serem tradicionais ou modernos, e por serem dependentes do fornecedor ou do utilizador (Russel, Sobo e Thompson, 2000).

O "modo de operação" compreende as diferenças entre métodos hormonais, mecânicos ou cirúrgicos. Destes, as formas hormonais de contracepção são a nova tecnologia contraceptiva da segunda metade do século XX por excelência (Watkins, 1998, cit. por Russel et al., 2000). Além do leque de contraceptivos orais actualmente disponíveis inserem-se, no grupo dos métodos hormonais, a contracepção de emergência (conhecida por "pílula do dia seguinte"), injectáveis, implantes e o sistema transdérmico (adesivo). Os dispositivos mecânicos incluem os métodos de barreira como a capa cervical, o diafragma, o preservativo (masculino e feminino), os anéis e as esponjas vaginais. Os preservativos têm tido particular relevância ao longo das duas últimas décadas ao serem assumidos com os únicos métodos efectivos de protecção contra a infecção pelo VIH e outras IST. Os contraceptivos químicos como os cremes, geleias e óvulos, são usados frequentemente em conjunto com métodos de barreira, para aumentar a sua eficácia. Os DIU são também formas mecânicas de contracepção, mas diferem dos outros métodos de barreira, uma vez que requerem intervenção médica. Os métodos cirúrgicos englobam a vasectomia para o homem, e a laqueação tubária para as mulheres.

O termo "tradicional" refere-se a práticas como a abstinência, o sexo não-penetrativo, a amenorreia lactacional (prolongamento do aleitamento materno), os tabus sexuais pós-parto e o método do ritmo (calendário). Os preparados à base de plantas e outras "antigas" formas de contracepção também deveriam ser incluídos na categoria "tradicional". Alguns autores chamam a estes métodos "indígenas", opostos aos métodos "prescritos", métodos modernos obtidos em clínicas, serviços de planeamento familiar e outros locais (Russel et al., 2000).

Segue-se uma descrição geral dos métodos contraceptivos mais conhecidos e utilizados actualmente; no entanto, a sua disponibilidade é variável.

Coito interrompido (*Coitus interruptus*)

Este método consiste em retirar o pénis do interior da vagina antes da ejaculação. Implica um bom conhecimento do corpo e das suas reacções face à sexualidade. É um

método pouco seguro, pois os fluidos seminais produzidos antes da ejaculação, e que têm uma função lubrificante, já podem conter espermatozóides. A sua aceitabilidade é variável e, em certas camadas sociais menos diferenciadas ou sem qualquer informação sexual, pode mesmo ser boa, diminuindo à medida que a mulher ou o casal passam a ter a noção das suas falhas e quando começam a surgir disfunções sexuais.

Método de Ogino-Knaus ou do calendário

Trata-se de um método de abstinência periódica ou "natural" que consiste na determinação do período fértil da mulher, implicando que sejam feitas algumas contas baseadas na duração dos ciclos menstruais. Desta forma, é possível saber qual a altura do ciclo em que é menos aconselhável ter relações sexuais por haver o risco de ocorrer uma gravidez. Na prática, o método revela-se muito falível, dado que podem ocorrer alterações substanciais no ciclo, e portanto no momento em que ocorre a ovulação, causadas por factores como o clima, o ambiente, o estado emocional ou problemas de saúde.

Método das temperaturas

Este método de abstinência periódica ou "natural" tem por objectivo localizar a data da ovulação com base na alteração da temperatura basal. As relações sexuais podem ter lugar a partir do terceiro dia do *plateau* térmico. Apesar de se tratar de um método inócuo, o facto de exigir uma avaliação diária da temperatura antes do início de qualquer actividade, bem como o facto de as relações serem permitidas apenas durante um período de pouco mais de uma semana em cada ciclo, tornam-no pouco aceitável. Além disso, podem ocorrer alterações da temperatura por diversos motivos.

Método de Billings ou do muco

Método de abstinência periódica ou "natural" que se baseia na observação das alterações ocorridas ao longo do ciclo da mulher, em termos de aspecto e consistência do muco cervical, produzido a nível do colo do útero. Os vários métodos de abstinência

periódica tornam-se mais eficazes quando usados conjuntamente.

Espermicidas

Os espermicidas são produtos químicos existentes sob a forma de espuma, creme, gel, cones ou supositórios, que se introduzem na vagina antes das relações sexuais. O seu objectivo é a destruição ou a imobilização dos espermatozóides, impedindo-os de alcançar o óvulo. Trata-se de um método de barreira que tem um grau de eficácia relativamente baixo quando usado isoladamente, devendo ser associado a um outro, como o preservativo ou o diafragma, para maior segurança.

Preservativo masculino

Método contraceptivo de barreira, que consiste na retenção do esperma num preservativo, impedindo desta forma a passagem dos espermatozóides para o interior da vagina. Normalmente a aceitabilidade é pior nos homens do que nas mulheres. Nos últimos tempos, a grande divulgação do preservativo como meio de prevenção do VIH/SIDA e de outras IST tem incrementado o seu uso e melhorado a sua aceitabilidade.

Preservativo feminino

Método de barreira que consiste numa espécie de "saco" feito de poliuretano que é colocado no interior da vagina, adaptando-se à sua parede. Confere protecção em relação às IST, e constitui uma alternativa ao preservativo masculino. A sua utilização implica uma certa prática, pode tornar-se desconfortável, e exige manuseamento dos órgãos genitais, o que não favorece a sua aceitação por parte das mulheres.

Diafragma

Método de barreira que consiste numa meia esfera de borracha, tendo por finalidade impedir que os espermatozóides penetrem no útero. Usado isoladamente, a sua eficácia

é relativamente baixa, pelo que se lhe deve associar um espermicida. A técnica de aplicação do diafragma exige que a mulher tenha um bom conhecimento da sua anatomia e se sinta à vontade na relação com o seu corpo.

Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

O DIU, ou "aparelho", como é vulgarmente conhecido, consiste num dispositivo de pequenas dimensões, que pode ter diversas composições e formatos (em T; espiral, etc.), sendo inserido dentro do útero da mulher. Evita a gravidez de diversas formas: pode criar um ambiente químico desfavorável à fecundação e também impedir a fixação do óvulo fecundado no endométrio. É um método muito eficaz, reversível e de longa duração. Exige ser colocado por um profissional familiarizado com a prática, e que seja feito um controlo regular para verificar o seu posicionamento correcto. É necessário respeitar as contra-indicações e evitar as complicações. A sua aceitabilidade é variável.

Contracepção hormonal oral (CO)

Trata-se de um método contraceptivo hormonal vulgarmente conhecido por "pílula", que consiste na ingestão regular de comprimidos contendo hormonas sintéticas semelhantes às que são produzidas pelo ovário da mulher, as quais impedem a ovulação. Podem ser combinadas (contendo estrogénios e progestagénios, e de utilização mais frequente), ou progestativas (contendo só progestagénios, sendo estas as aconselháveis no período da amamentação). Trata-se de um método com elevada eficácia contraceptiva, reversível e que não interfere com a relação sexual. A vigilância médica das suas utilizadoras é importante, pois possui contra-indicações que devem ser respeitadas. A sua aceitabilidade é significativa, apesar da controvérsia de que tem sido alvo desde que surgiu.

Adesivo contraceptivo

Trata-se de um contraceptivo hormonal semanal que contém duas hormonas, o estrogénio e o progestagénio, as quais são libertadas através da pele para a corrente

sanguínea e actuam de forma idêntica à da pílula combinada. O adesivo é colado na pele e pode ser usado em várias áreas do corpo. A sua eficácia é elevada. Tem vantagens em relação à pílula, como a atenuação dos efeitos gástricos e o facto de ser menos susceptível a esquecimentos. Há mulheres que o rejeitam por receio de ser visto, por poder descolar, e por poder provocar alergias cutâneas.

Anel vaginal

Trata-se de um anel suave e flexível de aplicação mensal, que contém dois tipos de hormonas, um estrogénio e um progestagénio, as quais são absorvidas através das paredes da vagina, entrando na corrente sanguínea. Além de impedir a ovulação, também altera o muco cervical, tornando-o mais espesso. Devido à sua regular, constante e baixa libertação de hormonas, provoca menos desequilíbrios hormonais, em comparação com a pílula. Tem uma eficácia de 96-98%. Como não obriga a uma toma diária, é uma vantagem para as mulheres que se esquecem com frequência de tomar os comprimidos. O facto de ser necessário o contacto com os órgãos genitais e o receio da sua expulsão acidental são por vezes motivos de rejeição do método.

Contracepção de emergência

Este método contraceptivo tem como objectivo evitar uma gravidez já depois de ter ocorrido uma relação sexual. Pode ser efectuada através da inserção de um DIU até 5 dias após a relação sexual ou então, na sua forma mais comum, através da ingestão de uma certa quantidade de pílulas contendo hormonas, num prazo máximo de 72 horas após o coito. É a chamada “pílula do dia seguinte”. Trata-se de um recurso importante para a mulher que, não desejando engravidar, teve uma relação sexual não protegida ou um acidente contraceptivo. Não é um método contraceptivo de uso regular, mas sim de recurso.

Injecção contraceptiva

Trata-se de um método contraceptivo hormonal injectável reversível, composto por uma

hormona sintética semelhante à progesterona, que actua evitando a ovulação, entre outros efeitos. A mais comum deve ser repetida a cada doze semanas. É um método de grande eficácia e bem aceite por mulheres que têm dificuldades em recordar-se de tomar a pílula, ou que não queiram ou não possam utilizar outros métodos. Alguns efeitos secundários, como as irregularidades do ciclo menstrual (sendo frequente a amenorreia prolongada) e um atraso, por vezes de muitos meses, no retorno aos níveis anteriores de fertilidade, levam por vezes ao abandono ou à recusa do método.

Implante contraceptivo

Trata-se de um método contraceptivo hormonal reversível que consiste num ou vários bastonetes de pequena dimensão contendo uma substância hormonal que se vai libertando de forma contínua, depois da sua inserção sob a pele do braço. O seu efeito consiste na inibição da ovulação, e tem um grau de eficácia muito elevado. Tem uma duração variável, dependendo do tipo de implante. A sua aceitabilidade é maior por parte das mulheres que pretendem um método prático, eficaz e de longa duração, estando o seu abandono ou recusa essencialmente ligados à não aceitação das irregularidades do ciclo menstrual que surgem com frequência. Também podem surgir outros efeitos secundários, como cefaleias, alterações no peso e acne.

Contracepção cirúrgica (Esterilização)

São métodos contraceptivos irreversíveis: laqueação tubária ou de trompas no caso da mulher, e vasectomia, no caso do homem. São indicados para quem não deseja ter mais filhos, quer por motivações pessoais quer por problemas de saúde. A sua não aceitabilidade encontra-se muitas vezes ligada a factores psicológicos por receio de alteração da virilidade ou mesmo de impotência, no caso do homem, e de diminuição do desejo sexual ou da feminilidade, no caso da mulher.

3.4.3. Práticas e Padrões Contraceptivos

Ao estudar-se o comportamento humano face à contracepção verifica-se que existe uma

forte resistência à programação dos nascimentos, mesmo nos indivíduos que têm o hábito de organizar preventivamente os actos da sua própria vida. A observação das numerosas falhas da contracepção, aparentemente inexplicáveis, leva a admitir-se que existem fenómenos conscientes e/ou inconscientes que podem determinar diversos tipos de comportamento, quer em termos de desejo quer de recusa de uma gravidez. Os factores conscientes e racionais que determinam a dimensão da família podem classificar-se em dois grupos: factores sociológicos ou socioeconómicos, e factores psicológicos (Pasini, 1974, cit. por Oliveira, 1987).

A integração da mulher no mercado de trabalho e a sua emancipação económica têm influenciado negativamente o aumento do agregado familiar, pelas dificuldades que os casais sentem em poder dar a atenção necessária à educação e acompanhamento dos filhos. Por outro lado, a necessidade de aumentar os proventos familiares, quer através de subsídios estatais, quer através do trabalho dos jovens, pode levar os casais a tentarem aumentar o número de descendentes. No mesmo sentido, pode jogar a necessidade de apoio previsto pelos pais para quando atingirem a terceira idade.

Em termos demográficos, existem variações consoante o grau de desenvolvimento do país. Em regra, os países menos desenvolvidos possuem taxas de fecundidade e de natalidade superiores às dos países mais desenvolvidos. A procura de um número de filhos desejável em áreas de elevada mortalidade infantil tem levado os casais a atingirem muitas vezes um número de filhos que ultrapassa o eventualmente previsto.

A dimensão da família também é determinada por factores psicológicos, nomeadamente o grau de harmonia conjugal, a vivência dos próprios pais enquanto crianças e o sentimento de segurança quanto ao futuro, que está ligado à situação social e política do país, entre outros.

Os factores inconscientes e simbólicos são igualmente importantes, uma vez que a contracepção tem essencialmente a ver com o comportamento humano, onde a sexualidade e a maternidade, carregados de afectividade e emoção, desempenham um papel muito importante.

Os seres humanos procuram, entre outros meios, afirmar a sua potência e capacidade reprodutora gerando filhos. Não ter filhos ou ter apenas um filho pode ser encarado, em determinadas sociedades ou meios culturais, como sinal de fraqueza ou mesmo de impotência masculina. Também é comum, em muitas sociedades, vangloriar a mãe que pariu um número elevado de filhos, fazendo dessa forma prova de robustez e capacidade reprodutora.

Em todas as sociedades, a reprodução encontra-se impregnada de significado social e cultural. A identidade social do adulto está inevitavelmente ligada aos assuntos do casamento e paternidade/maternidade, e estes interagem com as fases do ciclo de vida da mulher em termos da sua experiência social, incluindo o seu poder social. Existem resultados negativos para a mulher em termos da sua reprodução, como é o caso de um mau estado de saúde devido a partos sucessivos e de um risco acrescido de morte para as multíparas. No entanto, a maternidade tem sempre um valor cultural e social, e pode constituir o principal modo de identidade ou estatuto social nalgumas comunidades. As mulheres podem ter muitas necessidades não satisfeitas no que respeita à reprodução, mas também podem estar preocupadas com a saúde reprodutiva e a saúde dos filhos que estão a criar, ou com a limitação do tamanho da família. Nalgumas sociedades, as mudanças associadas ao mundo moderno corroeram as práticas tradicionais que permitiam o espaçamento dos nascimentos (Robinson, 2001).

A influência cultural e a vivência num clima de religiosidade levam a que o acto sexual seja encarado, nalgumas sociedades, como o meio de se alcançar um filho e o prazer sexual como algo de secundário e vergonhoso, talvez mesmo um "pecado".

A contracepção está ainda de tal forma ligada a uma noção de castração que é frequente nos nossos dias, e no mundo ocidental, a mulher confundir uma laqueação tubária com a remoção cirúrgica dos ovários. A pílula, para outras mulheres, também pode simbolizar uma castração porque "paralisa" o funcionamento dos ovários.

Da menarca à menopausa, as mulheres têm de tomar decisões respeitantes à sua

fecundidade, incluindo como, quando e se a regularão. Elas podem abster-se da relação sexual, envolver-se numa relação e correrem o risco de engravidar, ou envolver-se numa relação e evitarem a gravidez recorrendo à contracepção. Tomar uma decisão deste tipo é mais do que seleccionar entre alternativas atraentes; são necessárias estratégias e compromissos que satisfaçam necessidades pessoais, sociais, culturais e interpessoais, influenciadas por restrições, oportunidades, normas e valores (Hawkins et al., 1995).

Antes de se decidir pelo recurso à contracepção, uma mulher deve ver-se a ela própria como sexualmente activa e correndo o risco de engravidar. Essa decisão pode ser influenciada por muitos factores, como a idade, os padrões familiares de cuidados de saúde, o aconselhamento feito por profissionais de saúde, os antecedentes culturais, o estatuto socioeconómico, a localização do controlo, o conhecimento de riscos da gravidez, a disponibilidade de contracepção, a atitude face a situações de risco e o relacionamento com o parceiro (Winter, 1988, cit. por Hawkins et al., 1995).

Os modelos de decisão pressupõem que as escolhas dos indivíduos são determinadas por crenças sobre as suas consequências e percepções sobre as suas vantagens e desvantagens. Embora tentem fazer as melhores escolhas possíveis, isso pode ser dificultado pela complexidade da situação, por crenças e motivos conflituantes, por falta de informação, por constrangimentos sociais e conflitos intra-psíquicos (Adler, 1979, cit. por Hawkins et al., 1995). Ao tomarem a decisão, os seus valores e percepções de resultados prováveis são válidos, mesmo que não sejam objectivos ou consistentes com valores culturais. Por isso, alguns investigadores acreditam que a decisão de não usar contraceptivos pode ser tomada mesmo quando a gravidez não é desejada. De facto, ela pode basear-se num modelo de decisão segundo o qual uma mulher decide que os benefícios associados ao não uso de contraceptivos se sobrepõem aos riscos associados à gravidez (Luker, 1978, cit. por Hawkins et al., 1995).

Algumas mulheres controlam a sua fecundidade sem a assistência de profissionais de saúde, não sentindo necessidade de serviços educacionais ou de métodos prescritos. Atitudes favoráveis em relação aos métodos contraceptivos são pré-requisitos para a sua utilização e para procurarem assistência junto de um técnico quando uma mulher

acredita precisar desse contributo para escolher um método ou para ter acesso a um método prescrito (Silverman et al., 1987, cit. por Hawkins et al., 1995). Outras mulheres procuram um técnico de saúde, obtêm um método contraceptivo, e nunca mais voltam. Se a prescrição expira ou o método necessita de substituição, elas podem interrompê-lo em vez de voltarem junto do técnico de saúde. Outras mulheres ainda mudam de um profissional de saúde para outro por diversas razões. Para ajudarem as mulheres a manterem a utilização de contraceptivos ao longo do tempo, os profissionais que prestam cuidados nos serviços de planeamento familiar deverão promover a qualidade na interacção com os seus utentes.

As posições tomadas por membros da família e amigos podem afectar as decisões das mulheres. Algumas sentem que os membros da família, os amigos ou a sociedade em geral desaprovariam o recurso à contracepção, pelo que poderão estar menos predispostas a fazê-lo (Hawkins et al., 1995).

Alguns estudos, como o da autoria de Kimuna e Adamchak (2001), mostram que factores como a educação quer do homem quer da mulher, a discussão entre o casal sobre aspectos ligados à fecundidade e ao planeamento familiar, a aprovação do uso de contraceptivos e o tamanho desejado da família constituem factores importantes que influenciam o recurso ao planeamento familiar.

As experiências passadas em termos de contracepção podem determinar quais os métodos considerados pela mulher. O mesmo pode acontecer com as anteriores experiências de membros da família e amigos. Efeitos secundários atribuídos a métodos anteriores podem afectar a escolha do método contraceptivo por parte da mulher, bem como o grau de interferência de tais métodos com a sua auto-imagem, expressão sexual ou estilo de vida (Hawkins et al., 1995).

Não existe, actualmente, um método contraceptivo perfeito. Nenhum consegue responder a todas as necessidades, porque para ser ideal deveria ser totalmente inofensivo e de tal forma prático que pudesse ser aceite por qualquer pessoa. Na escolha de um método devem ser apreciados os seguintes parâmetros: a eficácia, a inocuidade, a

aceitabilidade e a reversibilidade (Oliveira, 1987)

Quanto à eficácia, ela é habitualmente determinada recorrendo-se ao índice de Pearl, que traduz o número de falhas de um determinado método contraceptivo em função do número de ciclos de exposição, exprimindo-se em percentagem de "ano-mulher".

$$\text{Índice de Pearl} = \frac{\text{Nº gravidezes acidentais x 1200}}{\text{Nº total de ciclos de exposição}}$$

No que diz respeito à inocuidade de um método contraceptivo, esta deve ser considerada a nível da utente, a curto e longo prazo, ou ainda dos descendentes, se ocorrer uma gravidez desejada posterior ao emprego do método, ou em caso de gravidez acidental (Oliveira, 1987).

O método "ideal" seria, segundo Fathalla et al. (1992), aquele que reunisse as seguintes características: eficácia, baixo custo económico, reversibilidade, sem relação com o coito, sem efeitos secundários e que só requeresse uma mínima intervenção médica. Infelizmente esse método não existe, mas sim toda uma série de métodos, cada um dos quais possuindo alguma ou algumas destas características. O utilizador deverá avaliar as vantagens e desvantagens de cada um, e eleger o mais adequado às suas necessidades e estilo de vida.

3.5. A Infertilidade

A fertilidade, definida como "a capacidade biológica de procriar" (Nazareth, 2000, p. 164), é uma preocupação humana universal, bem como a angústia relativa à infertilidade, qualquer que seja a sua causa. Daí uma grande preocupação médica nas nossas sociedades tem sido a tentativa de estimular a fertilidade, o que é tecnicamente mais difícil do que reduzi-la.

A fertilidade humana está associada, na mente de muitos povos, à fertilidade dos solos ou do gado, sendo ambos assuntos de interesse religioso. Esta tendência, que se encontrava aparentemente presente na mente do homem primitivo, é encontrada nos rituais de muitas sociedades. Os antepassados e os deuses da sociedade primitiva são a sua herança peculiar. Uma sociedade específica é responsável pela preservação e perpetuação da sua herança, e pelos bens e valores que se lhes associam. O sentido de responsabilidade mútua pelo bem-estar dos outros membros de uma comunidade espiritual e a competição intensificada com outras sociedades levam à manutenção de um elevado nível de fecundidade (Lorimer, [1958] 1969).

No passado, e actualmente em certos países em desenvolvimento, tem sido atribuído grande valor a famílias numerosas. Em comunidades cuja organização social e económica é baseada na agricultura e numa estrutura patriarcal, esta atitude traduz um retorno económico real. O filho tem uma função económica, contribuindo para o bem-estar da família trabalhando como um operário a baixo custo. Ele funciona como o símbolo da continuidade da família, garantindo o apoio e o sustento dos seus pais ao atingirem uma idade avançada. As necessidades individuais e as necessidades do grupo social são coincidentes: homem e mulher casam para ter filhos, as mulheres são definidas exclusivamente pela sua função reprodutora, e ter filhos é para eles um dever social (WHO e BLAT, 1987). Em muitas sociedades tradicionais a procriação reveste-se, portanto, de especial importância:

> A procriação de filhos é uma das principais finalidades do casamento (…). O critério da fecundidade é um aspecto crucial do parentesco. Em numerosos casos, a mulher não é considerada como tal enquanto não der à luz (…). As sociedades tradicionais consideram a esterilidade como uma deficiência muito grave, cabendo a responsabilidade geralmente às mulheres. (Ghasarian, [1996] 1999, pp. 107-108)

A infertilidade coloca em falência a perpetuação da linhagem, da família, e ameaça a coesão social. Sendo a ausência de descendência certamente sinal de uma disfunção pessoal, também revela uma desordem cósmica potencial imputável aos humanos (Reveyrand-Coulon, 1993).

A infertilidade é definida por Nodin (2002) como a "incapacidade temporária ou permanente em conceber um filho e em levar a termo uma gravidez até ao parto" (p. 150). Pode ter origem na mulher, no homem, ou em ambos. Calcula-se que cerca de 20% da população total tenha algum tipo de infertilidade, podendo esta taxa ser mais elevada nos países menos desenvolvidos, devido à existência de doenças com consequências negativas ao nível do aparelho reprodutor e à falta de recursos na área da saúde que possam controlar estes problemas. Quanto à esterilidade, é considerada a "incapacidade total e permanente masculina ou feminina para procriar" (Nodin, 2002, p. 93).

A esterilidade é vivida, pelas mulheres de todo o mundo, como um verdadeiro drama. Em determinados meios, uma mulher estéril é frequentemente marginalizada e vista como uma pessoa não realizada pessoalmente e socialmente incompleta. Em muitas sociedades tradicionais, a culpa da infertilidade é geralmente atribuída à mulher. Por exemplo, entre os Tamil de Batticaloa, no Sri Lanka, tal como em toda a região cultural da Ásia do Sul em geral, a infertilidade é originalmente atribuída a um problema com a mulher. Para além disso, pode dever-se a alguma intervenção sobrenatural, mas raramente a potência do marido é questionada (McGilvray, 1994). Nas situações em que a infertilidade masculina é tida em consideração, a referência ao caso é mais encoberta e nunca atinge a intensidade culpabilizante que envolve geralmente a esterilidade feminina. Para muitos, a esterilidade é considerada como um motivo legítimo de divórcio (Bartoli, 1998). No entanto, tais definições sobre quem é responsável pela situação não são estáticas, sofrendo mudanças significativas com a ocidentalização, a migração, a urbanização e outros fenómenos sociais (Helman, 1990).

Muitas culturas incluem uma série de rituais ou ou precauções especiais para ajudar uma mulher a engravidar e a ter um parto seguro. Se uma mulher não consegue engravidar, entram geralmente em acção diversas explicações culturais para explicar a sua infertilidade, e para lidar com ela. A culpa é geralmente atribuída quer ao comportamento do indivíduo, quer a causas do mundo natural, quer à malevolência de outras pessoas, quer ainda a deuses ou forças sobrenaturais (Helman, 1990).

Os conceitos de fertilidade e infertilidade também estão parcialmente dependentes da forma como as pessoas concebem o funcionamento interno dos seus corpos, e o processo de concepção e nascimento. Em certas zonas rurais da Guatemala, há parteiras tradicionais que atribuem a infertilidade das mulheres a um "útero frio", que consequentemente não recebe o sémen, consistindo o tratamento no aquecimento do útero numa espécie de sauna e na administração de chás de ervas "quentes". No entanto, se a infertilidade for causada por Deus, a parteira não a pode curar (Cosminsky, 1994).

3.6. O Aborto

O aborto consiste na interrupção de uma gravidez antes do feto ter atingido a viabilidade, ou seja, antes de ser capaz de sobreviver fora do útero materno (Correia, 1987; Nodin, 2002).

As duas grandes categorias de abortos são o aborto espontâneo e o aborto induzido ou provocado. O aborto espontâneo é, de uma forma geral, aquele que ocorre involuntariamente. O aborto induzido ou provocado é aquele que é produzido voluntariamente com a intenção de interromper uma gravidez. Incluem-se, assim, neste grupo, o aborto terapêutico, em que a evolução da gravidez pode agravar uma doença coexistente da mulher ou impedir o seu tratamento; e o aborto eugénico, em que existe um risco ou uma certeza de anomalia ou doença do feto (Correia, 1987). Para além destas situações, o aborto pode ser realizado por diversos motivos, em muitos casos devido ao facto de a gravidez ter ocorrido por acidente e não existirem condições económicas ou emocionais para criar um filho.

A questão da interrupção da gravidez, apesar de antiga na história da humanidade, só começou a ser socialmente discutida a um nível mais alargado a partir do século XX. Anteriormente não se colocava de uma forma tão persistente devido à importância que assumia o facto de um casal ter muitos filhos, uma vez que esse era um motivo de orgulho e riqueza para a família. Neste sentido, na maior parte das vezes não era necessário recorrer ao aborto. Isso não impedia que surgissem situações de interrupção

da gravidez, muitas vezes através de meios violentos, como bater na barriga da mulher o que, além da morte do feto, provocava também com frequência a sua morte. O aborto não era, porém, penalizado pela lei por não se considerar estar a atentar contra uma vida em desenvolvimento, como actualmente alguns defendem. No entanto, uma interpretação da passagem da Bíblia que fala do castigo que deverá ser infligido a quem provoque um aborto levou a que a doutrina da Igreja tenha começado a condenar esta prática, condenação esta que foi depois assumida também em termos seculares e legais (Nodin, 2002).

Baseando-se em diversas fontes, Devereux (1960) efectuou um estudo exaustivo sobre este tema, analisando o conjunto de atitudes e de padrões de comportamento que podem ocorrer, em diversas sociedades, em relação ao aborto.

Actualmente, a frequência com que o aborto é praticado depende de vários factores, tais como a educação moral e religiosa, a opinião pública, as atitudes dos profissionais de saúde, a disponibilidade de pessoal e de serviços médicos, e a legislação existente a esse respeito (Fathalla et al., 1992).

O aborto constitui uma questão polémica, o que não impede que vários milhões de mulheres em todo o mundo procurem fazer a interrupção de gravidezes não desejadas. Nalguns casos, é a falta de informação e de acesso a métodos contraceptivos; noutros é a falha desses meios ou outras razões pessoais, sociais ou económicas que levam à interrupção voluntária da gravidez (IVG). De qualquer forma, esta tomada de decisão habitualmente não é fácil para a mulher ou para o casal devido aos sentimentos muitas vezes contraditórios que surgem e aos riscos que essa decisão implica.

O problema põe-se principalmente nas situações em que o aborto não é legal, de forma que acaba por haver uma procura de serviços clandestinos que, em muitos casos, não têm as melhores condições de higiene e de técnica, pondo em causa a saúde da mulher. Por isso, muitas mulheres que fazem abortos ilegais acabam nas urgências dos hospitais com problemas que exigem intervenções cirúrgicas e internamentos prolongados. Além disso, os riscos de complicações aumentam quando a interrupção da gravidez não é

efectuada dentro das primeiras doze semanas de gestação e, a partir daí, aumentam tanto mais quanto mais tarde for efectuada. Algumas das complicações de saúde que podem resultar de uma interrupção de gravidez realizada sem condições de segurança são a septicemia, a hemorragia, a perfuração do útero, os traumatismos genitais e abdominais e o envenenamento. Complicações secundárias, como a doença inflamatória pélvica, a infertilidade e mesmo a morte, também podem advir.

A OMS considera o aborto de risco um flagelo mundial caracterizado por falta ou inadequação de aptidões do prestador do serviço, técnicas perigosas e infra-estruturas sem condições de higiene e segurança (WHO, 1993, cit. por WHO, 1997). Segundo a mesma organização, quando o aborto é realizado por pessoal qualificado mediante técnicas correctas e boas condições de higiene, constitui um procedimento cirúrgico relativamente seguro.

A questão da gravidez na adolescência é considerada uma das situações mais preocupantes da actualidade, em especial nas zonas urbanas e nos países onde o aborto é ilegal e os serviços de planeamento familiar inadequados.

Considera-se que existe uma ligação entre o planeamento familiar e o aborto, mas não há consenso quanto à questão da inclusão do aborto no termo "planeamento familiar". Para alguns autores, nomeadamente Sundström (1993, cit. por Eriksson, 1999), este termo tem um âmbito mais restrito do que a "regulação da fecundidade"; para outros, o termo "planeamento familiar" tem um significado mais amplo, compreendendo métodos, serviços e programas para a "regulação da fecundidade". De acordo com o mesmo autor, os principais métodos de regulação incluem: o controlo social da sexualidade e da reprodução, a contracepção e o aborto. Algum apoio tem sido dado a esta posição, encontrando-se uma interpretação alargada do termo em alguns documentos.

A Conferência Internacional para a População e Desenvolvimento (ICPD), realizada em 1994 no Cairo, aprovou unanimemente proteger as mulheres das consequências do aborto:

> Em caso algum deve o aborto ser promovido como método de planeamento familiar. Todos os Governos e organizações intergovernamentais e não-governamentais relevantes são vivamente convidados a reforçar o seu compromisso com a saúde das mulheres, a tratarem as consequências médicas dos abortos praticados em condições de risco a saúde como um problema principal de saúde pública e a reduzirem o recurso ao aborto pela ampliação e a melhoria dos serviços de planeamento familiar. Deve dar-se sempre a mais alta prioridade à prevenção das gravidezes não desejadas e tudo deveria fazer-se para eliminar a necessidade de recorrer ao aborto. As mulheres que tenham gravidezes não desejadas devem ter fácil acesso a informação fiável e a aconselhamento compassivo. Quaisquer medidas ou mudanças relativas ao aborto dentro do sistema de saúde só podem ser determinadas ao nível nacional ou local em conformidade com o processo legislativo nacional. Nos casos em que o aborto não é ilegal deve ser praticado em boas condições de segurança. Em todos os casos, as mulheres deveriam ter acesso a serviços de qualidade para remediar as complicações resultantes de um aborto. Aconselhamento pós-aborto, educação e serviços de planeamento familiar deveriam ser prestados com prontidão, o que também ajudará a evitar a repetição de aborto. (Barata, 1996, pp. 414-415)

Ao longo do século XX diversos factores estiveram na base de reivindicações do direito à prática do aborto por parte das mulheres que não desejassem dar à luz, dos quais o mais influente foi o movimento feminista, que veio a exigir a liberalização desta prática. Tal aconteceu apenas em alguns países, enquanto outros mantiveram uma legislação mais conservadora.

3.7. Práticas Tradicionais de Regulação da Fecundidade

As diferentes interpretações da menstruação – como algo que é negativo, como uma "maldição" e como concepção falhada, ou como algo positivo, celebrado como um augúrio de fecundidade e parte do processo reprodutivo – sugere não apenas que diferentes percepções da menstruação podem ser mantidas dentro de uma única sociedade, mas também que tais interpretações podem mudar ao longo do tempo. A percepção do sangue menstrual como anunciador de uma fecundidade futura pode ser alinhada com o momento da transição da fecundidade em sociedades particulares; ou seja, em sociedades exibindo uma mudança para regimes de baixa fecundidade, o uso de

substâncias tais como os emenagogos para promover a fecundidade podem diminuir, enquanto o seu uso como abortivos parece aumentar (Van de Walle e Renne, 2001).

A utilização de medicamentos herbáceos ou de interferência física para induzir a menstruação ou controlar a gravidez é uma prática que tem sido encontrada em todo o globo desde os tempos pré-históricos. Escritores na antiguidade registaram séculos de conhecimento acumulado sobre as qualidades medicinais de plantas locais, como é descrito por Riddle (1994). Actualmente, mantém-se a disseminação do uso de remédios tradicionais com a mesma finalidade.

De acordo com Siedlecky (2001), ao analisar a origem dos emenagogos e dos abortivos[1], é necessário considerar a forma como as mulheres que viviam sob condições primitivas lidavam com emergências obstétricas que podiam resultar na morte da mãe e/ou do bebé, ou em morbilidade a longo prazo. Estas situações incluíam o aborto completo, a morte fetal, a placenta prévia, a inércia uterina (cessação do trabalho de parto), o parto deficiente, a retenção da placenta, a hemorragia ante e pós-parto e a eclâmpsia. Cada uma destas condições pode requerer o a esvaziamento do útero. Antes do advento da medicina ocidental, e ainda em algumas áreas remotas, as mulheres tinham de enfrentar estas situações com uma compreensão mínima do que estava a acontecer, com acesso apenas à medicina tradicional e a nenhum dos medicamentos, técnicas e recursos para tratamento que agora são tidos como garantidos. Desde os primórdios, as mulheres enfrentaram emergências obstétricas como estas, onde o reconhecimento das propriedades medicinais das plantas locais pode ter tido utilização prática. Com apenas uma rudimentar compreensão acerca da fisiologia, os antigos eram suficientemente astutos para reconhecerem eventualmente várias propriedades na plantas e os seus efeitos nas pessoas. Alguns dos remédios herbáceos referidos nos escritos clássicos eram recomendados para a expulsão da placenta ou de um feto morto, ou para superarem a inércia uterina. O conhecimento adquirido ao lidarem com

1 Um emenagogo é um medicamento ou um produto herbáceo que pretende induzir a menstruação. O termo tem sido por vezes utilizado quando o verdadeiro objectivo de restabelecer a menstruação é produzir um aborto numa fase inicial. Um medicamento que expele um embrião ou feto após a implantação é um abortivo. Os abortivos actuam por efeito directo tóxico no próprio feto, por efeito tóxico generalizado na mãe e indirectamente no feto, ou por estimulação da actividade uterina para expelir o feto (Siedlecky, 2001).

emergências obstétricas poderia levá-los mais adiante. As drogas oxitócicas tais como o esporão do centeio (*ergot*)[2] e o quinino podiam ter sido reconhecidas pelos seus efeitos no útero da parturiente muito antes de serem tentados no início da gravidez como abortivos. O passo seguinte seria tentar evitar a própria gravidez.

Os emenagogos herbáceos iniciais eram feitos a partir de plantas locais. A potência das propriedades farmacológicas dos extractos herbáceos varia com as estações do ano, o tipo de solo, a parte da planta utilizada e o método de extracção, pelo que as doses eficazes e tóxicas e a presença de outros constituintes também são variáveis. A ampla variedade de extractos herbáceos usados como emenagogos e abortivos sugere que eles eram na sua maioria ineficazes. O que tinham mais em comum era uma acção fortemente purgativa, existindo a ideia de que qualquer coisa que estimulasse o intestino poderia ter um efeito semelhante no útero. Também é possível que muitas das antigas receitas se tenham perdido, o que poderia explicar o motivo pelo qual os resultados não pareciam justificar a sua reputação. Com o crescimento das populações urbanas e da indústria farmacêutica durante o século XIX, estes medicamentos começaram a ser preparados e vendidos por farmacêuticos e pelos manufactores dos novos medicamentos. Deste desenvolvimento podem ter resultado medicamentos de melhor qualidade, mas tal também significou uma deslocação do conhecimento e do controlo, no que respeita à sua utilização, para as profissões farmacêuticas e médicas. Isso encorajou o negócio entre os vendedores não oficiais, que estavam preparados para tirar vantagem do vazio no mercado informal, fornecendo aquilo que era frequentemente desadequado e apresentando falsamente remédios a mulheres que procuravam desesperadamente evitar uma gravidez não desejada.

Quando queriam provocar o aborto, as mulheres americanas do século XIX recorriam frequentemente a emenagogos, mas também tentavam os purgativos, ou uma categoria de medicamentos conhecidos na medicina oficial como oxitócicos, que têm como finalidade estimular as contracções uterinas como forma de acelerar o trabalho de parto,

2 O *ergot* é uma mistura de alcalóides obtida a partir do *sclerotium* do fungo *Claviceps purpurea*, que cresce no grão de centeio. Foi introduzido na medicina ginecológica dos EUA como facilitador do parto, sendo eventualmente substituído pelo fórceps em casos de partos difíceis. Sendo um ingrediente em muitos emenagogos botânicos vendidos nos EUA e na Europa nos séculos XIX e XX, também aí foi usado como abortivo (Van de Walle e Renne, 2001).

expulsar a placenta e estancar a hemorragia pós-parto. Na prática médica moderna, os medicamentos oxitócicos raramente são usados devido aos seus perigos e imprevisibilidade. As contracções uterinas severas e mantidas induzidas por estes medicamentos podem causar lacerações do cérvix, ruptura do útero e embolismos fatais para a mulher grávida. Os efeitos desses medicamentos não são facilmente controláveis, uma vez que não são específicos para o útero e podem afectar outros músculos lisos do corpo, incluindo o coração (Goodman, 1970, cit. por Brodie, 2001). No entanto, nesta época um certo número de produtos botânicos tiveram amplo reconhecimento e utilização como ajudas obstétricas no parto. Tais produtos pareciam aparentemente funcionar como abortivos, especialmente numa fase adiantada da gravidez, apesar dos seus múltiplos perigos. As substâncias mais vulgarmente utilizadas na medicina do século XIX como oxitócicas para ajudar o parto e, menos licitamente, como abortivas, eram o *ergot*/esporão do centeio (*Claviceps purpurea*), a raiz do algodoeiro (*Gossipium herbaceum*), o cohosh azul (*Caulophylum thalictroides*) e o cohosh negro (*Cimicifuga racemosa*) (Brodie, 2001).

Outros emenagogos populares que também foram usados como abortivos na farmacopeia ocidental tradicional incluem o *savin* (substância extraída de uma espécie de junípero - *Juniperus communis*), o poejo (*Mentha pulegium*), a arruda (*Ruta graveolens*), e várias espécies de *Artemisia genus*, açafrão e apiol (oleoresina incolor, volátil, extraída dos frutos da salsa). No entanto, há muito cepticismo quanto às suas propriedades e eficácia como emenagogos e abortivos, uma vez que têm sido realizados poucos testes científicos comprovativos da sua eficácia (Siedlecky, 2001; Van de Walle e Renne, 2001)

Durante o século XIX, foram introduzidas na maioria dos países leis que tornaram o aborto ilegal. Enquanto os farmacêuticos podiam admitir a venda de emenagogos, negavam a venda de abortivos, embora soubessem que as mulheres compravam e usavam emenagogos com esse fim. Na primeira metade do século XX foi disponibilizada, pelas várias publicações farmacêuticas oficiais, informação acerca dos medicamentos usados como emenagogos e abortivos (Siedlecky, 2001).

Ainda que a importância dos emenagogos tenha decaído no ocidente, em muitas partes da América Latina, África e Ásia algumas mulheres continuam a usar substâncias herbáceas para regular a menstruação, associando ciclos regulares a uma boa saúde reprodutiva. Estes estudos também sugerem possíveis explicações para tais usos noutros tempos e lugares. Considerar as perspectivas das mulheres contribui para esclarecer a ambiguidade que envolve as diferentes interpretações dos emenagogos, os seus usos no que respeita à fecundidade e às intenções reprodutivas das mulheres, e da sua incerta eficácia. O contexto sociocultural das vidas das mulheres afecta a forma como a menstruação é entendida – como um sinal de fertilidade, como um adiamento de uma gravidez inoportuna, como um desapontamento face a uma gravidez desejada, ou como um sujo incómodo – e que medidas são tomadas para induzir a menstruação quando ela não aparece. Neste caso, as mulheres estão preocupadas com menstruações regulares. Na sua ausência, elas tomam substâncias emenagogas (frequentemente de eficácia questionável) com a esperança incerta de que sejam eficazes. Diversos estudos sugerem uma tendência para serem usadas substâncias herbáceas em regimes de elevada fecundidade para promoverem a menstruação (e a fecundidade); essa tendência muda para um maior uso destas substâncias como abortivas à medida que a fecundidade diminui (Van de Walle e Renne, 2001).

Na Indonésia, as mulheres que se preocupam com atrasos menstruais têm acesso a uma ampla variedade de meios tradicionais e modernos para provocar o fluxo de sangue. Um tipo de emenagogos largamente aceite é um subconjunto de preparações herbáceas designadas por *jamu*, obtidas através de vendedores ambulantes de *jamu* e de vendedores nos mercados, ou sob a forma de pacotes de misturas de plantas secas ou pós que podem ser misturados em casa, especialmente na ilha de Java. Brochuras baratas sobre remédios herbáceos são amplamente vendidos, contendo receitas a serem seguidas para várias indisposições ou condições, incluindo aquelas relacionadas com a menstruação. Os curandeiros tradicionais (*dukun*) não têm o monopólio de misturar e fornecer o *jamu*, mas são apenas um elemento num elaborado sistema de cultivo, secagem e comercialização do produto. As preparações herbáceas com propriedades emanagogas são apresentadas com vários nomes eufemísticos, e são referidas no contexto de uma boa saúde bem como especificamente em relação a uma possível

gravidez. Um dos termos que aparecem mais frequentemente nos nomes é *peluntur* ou *pluntur*, que é traduzido literalmente do indonésio como "laxativo". Isto é entendido, na terminologia vulgar, como tendo um efeito purgativo no sangue que se considera estar atrasado em fluir porque está "preso" no útero. As mulheres também tomam misturas herbáceas (*jamu nifas*) no período pós-parto para limpar o útero do sangue residual. Enquanto a maior parte das preparações se destinam a ser tomadas quando a menstruação está atrasada, algumas são promovidas como medidas preventivas, devendo ser ingeridas na semana que antecede o momento em que a menstruação é aguardada. A ampla variedade de métodos e tempos de administração tornam improvável que as mulheres utilizadoras destes produtos herbáceos assumam que eles são invariavelmente abortivos. Ao mesmo tempo, algumas destas preparações são claramente rotuladas como "não devem ser tomadas por mulheres grávidas" com a implicação de poderem provocar aborto, atraindo assim um mercado de clientes que procuram este resultado (Hull e Hull, 2001).

Um estudo não publicado realizado em 1983-84 (Hull e Handayani, cit. por Hull e Hull, 2001) revela que, apesar das instruções escritas, as mulheres seguem as suas próprias prescrições na utilização do *jamu*. Elas tomam frequentemente quantidades muito superiores à dose prescrita, misturam uma série de diferentes produtos herbáceos que se encontram à venda, ou combinam estas preparações com os "abortivos tradicionais" de ananás verde[3], manga ou outro fruto verde, alho, lima, pimenta e *chili*. Os vinhos medicinais também são tomados como emenagogos, quer sozinhos quer em combinação com outras substâncias, e algumas mulheres referem confiar numa combinação de *jamu* e "orações".

Em Java, durante centenas de anos as parteiras tradicionais também praticaram uma massagem particular (*pijat walik*) com a finalidade de retroflectir o útero para evitar a gravidez. No floclore (tradições, costumes, crenças populares) este procedimento é tido como muito eficaz, e tem o benefício de ser reversível, embora, segundo diz o povo, apenas se tal for realizado pela mesma *dukun* (Hull e Hull, 2001).

3 Segundo Beers (2001), as mulheres javanesas tomam ananás verde para regularem a menstruação, podendo grandes quantidades provocar o aborto por o fruto imaturo conter um veneno que actua como um violento purgante.

Um estudo efectuado por Ngin (1995) junto de duas comunidades chinesas na Malásia revela a ingestão de diversas substâncias para controlo da fecundidade, usadas como emenagogas e possuidoras de eventuais propriedades abortivas, entre as quais se incluem o ananás (*Ananas comosum*) com cerveja ou vinho, a sopa de feijão-mungo (*Vigna radiata*), uma bebida à base de castanha de água chinesa (*Eleocharis dulcis*), e outros alimentos.

Segundo Laderman (1983), a ingestão de substâncias "quentes" e ácidas é um método popular de indução do aborto na Malásia. A combinação de ananás verde, levedura e pimenta preta é considerada um abortivo eficaz. O ananás, especialmente quando verde, é azedo/ácido devido à adstringência do seu sumo; a pimenta preta, como todas as especiarias, é quente, e a levedura é um dos alimentos mais quentes disponíveis. É usada para transformar a raiz de mandioca em *tapai* (fermentação), cujo conteúdo alcoólico aquece. Simbolicamente, esta combinação de quente e azedo/ácido deve produzir um abortivo eficaz. A experiência, neste caso, suporta a crença, sendo a verificação empírica importante para a manutenção do sistema simbólico. O ananás verde contém uma substância venenosa que actua como um purgante violento; tomado em grandes quantidades com levedura num estômago vazio, pode causar fortes contracções uterinas (Burkill, 1966, cit. por Laderman, 1983). Independentemente da sua utilização conjunta com outras substâncias, o sumo de ananás verde é, só por si, considerado abortivo (Wiart, 2000).

Ao realizar um estudo numa comunidade maia da Guatemala, Cosminsky (2001) concluiu que a regulação menstrual e a reprodução são entendidas de acordo com os mesmos princípios aplicados à saúde em geral, especialmente o quente/frio ou princípio humoral. Um corpo saudável é aquele que está em equilíbrio, sendo as doenças causadas por um desequilíbrio no corpo ou por excesso de frio ou calor. O tratamento envolve geralmente o restabelecimento do equilíbrio mediante a administração de uma substância possuindo a qualidade oposta; alternativamente, os purgativos ou outras substâncias podem ser administrados para desobstruir a parte do corpo que pode estar bloqueada e a evitar o fluxo adequado de fluidos corporais. A menstruação e a gravidez

são consideradas condições quentes devido ao corpo possuir calor excessivo. A infertilidade pode ser atribuída a um "útero frio", e o tratamento consistir na administração de remédios "aquecedores". A regulação menstrual pode ser uma indicação de que o corpo está em equilíbrio, pelo que um período atrasado será um sinal de algum tipo de desequilíbrio. Acreditando-se que esta condição resulta de demasiado frio, os emenagogos e outras substâncias utilizadas são quentes, para aquecer o sangue e o corpo. Todas as ervas usadas como emenagogos ou abortivos ou para tratar a infertilidade têm uma qualidade quente. Daí que uma mulher esteja grávida, numa condição quente, e queira fazer um aborto, tomará ervas quentes, uma vez que estas levam-na a uma condição de calor excessivo, provocando possivelmente um aborto. Todas as ervas que têm propriedades oxitócicas também são classificadas como quentes. Por outro lado, se uma mulher for infértil e quiser filhos, poderão ser-lhe dados remédios para aquecer o seu útero, os quais farão em primeiro lugar aparecer o período menstrual. O abacate (*Persea americana*), o ananás (*Ananas comosum*), a canela (*Cinnamonum zeylanicum*), o limão e a arruda (*Ruta chalepensis*) são plantas consideradas emenagogos eficazes, não só devido às suas qualidades de calor e frescura mas sobretudo devido a serem irritantes. Uma substância irritante é necessária para "limpar" o sangue quando se acredita que o atraso menstrual é causado por impurezas acumuladas na circulação sanguínea do útero.

3.8. A Gravidez

A gravidez é definida por Nodin (2002) como o "processo de formação e desenvolvimento de um ser dentro do útero materno que se inicia com a fecundação e que termina com o parto ou com um aborto" (pp. 125-126). Na primeira fase, designada por "embrionária"e que decorre nas primeiras oito semanas de gestação, desenvolvem-se os principais órgãos corporais e o embrião adquire a forma humana. Segue-se a fase fetal do desenvolvimento, que prossegue até ao final da gravidez. Uma gravidez tem a duração total de aproximadamente 266 dias ou 38 semanas, desde a fertilização até ao parto. Para o cálculo da data provável do parto (DPP) usa-se a regra de Nägele, segundo

a qual a mesma será de 280 dias, ou seja, 40 semanas (o correspondente a 9 meses), após o primeiro dia da última menstruação (DUM).

A gravidez implica várias mudanças físicas e psicológicas na mulher. A nível físico, a mais evidente é o aumento de volume do abdómen, a partir do segundo trimestre de gestação, e mais tarde o desenvolvimento mamário. As náuseas e os vómitos são bastante comuns no início da gravidez, acreditando-se na influência de vários factores na sua origem. Embora as mudanças hormonais expliquem em parte a sua ocorrência, a grande amplitude de variação destas manifestações sugere a influência de factores psicológicos na sua etiologia (Cabral, 2002).

Os desejos e as aversões constituem manifestações peculiares da gravidez. Os desejos caracterizam-se pela vontade compulsiva e intensa por determinado alimento não especialmente desejado fora da gravidez. As aversões caracterizam-se pela repulsa intensa por certos tipos de comida ou bebida, nunca sentida anteriormente. Apesar destes dois fenómenos estarem intimamente relacionados e serem igualmente comuns, os desejos chamam mais atenção que as aversões, existindo teorias que tentam explicá-los. Há superstições e folclore, segundo as quais quando certo alimento desejado não é comido a criança fica prejudicada de alguma forma, frequentemente com alguma marca ou deformidade biológicas, que tendem a atribuir principalmente à "pica" (desejo compulsivo de comer substâncias estranhas, como barro e cimento), uma necessidade de compensar alguma deficiência nutritiva e que as alterações do paladar e do olfacto da gestante, que estariam mais embotados, seriam responsáveis pela sua atracção por alimentos de sabor e cheiro mais atractivos e picantes (Cabral, 2002).

Em muitas culturas do Sudeste Asiático, espera-se que as mulheres tenham ocasionalmente desejos de alimentos durante a gravidez. Nalgumas partes das Filipinas, receia-se que desejos não satisfeitos causem aborto ou deformem o feto. Os tailandeses acreditam que uma mãe frustrada se irá babar incontrolavelmente (Hart, Rajadhon e Coughlin, 1965). Em Trengganu, na Malásia, é o bebé, e não a mãe, que corre o risco de se babar, uma vez que é ele quem tem realmente desejo do alimento. A mãe actua apenas como agente do bebé (Laderman, 1983).

3.8.1. Aspectos Socioculturais

O nascimento é um processo biológico, mas também um acto social. A forma como se comportam aqueles que a apoiam, as suas atitudes e crenças face ao nascimento, e as expectativas da mãe quanto ao que vai suceder e as suas ideias sobre o que está a acontecer no interior do seu corpo e o que ela deve fazer – todos estes aspectos são moldados pela cultura. Diferentes sociedades e diferentes períodos históricos revelam amplas variações nas crenças, valores e comportamento em redor do nascimento. O mesmo sucede com a maternidade. Tornar-se mãe é um processo biológico, mas também uma transformação social. Na maior parte das sociedades o facto de ser mãe é algo considerado uma importante transição no papel e estatuto da mulher, e com o primeiro filho ela consolida a sua feminilidade e torna-se uma mulher madura, independentemente da idade (Kitzinger, 1992).

Além do seu efeito no casamento e na família próxima, o nascimento possui um importante significado espiritual porque ocorre no ponto de ligação entre gerações. Quando a veneração dos antepassados constitui a base de uma religião, estes estão intimamente envolvidos na concepção e na gravidez. O estado gravídico pode ser considerado um "estado ritual", isto é, um estado de contínuo cumprimento de tradições e costumes passados de geração em geração. Em Sumatra, por exemplo, os pais do bebé realizam, a partir do quinto mês de gravidez, rituais para anunciar o filho que irá nascer, que servem para ligar mais profundamente as duas famílias. As cerimónias da gravidez têm assim uma importante função integrativa, mas, ainda mais importante, elas ligam o presente ao passado, o humano ao divino, a terra ao céu (Kitzinger, 1992).

Uma mulher grávida é geralmente considerada como estando em perigo ritual. Pensa-se que ela está exposta ao risco por se encontrar num estado "intermédio"; ainda não é uma mãe mas também já não é uma virgem ou simplesmente uma noiva. Ela deixou um estatuto para trás mas ainda não foi aceite num outro, pelo que se mantém num estado de existência marginal. Os franceses usam o adjectivo *liminaire* (preliminar) para

descrever os rituais que a ajudam neste difícil processo (Van Gennep, ([1909] 1981). Por seu lado, o bebé que vai nascer também está em perigo ritual. Ele ainda não tem lugar no sistema social, ainda não se sabe qual será o seu sexo, como é que será, ou se sobreviverá. Encontra-se assim, também, num estado marginal e em risco (Kitzinger, 1992).

Na gravidez, as proibições e as instruções têm frequentemente a força de um tabu, um termo derivado de uma palavra polinésia que significa "proibido". Este conceito existe, de uma ou outra forma, em todo o mundo. Negligenciar um tabu tem como resultado uma terrível alteração que afecta a pessoa que cometeu essa transgressão, e que pode transmitir-se também a outras pessoas, pelo que o ofensor se torna um perigo para os outros. As consequências de violar um tabu são bastante diferentes do castigo humano, já que o resultado é a punição automática pelos deuses ou forças espirituais. Os conceitos de tabu operam em redor de uma ideia central de poluição e limpeza. A poluição é descrita por Douglas (1970, cit. Por Kitzinger, 1992) como uma "substância fora do lugar". Em muitas culturas o corpo humano é visto como um recipiente que não deve ser contaminado. As suas saídas e entradas devem ser habitualmente mantidas fechadas, e todos os produtos corporais provenientes do interior do corpo não devem invadir o espaço corporal das outras pessoas. Para algumas sociedades, incluindo as que se enquadram nas tradições judaico-cristã e hindu, a essência de todas estas formas de poluição é expressa na mistura dos princípios masculino e feminino representados pelo sémen e pelo sangue menstrual. Não só uma mulher menstruada deve manter-se afastada dos homens e de todas as actividades importantes, como em determinadas culturas qualquer pessoa que se encontre num estado particularmente vulnerável deve ter o cuidado de evitar uma mulher menstruada ou grávida. Acima de tudo, um corpo feminino grávido é perigoso para os homens, pelo que, para a vida se manter em ordem, os princípios masculino e feminino devem permanecer separados um do outro (Kitzinger, 1992).

Embora a gravidez seja considerada, na maior parte das sociedades, um estado ritual, e que liga a mulher e o bebé em formação simultaneamente à terra e aos deuses, não é tratada como uma doença. As mulheres camponesas continuam a desempenhar as suas

actividades habituais e trabalham duramente nos campos e nas tarefas domésticas, tais como cortar lenha, retirar água do poço, esfregar e limpar, pelo menos até as contracções terem início, e normalmente durante parte do trabalho de parto. Na realidade, é frequente pensar-se que se uma mulher não se mantiver fisicamente activa o parto será difícil. Por todo o mundo, este tipo de actividades é considerado adequado à gravidez, desde que a mulher tenha o cuidado de respeitar os tabus que protegem a sua saúde e a do bebé (Bartoli, 1998; Kitzinger, 1992).

Segundo Helman (1990), todas as culturas partilham crenças sobre a vulnerabilidade da mãe e do feto durante a gravidez, o que se estende geralmente, de forma variável, até ao puerpério. Conceitos culturais sobre a fisiologia da gravidez são frequentemente invocados após o nascimento da criança, de forma a explicar *a posteriori* qualquer resultado da gravidez não desejado como uma criança deformada, incomodada ou mentalmente afectada. Em muitas culturas acredita-se que o comportamento da mãe – a sua dieta, a actividade física, o estado mental, o comportamento moral, o consumo de determinadas substâncias – podem afectar directamente a fisiologia da reprodução e causar danos à criança que vai nascer. Assim, alguns tabus e restrições que rodeiam a mulher grávida podem ser explicados como protegendo a mãe e o feto de danos físicos. No entanto, ao considerar-se que a mulher grávida também se encontra numa situação de vulnerabilidade e de ambiguidade social, num estado de transição entre dois papéis sociais, o de mulher e o de mãe, os rituais e os tabus também servem para facilitar essa transição e dar significado à mudança de estatuto (Homans, 1994).

Na Malásia, a população de Merchang considera que a dieta normal é suficiente quer para a mãe quer para o bebé em desenvolvimento. Não são cumpridas regras dietéticas ou recomendações específicas, excepto evitar comer muita jaca e *durian* durante os primeiros meses de gravidez, altura em que se receia que os coágulos de sangue fetal possam ser liquefeitos. Muitas mulheres deitam fora as vitaminas fornecidas pela parteira oficial, considerando-as desnecessárias e possivelmente nocivas. O seu sabor amargo pode ser um indicativo de“calor”, e a sua potência pode levar a um grande crescimento do bebé, susceptível de causar lacerações ao passar pelo canal do parto. Na sociedade malaia, a maior parte dos tabus relativos à alimentação durante a gravidez

parece ter na sua origem razões mais de ordem mágica do que médica, não sendo do interesse da mãe mas da saúde do filho que irá nascer (Laderman, 1983).

Na actualidade, muitas crenças malaias em geral, e em particular *pantang* (proibições por costume) relativas ao nascimento, foram incorporadas com flexibilidade. A sua negligência é geralmente ligada a uma explicação pós-facto da razão pela qual ocorreu um acontecimento desagradável ou anormal. A maior parte das *pantang* dificilmente pode ser chamada de tabu, uma vez que não são nem implicitamente obedecidas, nem implicam uma certa punição pela sua não observância, quer através de entidades humanas quer sobrenaturais. Elas consistem frequentemente em conselhos práticos tais como admoestações às mulheres grávidas para não dormirem durante o dia senão o calor pode concentrar-se nas suas bochechas e inchá-las, e não se sentarem numa cadeira e sim no chão, senão as suas ancas podem aumentar. Outras *pantang* reflectem crenças em magia imitativa. As mães são advertidas de que amarrarem panos à volta dos seus pescoços ou braços pode causar o enrolamento do cordão umbilical à volta do pescoço do bebé. Os pais são avisados de que sentarem-se nos degraus da sua casa e bloquearem a entrada pode obstruir o canal de nascimento da sua mulher durante o parto. Embora a matança de animais domésticos com o propósito de os comer não seja entendida como podendo danificar a criança que vai nascer, feri-los deliberadamente já pode. Por exemplo, arrancar as garras a um caranguejo ou os dedos a uma galinha pode causar o nascimento de uma criança com os dedos curtos ou sem eles. Normalmente nada acontecerá ao bebé, mas se alguma coisa acontece, os seus pais podem explicar a deformidade ou doença do seu filho referindo-se a um incidente que ocorreu durante a gravidez da sua mãe. É apenas porque as "regras" não são implicitamente obedecidas que são possíveis explicações pós-facto satisfatórias (Laderman, 1983).

Se, nas sociedades tradicionais, a gravidez pode constituir uma fase em que são feitas à mulher recomendações acerca do que lhe é ou não permitido fazer, nas sociedades ocidentais o percurso ao longo da gravidez é tão ou ainda mais estimulador de ansiedade ao tornar o seu progresso alvo de contínua investigação obstétrica, avaliação e intervenção. Embora muitas vezes os médicos digam às suas clientes que a gravidez não é uma doença, sabemos que ela é "tratada" como se o fosse. Cada mulher grávida, em

vez de se encontrar em perigo "ritual" e espiritual, é considerada em risco "estatístico". Enquanto se pode lidar tradicionalmente com o perigo espiritual mediante cerimónias que apelam aos antepassados e ao poder da natureza, não há forma de evitar o risco estatístico. Ao longo da gravidez, a mulher é imersa num sistema médico que possui os seus próprios rituais de gravidez destinados a proteger a mãe e o feto de possíveis danos. O cerimonial da consulta pré-natal funciona como rito de passagem, registando simbolicamente o significado da transição para o nascimento, centrando-se no feto e no seu desenvolvimento até à viabilidade, sendo a mulher frequentemente relegada para segundo plano (Kitzinger, 1992).

A implementação de cursos de preparação para a maternidade/paternidade, centrando-se nas necessidades das mulheres/casais e proporcionando-lhes apoio emocional, informações sobre formas de lidar com as diversas fases do processo e partilha de experiências, tem contribuído para contrariar a tendência para uma excessiva "medicalização" da gravidez e do parto nos países ocidentais.

3.8.2. Assistência Pré-Natal

De acordo com Cabral (2002), a assistência ou vigilância pré-natal é um processo contínuo que se estende desde o período pré-concepcional até ao período pós-parto. Consiste na avaliação sistemática e cuidadosa e no acompanhamento da gestante, com a finalidade de assegurar as melhores condições de saúde possíveis à mãe e ao futuro filho, e rege-se pelos seguintes princípios básicos:

- Identificar e, quando possível, corrigir situações, pré-existentes ou não, que possam afectar adversamente a gestação, incluindo os factores socioeconómicos, emocionais, médicos ou obstétricos.
- Prevenir o surgimento de intercorrências.
- Instruir a mulher no que diz respeito à gravidez, trabalho de parto, parto, cuidados ao recém-nascido, puerpério e aleitamento, assim como esclarecê-la sobre os meios que ela poderá utilizar para a melhoria da sua saúde e da sua

família.

- Promover apoio psicológico adequado, trabalhando também o companheiro e a família de um modo geral, para que possa ser bem sucedida na sua adaptação à gravidez, e para enfrentar melhor o parto e o puerpério.

Os cuidados pré-natais são prestados por diferentes profissionais de saúde: enfermeiros(as), parteiras, médicos(as) de família, obstetras e, eventualmente, outros. A gravidez é um acontecimento de vida com grande significado pessoal, familiar, social e cultural, pelo que estes profissionais devem adequar os cuidados a cada pessoa, respeitando a sua individualidade tendo em conta a saúde da futura criança.

Para uma assistência pré-natal eficaz, é fundamental a sua qualidade no que diz respeito à equipa profissional, bem como a existência de recursos físicos e condições para a realização de exames complementares fundamentais, e ainda a articulação com uma unidade hospitalar para referência da gestante quando necessário, seja para o parto ou por intercorrências da gravidez. Devem também ser efectuados registos adequados de assistência pré-natal, existindo vários modelos de boletins para esse efeito. Estes devem conter, entre outros, dados relativos à idade gestacional, factores de risco, resultados de exames efectuados. Deverá existir uma cópia de todos estes dados na ficha clínica da gestante. Recomenda-se que a primeira consulta da mulher grávida seja realizada o mais precocemente possível e, a seguir, a cada quatro semanas até à 32ª semana, a cada duas semanas até à 36ª semana e, a partir daí, a cada sete dias até ao parto. Nos casos de grávidas de alto risco e de intercorrências, este esquema deverá ser individualizado (Cabral, 2002).

A mulher é submetida a exames regulares (avaliação da tensão arterial, pesagem, análises à urina e ao sangue, palpação do abdómen, auscultação da frequência cardíaca fetal), a exames complementares e a testes e exames especiais, caso necessite fazê-los. O número de exames laboratoriais considerados "de rotina" tem aumentado nas últimas décadas e varia entre os diversos serviços, de acordo com as suas características e recursos e, também, em função das mulheres atendidas. Questiona-se quais seriam os indispensáveis e quando realizá-los (Cabral, 2002). Entre os mais comuns encontram-se

a determinação do grupo sanguíneo e do factor Rh, o hemograma, a glicemia, as provas serológicas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, hapatite B e C, VIH), a análise de urina, a análise do exsudado vaginal e a colpocitologia.

A ultra-sonografia é um método não invasivo que confere uma nídida vantagem na determinação da idade gestacional e na identificação de anomalias estruturais do feto. Do ponto de vista da rotina pré-natal, a avaliação ultra-sonográfica é feita, habitualmente, uma vez em cada trimestre de gestação (Cabral, 2002).

Concluído o exame pré-natal inicial, deverá proceder-se à avaliação da gestante quanto ao risco global. Caso seja necessário, será feito o seu encaminhamento para a consulta pré-natal de alto risco, que geralmente tem lugar no hospital. De acordo com Cabral (2002), são consideradas situações de risco gestacional:

- Idade materna avançada.
- Gravidez múltipla.
- Risco de distúrbios genéticos.
- Existência de distúrbios clínicos maternos (Por ex.: diabetes, distúrbios cardíacos, hipertensão arterial, insuficiência renal, distúrbios convulsivos, infecções crónicas, doenças hematológicas, pneumopatias, hipertiroidismo).
- Doença hemolítica peri-natal.
- Consumo de substâncias tóxicas.
- Antecedentes de trabalho de parto pré-termo, colo uterino incompetente.
- Ruptura prematura das membranas.
- Abortos consecutivos.

Do ponto de vista biológico, a gravidez tem as melhores condições entre os 18 e os 30 anos; a partir daí começam a aumentar os riscos fetais. Acima dos 35 anos eleva-se o risco de ocorrência de cromossomopatias, principalmente as trissomias. No final da década de 1960, ocorreu uma grande diminuição da mortalidade materna devido ao recurso a antibioterapia adequada, à segurança da transfusão sanguínea e a uma

abordagem eficaz da hipertensão na gravidez. A partir daí, passou a investir-se mais nos problemas fetais e neonatais, e a maior compreensão da fisiologia fetal, associada aos grandes avanços técnicos, proporcionou um procedimento diagnóstico e terapêutico mais eficaz. Também é de realçar o papel fundamental da consulta e do aconselhamento pré-concepcional, a fim de evitar ou diminuir os riscos gestacionais (Cabral, 2002).

Cuidados prestados por Parteiras Tradicionais

Em diversos países em desenvolvimento da Ásia, África e América Latina, sobretudo nas zonas rurais e em situações em que o acesso aos serviços de saúde é limitado, há frequentemente recurso a parteiras tradicionais para a prestação de cuidados pré-natais.

Uma parte substancial dos cuidados prestados pelas parteiras tradicionais consiste na administração oral de medicamentos tradicionais herbáceos com diversas finalidades, nomeadamente para tratamento de dores abdominais, prevenção do aborto, garantia de uma gravidez segura, fortalecimento da mulher e do bebé, prevenção do edema materno, alargamento do canal de parto e prevenção do *vernix caseoso* no recém-nascido. A massagem abdominal é outro tipo de cuidado pré-natal prestado pelas parteiras tradicionais, permitindo detectar a posição fetal e eventualmente corrigi-la; também entra neste tipo de cuidados a promoção do cumprimento de tabus alimentares e de outra ordem (Lefèber, 1994).

Em duas comunidades rurais da Guatemala, a parteira tradicional é solicitada para examinar a mulher em várias fases da gravidez, podendo determinar o tempo de gestação, o sexo do bebé e a posição do feto corrigindo-a, eventualmente, através da versão manual externa. Também pode recomendar remédios tradicionais (chás herbáceos, banhos) caso surja algum problema, e dar conselhos relativos a restrições alimentares e comportamentais. Antes de cada visita, ela reza a Deus, aos espíritos e aos santos, para pedir protecção e assistência à sua cliente (Cosminsky, 1982).

Numa comunidade *mixtec* de Juxtlahuaca, no México, cerca de um mês antes da data prevista para o nascimento são iniciados, pela parteira tradicional, tratamentos especiais

à mulher grávida, quer para manter o feto na posição adequada para o parto quer para o soltar gradualmente de forma a que o parto seja menos doloroso. Uma das técnicas consiste em massajar suavemente o abdómen e as ancas da mulher com óleo de amêndoas aquecido, podendo ser também usado, além das mãos, um rebozo[4] (Romney e Romney, 1963).

Em diversas regiões de países do Sudeste Asiático como o Camboja, as Filipinas, a Indonésia, a Malásia, a Tailândia e o Vietname, as parteiras tradicionais também podem ser solicitadas para confirmarem a gravidez, para verificarem se o feto se está a desenvolver adequadamente e se encontra bem posicionado, para determinarem o sexo do bebé e quando surgem dores ou outro tipo de problemas (Grace, 1996; Hart et al., 1965; Jirojwong, 1996; Laderman, 1983; Lefèber, 1994; McWilliam, 1998, 2002; Townsend e Rice, 1996; Vincent-Priya, 1991).

Em Merchang, uma aldeia da Malásia, não é muito habitual chamarem a parteira para actuar como uma especialista ritual durante a gravidez, considerada uma condição normal que requer poucas mudanças no comportamento. No entanto, a maior parte das mulheres procuram os seus serviços em determinadas ocasiões. Ela pode dizer-lhes se estão realmente grávidas ou se o seu período menstrual está meramente atrasado; pode determinar quanto tempo a gravidez avançou, e pode ainda aliviar as dores massajando a mãe e ajustando a posição fetal. Uma das principais responsabilidades da parteira tradicional para com as pacientes grávidas é assegurar que o feto está posicionado de cabeça para baixo durante a gravidez; qualquer outra posição causará dores nas costas, no estômago e nas pernas, pondo a mãe e o filho em risco durante o parto. O sétimo e o oitavo mês de gravidez são considerados, pela parteira, as alturas ideais para virar o feto, uma vez que, antes do sétimo mês, é mais fácil reverter para uma posição "não natural"; após o oitavo mês, ele ocupa demasiado espaço dentro do útero para o procedimento ser seguro (Laderman, 1983).

4 O rebozo é um xaile de algodão, fabricado artesanalmente no tear tradicional mexicano.

3.9. O Parto

3.9.1. A Assistência ao Parto

Em todas as culturas, as mulheres que dão à luz são assistidas durante o trabalho de parto por uma ou mais pessoas, que podem ser familiares ou amigas, um enfermeiro, uma parteira, uma parteira tradicional ou, se ocorrer num ambiente hospitalar, um médico, eventualmente obstetra.

De acordo com a WHO (1996), o (a) assistente do parto ter uma formação adequada e competência para desempenhar determinadas tarefas de acordo com o nível de serviço. Ele deve, no mínimo, estar apto a avaliar factores de risco, reconhecer o surgimento de complicações, fazer a oservação da mulher e monitorizar a situação do feto e do recém-nascido. Ele deve ser capaz de realizar intervenções básicas e cuidar do recém-nascido, e de referenciar a mulher ou o bebé para um nível de cuidados mais diferenciado, caso surjam complicações que requeiram intervenções que estão para além da sua competência. Deve, ainda, ter uma atitude paciente e empática, necessária ao apoio da mulher e da sua família.

A parteira é considerada o tipo de prestador de cuidados de saúde obstétricos mais adequado e vantajoso em termos de custo-eficácia, e por isso básico, nomeadamente na assistência ao parto, em pequenos centros de saúde, em aldeias e em casa, e talvez também em hospitais (WHO, 1994, cit. por WHO, 1996). No entanto, em muitos países as parteiras são inexistentes, ou estão presentes apenas em grandes hospitais.

A Parteira Tradicional

Em contraste com o moderno e tecnológico modelo de parto, e especialmente nas zonas rurais dos países em desenvolvimento da Ásia, África e América Latina, a assistência ao parto tem sido frequentemente prestada por parteiras tradicionais. Devido à carência de profissionais de saúde devidamente treinados, em determinados países tal parece ser inevitável. Reconhece-se que, para o completo cumprimento das funções de assistência

ao parto, a sua educação é frequentemente insuficiente, e o seu histórico passado pode significar que a sua prática é condicionada por fortes normas culturais e tradicionais, que podem impedir a eficácia do seu treino. No entanto, é necessário ter em conta que é precisamente esta identificação cultural que leva frequentemente muitas mulheres a preferirem-nas como cuidadoras no momento do parto, especialmente em comunidades rurais (Jaffre e Prual, 1994, e Okafor e Rizzuto, 1994, cit. por WHO, 1996).

No nordeste brasileiro, a parteira tradicional é tipicamente uma mulher de meia-idade que no passado foi solicitada para ajudar as vizinhas ou amigas na altura do parto. Após numerosas experiências desse tipo tornou-se reconhecida como uma parteira na sua comunidade. Ela adquire o seu conhecimento a partir das suas próprias experiências e observações, ou a partir da informação transmitida pela sua mãe ou recebida das suas colegas. As parteiras tradicionais são na sua maioria iletradas mas possuem um apurado sentido do prático e do óbvio (Araujo et al., 1983).

Num estudo efectuado em duas comunidades rurais da Guatemala, Cosminsky (2001) constatou que mais de 85% dos partos têm lugar na casa da mãe, assistidos por uma parteira tradicional (*iyom* em kiché, *comadrona* em espanhol). Muitas das parteiras locais são especialistas obstétricas e também rituais. Além de prestarem cuidados pré-natais e pós-parto e de fazerem partos, também são consultadas por diversos problemas reprodutivos, incluindo amenorreia, esterilidade, hemorragia e prolapso uterino. O treino é geralmente obtido através da aprendizagem e da experiência, embora muitas também tenham frequentado cursos formais de parteiras. Algumas são recrutadas através de um chamamento sobrenatural, sendo revelado através de sinais de nascimento, sonhos, doença, e da descoberta de objectos estranhos. Estes sinais são interpretados por um adivinho ou xamã como significando o destino de uma mulher como parteira, e os objectos são considerados mensagens enviadas por espíritos ou por Deus. Caso não siga o seu chamamento, ela pode sofrer sanções sobrenaturais sob a forma de doença ou morte, quer para ela própria quer para membros da sua família (Cosminsky, 1982; Paul, 1975, cit. por Cosminsky, 2001). Outras tornam-se parteiras ao ajudarem uma mulher a ter um parto com êxito numa emergência ou ao fazerem o seu próprio parto com sucesso. À medida que se vai espalhando palavra àcerca deste feito,

mais pessoas vão pedindo a sua ajuda.

Na Malásia, embora o sistema médico em vigor seja praticamente unânime na desaprovação da parteira tradicional (*bidan kampung*), em 1975 os seus serviços eram indispensáveis, fazendo as parteiras tradicionais metade de todos os partos nas áreas rurais. Uma das razões para isto era a falta de pessoal institucionalmente treinado. As parteiras do governo, devido à sobrecarga de trabalho, podiam não estar disponíveis para responder a uma chamada por se encontrarem a assistir a outro parto, por estarem fora de serviço ou a terminá-lo. Caso as pacientes não estivessem possibilitadas de procurar a ajuda de uma parteira tradicional, algumas poderiam ser obrigadas a dar à luz sem assistência. Além de serem procuradas como substitutas de emergência, as parteiras tradicionais eram frequentemente chamadas preferencialmente, ou em conjunto com as parteiras do governo, uma vez que ofereciam muitos serviços considerados essenciais pelas suas clientes que as parteiras do governo não incluiam nos seus deveres, tais como a massagem pós-natal, ajuda nas tarefas domésticas e perícia ritual (Laderman, 1983).

Vários projectos tentaram melhorar o desempenho das parteiras tradicionais que assistem um grande número de partos no mundo. Tais planos envolviam geralmente três *inputs*: treino básico no processo do parto, fornecimento de algum tipo de equipamento, e um sistema de encaminhamento das mulheres consideradas de alto risco em termos de complicações obstétricas para locais institucionais. Um plano piloto nas áreas rurais dos arredores da cidade de Fortaleza no nordeste do Brasil foi implementado em 1975. Este programa foi desenvolvido para melhorar os cuidados de saúde maternos e infantis usando previamente pessoal local não treinado e recursos limitados. Além de receberem treino básico em obstetrícia, as parteiras tradicionais também assistiram a partos em pequenos centros de maternidade fornecidos pelas suas comunidades, em lugar das residências das mulheres. Este projecto de treino de parteiras tradicionais atingiu o seu objectivo principal de partos mais seguros para as mulheres rurais, demonstrando que as parteiras tradicionais com pouca ou nenhuma educação formal podem ser treinadas para encaminhar mulheres de alto risco para terem os partos nos hospitais, e ao mesmo tempo realizarem partos seguros nas suas próprias comunidades (Araujo et al., 1983).

Na década de 1970, o treino de parteiras tradicionais com vista à melhoria dos cuidados obstétricos encontrava-se generalizado em locais onde havia escassez de profissionais de saúde para prestar cuidados de saúde materna, e onde não existiam camas suficientes ou pessoal suficiente a nível hospitalar para proporcionar a todas as mulheres. Esta estratégia foi encorajada até meados da década de 1980. Entretanto, alguns especialistas começaram a expressar dúvidas quanto à sua eficácia, surgindo indícios de que o treino das parteiras tradicionais tinha causado um fraco impacto na mortalidade materna. Chegou-se à conclusão de que tinham sido subestimados alguns importantes factores. Por um lado, a função, os conhecimentos e a experiência das parteiras tradicionais variam muito entre regiões, e até dentro do mesmo país, pelo que não é tecnicamente correcto estabelecer uma estratégia geral de formação sem ter em conta esta variação. Como resposta, os seus defensores alegam que a falha não reside na estratégia em si mas na falta de supervisão e apoio que reduziu a sua eficácia. No entanto, a escassez de profissionais de saúde leva a que esta supervisão não seja sustentável. Por outro lado, os proponentes da estratégia não consideram o grande hiato cultural existente entre os métodos modernos de prestação de cuidados e as actividades das parteiras tradicionais. Para mudar o seu comportamento é necessário compreendê-lo, e isto quase nunca é proposto. Mesmo que seja possível alterar alguns dos componentes do conhecimento tradicional, tal pode "desestabilizar" o conjunto. O papel social da parteira tradicional, tal como o de um curandeiro tradicional, encontra-se profundamente enraizado na cultura local. Não está confinado ao cuidado a ser prestado relativamente a uma patologia particular, mas é abrangente, e reinterpreta o sofrimento da paciente no seu contexto cultural. Finalmente, enquanto alguns especialistas esperam que, pelo menos, as parteiras tradicionais ajudem a persuadir as mulheres com complicações a recorrerem ao hospital, outros observam exactamente o contrário, ou seja, que elas tendem a adiar ou mesmo deliberadamente desencorajam as mulheres de o fazer. Esta estratégia tem, assim, sido progressivamente considerada como um fracasso. Ao invés, tornou-se claro que a medida mais eficaz seria proporcionar cuidados profissionais competentes, incluindo a possibilidade de assistência num hospital bem apetrechado, em caso de necessidade (WHO, 2005).

3.9.2. O Trabalho de Parto

O trabalho de parto é definido como o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à progressiva dilatação e apagamento do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior (Chow e Yancey, 2002; Friedman, 1978, cit. por Graça, 1996).

De acordo com Graça (1996), o trabalho de parto divide-se, genericamente, em três estadios: dilatação, período expulsivo e dequitadura. O primeiro estadio (dilatação) inicia-se com contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo. O elemento essencial para o desencadeamento das contracções é a ocitocina, hormona libertada pelo lobo posterior da hipófise. As contrações uterinas tornam-se gradualmente mais fortes e com intervalos mais curtos. No final, o colo uterino está com uma dilatação de cerca de 10 centímetros de diâmetro, ocorrendo geralmente nesta fase a ruptura do saco amniótico, com eliminação do líquido amniótico. Tem uma duração variável, sendo habitualmente mais longo nas primíparas do que nas multíparas.

O segundo estadio (período expulsivo) começa com a dilatação completa do colo uterino e termina com a expulsão do feto. A sua duração também depende da paridade.

Podem ocorrer distúrbios da progressão do trabalho de parto durante o primeiro ou o segundo estadios. O parto pode ser prolongado, ou ocorrer uma paragem na progressão do trabalho de parto. As causas potenciais desta situação podem classificar-se em factores uterinos (por exemplo: contractilidade uterina inadequada), factores cervicais (por exemplo: insuficiente dilatação do colo uterino ou estenose cervical), desproporção céfalo-pélvica e má apresentação ou má posição fetal. A apresentação fetal é geralmente cefálica, ou de cabeça, ocorrendo em alguns casos a apresentação pélvica, em que surgem primeiro os pés ou as nádegas. O feto também se pode encontrar numa posição transversal, isto é, disposto de lado no útero, entrando primeiro a mão ou o cotovelo no canal de parto. No segundo estadio, outros factores, tais como a distensão da bexiga, obstrução do canal do parto por tumores, recurso a anestesia e esforços expulsivos ineficazes, podem também impedir a descida do feto até ao exterior. Em certos casos, o

parto pode ser auxiliado por fórceps ou ventosa (extractor a vácuo), como alternativa à cesariana (Chow e Yancey, 2002).

A episiotomia é uma incisão realizada no períneo da mulher no período expulsivo com o objectivo de aumentar o calibre do orifício vaginal, de forma a facilitar a saída do bebé. Algumas possíveis complicações deste procedimento são a infecção, o hematoma, a extensão da incisão até à musculatura anal ou mucosa rectal, a deiscência e a formação de fístula. Embora seja uma prática corrente nos partos realizados em estabelecimentos de saúde, existe uma grande controvérsia no que diz respeito ao seu uso rotineiro como medida profiláctica em todos os partos (Ling e Duff, 2002). Segundo Cabral (2002), a episiotomia está indicada na quase totalidade das nulíparas e em multíparas cujo períneo apresente uma distensão insuficiente para a saída da cabeça fetal. Actualmente, a episiotomia efectuada por rotina já não é recomendada, embora possa estar indicada quando o feto é volumoso, quando é necessário efectuar o parto rapidamente, ou em caso de distocia do ombro, ficando o ombro fica encravado no canal do parto (Murkoff e Mazel, 2008).

O terceiro estadio (dequitadura) decorre desde a expulsão fetal até à expulsão da placenta. Seguem-se contracções uterinas menos intensas, que permitem parar a hemorragia e fazer com que o útero volte à condição e tamanho anteriores à gravidez. O desprendimento da placenta ocorre geralmente no espaço de 30 minutos. Podem ocorrer complicações nesta fase, nomeadamente a hemorragia pós-parto, a retenção da placenta e a inversão uterina.

3.9.3. Crenças e Práticas Relativas ao Parto

Cada sociedade tem prioridades que configuram a ideologia e conduta do nascimento. Os povos do ocidente, atentos aos possíveis perigos a que podem estar sujeitos a mãe e o filho, tratam o nascimento como uma doença potencialmente ameaçadora da vida. Para segurança da mãe, ela deve ser colocada nas mãos de um perito cujas decisões, embora possam estar abertas à discussão ao longo do percurso, são finais. Enquanto isto pode minimizar certos riscos, sem dúvida que diminui a autonomia da mãe (Laderman,

1983).

Os habitantes de muitos países em desenvolvimento vêem o nascimento como um acontecimento normal na vida de cada mulher que, no entanto, pode por vezes pôr em perigo o seu bem-estar. Em Merchang, na Malásia, o nascimento não é apenas um acontecimento fisiológico necessitando de cuidados médicos, mas também um estadio num rito de passagem, requerendo profilaxia espiritual e perícia ritual. Os perigos podem provir de seres que são classificados como *hantu* (espíritos desincorporados) mas têm origens humanas. A *langsuir* ou *pontianak* é uma criatura semelhante a um vampiro que foi anteriormente uma simples mulher, tendo assumido uma forma demoníaca após ter morrido ao dar à luz. De acordo com alguns relatos (McHugh, 1959, cit. por Laderman, 1983) ela é estranhamente deformada. Não apenas o seu próprio comportamento se reverteu, passando da sustento de bebés à sua destruição, mas também o seu corpo sofreu uma reversão. Os seus seios deixaram a sua posição normal e estão agora localizados nas suas costas; por baixo deles encontra-se uma cavidade através da qual ela suga o sangue dos recém-nascidos. De acordo com outros (Skeat 1972, cit. por Laderman, 1983), ela é uma bela e sedutora mulher que pode facilmente tentar um homem confiante, levando-o a casar com ela. A sua face é linda, mas o seu longo cabelo preto oculta o terrível buraco. Um homem esperto pode transformar uma *pontianak* numa mulher humana se colocar um prego ou outro longo e pontiagudo pedaço de ferro ou de aço no buraco. Após a sua inserção, o espaço fecha-se, não deixando marcas que revelem a natureza da *pontianak*. Este demónio do nascimento é uma mulher que foi mal sucedida em completar a sua tarefa feminina de dar à luz; é uma mulher vazia, que apenas pode ser controlada pela introdução de um objecto fálico na sua cova, voltando à humanidade pelo poder deste acto sexual simbólico.

Em Merchang, na Malásia, para a defesa contra influências sobrenaturais adversas durante o nascimento, são colocadas sob as casas das mulheres em trabalho de parto plantas espinhosas e pontiagudas de ananás ou de *pandanus* (planta cujos frutos são semelhantes ao ananás). Além de facilitar a entrada da criança no mundo, uma parteira tradicional competente sabe como proteger a mãe e a criança vulneráveis dos ataques de espíritos invejosos. Geralmente, o *bomoh* (curandeiro) não é chamado para assistir a

mulher em trabalho de parto a não ser que a parteira sinta que o caso foi para além das suas possibilidades, depois de tentar todas as técnicas que aprendeu. Se o trabalho de parto é prolongado, a parteira pode dar a beber à mulher uma decocção de remédios "quentes", e esfregar cal (óxido de cálcio, uma matéria extremamente "quente") no seu abdómen, para o tornar um lugar pouco agradável para continuar a ser ocupado pelo bebé. Ela também pode empregar *minyak selusuh* (óleo de coco magicamente tratado sobre o qual foram recitados encantamentos, usado para facilitar o parto) para massajar o abdómen da sua paciente, ou deixar gotejar algum deste óleo do seu terceiro dedo num copo de água para beber. O facto de o óleo ser escorregadio, aumentado pelas palavras mágicas, é considerado facilitador do caminho do bebé através do canal de parto (Laderman, 1983).

Os malaios acreditam que, se uma mulher em trabalho de parto de desviou do seu papel feminino durante a gravidez, desobedecendo ou tentando dominar o seu marido, pode ter dificuldades em dar à luz o seu bebé. Ela corre um risco semelhante caso tenha sido infiel ao seu marido, mesmo em pensamento. Uma vez que a mulher é naturalmente passiva e segue a liderança do seu marido, caso inverta o seu papel pode ter dificuldade em executar as suas funções femininas normais. Para restabelecer a harmonia e a ordem no universo, e a mulher transgressora voltar ao seu lugar apropriado, a parteira dá instruções ao marido para pisar três vezes o corpo deitado da esposa, um gesto que ilustra graficamente qual é o sexo que deve estar no cimo e qual deve estar em perigo de ser espezinhado, embora simbolicamente, para assegurar o sucesso reprodutivo (Laderman, 1983).

Para que a criança possa nascer, é preciso que o colo do útero se abra. Com o intuito de activar esta abertura, muitas mulheres adoptam uma conduta que consiste em libertar tudo o que se encontra fechado, de soltar, de desatar tudo o que elas trazem. Estas práticas de ordem simbólica são referidas por Bartoli (1998) relativamente a países como a Índia, o Egipto e Marrocos. A abertura de portas e armários, o desatar o cabelo da mãe e deixar as janelas totalmente abertas, são procedimentos descritos por Hart et al. (1965) como normais no momento do nascimento em várias culturas do Sudeste Asiático. Entre os *toraja* de Sulawesi, quando se aproxima o momento do parto,

desapertam-se todas as roupas, deitam-se por terra os objectos suspensos e soltam-se os galos de combate porque eles perderiam a sua força se ficassem em casa nesse momento (Brisbois e Douvier, 1980).

Quando há dificuldades na expulsão da placenta, é frequente, em várias regiões do Sudeste Asiático, de África e da América do Sul, o abdómen da parturiente ser massajado pelas parteiras tradicionais para ajudar o processo. Na Malásia, se a placenta não é expelida num período de tempo razoável após o nascimento do bebé, quer a parteira oficial quer a tradicional massajam o fundo do útero, exercendo alguma pressão. A parteira tradicional também levanta o abdómen num esforço para libertar a placenta, a qual, elas acreditam, pode ficar presa por um estômago que desce subitamente (Laderman, 1983). Com a mesma finalidade, a parturiente pode soprar com força para o interior de uma garrafa, e é por vezes induzido o vómito (Cosminsky, 1994; Engelmann, [1884] 2009; Lefèber, 1994; Nydegger e Nydegger, 1963; Priya, 1992; Romney e Romney, 1963).

3.9.4. Posição da Mulher no Parto

Ao longo do tempo, as mulheres foram experimentando todas as posições possíveis para facilitar o nascimento dos seus filhos. Antigamente, a preferência das parturientes pelas posições verticais resultava da ideia de que estas facilitavam o nascimento da criança. Procuravam, assim, uma posição que assegurasse melhor o jogo das forças da gravidade e permitisse o rápido nascimento da criança (Gélis, 1984). A partir do séc. XVIII, a posição em decúbito dorsal (deitada de costas), imposta pelos obstetras, passou a ser regra na maior parte dos países ocidentais. Embora seja menos eficaz do que a posição vertical para acelerar o trabalho de parto, é considerada mais prática pelos assistentes para controlarem melhor a boa evolução do parto (Bartoli, 1998). No entanto, em muitos países em desenvolvimento da América Latina, da Oceania, de África e do Sudeste Asiático, dar à luz na posição horizontal, a preferida pela obstetrícia ocidental, não é de todo frequente, sendo dada preferência a posições verticais (Dundes, 2003; Fiti-Sinclair, 2002; Jolly, 2002; Kitzinger, 1992; Lefèber, 1994; MacCormack, 1994; Romney e Romney, 1963; Whittaker, 2002). Nestas posições (em pé, sentada, de

cócoras ou de joelhos), a gravidade favorece a dilatação do colo do útero e permite um melhor posicionamento da cabeça da criança. Além disso, o esforço muscular que a mulher deve despender na fase final para expelir o seu filho é facilitado pela verticalidade destas posições. É de salientar que estas não são estáticas e que, mesmo que uma posição se imponha culturalmente a uma mulher, poderá mudar em qualquer momento (Bartoli, 1998).

De acordo com a WHO (1996), quer no primeiro quer no segundo período do trabalho de parto, a mulher pode adoptar qualquer posição de que goste, evitando, de preferência, longos períodos em decúbito dorsal. Ela deve ser encorajada a experimentar aquela em que se sente mais confortável e apoiada na sua escolha. Vários estudos sugerem que uma posição vertical/erecta ou lateral inclinada durante o segundo período do trabalho de parto (expulsivo) apresentam maiores vantagens do que uma posição dorsal. A posição erecta proporciona menos desconforto e dificuldade em contrair os músculos abdominais para "empurrar", menos dores, menor traumatismo vaginal/perineal e infecções da ferida. No entanto, muito do efeito positivo da posição vertical depende das capacidades da assistente de parto e da sua experiência com outras posições para além da horizontal. Algum conhecimento acerca das vantagens, e a disponibilidade para assistir mulheres em várias posições, pode produzir uma grande diferença no trabalho de parto.

3.9.5. Corte do Cordão Umbilical

O corte imediato do cordão umbilical é uma intervenção que foi desenvolvida ao longo do século XX, enquanto aumentava o número de partos em meio hospitalar. No entanto, nenhum dos estudos realizados antes de 1980 recomendava essa prática, que pode, aliás, reduzir em mais de 50% os glóbulos vermelhos recebidos pelo recém-nascido, resultando em potenciais problemas neonatais a curto e longo prazo. Além disso, os estudos efectuados entre 1980 e 2001 revelaram poucos ou nenhuns riscos relacionados com o corte tardio do cordão (Mercer, 2001). Quando é efectuada a clampagem tardia (ou não é efectuada qualquer clampagem) do cordão umbilical, a "transfusão" de sangue da placenta para o recém-nascido é fisiológica, sendo os efeitos negativos deste

procedimento improváveis, pelo menos em casos normais. Quanto à clampagem precoce do cordão, é uma intervenção que, além de colidir com as práticas tradicionais, necessita de justificação (WHO, 1996, 1999). Há, aliás, algumas evidências de que a clampagem precoce do cordão umbilical pode prolongar o terceiro estadio do trabalho de parto (Botha, 1968, cit. por WHO, 1999).

O cordão deve ser sempre atado ou clampado do lado do recém-nascido antes do corte; deixá-lo desatado pode causar sangramento excessivo. Embora não existam estudos comparativos entre dispositivos (clampes, linhas, ligaduras, etc.) estéreis ou apenas limpos, recomenda-se geralmente que se encontrem estéreis uma vez que estão em contacto com uma membrana mucosa. Para efectuar o corte do cordão, é recomendado o uso de um instrumento afiado e estéril, como uma tesoura ou uma lâmina de barbear nova. A forma mais adequada de proceder à higiene do cordão parece ser a lavagem com água e sabão, ou apenas água caso não haja disponibilidade de sabão. A utilização de álcool não é recomendada, pois atrasa a cicatrização e o destacamento do coto umbilical (WHO, 1999).

Em muitas culturas de países em desenvolvimento da América Latina, de África e do Sudeste Asiático, o cordão umbilical é tradicionalmente cortado após a expulsão da placenta (Lefèber, 1994; MacCormack, 1994; Priya, 1992). Esta prática é descrita por Cosminsky (1994) na Guatemala; por Laderman (1982) na Malásia; por Nydegger e Nydegger (1963) entre os *ilocana* das Filipinas; por Hart et al. (1965) nas Filipinas, na Tailândia e no Vietname; na Indonésia, entre os *ketengban* de Irian Jaya (Sims, 1991), os *giman* (*orang gane*) de Halmahera por Teljeur (1994), os *laujé* de Sulawesi por Nourse (1999) e os *toradja*, da mesma ilha, por Brisbois e Douvier (1980). Na Guatemala existe a crença de que, se o cordão é cortado antes, não há nada para puxar a placenta para baixo pelo que ela ascenderá pelo corpo da mulher, sufocando-a; além disso, também pode levar à morte do bebé (Cosminsky, 1994).

Engelmann ([1884] 2009) referiu tratar-se igualmente de uma prática comum entre os índios da América do Norte, permanecendo a criança no chão, em frente da mãe, até a placenta ser expulsa. Nesta altura também é costume, entre alguns destes povos

indígenas, a assistente do parto pegar no cordão e espremer entre os dedos o sangue que aí possa permanecer, e só então cortar e amarrar o cordão.

Entre os povos africanos, os instrumentos de metal (faca, lâmina de barbear ou tesoura) são os mais utilizados no corte do cordão umbilical, o que é compreensível dado as propriedades protectoras atribuídas pelos africanos ao metal em geral. Noutras partes do mundo, como na Ásia, o metal é, pelo contrário, evitado, sendo dada preferência ao bambu (Bartoli, 1998).

A utilização de um pedaço de bambu afiado no corte do cordão umbilical é uma prática tradicional verificada em diversos países do Sudeste Asiático e da Oceania, nomeadamente a Indonésia (Hunter, 2002; McWilliam, 1998, 2002; Vincent-Priya, 1991), as Filipinas (Hart et al., 1965; Nydegger e Nydegger, 1963), a Malásia (Laderman, 1982; Vincent-Priya, 1991), a Tailândia (Hart et al., 1965; Vincent-Priya, 1991; Whittaker, 2002), o Vietname (Condominas, [1954] 1974, 2003; Hart et al., 1965), a Papua-Nova Guiné (Mead, [1930] 1942]; Leininger, 2002b), Tonga (Morton, 2002), Samoa (Barclay et al., 2005; Mead, [1928] 1943) e Vanuatu (Jolly, 2002). Na Nova Caledónia, há mulheres idosas assistentes do parto que cortam o cordão com uma concha ou uma tala de bambu, amarram a extremidade ao dedo grande da parturiente, e deixam a expulsão a cargo da natureza (Engelmann, [1884] 2009).

O desenvolvimento dos serviços de saúde, o contacto com pessoas treinadas de acordo com os princípios da obstetrícia moderna e o acesso a outros instrumentos, nomeadamente a tesoura, têm levado à progressiva diminuição da utilização do bambu.

3.10. O Puerpério

3.10.1. Puerpério Normal e Patológico

O puerpério, ou período pós-parto, tem início no final do parto, após a expulsão da placenta, e abrange as seis semanas seguintes (Cabral, 2002; Graça, 1996; WHO, 1998).

De acordo com Cabral (2002), o puerpério encerra-se quando as modificações fisiológicas da gravidez desaparecem no organismo materno, sendo as principais ocorrências deste período a involução do útero gravídico, o início e a manutenção do aleitamento e o retorno da função ovárica. Este último aspecto é válido apenas no caso das mulheres que não amamentam; caso ocorra aleitamento materno exclusivo o intervalo médio de retorno à ovulação varia entre 3 a 6 meses (Ling e Duff, 2002).

Involução Uterina

Após a expulsão da placenta ocorre uma acentuada contracção uterina, que inicialmente controla o sangramento, acabando por levar à redução do útero até ao seu tamanho normal ao fim de aproximadamente seis semanas (Graça, 1996; Ling e Duff, 2002). Quanto ao colo uterino, ou cérvix, no final da primeira semana irá apresentar-se fechado.

A secreção proveniente da cavidade uterina após o parto é designada por lóquios, apresentando alterações das suas características à medida que ocorrem modificações no revestimento interno do útero. Na primeira semana a secreção é hemática, decorrência do sangramento do sítio placentário; na segunda semana é sero-hemática, significando redução do sangramento e início do processo de cicatrização do sítio placentário; a partir daí e até ao final do primeiro mês é serosa, coincidindo com o início do processo de revestimento da cavidade uterina pelo endométrio. Modificações nas características dos lóquios podem evidenciar um processo patológico do puerpério.

Aleitamento Materno

Principalmente a partir da segunda metade da gravidez, as mamas apresentam importantes manifestações, sob influência da progesterona. O epitélio secretor dos alvéolos glandulares assume um aspecto exuberante, ocorre o aumento dos ductos lactíferos, e inicia-se frequentemente, no último trimestre, a descarga papilar de colostro. Nos primeiros três dias do pós-parto dá-se uma elevação sérica da hormona prolactina, que dá origem à turgescência e ao aumento da vascularização mamária, e ao

aumento de produção da secreção láctea. O líquido amarelo secretado inicialmente, habitualmente durante os primeiros cinco dias, é designado por colostro. É rico em proteínas, minerais e factores imunológicos, nomeadamente imunoglobulina A, que confere imunização passiva ao recém-nascido para diversas infecções. No final da primeira semana, o leite produzido terá uma constituição definitiva, sendo composto por água, lactose, proteínas e gordura.

A manutenção do aleitamento será determinada pelo estímulo areolar desencadeado pela sucção do recém-nascido. Neste momento existe libertação de oxitocina, que promove contracções uterinas e também das células mioepiteliais dos alvéolos mamários, ajudando a ejecção láctea. Ocorre, simultaneamente, produção e libertação de prolactina, que mantém o processo de produção do leite (Cabral, 2002).

Retorno à Função Ovárica

O bloqueio ovárico é promovido pelo elevado nível de prolactina, sendo proporcional ao aleitamento diário. Após a queda dos níveis de prolactina, as gonadotrofinas hipofisárias começam a actuar no ovário, promovendo a maturação folicular e a ovulação, ocorrendo assim um retorno ao estado pré-gravídico.

Patologia do Puerpério

O nascimento constitui um momento crítico para a saúde da mãe e do recém-nascido. Podem surgir problemas que, se não forem tratados a tempo, poderão ter consequências negativas, ou mesmo levar à morte de um ou ambos. Apesar disso, o puerpério é frequentemente negligenciado a nível dos cuidados de saúde materna. A falta de cuidados pós-parto ignora o facto de que a maior parte das mortes e incapacidades maternas ocorrem durante o período pós-parto e que a mortalidade neonatal precoce permanece elevada (WHO, 1998).

De acordo com Graça (1996), as principais complicações no puerpério podem ser divididas em quatro grandes grupos:

1- Hemorragia

2 - Infecção

3 - Doença Tromboembólica

4 - Mastite

A hemorragia pós-parto é a principal causa de morte materna, morrendo em cada ano mais de 150 000 mulheres, e cerca de nove em cada dez mortes têm lugar nas primeiras quatro horas após o parto. Uma mulher anémica está geralmente menos apta a lidar com as perdas de sangue do que uma mulher bem nutrida. Quando o sangramento é abundante a transfusão de sangue pode ser a única forma de salvar a vida de uma mulher (WHO, 1998).

As hemorragias mais frequentes são as do pós-parto imediato. A chamada hemorragia tardia do puerpério é uma situação menos frequente, ocorrendo geralmente no final da primeira semana após o parto, sendo, na maior parte dos casos, consequência da involução anormal do local de inserção placentária; outras vezes deve-se à retenção de um cotilédone. Outra causa, pouco frequente, é a drenagem espontânea de hematomas vulvares ou pélvicos (Graça, 1996).

A infecção que surge no aparelho genital, após o parto, designa-se por infecção puerperal. Pode localizar-se nas incisões do trato genital inferior ou da parede abdominal; como complicação mais séria, no útero, anexos, ou, mais grave ainda, ser generalizada. A endometrite (infecção do endométrio, membrana que reveste internamente a cavidade uterina) é, provavelmente, a forma mais comum de infecção puerperal. Nos primeiros dias do puerpério as bactérias presentes no canal de parto podem penetrar no local onde a placenta se encontrava inserida e a infecção propaga-se pelo útero. Por este motivo, os lóquios tornam-se purulentos, muitas vezes com cheiro fétido, a puérpera fica febril, tem dores pélvicas, pode ter cefaleias e anorexia, e a involução uterina é retardada (Cabral, 2002; Graça, 1996). A peritonite é uma complicação grave da infecção puerperal, podendo ocorrer disseminação dos microorganismos através da corrente sanguínea e levar à septicemia (Cabral, 2002).

As infecções puerperais, pela sua frequência e complicações, são causas importantes de mortalidade materna em muitos países em desenvolvimento. Quando não conduzem à morte, podem causar problemas de saúde a longo prazo como a doença inflamatória pélvica e a infertilidade. A melhor medida preventiva consiste em assegurar adequadas condições de higiene no parto e no puerpério, e a administração de antibióticos o principal tratamento (WHO, 1998).

A estase sanguínea é a principal responsável pelo tromboembolismo no pós-parto. Desde que se instituiu o levante precoce da puérpera esta situação tornou-se muito menos frequente do que era até há algumas décadas atrás, quando era comum prescrever repouso no leito durante a primeira semana após o parto (Graça, 1996).

A mastite é a inflamação do parênquima da glândula mamária, que pode ocorrer durante a lactação. Aparece mais frequentemente durante a terceira e a quarta semanas do puerpério. A glândula apresenta sinais inflamatórios e a puérpera queixa-se de dor local, por vezes intensa, e tem febre. A terapêutica com antibióticos e analgésicos/antipiréticos é geralmente eficaz (Graça, 1996).

3.10.2. Cuidados à Puérpera

Nos países ocidentais, os profissionais de saúde têm, nesta fase, a importante função de orientação da mulher, nomeadamente no que respeita ao aleitamento materno, à alimentação e aos cuidados de higiene, contribuindo para a redução das complicações puerperais e da morbilidade neonatal. A dieta da puérpera deve ser rica em proteínas e com valor calórico acrescido. O repouso e o ambiente tranquilo do domicílio é benéfico, mas deve ser estimulada a deambulação precoce. O retorno às actividades físicas deve ser progressivo atingindo, no final do primeiro mês, todas as actividades anteriores à gravidez (Cabral, 2002).

Em muitas culturas, após o parto a mulher permanece em repouso durante um determinado período após o parto, que dura geralmente entre vinte a quarenta dias, durante o qual ela tem de seguir uma certa dieta e certos tabus, e é cuidada

principalmente por outras mulheres (Helman, 1990).

Nas sociedades de tradição médica "humoral" são frequentemente postas em prática restrições comportamentais e alimentares para proteger a saúde da mulher quando ocorre um parto, encontrando-se esta numa situação de vulnerabilidade, não só física como também "mágica". Numa forma popular e tal como é actualmente observado, o principal aspecto desta tradição é a classificação do corpo e dos alimentos em quentes e frios, sendo a saúde mantida por meio de um equilíbrio. O parto altera esse balanço humoral, retirando calor ao corpo da mulher e tornando-a especialmente vulnerável ao frio. Este pode impedir a circulação sanguínea, dificultar a saída dos lóquios, atrasar a recuperação da puérpera ou causar-lhe doença e até mesmo a morte. São então tomadas medidas restritivas, sendo a mulher confinada à sua casa e frequentemente a um quarto fechado durante quatro a seis semanas. Durante este tempo é agasalhada, a água do banho é preparada com ervas e especiarias quentes, e a sua dieta inclui apenas alimentos, bebidas, remédios e ervas classificadas como manifestamente quentes. (Manderson, 2003).

Durante muito tempo foi costume, no Ocidente, a criação de um calor excessivo no quarto em que se dá o nascimento, o que estava associado à ideia da imagem forno/calor e da gestação considerada como um tempo de "cozedura" do filho. A parturiente fazia um largo consumo de aromas, especiarias e bebidas quentes, e calafetava-se o local do parto, onde se mantinha um calor avassalador. Algumas mulheres davam à luz em frente da chaminé ou viradas de costas para a lareira. A atmosfera tornava-se rapidamente irrespirável, pelo que este método acabou por ser vivamente criticado pelos médicos. A manutenção do lume sempre aceso junto da parturiente foi uma prática largamente difundida na Índia, no Japão e em todo o Extremo Oriente. Também em países como o Sião (Tailândia), o Laos, a Birmânia, a Malásia e o Camboja, as primíparas deviam expor, durante trinta dias após o parto, o abdómen e as costas ao calor de uma fogueira, mantida permanentemente por baixo ou nas proximidades da cama. Caso este rito de purificação não fosse realizado, podiam abater-se sobre o recém-nascido diversas infelicidades (Barbaut, 1990).

A permanência da puérpera sobre ou ao lado de uma fogueira é descrita, em diversos estudos, como uma prática comum a vários povos de países do Sudeste Asiático, nomeadamente a Malásia (Laderman, 1983; Manderson, 2003), a Indonésia (McWilliam, 2002; Teljeur, 1994; Therik, 2004), a Tailândia (Hanks, 1963; Hart et al., 1965; Poulsen, 2007; Whittaker, 1996), o Camboja (Townsend e Rice, 1996) e as Filipinas (Hart et al., 1965; Nydegger e Nydegger, 1963). Esta prática é consonante com os princípios da patologia humoral, segundo a qual uma puérpera se encontra num estado frio, que deve ser tratado prescrevendo substâncias quentes e proibindo o frio (Laderman, 1983; Manderson, 2003).

A dieta pós-parto também se reveste de grande importância. De acordo com Laderman (1983), ao analisá-la é importante saber qual é a dieta normal em todas as estações, e se a dieta durante a gravidez varia, para poder avaliar as mudanças operadas durante o puerpério, uma vez que os factos acerca da dieta não podem ser compreendidos fora do seu enquadramento ecológico, económico e simbólico. Por sua vez, o período pós-parto não pode ser discutido sem um conhecimento do sistema médico tradicional, das funções social, ritual e biológica da gravidez e parto dentro do seu contexto cultural, e dos papéis e estatutos de pacientes e médicos.

A patologia humoral, da qual se encontram versões na medicina arábica, chinesa e ayurvédica indiana, foi parte da tradição médica europeia desde antes do tempo de Hipócrates até ao século XVII d.C. A Malásia, um centro de comércio para viajantes da China e Índia, trocou bens e ideias médicas com representantes destas culturas, e recebeu também uma injecção da teoria humoral quando a medicina arábica veio para o Sudeste Asiático juntamente com o Islão. Aqui o sistema humoral pode ter encontrado uma pronta aceitação por partilhar aspectos semelhantes às crenças dos malaios indígenas ligadas ao nascimento. Os alimentos evitados encontram-se primeiro no contexto da gravidez e puerpério. Após o parto, são impostas restrições na dieta da mãe que podem durar desde dez dias em alguns grupos, e noutros até o bebé começar a andar.

Uma parte integral do sistema humoral malaio é a dos fluidos corporais

complementares. O sangue é concebido como o humor "quente", enquanto a fleuma (*lendir*) é o "frio". O *lendir* inclui substâncias que os ocidentais consideram bastante distintas; o princípio organizador é o da viscosidade: o muco nasal, a linfa, o sémen, as claras de ovo, certas bananas e outros frutos e vegetais "viscosos", e a viscosidade da pele de certos peixes. Em sistemas humorais semelhantes na América Latina, crê-se que as mulheres grávidas são mais quentes do que o normal (Fabrega 1974, cit. por Laderman, 1983). Este conceito é a antítese da crença malaia relativamente à concepção e gestação. No entanto, as crenças sobre o período pós-parto são semelhantes em todos os sistemas humorais: após o parto a mulher entra num estado "frio" porque o seu corpo foi esvaziado de sangue, o fluido corporal "quente". Este estado "frio" do pós-parto é fisiológico e também simbólico. Os malaios, à semelhança de povos de muitas culturas passadas e presentes, categorizam os alimentos, as doenças e os tratamentos de acordo com qualidades intrínsecas, às quais se referem como sendo "aquecedoras" ou "arrefecedoras". Embora a temperatura possa ser uma consideração (por exemplo, usar uma fogueira para aquecer as camas das mulheres no puerpério), não há equivalência a medidas térmicas. No sistema malaio, as qualidades humorais dos alimentos não são mudadas alterando a sua temperatura. Uma vez que a doença é entendida como ocorrendo quando o equilíbrio destes elementos opostos é perturbado, a aplicação prática desta teoria tem como fim a restauração do equilíbrio do corpo, usando alimentos e tratamentos que diminuem o elemento em excesso e/ou aumentam o humor deficiente (Laderman, 1983). Neste sistema, são classificados como "quentes" e "frios" os seguintes alimentos :

- As gorduras, animais e vegetais, são consideradas quentes porque saciam rapidamente o apetite e dão uma sensação de bem-estar.
- O álcool é quente.
- As especiarias são em geral quentes.
- As proteínas animais, incluindo os ovos e o leite mas excluindo o peixe fresco, são quentes. Tal como as gorduras, produzem saciedade e bem-estar.
- Os alimentos salgados são quentes. A designação aplica-se ao peixe seco salgado. Por extensão, estão incluídas as plantas que crescem perto do mar e se

tornam quentes devido à influência do mar salgado.

- Os alimentos amargos são quentes. Uma infusão de raízes amargas (*akar kayu*) é uma parte importante da farmacopeia malaia, usada como um tónico geral e especialmente importante para as mulheres durante o ciclo reprodutivo. A maioria das recém-mães bebem *akar kayu* uma vez que se crê que recupera o calor corporal esgotado durante o parto pela perda de sangue. As mulheres grávidas evitam o *akar kayu*, uma vez que o calor é considerado antagonista do feto. Seguindo a mesma lógica, as mulheres que tentam abortar podem beber *akar kayu*. Se um vegetal particular é amargo num estadio do seu crescimento é quente durante esse estadio, mas não necessariamente em qualquer outro. A mesma particularidade aplica-se a partes de plantas: apenas as que têm sabor amargo são quentes.
- O café, que é amargo, é quente.
- Os sumos de frutos e vegetais são frios, bem como os frutos e vegetais que necessitam de grande quantidade de água para crescerem.
- Os frutos e vegetais que exsudam matéria viscosa (*lendir*) são frios.
- Os frutos e os vegetais ácidos são considerados frios porque muitas mulheres grávidas anseiam por alimentos ácidos e comem-nos sem que causem dano. A explicação malaia é que se esses alimentos fossem quentes provocariam abortos uma vez que tudo o que a mãe come vai ter ao feto.
- As plantas que sabem a *kelat* são frias.
- O chá é frio.
- Vinhas, plantas rasteiras e trepadeiras são frias.

O conceito de *bisa* é ainda mais importante e complementa o sistema humoral, sendo referido pelos malaios como um poder mágico, seja usado para o bem ou para o mal. O seu uso mais frequente relaiona-se com alimentos. Os alimentos que são *bisa* e os alimentos que são humoralmente "frios" são evitados simultaneamente durante certos estados de doença e crises da vida, como no pós-parto. As restrições alimentares de todos os géneros são chamadas *pantang* em malaio, uma palavra frequentemente traduzida como "tabu". As pessoas rurais acreditam que evitar alimentos *bisa* tem um

efeito benéfico sobre a saúde. Uma puérpera que ingere alimentos considerados *bisa* e não experimenta consequências nefastas pode mesmo ser elogiada pelo seu "estômago de ferro", e uma mulher que experimenta hemorragia pós-parto ou dores de estômago após a ingestão de alimentos *bisa* não é considerada pecadora, apenas um pouco louca. Os moluscos, crustáceos e muitas variedades de peixe são considerados *bisa* durante os quarenta dias que se seguem ao parto (Laderman, 1983).

3.10.3. Crenças e Práticas Relativas à Placenta

A criança vem ao mundo acompanhada da sua placenta, esse intermediário que lhe deu o seu calor, que assegurou a sua alimentação e o seu crescimento no ventre materno. A secção do cordão marca a separação física definitiva da mãe e da criança, da criança e da placenta. Actualmente, nos países ocidentais a placenta é pouco valorizada, como se não existisse; no entanto, em certos grupos culturais, ela é sempre respeitada e a sua manipulação ritualizada. De um lado a veneração, do outro o esquecimento (Gélis, 1984).

As práticas relativas à placenta humana e ao seu tratamento constituem um exemplo da diversidade cultural em torno do nascimento. Determinados sistemas de uma cultura encontram-se intimamente relacionados, pelo que o tipo de procedimentos com a placenta deve reflectir aquilo que as pessoas sabem e em que acreditam relativamente ao seu mundo. Segundo Jones e Kay (2003), as formas de disposição da placenta podem classificar-se em duas categorias: *high ritual* ou *low ritual*. Uma cultura é considerada *high ritual* caso sejam evidentes, nos dados etnográficos, atribuições de capacidades mágicas à placenta. Alguns grupos culturais distinguem-se pela crença na natureza espiritual da placenta e em consequências precisas relacionadas com o seu descarte. Quando a placenta é investida de poder, os rituais relativos ao seu tratamento podem demonstrar valores sociais e ser funcionais para a cultura, representando esforços para proteger o indivíduo ou o grupo. Quando tal não se verifica, ou caso o poder da placenta seja visto como poluidor em vez de espiritual, a cultura entra na categoria *low ritual*.

Símbolo das águas primordiais e da terra, a placenta pode ser, consoante as culturas,

considerada como companheiro, duplo ou gémeo da criança, ou ainda ligada simbolicamente à mãe. Fonte de alimento da criança durante a vida intra-uterina, a placenta conserva essa função vital após a separação do corpo da mãe. Também é, por outro lado, ligada à terra, e daí os numerosos ritos de nascimento que consistem em enterrá-la, ou seja, proceder ao retorno à origem. Mesmo quando o parto tem lugar numa clínica, há povos, como os africanos *ewe*, que têm o cuidado de a recuperar para ser devolvida à Terra Mãe e enterrada (Pont-Hubert, 1995).

Segundo as representações da Idade Média, a placenta alimenta o corpo e a alma da criança que vai nascer. Durante a gravidez, a função fisiológica da placenta mantém uma estreita relação com a sua função simbólica. Nesta época, a função da placenta não era bem entendida como filtro biológico, acreditando-se que ela proporcionava ao feto um certo conforto, tornando a sua prisão (o corpo da sua mãe) num lugar suportável. Também se imaginava que, no corpo da sua mãe, a criança só podia estar deitada, e é desta ideia que provém a denominação "a cama da criança". Na Europa, nomeadamente em França, até ao século XIX a placenta era considerada a outra metade da criança, o que levava a que fosse suposto ter efeito sobre esta, quer antes quer após o nascimento. Além disso, era também o símbolo da fecundidade transmissível (Gélis, 1984).

Na época actual, uma íntima relação entre a placenta e a criança é expressa por diversos povos. Em Sumatra, Java, Lombok e noutras regiões da Indonésia, a placenta é designada como o irmão mais novo (ou o seu espírito) do recém-nascido (Braun, 1959, cit. por Enning, [2003] 2010; Geertz, [1960] 1976; Grace, 1996). Para os javaneses, a placenta pode ser vista como o protector da mãe e da criança (Eggert, 1986, cit. por Enning, [2003] 2010; Geertz, [1960] 1976). Em Bali, para que um bebé se mantenha com boa saúde é essencial que a placenta (*ari-ari*) não seja negligenciada, pelo que deve ser enterrada à direita ou à esquerda da porta da casa, consoante se trate de um recém-nascido do sexo masculino ou feminino (Eiseman, Jr., 1990; Friedberg, 1985). Entre os *toradja* de Sulawesi, na Indonésia, o cordão umbilical e a placenta são embrulhados numa folha de *pandanus* e enterrados pelo pai a leste da casa para evitar que os maus espíritos se apropriem da alma do recém-nascido; coloca-se sobre este

túmulo uma pedra e afixam-se três bambus na terra em redor (Brisbois e Douvier, 1980). Na linhagem dos *batak*, em Sumatra, a placenta é enterrada sob a casa ou colocada numa urna de terra e depositada no rio, para impedir que a criança venha mais tarde a sofrer do sindroma das mãos ou dos pés frios, o que é considerado uma influência negativa da expulsão da placenta no momento do parto (Braun, 1959, cit. por Enning, [2003] 2010).

No Nepal, a placenta é chamada *bucha-co-satthi* (o amigo da criança). Na Malásia, quando uma criança sorri de forma inesperada, os pais dizem que ela está a brincar com o seu irmão mais novo, a placenta (Dunham, Myers e Barnden, 1992, cit. por Enning, [2003] 2010). Os *iban* de Sarawak envolvem a placenta em tecido e enterram-na ou colocam-na num cesto (*raga*) que penduram no alto de uma árvore, para evitar que ela seja devorada por certos *antu*, ou espíritos, que possam molestar o recém-nascido (Harris, 2002). Na Guatemala, consideram que a placenta tem uma relação especial com a criança, sendo referida como o segundo filho, pelo que requer um tratamento cuidadoso (Cosminsky, 1982). Os *dogon*, povo que habita o Mali e o Burkina Faso, consideram-na como o "gémeo" do recém-nascido e não anunciam o nascimento deste enquanto não é expulsa. Com o pedaço de cordão umbilical a que permanece ligada e que representa a "cadeia" que sustenta, durante a sua descida do Céu sobre a Terra, o que o Criador concebeu no seu seio, a placenta é depositada num recipiente de cerâmica cheio de água, coberto com uma pedra plana sobre a qual a mãe fará as suas abluções e dará banho à criança durante sete semanas. Estas medidas são tomadas para que ela seja mantida indefinidamente viva, ao abrigo de toda a destruição que teria como efeito molestar o indivíduo que a ela continua misteriosamente ligada (Pont-Hubert, 1995).

No nordeste da Tailândia, o tratamento da placenta é importante na medida em que afecta a personalidade e a saúde da criança que nasceu. Quando o parto ocorre em casa, a parteira tradicional (*mor tam yae*) ou o marido limpa cuidadosamente a placenta com água quente e aplica-lhe sal para que, segundo alguns, a criança seja saudável ou alegre. É depois embrulhada e colocada dentro de um recipiente de bambu e enterrada num local determinado pelo sexo do recém-nascido (Whittaker, 2002).

Entre os *mnong gar* do Vietname, a placenta e o cordão umbilical são colocados num cesto e enterrados pelo pai do recém-nascido atrás da casa, se for do sexo masculino, ou perto da fachada, se for do sexo feminino. O buraco é encerrado com uma grande pedra e terra, e em redor do montículo assim formado é plantada uma série de pequenas estacas cujos vértices são juntos numa espécie de cone. Este conjunto é por sua vez protegido por um entrelaçado de caules espinhosos que o pai arranja enquanto pede em voz alta aos *caak* (bruxos) que se afastem. Caso estes viessem a introduzir-se no buraco devorariam a placenta e a criança ficaria doente, podendo morrer (Condominas, [1954] 1974, 2003).

A aparência da placenta sugere uma estreita relação entre este órgão e a árvore. Diversos povos e culturas sacralizam as árvores, como se fossem entidades capazes de determinar o destino dos homens, ligando-se fortemente à vida destes. Em muitas culturas, as árvores simbolizam as forças da vida ou as divindades. Na Ásia, são reconhecidas e cuidadas árvores consideradas "sagradas", como o gingko ou a figueira-de-bengala (*Ficus bengalensis*). Na Indonésia, um prato contendo a placenta é suspenso numa árvore "Waringin" (*Ficus benjamina*), que pode perdurar por muitos anos, com a finalidade de o recém-nascido poder fazer parte da sua idade venerável (Eggert, 1986, cit. por Enning, [2003] 2010). Nas Filipinas é costume, entre os *ilocano*, a placenta ser colocada num pote, coberto com a metade da casca de um coco, que é posteriormente suspenso numa árvore pelo pai do recém-nascido. Segundo uma prática recente, junto à placenta é colocado papel e lápis para assegurar à criança sabedoria no futuro (Nydegger e Nydegger, 1963).

Também para muitos pais, o parentesco entre a árvore dadora de vida e a placenta é familiar, pelo que querem tratar com dignidade o órgão do seu filho recém-nascido, que lhe proporcionou durante tanto tempo alimento e protecção. Como sinal de reconhecimento, segundo um costume ancestral eles colocam um rebento de árvore no local onde foi enterrada a placenta, que se julga aproveitar a força desta para se tornar uma árvore majestosa. Enquanto cresce, até chegar ao tamanho normal, ele acompanha a criança no seu caminho, até esta se tornar adulta (Enning, [2003] 2010).

Em quase toda a Europa, a placenta era enterrada sob uma árvore de fruto. Segundo Gélis (1984), este costume tinha na sua origem um desejo de se reconectar ao reino dos antepassados, simbolizado pela árvore genealógica. Como as árvores também são seres vivos sexuados, a espécie de árvore a plantar era escolhida consoante o sexo da criança: por exemplo, uma macieira para a rapariga e uma pereira para o rapaz.

Nas cidades, era mais seguro depositar a placenta sob a casa da família. Era geralmente o pai quem a enterrava, logo após o nascimento, na cave ou num edifício adjacente, para que o lar pudesse beneficiar ao máximo da sua força e das suas qualidades de fertilidade. Por vezes, era necessário evitar a todo o custo que um animal ou alguém exterior dela se apoderasse, pois tal comprometeria a fertilidadade do casal e da família. Desde que a pessoa à qual ela pertencesse se mantivesse dentro do campo de acção da placenta, nada lhe poderia acontecer de mal (Gélis, 1984).

No século XVIII, em França e na Alemanha os pais acreditavam que um filho seria belo, inteligente e virtuoso se a sua placenta fosse enterrada nas proximidades da casa, logo após o nascimento. A proximidade da placenta pode, em especial, reforçar determinadas qualidades. Na Samoa, a placenta é geralmente enterrada no jardim, mas também pode ser enterrada ao pé da igreja para que a criança possa no futuro ser um ministro, ou atirada ao mar para que venha a ser um pescador (Barclay et al., 2005). Em Trobriand, é enterrada no jardim, o que terá como efeito tornar a criança um futuro bom jardineiro (Jüptner, 1986, cit. por Enning, [2003] 2010).

Encontram-se, na literatura, referências à prática da placentofagia, ou seja, à ingestão de placenta. Engelmann ([1884] 2009) revela a existência de indícios desta prática no Brasil. Por diversas vezes é referido que os homens ingerem o órgão cru ou cozido com a finalidade de melhorar a sua aptidão para a caça. É possível existir alguma fundamento nestas histórias porque o elevado nível de enzimas contidas na placenta crua poderiam reforçar o seu sistema imunitário. Segundo Enning ([2003] 2010), experiências no âmbito da placentoterapia (terapia pela placenta) sugerem que o consumo de placenta cozida pode reforçar a energia. Em certos países, há parteiras que recomendam às puérperas a ingestão de um pouco da sua placenta, ou de placenta seca

reduzida a pó, para que o seu restabelecimento seja mais rápido e para estimular a lactação. Nydegger e Nydegger (1963) observam que, entre os *ilocano* das Filipinas, após o primeiro parto é tostado um pequeno pedaço da placenta, que depois é reduzido a pó e misturado em água, a qual é bebida pela parturiente. O efeito é alternadamente interpretado como uma garantia para um futuro parto bem sucedido, ou como prevenção do choque após o parto.

3.10.4. Rituais do Recém-Nascido

O termo "rito" etimologicamente vem do latim *ritus* que designa um culto, uma cerimónia religiosa, mas também mais amplamente um uso, um costume. Pode dizer-se que os ritos constituem um sistema codificado específico que permite às pessoas e aos grupos estabelecerem uma relação com uma força oculta ou um ser divino ou com os seus substitutos sobrenaturais ou seculares (ideais). Encontra-se aqui o que o distingue de um simples costume, que é a referência a forças latentes ou a valores insignes, em resumo, a um certo "sagrado"(Maisonneuve, 1988).

Os rituais podem ser religiosos (como a missa ou o *sabbat*); seculares (como o protocolo ou o sermão dos jurados); colectivos (como as festas nacionais ou familiares), ou privados (como certos ritos corporais); outros dizem simplesmente respeito à nossa vida quotidiana (como a saudação), ou a práticas supersticiosas ligadas à magia e ainda estão vivas em certas regiões. Não se pode distinguir bem os dois termos "rito" e "ritual"; quando muito este último pode designar um sistema de ritos dos quais estes são os componentes; por exemplo o ritual católico compreende uma pluralidade de ritos sacramentais e cerimoniais. Quanto ao adjectivo "ritual", ele significa a conformidade às prescrições do rito. Podem assim empregar-se indiferentemente os dois termos (Maisonneuve, 1988).

As descrições teóricas do ritual consideram-no geralmente uma acção, distinguindo-o assim dos aspectos conceptuais da religião, nomeadamente as crenças, símbolos e mitos. O ritual, como acção, põe em prática, expressa ou desempenha estas actuações conceptuais. Além deste padrão estrutural básico, outro padrão descreve o ritual como

um tipo de mecanismo funcional ou estrutural para reintegrar a dicotomia pensamento-acção, que pode surgir sob a forma de uma distinção entre crença e comportamento (Bell, 1992).

Turner (1969) descreve inicialmente o ritual como a afirmação da unidade comunal em contraste com os atritos, constrangimentos e competitividade da vida e organização social. O rito proporciona uma "antiestrutura" criativa que é distinta da manutenção rígida de ordens sociais, hierarquias e modelos tradicionais. No entanto, quando subsequentemente retratados como expressões incorporadas quer na estrutura quer na antiestrutura, ele descreve os rituais como aquelas actividades especiais e paradigmáticas que medeiam ou orquestram as necessárias e antagónicas exigências da *communitas* e da ordem social formalizada.

De acordo com Van Gennep ([1909] 1981), a vida individual consiste numa sucessão de etapas cujos finais e inícios formam conjuntos da mesma ordem: nascimento, puberdade social, casamento, paternidade, progressão de classe, especialização de ocupação, morte. A passagem de uma situação a outra e de um mundo (cósmico ou social) a outro é acompanhada de "sequências cerimoniais". A importância destas passagens leva à distinção de uma categoria especial, os "ritos de passagem". Estes decompõem-se em "ritos de separação", "ritos de margem" e "ritos de agregação", embora não se encontrem igualmente desenvolvidos numa mesma população nem num mesmo conjunto cerimonial. No entanto, isto não significa que todos os ritos do nascimento, da iniciação, do casamento, etc., sejam apenas ritos de passagem. Porque, além do seu objectivo geral, que é assegurar uma mudança de estado ou a passagem de uma sociedade mágico-religiosa ou profana para outra, cada uma destas cerimónias possui o seu próprio objectivo. Assim, as cerimónias do casamento comportam ritos de fecundação; as do nascimento, ritos de protecção e de predição; as da iniciação, ritos de propiciação, etc. Todos estes ritos se justapõem aos ritos de passagem ou com eles se combinam.

> As cerimónias da gravidez e do parto constituem, habitualmente, um todo, e de tal maneira que muitas vezes são inicialmente executados ritos de separação, que retiram a mulher grávida da

> sociedade geral, da sociedade familiar, e por vezes mesmo da sociedade sexual. Depois vêm os ritos da gravidez propriamente ditos, a qual é um período de margem. Finalmente os ritos do parto têm como objectivo reintegrar a mulher nas sociedades às quais ela pertencia anteriormente, ou de lhe assegurar na sociedade geral uma situação nova, como mãe, sobretudo se se trata de um primeiro parto e de um rapaz. (Van Gennep, ([1909] 1981, p. 57, tradução nossa)

Em todas as sociedades humanas a gravidez e o parto são mais do que acontecimentos biológicos; também fazem parte de uma importante "transição" da mulher do estatuto social de "mulher" para o de "mãe". Tal como em todas as transições sociais, durante o perigoso percurso de um estatuto para o outro o indivíduo deve ser protegido do mal através do cumprimento de certos rituais e comportamento. Relacionados com a gravidez e o parto há, efectivamente, um grande número de ritos que têm como objectivo facilitar o parto e proteger a mãe e a criança, e muitas vezes também o pai, toda a família ou mesmo o clã inteiro contra as más influências, impessoais ou personificadas. Nem todos eles entram na categoria dos ritos de passagem, sendo por vezes difícil distinguir claramente, em cada caso particular, se se trata de um rito de passagem ou de um outro tipo rito (Por ex.: rito de protecção) (Van Gennep, [1909] 1981).

Nos ritos destinados especialmente à criança, e à semelhança de outras práticas da mesma ordem, encontra-se a sequência dos ritos de separação, de margem e de agregação. Os ritos de separação compreendem em geral todos aqueles em que se corta qualquer coisa, nomeadamente o corte do cordão umbilical, o primeiro corte de cabelo ou o acto de rapar a cabeça, e também o rito de vestir pela primeira vez. A criança deve assim ser separada do seu meio anterior, que pode ser simplesmente a mãe. A primeira separação desta ordem exprime-se pela secção cerimonial do cordão umbilical (com a ajuda de uma faca de pedra ou de madeira, etc.), e por ritos relativos ao pedaço de cordão que, dessecado, cai ao fim de alguns dias. Estes ritos são muitas vezes acompanhados de festas familiares. A entrada da criança no período liminar pode durar, dependendo dos povos, de dois a quarenta ou mais dias. Os ritos de agregação, que têm como efeito "introduzir a criança no mundo" ou "lançar a criança no mundo", são os ritos da denominação, do aleitamento ritual, do primeiro dente, do baptismo, etc. (Van

Gennep, [1909] 1981).

De acordo com Davis-Floyd (1992), além de terem um efeito técnico, muitos dos procedimentos da obstetrícia moderna também podem ser descritos como "rituais de transição social" ou "ritos de passagem".

Segundo Gélis (1984), o nascimento de uma criança tranquiliza, mas dá início a um período pleno de incertezas que só terminará com o baptismo. Entram aqui em acção diversos ritos de protecção, associados ao isolamento. Até ao baptismo, a criança é desviada de influências externas, encerrada num local fechado: a casa, o quarto. Sair com ela durante este período seria pôr em risco a sua vida. Além de limitarem a circulação de objectos entre o interior e o exterior, entre o espaço privado e o espaço público, são dispostas no quarto algumas peças metálicas, às quais é atribuído um certo poder dissuasor. Em França, embora ao longo do século XIX os ritos de protecção se tenham cristianizado por todo o território, subsistiram, em paralelo com estas práticas, alguns interditos antigos. Entre o nascimento e o baptismo, durante uma ou duas noites, os membros da família e os vizinhos revezavam-se para velar a criança; os pais deviam abster-se de chamar o recém-nascido pelo nome escolhido para ele, nem mesmo pronunciá-lo perante quem quer que fosse; caso contrário, eles forneceriam aos feiticeiros e espíritos demoníacos meios para prejudicarem gravemente a criança, podendo mesmo causar a sua morte (Roy, 1886, cit. Por Gélis, 1984). O baptismo é renascimento espiritual, mas é também rito de passagem; ele marca a entrada oficial da criança na comunidade temporal; ele socializa. Colocado sob a autoridade do santo patrono do qual ele é "a criança segundo o espírito", o recém-nascido passa então do "estado de coisa ao de ser". Ele não era nada ou quase, ele torna-se alguém (Gélis, 1984).

Nas mentes dos seres humanos ancestrais, o número de espíritos malévolos excedia o número de espíritos benéficos, sendo devotados muito tempo e energia para os combater. Eles podiam ser vencidos através do recurso a oferendas e rituais, ou removidos do corpo de uma pessoa mediante sacrifícios redentores. Uma vez expulsos os espíritos maléficos, o seu regresso era prevenido por meio de diversos ritos e

cerimónias; quando estas se mostravam eficazes, eram transmitidos através de gerações. Actualmente, muitos dos antigos ritos têm sobrevivido, embora com modificações, continuando a ser praticados. Após o nascimento de uma criança, existe a crença de que o poder dos espíritos maléficos é mantido por um determinado período de tempo. O terceiro, o sétimo e o quadragésimo dias são os cruciais na vida inicial do recém-nascido e da puérpera. Por conseguinte, é nestes dias, ou no oitavo dia, que têm lugar a maior parte dos rituais. Acredita-se que durante este período o recém-nascido e a sua mãe se encontram mais susceptíveis ao poder dos seres sobrenaturais e por isso num estado tabu/interdito. A libertação deste estado depende de certos rituais, inerentes a cada comunidade. Quando os vários ritos são completados e os quarenta dias terminam, a mãe e o seu filho encontram-se a salvo do mal. As cerimónias que libertam a pessoa têm um duplo carácter, sendo em parte mágicas e em parte religiosas (Spector, 2000).

Em Nyansongo, uma comunidade *gusii* do Quénia, o recém-nascido é considerado um ser frágil, particularmente susceptível a influências malévolas que o podem matar por meio de doenças. Quando se dá a queda do coto umbilical, tem lugar um ritual. É preparada uma refeição para os convidados, e a mulher que deu assistência ao parto vem atribuir o nome à criança, que até este momento era chamado *Mosamba Mwaye*, "o queimador da sua própria casa", indicando que ele tinha deixado o seu anterior *habitat* (o útero), ao qual não pode voltar. É então escolhido o nome da criança, com a aprovação da mãe e da avó paternas. Embora possam ser utilizados diversos critérios para determinar o nome, tais como as condições atmosféricas ou outros eventos ocorridos na altura do nascimento, é mais frequente ser-lhe atribuído o nome de uma pessoa do mesmo sexo falecida recentemente, pertencente à família do pai, para o primeiro nome, e do lado da mãe, para o segundo nome, que tem menor importância e pode mais tarde ser abandonado. A mulher come, e então a avó paterna rapa o cabelo à criança e fá-la saltar nos seus braços, dizendo: ' Vamos chamar-te ___'. Caso a mãe tenha passado anteriormente por numerosas fatalidades com os filhos, é deixado um pequeno tufo no topo da cabeça que é mantido até à sua iniciação. Nesta cerimónia não está presente qualquer homem (LeVine e LeVine, 1963).

Nas Filipinas, os *ilocana* designam o recém-nascido de *kayannak* apenas nas primeiras

duas semanas de vida, ou menos; na prática, até ao desprendimento do coto umbilical – a separação simbólica entre a mãe e o filho. Devido à sua anterior função básica na manutenção da vida fetal, é-lhe prestada especial atenção durante este período. Acredita-se que a criança chora mais antes da queda do coto, encontrando-se a área umbilical dorida e sensível. Em parte para aliviar este desconforto e em grande parte como protecção dos "não-humanos", o uso de uma cinta e de aplicações de cinza e de óleo que têm início após o parto é continuado. Mesmo após a sua queda, o coto continua a ser considerado parte da criança. Ele é então embrulhado em algodão e pendurado algures na casa, geralmente numa janela, onde o vento o atingirá para fortalecer a região toraco-abdominal da criança de forma a que ela no futuro resista aos ventos frios. No entanto, após este acto inicial, não é tomada outra atitude em relação ao coto, até este ser levado pelo vento. As aplicações diárias de cinza e óleo no umbigo são mantidas até à sua completa cicatrização, o que pode durar algumas semanas, e a partir daí é ultrapassado o período mais perigoso do recém-nascido: a criança é agora simplesmente *tagibi* (bebé) até à idade do desmame. Esta divisão da infância efectua uma mudança na relação entre a criança e o mundo sobrenatural, e não entre a criança e a sua família, mas para os pais o uso desse termo significa um nascimento bem sucedido (Nydegger e Nydegger, 1963).

Em Samoa, o nascimento de um bebé de estatuto elevado dá lugar a uma grande comemoração. A parteira corta o cordão com uma faca de bambu fresco e depois espera ansiosamente que o coto umbilical caia, o que assinala uma festa. Se o bebé for uma menina, o coto umbilical é enterrado sob a árvore *Broussonetia papyrifera*, cuja casca é utilizada na confecção de vestuário, para assegurar que quando crescer será diligente nas tarefas domésticas; se o bebé for um menino o coto é atirado ao mar, de forma a que ele venha a ser uma pescador habilidoso, ou então é plantado sob um taro (inhame), para que venha a ser no futuro um dedicado agricultor. Então, os visitantes regressam a casa, a mãe levanta-se e dedica-se às tarefas diárias, e o recém-nascido deixa de ser alvo de grande interesse (Mead, [1928] 1943).

Entre os *mnong gar* do Vietname central é realizada, geralmente no sétimo dia de vida da criança e após a queda do coto umbilical, a importante cerimónia da "saída da

criança" (*Njür Koon*), em que o recém-nascido é levado, pela primeira vez, para fora da casa materna, cessando o período de isolamento e de interdição de visitas externas. Nesse momento, a mãe transporta-o sobre as ancas e agacha-se a poucos passos da porta, junto a uma série de objectos que lá foram colocados e que o filho deverá possuir futuramente. Ela pega neles, um a um, e mostra-os à criança explicando-lhe a sua utilidade. No caso descrito, trata-se de um bebé do sexo masculino, pelo que os objectos consistem no seguinte: uma enxada, uma cabaça de água e outra de sopa, um cachimbo e uma bolsa de tabaco, um colar antigo, uma túnica, um turbante, um sabre, uma arbaleta, uma lança e uma nassa de homem. A cerimónia termina com a apresentação do último objecto e a mãe volta a entrar em casa com o seu filho. Depois disto, o recém-nascido deve visitar a todas as casas da aldeia, sendo untado pela dona de cada casa com uma substância em pó que contém a planta mágica do arrozal, indicando, com este gesto ritual, que ele é reconhecido como membro daquela comunidade (Condominas, [1954] 1974, 2003).

Em países muçulmanos, os recém-nascidos são considerados como seres particularmente débeis e ameaçados pelos *djinn* ou pelo mau olhado, sendo utilizadas diversas protecções para afastar o mal: objectos em ferro, amuletos, sal, chifres, etc. Pela mesma razão, evita-se atribuir um nome à criança logo que nasce para que os *djinn* dele não se possam apoderar, considerando-se que o nome e a pessoa têm a mesma correspondência no universo mágico. A tradição islâmica recomenda a realização do rito de imposição do nome no sétimo dia após o nascimento. Na prática, combina-se frequentemente com o rito do "sacrifício da cabeleira" do recém-nascido designado por *'aquîqa* ("corte"). A cerimónia inicia-se com a imposição do nome e é seguida pela remoção do cabelo, sendo recomendado oferecer aos necessitados o peso equivalente em ouro ou prata. O Profeta teria dito: 'No nascimento de uma criança, façam correr o sangue e afastem dele o que é nocivo'. É então praticado pelo pai de família um sacrifício animal a fim de proteger a criança. No momento deste costume árabe pré-islâmico, a cabeça da criança era untada com o sangue da vítima a título propiciatório. A fim de se demarcar desta prática que envolve sangue, considerado impuro no mundo islâmico, a unção com sangue foi substituída pela unção com açafrão. A cerimónia é encerrada com uma refeição colectiva, no decurso da qual é consumido o animal

sacrificado (Pont-Hubert, 1995).

Em Merchang, na Malásia, a discordância lançada por um nome "errado" pode contribuir para a vulnerabilidade de uma criança. Muitas crianças são conhecidas por dois nomes: um nome escolar (o do seu certificado de nascimento) e um nome familiar (que lhe foi atribuído por razões de saúde). O *bomoh* recita uma série de nomes enquanto atira grãos de arroz para dentro de um copo de água. O nome errado leva o arroz a ir para o fundo do copo. Três grãos de arroz flutuando no cimo são uma indicação de que foi escolhido o nome certo. Uma mudança de nome é frequentemente tudo aquilo de que uma criança precisa para melhorar a sua saúde (Laderman, 1983).

Entre os *toradja* de Sulawesi, na Indonésia, o nascimento de um rapaz é saudado pelos gritos '*iso, iso, iso'*, o de uma rapariga pelos '*hé, hé, hé, so'*. Menos de uma hora após o parto a mãe vai tomar banho mas, excepto para as suas abluções, ela ficará confinada à casa durante uma semana, ao fim da qual ela poderá voltar ao jardim e aos campos. Durante os três dias seguintes será sacrificado um galo de patas amarelas, e se se tratar de uma mulher *puang* (nobre) será oferecido um porco e um búfalo ao *Puang Mutua* (o velho Deus). Esta cerimónia é acompanhada de cantos e danças. Durante estes três dias o pai não tem o direito de retirar os utensílios de ferro da casa, não dever deixar o seu lar após o pôr-do-sol, nem ir trabalhar para o campo. No final destas festividades a mulher sai com o seu bebé ao qual é cortado o cabelo. No caso de um recém-nascido *puang* (nobre), *anak disese* ou *to makaka* (castas dos homens livres), não se poderá cortar-lhe o cabelo antes de ter sacrificado um porco; para os *kaunan* (escravos), será suficiente uma galinha. A testa e as bochechas do bebé são untadas com o sangue destes animais e amarra-se-lhe ao punho e aos tornozelos uma pulseira entrançada, vermelha e branca, que ele guardará até se desfazer. Durante os três dias que se seguem ao nascimento, a família reune-se para decidir o nome a dar ao recém-nascido, sendo frequentemente escolhido o de um antepassado, mas nunca o de uma pessoa viva, crendo que ele poderá morrer. No dia em que o bebé recebe um nome, o seu pai pega numa zarabatana e lança três flechas contra um escudo para que o seu filho seja corajoso. Em Makale oferece-se aos rapazes uma pequena charrua e às raparigas um bastidor de tecelagem (Brisbois e Douvier, 1980).

Entre os muçulmanos *gimán* de Halmahera, na Indonésia, o evento do nascimento é celebrado apenas após quarenta dias. Quando um bebé sobreviveu a este período crítico os *gimán* consideram que ele tem uma franca hipótese de vida, e por isso o ritual é designado por "o dia em que ele atingiu (*hawé nomu*)". De acordo com a lei muçulmana, no quadragésimo dia após o nascimento termina o período durante o qual a mãe de um recém-nascido é ritualmente impura (Hurgronje, 1892, e Juynboll, 1925, cit. por Teljeur, 1994).

Entre os africanos *ewe* (ou *evhe*), quando a placenta é expulsa e a notícia do nascimento se expande, surgem as cerimónias rituais de agradecimento aos antepassados e de protecção da criança contra os maus espíritos. A placenta, símbolo de uma substância que contém em potência todos os germes das experiências que o indivíduo experimentará ao longo da sua existência, é tratada com o maior cuidado. A mãe e o seu filho passam por um período de reclusão de três a nove dias (variáveis consoante o sexo do bebé), marcados pela higiene do bebé, confiada a uma mulher experiente e destinada a eliminar todas as impurezas, e pelo rito de saída do recém-nascido que simboliza a sua integração oficial no grupo. No decurso desta cerimónia, a criança é apresentada à família e é-lhe atribuído um nome, escolhido de forma variável (Pont-Hubert, 1995).

3.11. Revisão da Literatura sobre Crenças e Práticas de Saúde Reprodutiva em Timor

Durante o período em que Timor-Leste constituiu uma colónia portuguesa, sendo por isso frequentemente designada por "Timor Português", vários autores fizeram recolha etnográfica, não só antropólogos como também agentes da administração colonial, militares, padres e outros indivíduos interessados nos costumes dos timorenses. Em algumas destas obras de âmbito mais geral, encontram-se algumas descrições de crenças e práticas associadas ao nascimento.

No que respeita a autores portugueses, é de salientar a obra do Capitão Armando Pinto

Corrêa, que exerceu o cargo de administrador da circunscrição de Baucau durante cerca de cinco anos. Durante este tempo, observou as instituições timorenses e estudou os seus costumes, do que resultou a obra *Gentio de Timôr*, publicada em 1935. O autor apresenta uma descrição pormenorizada sobre as práticas tradicionais dos *makasae* do distrito de Baucau, incluindo as que se encontram relacionadas com o nascimento. Baseando-se em relatórios de outros administradores, também apresenta informação etnográfica referente a outras regiões de Timor-Leste.

O Capitão José Simões Martinho, cuja permanência em Timor durou quase um quarto de século, é autor da obra *Timor: Quatro Séculos de Colonização Portuguesa*, de 1943, na qual resume as suas impressões pessoais sobre o território. No capítulo dedicado à vida da família, faz breves referências a costumes relacionados com o casamento, a gravidez, o parto e o período pós-parto.

Alberto Osório de Castro, na sua obra *A Ilha Verde e Vermelha de Timor* ([1943] 1996), primeiro impressa na revista *Seara Nova* em 1928, apresenta uma breve descrição do ritual de nascimento em Manatuto.

Manuel Ferreira publicou, na revista *Seara*, vários artigos sobre as crenças e os costumes dos timorenses. Em *Tutuala I (Apontamentos Etnográficos*) (1951a) e *Dili: Apontamentos Etnográficos* (1953a,b) o autor descreve, resumidamente, alguns rituais de nascimento entre os *fataluku* de Tutuala, no extremo leste da ilha, e também entre os habitantes de Díli.

José B. Rodrigues, autor do livro intitulado *O Rei de Nári: Histórias, Lendas, Tradições de Timor e Episódios da Vida Missionária*, de 1962, descreve uma cerimónia de imposição do nome à criança, realizada entre os *fataluku*.

Francisco de Azevedo Gomes cumpriu dois anos de comissão militar em Timor-Leste, na região leste habitada pelos *fataluku*. Ao longo deste tempo efectuou uma recolha de dados intensiva sobre diversos aspectos da cultura deste grupo etnolinguístico, incluindo crenças e rituais associados ao nascimento. Este material etnográfico foi utilizado na

elaboração, em 1972, da sua dissertação de licenciatura com o título *Os Fataluku*.

É de destacar o trabalho de pesquisa etnográfica que o padre católico Jorge Barros Duarte desenvolveu, a partir de 1959, sobre a religião primitiva dos povos que habitam a ilha de Ataúro, objecto do livro *Timor - Ritos e Mitos Ataúros*, publicado em 1984. Alguns dos temas tratados nesta obra são o nascimento, a nominação da criança, o aborto e a esterilidade, sendo feitas descrições de diversos rituais.

António de Almeida e Carmo, funcionário da administração colonial, realizou, em finais da década de 1950, um estudo do foro etnográfico sobre os costumes dos *mambae* de Ermera, em que que inclui a descrição de algumas práticas relacionadas com o nascimento, desde a gravidez até aos rituais do recém-nascido. Os resultados desta pesquisa resultaram numa dissertação de licenciatura, publicada em 1965 com o título *O Povo Mambai: Contribuição para o Estudo do Grupo Linguístico Mambai – Timor.*

Margaret King, proveniente da Austrália, ao viajar através de Timor-Leste fez uma recolha extensiva de dados etnográficos, da qual que resultou o livro intitulado *Eden to Paradise*, publicado em 1963, e nele faz algumas referências a costumes relacionados com o nascimento em Timor-Leste.

A partir de finais dos anos 1960 a investigação antropológica sobre Timor teve importantes contributos. Entre 1966 e 1967 o antropólogo britânico David Hicks desenvolveu trabalho de investigação em Baucau, e posteriormente em Viqueque, que serviu de base à sua tese de doutoramento. Em 1976 foi publicada a sua obra *Tetum Ghosts and Kin: Fieldwork in an Indonesian Community*, em que aborda, entre outros temas, aspectos da integração de crenças e acções espirituais e mitológicas associadas ao ritual de nascimento entre os *tetun* do suco Caraubalo, na região de Viqueque. A segunda edição desta obra foi publicada em 2004 com o título *Tetum Ghosts and Kin: Fertility and Gender in East Timor*, numa versão diferente da original, em que são analisados os rituais de fertilidade. Na obra *A Maternal Religion: The Role of Women in Tetum Myth and Ritual*, de 1984, David Hicks descreve as várias formas rituais e mitológicas em que do seu ponto de vista as mulheres, implicita e explicitamente,

dominam os homens entre os *tetun*. No capítulo dedicado ao simbolismo da casa, apresenta a descrição do ritual de nascimento.

Em 1966 deu-se a chegada, a Timor, de uma missão de investigação luso-francesa, cujos membros foram distribuídos por vários grupos etnolinguísticos. Louis Berthe e Claudine Friedberg foram para a zona dos *bunak*, divididos pela fronteira entre Timor-Leste e Timor Ocidental; Brigitte Renard-Clamagirand instalou-se entre os *kemak* de Marobo; Henri Campagnolo e Maria Olímpia Lameiras-Campagnolo estabeleceram-se junto dos *fataluku*, na ponta leste.

Claudine Friedberg, autora de diversas publicações na área da etnobotânica e da etnomedicina, realizou trabalhos de pesquisa sobre os *bunak* de ambos os lados da fronteira, alguns dos quais conjuntamente com Louis Berthe (falecido em 1968). Na sua tese de doutoramento, intitulada *Muk Gubul Nor "La Chevelure de la Terre": Les Bunaq de Timor et les Plantes* (1982), fez incidir a sua investigação nas relações estabelecidas entre os *bunak* e o mundo vegetal, e nas classificações populares das plantas. No capítulo dedicado ao papel das plantas no decurso da vida dos indivíduos e das casas, descreve e analisa diversas etapas da vida, incluindo o casamento, as práticas anticoncepcionais, a gravidez e o nascimento.

As mesmas temáticas, relacionadas a etnobotânica e a etnomedicina entre os *bunak*, são abordadas por Claudine Friedberg no artigo *Ethnomedecine et Ethnoscience: Nosologie et Etiologie chez les Bunaq de Timor (Indonésie)*, publicado em 1983 no *Bulletin d'Ethnomédecine*, e na obra *Le savoir botanique des Bunaq: percevoir et classer dans le haut Lamaknen (Timor, Indonésie)*, de 1990.

No capítulo intitulado *Boiled Woman and Broiled Man: Myths and Agricultural Rituals of the Bunaq of Central Timor*, incluído na obra, editada por James J. Fox, *The Flow of Life: Essays on Eastern Indonesia* (1980), Claudine Friedberg analisa os rituais agrícolas dos *bunak*, em que as categorias de masculino e feminino envolvem uma distinção entre as categorias "cozido" e "assado". A autora estabelece um paralelo entre a terra e a mulher, que se expressa no ritual que se segue ao nascimento.

A antropóloga Brigitte Renard-Clamagirand efectuou o seu estudo de investigação etnográfico junto da comunidade *ema* (*kemak*) de Marobo, suco pertencente ao distrito de Bobonaro, em finais dos anos 1960, e concluiu em 1975 a sua tese de doutoramento em Etnologia com o título *Marobo: Organisation sociale et rites d'une communauté ema de Timor*, publicada em 1982 com o título *Marobo: Une société ema de Timor*. Nesta obra a autora demonstra a unidade da organização social e ritual que se encontra subjacente, organizando o seu estudo em redor da oposição entre níveis "privados" e "colectivos" que atravessam a organização social e ritual. Entre os rituais privados, que correspondem ao nível da "casa", descreve rituais de nascimento, surgindo também alusões a práticas tradicionais relacionadas com a gravidez. A mesma autora apresenta uma versão mais concisa da organização social dos *ema* (*kemak*) no capítulo *The Social Organization of the Ema of Timor* incluído na obra *The flow of Life: Essays on Eastern Indonesia*, editada por James J. Fox em 1980.

A antropóloga Elizabeth G. Traube realizou, entre 1972 e 1974, pesquisa etnográfica em Timor-Leste, fixando-se entre os *mambae* de Aileu para se dedicar ao estudo da sua vida social e ritual. Este deu origem à obra *Cosmology and Social Life: Ritual Exchange among the Mambai of East* Timor, publicada em 1986. Entre as práticas rituais dos *mambae*, são mencionados os ritos relacionados com o nascimento.

Entre 1975 e 1999, período em que Timor-Leste permaneceu sob ocupação indonésia, além da limitação do acesso de investigadores estrangeiros ao território, a situação de instabilidade e conflito não permitiu a realização de estudos de investigação. O mesmo não aconteceu em Timor Ocidental, destacando-se alguns estudos que foram efectuados junto de grupos etnolinguísticos que também se encontram em Timor-Leste.

O antropólogo australiano Andrew McWilliam, na sua obra *Paths of Origin, Gates of life: A Study of Place and Precedence in Southwest Timor*, publicada em 2002, apresenta um estudo etnográfico realizado entre 1984 e 1992 no sul de Amanuban, uma região montanhosa habitada pelo povo *meto* (também designado por *dawan*, *atoni* ou *atoni pah meto*, cuja língua é semelhante ao *baikenu* de Oecusse), o grupo etnolinguístico

mais populoso de Timor Ocidental. O autor aborda o tema das práticas sociais e culturais dos timorenses recorrendo a um modelo interpretativo baseado no conceito de precedência, e no conjunto de metáforas indígenas e categorias binárias mediante as quais os timorenses articulam e classificam as relações sociais. No capítulo dedicado aos rituais da casa, descreve algumas crenças, práticas e rituais relacionados com o nascimento.

Andrew McWilliam também realizou estudos em Timor-Leste, destacando-se o artigo *Fataluku Healing and Cultural Resilience in East Timor*, publicado em 2008 na revista *Ethnos*. Nele são abordadas as estratégias e as práticas de cura locais dos *fataluku* e o modo como reagem ao modelo biomédico de cuidados de saúde, sendo feita referência ao papel desempenhado pelas parteiras tradicionais, bem como ao cerimonial protector e aos procedimentos invocatórios prescritos pelas convenções costumeiras no pós-parto.

Tom Therik, natural de Atambua, realizou entre 1992 e 1993 um estudo etnográfico, na região sul de Timor Ocidental, sobre os *tetun* de Wehali, historicamente considerado o centro ritual de uma rede de estados tributários. A sua obra *Wehali: The Female Land. Traditions of a Timorese Ritual Centre* foi publicada em 2004, e nela é efectuada uma exploração sobre as suas estruturas originais: as ideias internas e as narrativas sobre as quais Wehali se encontra fundada. No capítulo dedicado aos rituais dadores de vida, o autor faz a descrição detalhada e a análise dos rituais de nascimento, relacionados com a mãe e com o filho.

No que respeita à saúde reprodutiva dos timorenses, assunto que tem sido alvo de grande preocupação, começaram a surgir alguns estudos específicos após a independência de Timor-Leste, em Maio de 2002.

A médica australiana Colette Livermore, ao exercer a sua profissão numa clínica em Aileu, elaborou em 2002 um relatório com o título *Tuur Ahi: Childbirth and Child Death in Aileu, East Timor*, no qual faz um estudo retrospectivo sobre as práticas de saúde materno-infantil entre os *mambae* de Aileu.

Vanessa van Schoor, no âmbito da sua tese de mestrado em Antropologia Médica com o título *Sitting Fire: A Community-based Study of Home Births and Postpartum Care in East Timor*, realizou, entre Maio e Julho de 2003, no distrito de Viqueque (Viqueque, Buikarin e Bibileo), um dos primeiros estudos etnográficos e exploratórios sobre as crenças e as práticas das mulheres timorenses durante a gravidez, o parto e o período pós-parto em Timor-Leste. O objectivo desta investigação foi complementar os dados biomédicos com um conhecimento mais abrangente acerca da forma como as pessoas procuram assistência. Os participantes neste estudo pertenciam na sua maioria ao grupo etnolinguístico *tetun*, sendo alguns intervenientes de origem *makasae* e *naweti*.

Bronwyn Thomas realizou, pouco tempo depois, uma tese de mestrado em Estudos de Desenvolvimento subordinada ao tema *Childbearing in Timor-Leste: Beliefs, Practices ans Issues*, concluída em 2005. Tendo como objectivo proporcionar uma melhor percepção sobre crenças e práticas relativas à maternidade, a autora efectuou um estudo qualitativo no sub-distrito de Soibada, distrito de Manatuto, onde prepondera o grupo etnolinguístico *tetun*.

O planeamento familiar, incluído na saúde reprodutiva, é o tema tratado na dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde da nossa autoria, concluída em 2003 e publicada em 2007 com o título *Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses Residentes em Portugal.* A mesma temática é tratada no capítulo *Mulheres Timorenses em Portugal: Representações e Práticas sobre Planeamento Familiar*, também da autoria de Helena Isabel Borges Manuel, pertencente à obra colectiva *Saúde, Migração e Interculturalidade: Perspectivas Teóricas e Práticas*, organizada por Natália Ramos e publicada em 2008. Embora se trate de estudos realizados em Portugal, proporcionam contributos para a compreensão da situação vivenciada em Timor-Leste.

A Health Alliance International é uma ONG que tem apoiado o Ministério da Saúde de Timor-Leste no desenvolvimento e implementação de um programa saúde materno-infantil e planeamento familiar, baseado numa abordagem abrangente, com o objectivo geral de melhorar a saúde e reduzir a mortalidade materna e infantil. Nesse âmbito,

foram realizados alguns estudos relacionados com a saúde reprodutiva. Em *Strengthening Maternal and Newborn Care in Timor Leste: Focus Group Discussions with Midwives – Aileu, Ermera, Liquisa and Manatuto Districts* (2004); *Strengthening Maternal and Newborn Care in Timor Leste: Qualitative Community Assessment Aileu and Manatuto Districts* (2005); *Child Spacing Baseline Community Assessment Report - Districts of Aileu and Manatuto* (2007); *An evaluation of Feto Nia Funu (The Women's War): A Film about Pregnancy and Childbirth in Timor-Leste* (2008); e *Maternal and Child Health in Timor-Leste: Final Knowledge, Practice and Coverage Survey Report* (2008), são apresentados resultados de estudos exploratórios sobre conhecimentos, atitudes e práticas sobre saúde materno-infantil e planeamento familiar, realizados inicialmente em quatro distritos de Timor-Leste: Aileu, Ermera, Liquiça e Manatuto. Posteriormente o projecto alargou-se a dois distritos adicionais: Manufahi e Ainaro. Em *Improving Maternal and Newborn Health in Timor-Leste: Birth-Friendly Facilities Program* (2008), é apresentada uma avaliação da implementação do programa "Estabelecimentos Favoráveis ao Parto" em Maubara e Remexio, que tem por objectivo aumentar o número de partos assistidos por profissionais qualificados. Nestes relatórios são descritas e analisadas diversas crenças e práticas tradicionais relacionadas com a saúde reprodutiva.

Também no âmbito da saúde reprodutiva em Timor-Leste, foi realizado, pelas australianas Suzanne Belton, Andrea Whittaker e Lesley Barclay, um estudo em que é analisada a situação relativa às gravidezes não desejadas e à prática do aborto, intitulado *Maternal Mortality, Unplanned Pregnancy and Unsafe Abortion in Timor-Leste: A Situational Analysis*, apoiado pela Fundação Alola e concluído em 2009.

Na área da Antropologia, destaca-se o recente trabalho de Lúcio Manuel Gomes de Sousa, professor da Universidade Aberta, que concluiu, em 2010, a sua tese de doutoramento com o título *An tia: Partilha Ritual e Organização Social entre os Bunak de Lamak Hitu, Bobonaro, Timor-Leste*. Esta tese etnográfica foi realizada no sub-distrito de Bobonaro, em Timor-Leste, e teve como objectivo analisar como é que, num contexto pós-conflito, uma comunidade montanhesa *bunak* se reconstitui, refazendo a sua organização social e as suas práticas rituais, no contexto das mudanças

sociopolíticas ocorridas no passado recente. No capítulo consagrado aos rituais da Casa, o autor faz uma breve descrição sobre rituais relacionados com o nascimento.

Por último, uma breve referência à literatura timorense. Domingos de Sousa, autor do livro intitulado *Colibere*, publicado em 2007, apresenta uma descrição bastante detalhada dos costumes de Ilimanu, uma aldeia da região de Manatuto, relacionados com a gravidez, o parto e o pós-parto, incluindo os cuidados à mulher e rituais de nascimento.

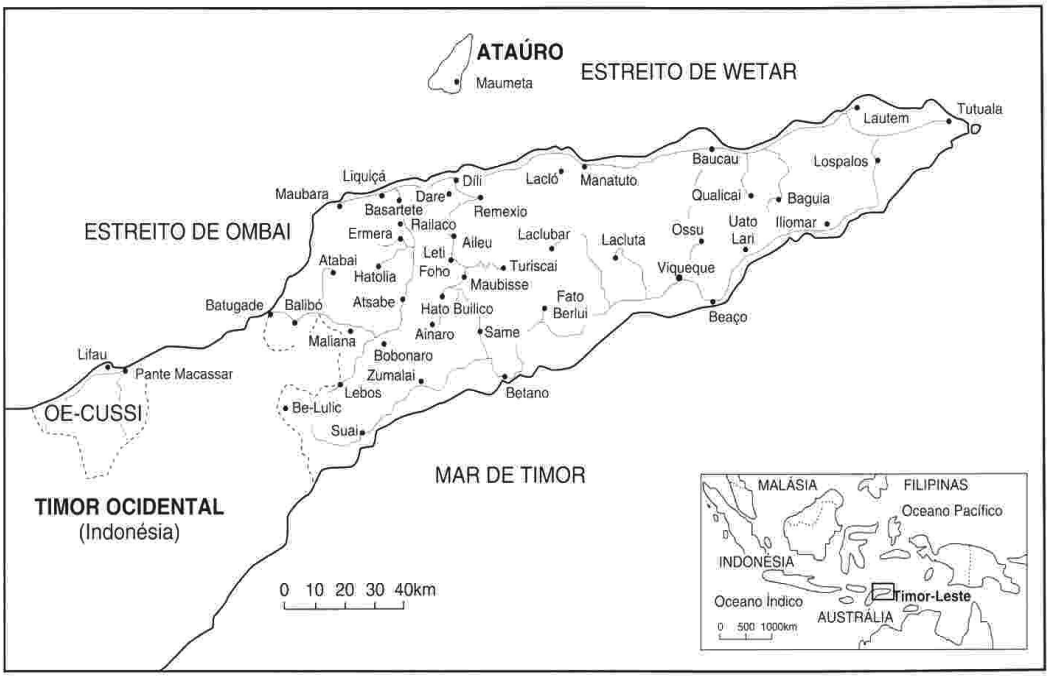
A análise comparativa da literatura existente permite identificar, entre alguns aspectos comuns, uma diversidades de práticas consoante o grupo etnolinguístico ou a região de Timor. Hicks (1976) refere que a chegada dos missionários católicos e o seu ataque às crenças e práticas locais resultou em muitas mudanças nessas práticas. A ocupação indonésia originou, por seu lado, profundas alterações na sociedade timorense. No entanto, alguma literatura referente ao período pós-independência confirma a manutenção de crenças e práticas tradicionais relacionadas com a saúde reprodutiva.

CAPÍTULO II – TIMOR LESTE: A TERRA E O POVO

1. Geografia Física

A República Democrática de Timor-Leste situa-se na área do Índico-Pacífico, ocupando cerca de dois terços da superfície da ilha de Timor, a mais oriental do arquipélago de Sunda Menor, num total de 14 610 quilómetros quadrados (Durand, 2006a; Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2002). Abrange a parte oriental da ilha, a ilha de Ataúro (23 quilómetros a norte de Díli), o ilhéu Jaco (na ponta leste) e o enclave de Oecusse, situado na costa da parte ocidental (província indonésia de Nusa Tenggara Timur). Timor Ocidental, antiga colónia holandesa, integrou-se na Indonésia após esta se ter tornado independente, em 1945. A divisão da ilha remonta, no entanto, aos tempos coloniais, estando os limites terrestres de cada parte estabelecidos na Convenção Luso-Holandesa de 1904 e na sentença arbitral de 25 de Junho de 1914.

Figura 6. Enquadramento Geográfico de Timor-Leste



Ben Cracknell

Fonte: Cox e Carey, 1995.

A ilha é banhada a sul pelo mar de Timor, que a separa da Austrália (também denominado *tasi mane*, que significa "mar homem" em *tetun*), a noroeste pelo mar de Savu, que a separa das ilhas de Sumba, Flores e Solor, e a norte pelo mar de Wetar que a separa da ilha do mesmo nome (também denominado *tasi feto*, que significa "mar mulher" em *tetun*).

O formato da ilha é interpretado pelo imaginário timorense como correspondendo ao contorno de um crocodilo, o que está relacionado com uma antiga lenda segundo qual a ilha de Timor foi formada a partir do corpo fossilizado de um grande crocodilo.

O centro do território de Timor-Leste é constituído por uma cadeia montanhosa, de maior altitude na zona ocidental, sendo o seu ponto mais elevado o monte Tata Mai Lau, na cordilheira de Ramelau, atingindo os 2963 metros de altitude, destacando-se também o monte Cablaque, com 2340 metros.

Fotografia 1. Hato Builico - Cordilheira de Ramelau (2006)



Fotografia 2. Vista Panorâmica do Pico do Tata Mai Lau - Ramelau (2006)



Na zona oriental, entre os distritos de Baucau e Viqueque encontra-se o monte Matebian, que atinge 2373 metros, e o Mundo Perdido, com 1770 metros. Esta crista central separa a costa norte e a costa sul, que possuem orografias diferentes. A norte as altitudes diminuem abruptamente em direcção ao litoral, sendo as grandes áreas planas

da costa limitadas à cidade de Díli e às povoações de Batugadé e Manatuto, esta situada nas margens da ribeira de Lacló, de forte caudal em época de chuvas. Na costa sul predominam as altitudes inferiores a 500 metros, existindo uma grande abundância de cursos de água. No extremo leste, que corresponde ao distrito de Lautém, o relevo é pouco acentuado, predominando os planaltos cobertos de savanas e pastagens, e aí se encontra a principal lagoa do território – a lagoa de Ira Lalaro. Na ilha de Ataúro e no enclave de Oecusse predominam as superfícies montanhosas, com altitudes inferiores às do resto do país (Durand, 2006a; Faculdade de Arquitectura - Universidade Técnica de Lisboa e GERTIL, 2002).

Fotografia 3. Vista Aérea sobre Oecusse (2006)



Fotografia 4. Foholulik, Covalima (2006)



Timor-Leste pode incluir-se nas zonas de climas quentes do tipo tropical, com monções. A movimentação do relevo corresponde a uma grande variedade de microclimas locais, sendo o litoral quente e húmido e a zona central mais fria, de forma acentuada nas regiões de alta montanha onde se registam temperaturas mínimas da ordem dos 4º C. A monção noroeste, com ventos húmidos provenientes do mar, tem início pelo mês de Novembro e termina por Maio, e caracteriza-se por fortes trovoadas e chuvas repentinas e diluviais. A temperatura média do litoral ronda os 25º C, mas com "picos" superiores a 40º. A partir de Junho inicia-se a monção de sudeste, com pouca ou nenhuma chuva e temperatura suavizada por ventos moderados provenientes de terra (Brito, 2001; Faculdade de Arquitectura – Universidade Técnica de Lisboa e GERTIL, 2002).

As intensas chuvas tropicais, associadas à morfologia do território, originam bacias hidrográficas e processos de erosão, principais causadores de inundações e deslizamentos de terras. Quando estes ocorrem sobre povoamentos e campos agrícolas, causam elevados prejuízos humanos e materiais dado o seu carácter repentino. A época das chuvas provoca ainda a formação de cascatas, que na sua maioria desaparecem na época seca.

Fotografias 5. 6.7. Efeitos da Chuva (Díli, 2006)





Existem também mananciais de águas sulfurosas com propriedades terapêuticas, designadas em *tetun* por *be-manas*, sendo as mais conhecidas as de Marobo, no distrito de Bobonaro (Faculdade de Arquitectura – Universidade Técnica de Lisboa e GERTIL, 2002).

Fotografias 8. 9. Águas Sulfurosas de Marobo (2005)




A vegetação cobre a ilha de maneira desigual e varia consoante os microclimas, os diferentes tipos de solo, de exposição e de altitude. A floresta ocupa mais de um terço da área do território, sendo mais preponderante nas zonas montanhosas, estendendo-se também até à costa sul. As zonas de Ermera e Liquiçá apresentam uma densa cobertura vegetal, grande parte introduzida pelo homem para sombreamento da cultura do café, a maior fonte de riqueza da ilha desde que o sândalo foi quase extinto devido à sua sobre-exploração. A agricultura abrange cerca de um quarto do território, prevalecendo nas áreas mais irrigadas. De uma forma geral, entre a floresta e as áreas agrícolas o uso do solo é caracterizado por uma actividade agro-florestal ou agro-pastoril (Brito, 2001; Faculdade de Arquitectura – Universidade Técnica de Lisboa e GERTIL, 2002).

Fotografia 10. Arrozal (Aileu, 2006)



Fotografia 11. Mulher a colher Café (Atsabe, 2008)



2. Síntese Histórica

Parece provável que a ilha de Timor tenha sido inicialmente povoada por espécies do Homem anatómico moderno durante o período Paleolítico superior como parte da grande expansão geográfica do Homem que o levou às fronteiras orientais da Melanésia e sul da Austrália há cerca de 40 000 anos atrás (Glover, 2001). Tratar-se-ia de espécies anteriores ao *Homo sapiens*, que só no Mesolítico parece ter aparecido na área. Desta

época encontra-se em Timor uma indústria de lascas de tipo semelhante às de outras áreas da Insulíndia. Datam provavelmente deste período as pinturas rupestres da região de Tutuala, de carácter mágico e simbólico como as suas comtemporâneas do Norte da Austrália, Nova Guiné e várias ilhas da Indonésia Oriental (excepto as de Celebes, que têm um carácter realista). Data provalmente deste período (7000 a.C.) o mais antigo dos quatro estratos rácicos que se encontram mesclados na actual população timorense: o tipo vedo-australóide, de traços semelhantes aos dos aborígenes australianos e aos dos vedás de Ceilão, que Corrêa (1944) identificou em 10 a 15% dos timorenses que observou (Thomaz, 1994).

Há cerca de 5000 anos atrás, há evidências de importantes mudanças culturais e económicas na ilha com um aumento da taxa de ocupação de grutas e do primeiro aparecimento de olaria e de ossos de animais exóticos. Apareceram novas plantas a partir da segunda metade do terceiro milénio a.C., nomeadamente o bambu, o coco, a areca, a cabaça (*Lagenaria*) e o milho-painço (*Setaria italica*). É provável que estas mudanças possam ter estado associadas à expansão dos austronésios horticultores que se expandiram pelas Filipinas e Indonésia central a partir de 4000 a.C. (Bellwood, 2007; Glover, 2001).

No Neolítico, a partir de 3500 a.C. difundiu-se por toda a Insulíndia a civilização chamada do machado oval, que comportava a cultura de tubérculos, a criação de porcos e galinhas e uma olaria rudimentar, e que sobrevive praticamente intacta até nas ilhas da Melanésia para onde se difundiu a partir da Indonésia oriental. Parece ter sido introduzida pela migração da raça papua-melanésia (de carácteres negróides mas sem parantesco com os negros de África), que predomina hoje na Melanésia e ocorre em Timor em 7 a 8% dos habitantes. A esta migração devem remontar as línguas de Timor geralmente classificadas como papuas (Thomaz, 1994).

Cerca de 2500 a.C. começou a difundir-se uma civilização neolítica mais adiantada, a do machado quadrangular, que parece relacionada com a civilização megalítica e a que devem remontar os traços fundamentais da actual cultura timorense. Comportava já a cultura de cereais (incluindo o arroz), a domesticação do búfalo, a olaria, a cestaria e a

tecelagem. Entre os seus traços mais típicos contam-se a construção de casas sobre estacas e o uso da almadia com balanceiro. A sua área de difusão coincide com a das línguas austronésicas ou malaio-polinésicas (grupo a que pertencem todas as de Timor excepto as papuas), que parecem ter sido difundidas pela migração que introduziu a raça proto-malaia, de características parcialmente europóides que predomina na Indonésia oriental e no interior de Samatra e Bornéu; em Timor ocorre em cerca de 60% dos habitantes (Thomaz, 1994). No final do segundo milénio a.C. foram introduzidas cabras na ilha (Glover, 2001).

O uso dos metais difundiu-se a partir de cerca de 500 a.C. devido à influência externa de povos pertencentes à civilização de Dong Son (provavelmente oriundos do Vietname do Norte ou do Laos), espalhada possivelmente pela migração de populações mongolóides, que fundindo-se com os proto-malaios deram origem aos deutero-malaios. Esta raça híbrida predomina em Java e no litoral de Samatra e Bornéu, ocorrendo em Timor em cerca de 20% dos habitantes (Durand, 2006a; Thomaz, 1994).

Nos tempos recentes pré-coloniais deu-se a chegada dos bovídeos, dos cervídeos e do cavalo. Entre as últimas introduções de plantas encontram-se a anona, o mangostão (*Garcinia*), a noz-das-molucas (*Aleurites moluccana*) e o milho, que só foi encontrado à superfície dos depósitos da gruta e representa claramente uma introdução do período colonial (Glover, 2001).

A influência da Índia deu lugar, a partir do século V, ao aparecimento em Samatra e Java de importantes estados indianizados, exercendo alguns uma vaga suserania sobre a Insulíndia oriental. Embora Timor tenha feito parte da esfera de influência dos reinos de Kadiri (1049-1222) e Majapahit (1293-1527), a influência da civilização indo-javanesa na ilha é quase imperceptível; apenas no folclore da região de Suai subsistem danças de carácter hindu (Thomaz, 1994).

A China exerceu na região uma influência vaga e indirecta desde a época dos Chou (1150-221 a. C.). A presença dos chineses em Timor, em busca de sândalo, está atestada desde o século XV, existindo referências a comerciantes chineses estabelecidos na ilha

desde o início do século XVIII; no entanto a influência cultural chinesa é irrelevante (Thomaz, 1994).

O reino muçulmano de Malaca manteve frequentes relações comerciais com Timor nos séculos XV-XVI, mas aí o islamismo, ao contrário do que sucedeu noutras ilhas, não se enraizou. A influência malaia deixou vestígios nas línguas locais, sendo nítida no traje, na culinária da população do litoral e no folclore. Também há traços de contactos frequentes com outros povos, especialmente com os macassares de Celebes no século XVII (Thomaz, 1994).

Antes da chegada dos colonizadores holandeses e portugueses, Timor era bem conhecido no Oriente, principalmente devido à existência de matas de sândalo, considerado da melhor qualidade. Foi essa riqueza que levou os portugueses, após a conquista de Malaca, em 1511, a tentarem o contacto com o território:

> Deve ter sido em princípios de 1515 que os Portugueses pela primeira vez aportaram às ilhas de Solor e Timor. A partir de então, passaram estas ilhas a ser anualmente visitadas pelos nossos mercadores que, idos de Malaca, ali acorriam ao tráfico do valioso sândalo. (Leitão, 1948, p. 11)

Quando os portugueses chegaram à ilha de Timor, encontraram uma civilização da Idade do Ferro, sem escrita, com uma organização social ao nível da chefatura e uma religião animista. As actividades dos timorenses consistiam na agricultura, na criação de gado, na recolecção de produtos florestais e em pequenas indústrias artesanais. Cultivavam tubérculos (batata doce, inhame e taro), cereais (milho miúdo e arroz de sequeiro) pelo processo de agricultura sobre queimadas, e arroz em várzeas irrigadas. Possuíam como animais domésticos o cão, o gato, o porco, a galinha, o pato, a cabra, o cavalo e o búfalo de água com que lavravam os arrozais. Dedicavam-se à tecelagem, à olaria, à cestaria, ao fabrico de esteiras e trabalhavam os metais, utilizando o bronze e sobretudo o ferro para fins práticos, e o ouro e a prata para adornos.

A ilha estava dividida em cerca de sessenta reinos ou regulados, mais ou menos independentes entre si, constituindo dois grupos principais: um na parte oriental – a

província dos Belos, sob a supremacia do reino de Behale, que correspondia aproximadamente ao actual território português e à região de Atambua, actualmente pertencente à Indonésia; outro na parte ocidental – a província dos Baiquenos, denominada província de Servião – sob a hegemonia do reino de Senobai (ou Sombay). Cada um destes regulados era governado por um régulo (*liurai*), e incluía um certo número de sucos (*suku*), cujos chefes eram nobres (*dato*), sendo cada um deles formado por um conjunto de povoações (*leo* ou *knua*).

Só em 1556 terá sido, ao que parece, tentada a divulgação da religião cristã através da acção dos missionários. Em 1562 deu-se o desembarque de frei António da Cruz e seus companheiros em Solor, onde passados alguns anos foi erguida a primeira fortaleza. Foi esta a ilha inicialmente escolhida por ser considerada possuidora de melhores condições para fins de navegação (Leitão, 1948).

A partir do início do século XVII, os holandeses foram-se estabelecendo gradualmente na região, tendo iniciado as investidas sobre Solor em 1613. Em 1636, os comerciantes portugueses e os missionários dominicanos viram-se forçados a deixar Solor e a procurar refúgio em Flores e em Timor. Após o desembarque do frei António de S. Jacinto, em 1641, no reino de Mena,

> os esforços dos padres de S. Domingos concentraram-se em Timor para ali difundirem os preceitos da Religião Católica, para trazerem à sujeição de Portugal grande número dos seus régulos e para defenderem a ilha da cobiça dos Holandeses. Levam a cabo estas duas últimas tarefas recorrendo aos larantuqueiros – nativos da ilha das Flores então designada pelo nome de ilha de Larantuca – e à gente dos reinos de Timor que iam sendo convertidos. (Leitão, 1948, p. 12)

Denominavam-se "topazes"ou "topasses" ("gente de chapéu", em português) os mestiços descendentes do cruzamento entre os portugueses e as mulheres locais, dos quais os larantuqueiros tiveram maior relevância. Foi entre 1641 e 1702 que a influência destes se fez sentir de forma mais acentuada no Servião, daí resultando contactos e ligações, algumas das quais estabelecidas entre chefes e outros elementos da população de Larantuca com mulheres locais. Nada de semelhante se passou, no

entanto, no território dos Belos (Leitão, 1948).

O centro da presença portuguesa passou assim gradualmente das Flores para Timor. Para sede da capitania foi construído, em 1646, um forte em Cupão (Kupang), que em 1652 caiu em poder dos holandeses. Em 1665 foi nomeada uma autoridade representativa do poder real, o primeiro capitão-mor de Timor, sendo estabelecida a sede da autoridade em Lifau, no actual enclave de Oecusse. Seguiram-se outros capitães-mores ou capitães-gerais nomeados pelo governo da Índia para as ilhas de Solor e Timor; no entanto, os padres de S. Domingos continuaram a manter a sua supremacia sobre o poder civil até ao final do século XVII.

Em 1702 tomou posse Coelho Guerreiro, o primeiro governador de Timor e Solor. Iniciou-se então a organização civil, militar e judicial de Timor, integraram-se os régulos na estrutura administrativa conferindo-lhes a patente de oficial, e os reinos passaram a pagar um imposto denominado "finta". Este foi mal acolhido pelos timorenses, e esteve na origem de uma série de revoltas contra o poder português.

Os holandeses foram, entretanto, estendendo a sua influência em Timor para leste. Em 1769 a capital foi transferida para Díli devido à ameaça da sua ocupação por parte dos holandeses. Em 1844 Macau e Timor passaram a constituir um governo independente do da Índia, ficando Timor subordinado a Macau, como um seu distrito, só adquirindo autonomia em 1894.

Durante o século XVIII ocorreram várias guerras e revoltas contra o poder português, em parte fomentadas pelos holandeses. Na passagem do século XIX para o século XX foi levado a cabo, durante o governo de Celestino da Silva, um processo de pacificação, a par com algumas acções que permitiram algum desenvolvimento económico. Este era baseado em grande parte na cultura do café, que substituiu o sândalo, entretanto desaparecido devido à sua excessiva exploração. Além do surgimento de grandes plantações de café, foram introduzidas novas culturas como a canela, a borracha, o cacau, a noz moscada e árvores de fruto.

A educação mereceu alguma atenção, tendo sido criadas várias escolas de ensino prático. Os régulos eram impelidos a enviar os seus filhos às escolas missionárias e as raparigas começaram a ser educadas pelas irmãs canossianas. A criação de um colégio de jesuítas em Soibada, em 1898, permitiu alguns progressos na luta pela alfabetização, bem como pela cristianização e pela implantação da língua e cultura portuguesas.

No entanto, em 1911 ocorreu nova rebelião contra o governo português, liderada por um chefe local, que ficou conhecida como a "guerra de Manufahi". A partir do seu final, em 1913, decorreu um período de relativa paz. Durante a II Guerra Mundial, a presença na ilha de forças aliadas australianas e holandesas levou ao desembarque de tropas japonesas, seguido da ocupação de Timor entre 1942 e 1945, que foi brutal e destrutiva. Após a rendição dos japoneses, os timorenses repuseram a administração portuguesa, tendo-se seguido uma lenta reconstrução do território.

Após a revolução de 25 de Abril de 1974 e a consequente deposição do regime ditatorial vigente, Portugal reconheceu a Timor, como às restantes colónias, o direito à independência. Emergiram então diversas forças políticas no território, sendo as mais importantes a União Democrática Timorense (UDT), que apoiava a autodeterminação em federação com Portugal por um período transitório, tendo em vista a independência; a Associação Social-Democrata Timorense (ASDT), que propunha uma independência gradual precedida de reformas administrativas e socioeconómicas, e a Associação Popular Democrática Timorense (APODETI), que propunha a integração na República da Indonésia. A ASDT aprofundou as suas definições e transformou-se, a 11 de Setembro de 1974, na Frente Revolucionária de Timor-Leste Independente (FRETILIN), tendo reorientado a sua agenda para a busca de uma independência conquistada através da luta.

Em Janeiro de 1975, a UDT e a FRETILIN formaram uma coligação que durou até 27 de Maio. Nessa altura alguns responsáveis da UDT cederam às pressões indonésias no sentido de travar o que caracterizavam como uma tentativa de estabelecimento de um regime comunista em Timor por parte da FRETILIN, e consumaram a ruptura. No dia 11 de Agosto a UDT tentou um golpe de Estado contra o qual, a 15 do mesmo mês, a

FRETILIN proclamou a insurreição geral armada. Os timorenses integrados nas unidades do exército colonial colocaram-se a seu lado e, após algumas semanas de guerra civil, que causou milhares de vítimas, a FRETILIN dominava a situação.

A 28 de Novembro de 1975 a FRETILIN declarou unilateralmente a independência da República Democrática de Timor-Leste (RDTL). A 7 de Dezembro a Indonésia invadiu o território, constituiu um Governo Provisório favorável a Jacarta e criou uma Assembleia Popular de Timor Oriental, que aprovou, em duas horas, uma petição governamental pedindo a integração do território na Indonésia, contra a vontade da maioria dos timorenses. Quanto às autoridades portuguesas, abandonaram Díli a 8 de Dezembro, seguindo os acontecimentos desde a ilha de Ataúro, frente à capital. A incorporação oficial do território como Timor-Timur, 27ª província da Indonésia, foi aprovada a 17 de Julho de 1976 pelo parlamento de Jacarta, mas nunca foi reconhecida por Portugal nem, formalmente, pela comunidade internacional.

Na sequência da invasão indonésia, o grosso da população civil refugiou-se nas montanhas em redor das bases de apoio do braço armado da FRETILIN, as Forças Armadas de Libertação Nacional de Timor-Leste (FALINTIL). A intensidade das ofensivas militares indonésias nas montanhas e a permanente agressão dos que permaneciam nas localidades urbanas levaram a resistência timorense à adopção de uma estratégia consumada com a abertura de três frentes de acção simultânea: a frente armada para actuação guerrilheira, a frente diplomática para acção externa, e a frente clandestina para intervenção interna, incluindo na própria Indonésia.

A acção de guerrilha desencadeada pelas FALINTIL desafiou permanentemente os indonésios, que reforçaram progressivamente os seus efectivos militares e policiais, com vista a reprimir todas as tentativas de revolta e a sufocar as manifestações de protesto, nunca conseguindo estabelecer a paz no território. Em Janeiro de 1981 Xanana Gusmão assumiu formalmente o comando da resistência, tendo em Dezembro de 1987 declarado o carácter apartidário das FALINTIL.

Quanto às acções da frente clandestina, coincidiram, em grande medida, com as da

Resistência Nacional dos Estudantes de Timor-Leste (RENETIL), e tinham em vista uma "indoneização" do conflito timorense, ou seja, a sensibilização e a busca de apoio para a causa timorense no seio da sociedade indonésia. Por sua vez, a frente diplomática deu início a uma ampla campanha de "internacionalização" do conflito, recorrendo para tal aos meios de comunicação social, ao contacto directo com autoridades governamentais, organismos internacionais e movimentos activistas que pressionavam os seus governos a tomar medidas (Monteiro, 2002).

Além da resistência organizada, também a Igreja Católica timorense constituiu uma importante base de apoio. A partir de 1977, a questão de Timor passou a ser uma preocupação da Conferência Episcopal indonésia, a qual se viu reflectida na nomeação, em 1983, de Carlos Felipe Ximenes Belo como administrador apostólico de Timor. Este não tardou em criticar severamente e reportar ao Vaticano as graves infracções aí cometidas. Até ao massacre de Santa Cruz, em 1991, a acção denunciadora da Igreja Católica timorense em geral, e de D. Ximenes Belo em particular, a par com a acção da frente diplomática do Conselho Nacional da Resistência Maubere (CNRM), criado em 1987, conseguiram manter o sofrimento do povo timorense na agenda de muitos líderes internacionais influentes, o que se viu reconhecido na atribuição do Prémio Nobel da Paz a José Ramos Horta e ao Bispo D. Ximenes Belo em 1996. Outra figura destacada da resistência católica foi D. Basílio do Nascimento, nomeado para a diocese de Baucau. Além do seu importante papel na luta pela independência, também na educação e na saúde se fez sentir a influência católica.

A 20 de Novembro de 1992 Xanana Gusmão foi feito prisioneiro perto de Díli pelas forças indonésias. Apesar do revés inicial que esse facto representou, o seu julgamento, em Março de 1993, transformou-se em mais um elemento de crescente interesse internacional. A partir de Novembro de 1994, a situação foi reforçada pela estratégia dos estudantes timorenses de ocupação de embaixadas estrangeiras em Jacarta. Em Abril de 1998 deu-se a Convenção de Peniche e o nascimento do Conselho Nacional de Resistência Timorense (CNRT), estrutura nacional única representativa do conjunto da resistência.

O drama de Timor-Leste foi marcado por perseguições, massacres, violações e humilhações de toda a ordem, tendo perdido a vida 100 000 a 200 000 timorenses. O seu apelo ao direito à autodeterminação e à independência era completamente sufocado. A divulgação mundial do massacre de Santa Cruz, em 1991, e a crise política, económica e social que se veio a instalar na Indonésia, originando a queda do Presidente Suharto, permitiram que se desenvolvessem, sob os auspícios da ONU, as conversações oficiais entre Lisboa e Jacarta visando um acordo, conseguido em 1999, para o processo de consulta aos timorenses.

Em Janeiro de 1999 o Presidente Habibie, sucessor de Suharto, proporcionou aos timorenses a escolha entre a autonomia dentro do território indonésio e a sua rejeição, como prelúdio para a autodeterminação. Em Fevereiro desse ano, Xanana Gusmão passou ao regime de prisão domiciliária. A 5 de Maio foi assinado em Nova Iorque, sob mediação da ONU, o acordo entre Portugal e a Indonésia que regulava a realização de um referendo em Timor-Leste. Foi então organizado pela Missão das Nações Unidas em Timor-Leste (UNAMET) o recenseamento da população e promovida a consulta eleitoral. A 30 de Agosto de 1999, através do referendo para o qual a Indonésia foi autorizada a garantir as condições de segurança necessárias durante e após a sua realização, 78,5% (344 580) eleitores timorenses recenseados (dos quais 98,6% participaram na consulta popular) manifestaram uma preferência esmagadora pela independência.

Os grupos de milícias pró-integração e de militares indonésios reagiram com extrema brutalidade, provocando um surto de violência, pilhagens e perseguições ao longo de todo o território de Timor-Leste. Como resultado, um terço da população foi forçada a deslocar-se para campos de refugiados em Timor Ocidental e nas ilhas vizinhas, e outro terço fugiu em massa para as montanhas. Calcula-se que tenham morrido, vitimadas pelos incidentes, entre 1000 a 2000 pessoas. A missão das Nações Unidas, composta apenas por pessoal desarmado e sem mandato para usar a força, foi forçada a abandonar o território devido à falta de condições mínimas de segurança. A 7 de Setembro, a Indonésia decretou a lei marcial em Timor-Leste. Xanana Gusmão foi libertado.

Perante o desastre humanitário, a comunidade internacional desenvolveu uma vasta campanha de pressão, tendo o Conselho de Segurança das Nações Unidas finalmente autorizado o envio de uma Força Internacional de Paz (INTERFET) liderada pela Austrália, com vista não só a estabelecer a ordem e a proteger o povo, mas também a providenciar assistência humanitária. Após sua entrada em Timor-Leste a 20 de Setembro de 1999, foi lançada uma operação humanitária em larga escala, na qual estiveram envolvidas numerosas organizações. Gradualmente, deu-se o retorno de refugiados vindos de diversos locais, embora parte ainda permaneça fora do território.

A 28 de Setembro de 1999, Portugal e a Indonésia concordaram com a transferência da soberania de Timor-Leste para a ONU. A 19 de Outubro de 1999, a Assembleia Popular Consultiva da Indonésia reconheceu formalmente os resultados do referendo e, no dia 25 desse mês, o estabelecimento da Administração Transitória das Nações Unidas em Timor-Leste (UNTAET) marcou o início do esforço de reconstrução de um território que viu as sua estruturas destruídas e todas as actividades desarticuladas. Esta missão, dotada de responsabilidade total pela administração de Timor Leste, teve como tarefa a viabilização do processo de transição para a independência. Em termos operacionais, a acção da UNTAET assentou em três pilares: o militar, o civil (administração pública e governo), e o de assistência humanitária e reabilitação.

A 30 de Agosto de 2001 foram realizadas eleições para a Assembleia Constituinte. A FRETILIN foi o partido mais votado, com 57% dos votos, ainda que não tenha conseguido obter a maioria de dois terços. O segundo colocado foi o Partido Democrático (PD), seguido do Partido Social-Democrata. A 22 de Março de 2002 foi aprovada a primeira Constituição timorense. A 14 de Abril de 2002 tiveram lugar as eleições presidenciais, tendo sido eleito Xanana Gusmão com 82,69% dos votos. A 20 de Maio foi formalmente declarada a independência da República Democrática de Timor-Leste, tendo sido empossados o Presidente-eleito, Xanana Gusmão, o Parlamento e o Governo do Primeiro-Ministro Mari Alkatiri.

Após a independência do país foi criada, pelo Conselho de Segurança da ONU, a Missão de Apoio das Nações Unidas a Timor-Leste (UNMISET), que substituiu a

UNTAET.

Em Abril de 2006 o país mergulhou numa crise política com amplas repercussões, da qual resultaram cerca de 150 000 deslocados internos que fugiram das suas casas, muitas das quais destruídas durante os incidentes. O governo timorense e a comunidade internacional responderam fornecendo ajuda humanitária, estabelecendo diversos campos para os acolher. Esta situação arrastou-se, no entanto, para além do que seria desejável. Cerca de dois anos depois o número de deslocados internos ainda era superior a 100 000, 30 000 dos quais espalhados por 51 campos na cidade de Díli e arredores (International Crisis Group, 2008). O IV Governo Constitucional, que tomou posse em Agosto de 2007, identificou este problema como uma prioridade e para lidar com ele adoptou uma Estratégia de Recuperação Nacional que teve alguns resultados, tendo ocorrido em 2008 o encerramento da maior parte destes campos.

Fotografia 12. Campo de Deslocados em Metinaro (2006)



A instabilidade política e a quebra de segurança que se mantiveram ao longo deste período culminaram nos ataques efectuados ao Presidente Ramos-Horta e ao Primeiro-Ministro Xanana Gusmão em Fevereiro de 2008. Seguiu-se um período de progressiva redução dos conflitos e de encerramento dos campos de deslocados, tendo estes sido reintegrados e realojados no âmbito do Programa de Recuperação Nacional do Governo. A paz e a estabilidade que aparentemente se têm vindo a consolidar permitiram o retorno à normalidade e proporcionaram melhores condições para o progresso do país.

3. Organização Administrativa

Em 1908, Portugal dividiu o território timorense em 15 comandos militares, encarregues também da administração civil, descentralizando-a. Uma década mais tarde a metrópole criou as primeiras circunscrições civis, desmembrando o monopólio do poder militar, cuja necessidade havia terminado com a assinatura da Sentença Arbitral de 1914 com a Holanda. Só em 1940 foi criado o primeiro concelho – o concelho de Díli. Em meados da década de 60 a administração portuguesa assentava em 11 concelhos: Bobonaro, Cova Lima, Liquiçá, Ermera, Díli, Ainaro, Same, Manatuto, Baucau, Viqueque e Lautém; e numa circunscrição, o enclave de Oecussi, que só foi elevado a concelho em 1973 (Faculdade de Arquitectura – Universidade Técnica de Lisboa; GERTIL, 2002).

Actualmente, Timor-Leste encontra-se dividido em 13 distritos: Bobonaro, Liquiçá, Díli, Baucau, Manatuto e Lautém na costa norte; Covalima, Ainaro, Manufahi e Viqueque na costa sul; Ermera e Aileu, situados no interior montanhoso; e Oecusse, enclave no território indonésio.

Figura 7 . Divisão Territorial de Timor-Leste por Distritos



Fonte: Governo da República Democrática de Timor-Leste, 2010

Cada distrito possui uma cidade capital e é formado por sub-distritos. Cada um dos 65 sub-distritos possui sub-divisões administrativas, os sucos ou *sukus*, cujo número é variável por sub-distrito, e cada suco é por sua vez composto por várias aldeias. Actualmente, encontram-se distribuídos por todo o território nacional 442 sucos e 2 225 aldeias (República Democrática Timor-Leste, 2009). O distrito de Baucau é o que apresenta maior número de sucos, 59, e o distrito de Oecusse o menor número, 18 sucos.

Quadro 1. Timor-Leste: Estrutura Administrativa

Distritos	Nº Sub-Distritos	Nº Sucos	Nº Aldeias
Aileu	4	31	135
Ainaro	4	21	131
Baucau	6	59	281
Bobonaro	6	50	194
Covalima	7	30	148
Díli	6	31	241
Ermera	5	52	277
Lautém	5	34	151
Liquiçá	3	23	134
Manatuto	6	29	99
Manufahi	4	29	137
Oecusse	4	18	63
Viqueque	5	35	234
Total	**65**	**442**	**2 225**

Fonte: Ministério da Administração Estatal e Ordenamento do Território, 2009.

- **Distrito de Aileu**

Localizado a sul de Díli, o distrito de Aileu possui 37 967 habitantes (DNE e FNUAP, 2006) e uma área de 729 km². A sua capital é a cidade de Aileu, que fazia inicialmente parte do concelho de Díli e só foi autonomizada nos últimos anos da Administração Portuguesa. O distrito de Aileu inclui actualmente os sub-distritos de Aileu Vila, Laulara, Lequidoe e Remexio, e um total de 31 sucos e 135 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

- **Distrito de Ainaro**

Localizado no sudoeste do país, o distrito de Ainaro possui 52 480 habitantes (DNE e FNUAP, 2006) e uma área de 797 km². A sua capital é a cidade de Ainaro. Este distrito é idêntico ao concelho com o mesmo nome do tempo de Timor Português, com as seguintes excepções: durante a administração indonésia o sub-distrito de Turiscai passou do distrito de Ainaro para o de Manufahi, em troca com o de Hato-Udo, que passou a pertencer a Ainaro. O distrito de Ainaro inclui actualmente os sub-distritos de Ainaro, Hato-Udo, Hatu Builico e Maubisse, e um total de 21 sucos e 131 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

O distrito de Ainaro tem uma grande abundância de cursos de água e de terrenos férteis para a agricultura. Tem uma área litoral na costa sul do país, mas também zonas montanhosas, incluindo o ponto mais alto de Timor-Leste, o Tata-Mai-Lau. Historicamente, Ainaro teve um papel importante durante o período da Resistência à ocupação indonésia de Timor-Leste, dando abrigo aos guerrilheiros nas suas montanhas (Governo de Timor-Leste, 2010).

- **Distrito de Baucau**

Localizado na zona oriental do país a cerca de 122 km da capital Díli, o distrito de Baucau é a segunda cidade do país, possui 100 748 habitantes (DNE e FNUAP, 2006), e uma área de 1494 km². A sua capital é a cidade de Baucau. Nos tempos da colonização portuguesa era chamada Vila Salazar. O Distrito de Baucau inclui os sub-distritos de Baguia, Baucau, Laga, Quelicai, Vemasse e Venilale (chamada Vila Viçosa durante o tempo de administração Portuguesa), e um total 59 sucos e 281 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

A 6 km da cidade de Baucau fica o maior aeroporto internacional de Timor-Leste, actualmente sem utilização para a aviação civil. A principal actividade económica do

distrito de Baucau é a agricultura (milho, arroz, amendoim, coco e produtos hortícolas). Com a melhoria gradual dos transportes e do fornecimento de energia eléctrica, tem-se observado um progressivo desenvolvimento do sector privado e das pequenas e médias empresas (Governo de Timor-Leste, 2010).

- **Distrito de Bobonaro**

Localizado na zona ocidental do país, junto à fronteira com a Indonésia, o distrito de Bobonaro possui 83 579 habitantes (DNE e FNUAP, 2006), e uma área de 1368 km². A sua capital é a cidade de Maliana que fica a 149 km para sudoeste de Díli, a capital do país. O distrito de Bobonaro é idêntico ao concelho do mesmo nome do tempo de Timor Português que, na época, tinha capital na Vila Armindo Monteiro, hoje chamada Bobonaro (Governo de Timor-Leste, 2010). O distrito inclui os sub-distritos de Atabae, Balibo, Bobonaro, Cailaco, Lolotoe e Maliana, e um total de 50 sucos e 194 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

- **Distrito de Covalima**

Localizado na zona ocidental do país, junto à fronteira com a Indonésia, o distrito de Covalima possui 53 063 habitantes (DNE e FNUAP, 2006) e uma área de 1226 km². A sua capital é a cidade de Suai que fica a 138 km para sudoeste de Díli. O distrito de Covalima inclui os sub-distritos de Fatululic, Fatumean, Fohorem, Maucatar, Suai, Tilomar e Zumalai, e um total de 30 sucos e 148 aldeias.

- **Distrito de Díli**

Localizado na costa norte da ilha de Timor, o distrito de Díli confina, a nascente, com o distrito de Manatuto, a sul com Aileu, a poente com Liquiçá e a norte com o Mar de Savu; integra também a ilha de Ataúro, localizada frente à cidade de Díli. Possui 175 730 habitantes (DNE e FNUAP, 2006), e uma área de 372 km². É o distrito mais pequeno do país. A sua capital é a cidade de Díli que é também a capital de Timor-

Leste. O distrito de Díli é idêntico ao concelho do mesmo nome do tempo de Timor Português que chegou a incluir o concelho (hoje distrito) de Aileu (Governo de Timor-Leste, 2010). O distrito de Díli inclui actualmente os sub-distritos de Ataúro, Cristo Rei, Dom Aleixo, Metinaro, Nainfeto e Vera Cruz, e um total de 31 sucos e 241 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

- **Distrito de Ermera**

Localizado na zona central do país, o distrito de Ermera possui 103 322 habitantes (DNE e FNUAP, 2006), e uma área de 746 km². A sua capital é a cidade de Gleno que fica 58 km a sudoeste de Díli, a capital do país. O distrito de Ermera inclui os sub-distritos de Atsabe, Ermera, Hatulia, Letefoho e Railaco, e um total de 52 sucos e 277 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

Entre outras culturas agrícolas, Ermera distingue-se como uma das zonas de cafezais de excelência do país.

- **Distrito de Lautém**

Localizado na ponta oriental da ilha de Timor, o distrito de Lautém abrange também o ilhéu de Jaco. Possui 56 293 habitantes (DNE e FNUAP, 2006), e uma área de 1702 km². A sua capital é a cidade de Lospalos que fica 248 km a leste de Díli. O distrito de Lautém é idêntico ao concelho do mesmo nome do tempo do Timor Português. Naquele tempo, muitas localidades tinham nomes portugueses, a começar pela vila de Lautém que se chamava Vila Nova de Malaca, mas também a actual Com (antigamente Nova Nazaré), Tutuala (antigamente Nova Sagres), Laivai (antigamente Nova Âncora) e Loré (antigamente Silvícola), entre outras (Governo de Timor-Leste, 2010). O distrito de Lautém inclui os sub-distritos de Iliomar, Lautém, Lospalos, Luro e Tutuala, e um total de 34 sucos e 151 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

- **Distrito de Liquiçá**

Localizado na costa norte do país, o distrito de Liquiçá situa-se a cerca de 32 km de Díli. Faz fronteira com os distritos de Bobonaro e Ermera a sul, Díli a nascente, e o Mar de Savu a norte e a poente. Possui 54 973 habitantes (DNE e FNUAP, 2006), e uma área de 543 km². A sua capital é a cidade de Liquiçá. O distrito de Liquiçá inclui os sub-distritos de Bazartete, Liquiçá e Maubara, e um total de 23 sucos e 134 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

- **Distrito de Manatuto**

Localizado na zona central do país, o distrito de Manatuto abarca a costa norte e a costa sul da ilha. A norte confina com o mar do Estreito de Wetar, a nascente com os distritos de Baucau e Viqueque, a sul com o Mar de Timor e a poente com os distritos de Manufahi, Aileu e Díli. Possui 36 719 habitantes (Censo de 2004) e uma área de 1706 km². A sua capital é a cidade de Manatuto. A ribeira de Lacló é a mais extensa de Timor-Leste, desaguando no distrito de Manatuto, entre a ponta de Subaio e a baía de Lanessana. O distrito de Manatuto inclui os sub-distritos de Barique-Natarbora, Laclo, Laclubar, Laleia, Manatuto e Soibada, e um total de 29 sucos e 99 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

- **Distrito de Manufahi**

Localizado na costa sul da ilha, o distrito de Manufahi confina a nascente com o distrito de Manatuto, a norte com Aileu, a poente com Ainaro e a sul com o Mar de Timor. Tem 44 950 habitantes (DNE e FNUAP, 2006), e uma área de 1325 km². A sua capital é a cidade de Same. O distrito de Manufahi é idêntico ao concelho de Same do tempo do Timor Português criado em 1945 e inclui os sub-distritos de Alas, Fatuberliu, Same e Turiscai. Este último – Turiscai – pertencia ao distrito de Ainaro e foi durante a administração indonésia que passou para Manufahi, em troca com o de Hato-Udo que passou a pertencer a Ainaro (Governo de Timor-Leste, 2010). Possui actualmente 29

sucos e 137 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

- **Distrito de Oecusse**

Oecusse/Ambeno é uma palavra composta pelos nomes dos dois reinos originais que formam o actual distrito de Oecusse. Por ter sido o primeiro ponto da ilha de Timor em que os portugueses se estabeleceram, é usualmente considerado o berço de Timor-Leste.

Localizado na costa norte da metade ocidental da ilha de Timor, o distrito de Oecusse constitui um enclave de Timor-Leste, uma vez que está separado do resto do país pela província indonésia de Timor Ocidental, sendo banhado pelo Mar de Savu. Possui 57 469 habitantes (DNE e FNUAP, 2006), e uma área de 815 km². A capital é a cidade de Pante Macassar que, no tempo dos portugueses, era conhecida como Vila Taveiro. O distrito de Oecusse é idêntico ao concelho de Oecússi do tempo de Timor Português, a última circunscrição timorense a ser elevada a concelho em Agosto de 1973 (Governo de Timor-Leste, 2010). Actualmente, inclui os sub-distritos de Nitibe, Oesilo, Pante Macassar e Passabe, e um total de 18 sucos e 234 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

- **Distrito de Viqueque**

Localizado na costa sul da ilha,o distrito de Viqueque confina a nascente com Lautém, a norte com Baucau, a poente com Manatuto e a sul com o Mar de Timor. Possui 65 245 habitantes (DNE e FNUAP, 2006), e uma área de 1781 km². A sua capital é a cidade de Viqueque. O distrito de Viqueque inclui os sub-distritos de Lacluta, Ossu, Uato-Lari (chamado Leça, no tempo dos portugueses), Uato-Carbau e Viqueque, e um total 35 sucos e 234 aldeias (República Democrática de Timor-Leste, 2009).

4. Demografia

Ao longo do século XX, a população de Timor-Leste manifestou uma tendência global crescente. Contudo, em determinados períodos mais conturbados da sua história registaram-se decréscimos populacionais significativos.

Quadro 2. População de Timor-Leste, 1916-2010

Ano	População	Fonte
1916	394 518	Censo 1916 (Ref. por Felgas, 1956)
1927	451 604	Censo 1927 (Ref. por Felgas, 1956)
1936	460 104	Censo 1936 (Ref. por Felgas, 1956)
1948	420 430	Censo 1948 (Ref. por Felgas, 1956)
1950	436 448	Censo 1950 (Ref. por Felgas, 1956)
1965	555 558	Ministério do Ultramar, 1968
1967	576 829	Ministério do Ultramar, 1968
1970	628 842	Teixeira, 1974 (Ref. por Defert, 1992)
1974	688 711	Defert, 1992
1980	555 350	Censo 1980 (Ref. por Pedersen e Arneberg, 1999)
1985	630 676	Inquérito Intercensos 1985 (Ref. por PNUD, 2002)
1990	747 557	Censo 1990 (Ref. por PNUD, 2002)
1995	839 719	Inquérito Intercensos 1995 (Ref. por PNUD, 2002)
1999	779 567	Inquéritos Socio-Económicos às Famílias, SUSENAS 1999 (Ref. por PNUD, 2002)
2001	787 340	The 2001 Survey of Sucos
2004	923 198	Censo da População e Habitação 2004 (DNE e FNUAP, 2006)
2007	1 047 632	DNE (Ref. por Ministério da Saúde, 2007)
2010	1 066 409	Censo da População e Habitação 2010 (DNE e UNFPA, 2011)

A invasão japonesa provocou, durante a II Guerra Mundial, um aumento dos índices de mortalidade e dos fluxos migratórios, tendo a população timorense sofrido uma redução de 50 000 habitantes. Posteriormente o crescimento populacional foi retomado e, de acordo com a Igreja Católica, que levou a cabo a última estimativa demográfica anterior à invasão do território pela Indonésia, em 1974 Timor-Leste possuía 688 711 habitantes, sendo 97% timorenses.

Considerando uma taxa de crescimento anual ligeiramente superior a 2,2%, em 1975 a população devia rondar os 704 000 habitantes. No decurso da guerra civil ocorrida em Agosto de 1975 morreram cerca de 3000 pessoas e outras 3000 fugiram, instalando-se na sua maioria em Portugal ou na Austrália. No final desse ano, quando a Indonésia invadiu Timor-leste, estariam presentes no território cerca de 696 000 timorenses (Defert, 1992). O período de ocupação que se seguiu foi violento, dando origem a um acentuado decréscimo populacional. Muitas pessoas foram mortas pelo exército indonésio e outras não resistiram à fome e à falta de cuidados de saúde. Com variações segundo os autores, estima-se que tenham morrido, entre 1975 e 1999, cerca de 200 000 timorenses.

Ao longo do período de administração indonésia também ocorreram movimentos significativos de população. Além do êxodo de muitos dos habitantes para outros países, diversas comunidades timorenses foram forçadas a deixar as suas terras tradicionais e a instalar-se em locais mais acessíveis ao controlo dos ocupantes. Por seu lado, o programa de transmigração levou à deslocação de milhares de indonésios para Timor-Leste. Em 1999, o surto de violência que se seguiu ao anúncio do referendo provocou a morte de 1400 a 1500 pessoas e levou à fuga de mais de metade da população, originando cerca de 300 000 deslocados internos e 200 000 refugiados, tendo a maioria regressado posteriormente.

No período de transição para a independência, sob a administração das Nações Unidas, foi efectuado em 2001 um Inquérito aos Sucos sendo estimada uma população de 794 298 pessoas. Após a independência, o censo de 2004 registou uma população de 923 198 (Direcção Nacional de Estatística, 2006) e em 2007 já tinha ultrapassado o milhão, apresentando o país um crescimento populacional anual de 3,18%. As mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) representam 44,6% da população feminina, sendo a taxa de fecundidade estimada em 6,7 filhos por mulher. Apesar dos conflitos civis intermitentes após a independência e da deslocação interna de um grande número de pessoas, o *baby boom* continuou, tendo 45% da população total idade inferior a 15 anos (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a).

Quadro 3. População Projectada por Sexo e Grupos Etários Seleccionados, e Número Projectado de Nados-Vivos e Gravidezes: Timor-Leste e Distritos, 2008

Distrito	Total	Sexo Masc.	Sexo Fem.	<1	1 - 4	5 - 14	≥ 15	Mulheres 15 - 49	Nados-vivos	Gravidezes
Aileu	45 724	23 530	22 194	1 960	6 824	13 100	23 840	9 521	2 428	2 671
Ainaro	62 408	31 634	30 774	2 469	9 371	18 625	31 943	12 865	3 087	3 396
Baucau	113 748	57 115	56 633	3 515	14 558	33 064	62 611	23 486	4 640	5 104
Bobonaro	93 784	46 688	47 097	3 210	12 485	25 499	52 591	20 932	3 888	4 277
Covalima	62 764	31 593	31 171	2 133	8 308	18 175	34 148	14 002	2 466	2 713
Dili	212 469	113 007	99 462	7 318	27 909	51 384	125 858	50 596	6 385	7 024
Ermera	118 671	59 948	58 723	4 840	17 958	35 945	59 927	24 485	5 884	6 472
Lautem	65 348	32 146	33 203	2389	9 558	19 989	33 413	13 310	2 994	3 294
Liquiçá	69 926	35 429	34 497	2 789	9 653	19 165	38 320	15 455	3 111	3 422
Manatuto	41 218	20 843	20 376	1 202	5 115	11 850	23 052	8 781	1 504	1 654
Manufahi	53 995	27 540	26 455	2 018	7 598	13 645	30 735	11 847	3 130	3 443
Oecussi	67 736	33 559	34 177	2 515	9 207	17 355	38 659	16 801	3 243	3 567
Viqueque	72 949	35 823	37 126	2 109	9 532	21 838	39 470	15 315	2 931	3 224
Timor Leste	**1 080 743**	**548 855**	**531 887**	**38 467**	**148 077**	**299 633**	**594 566**	**237 396**	**45 691**	**50 260**

Grupo etário	Total	%
< 1	**38 467**	**3,56%**
< 5	**186 544**	**17,26%**
< 15	**486 177**	**44,99%**

Fonte: Direcção Nacional de Estatística (DNE), adoptado por: Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a, p. 7.

Prevê-se que a população na faixa etária dos 15-29 anos cresça muito rapidamente, numa média de 3,9% ao ano até 2025. Isto representa um grande desafio para o país, na medida em que os jovens já enfrentam actualmente problemas de desemprego, baixo nível de qualificações e falta de oportunidades para participação na sociedade timorense. A população urbana está a aumentar muito mais rapidamente do que a população rural, podendo atingir o dobro em 2020 e o triplo em 2030. A maior parte deste crescimento ocorrerá em Díli, o que terá origem na elevada fecundidade urbana e na migração das zonas rurais ou de outros centros urbanos. A alimentação da cada vez maior população de Timor-Leste também apresentará problemas, e a pressão sobre o

ambiente será acentuada. As taxas de desflorestação já se encontram entre as maiores do mundo, e se o crescimento da população forçar o aumento do cultivo em áreas sensíveis, os solos frágeis, terrenos íngremes e chuvas fortes ocasionais podem fazer com que o cultivo alargado seja contraproducente a longo prazo (World Bank, 2008).

Embora as projecções populacionais impliquem um rápido crescimento, elas pressupõem que este irá abrandar à medida que o país vá entrando numa transição demográfica que durará décadas, típica de países em desenvolvimento. Porém, Timor-Leste apresenta algumas características distintas, com níveis de fecundidade invulgarmente elevados e homogéneos, uma preferência generalizada por famílias numerosas e um baixo nível de conhecimentos sobre contracepção (World Bank, 2008).

O Inquérito Demográfico e de Saúde 2009-10 (DNE e ICF Macro, 2010) e o Censo da População e Habitação Timor-Leste 2010 (DNE e UNFPA, 2011) revelaram, entretanto, uma diminuição do crescimento demográfico, com uma taxa de fecundidade de 5,7 e um crescimento médio anual de 2,4%, tendo 41% da população menos de 15 anos.

5. Religião e Práticas Mágico-Religiosas

Antes de chegada dos Portugueses à ilha, considera-se que os timorenses eram animistas, sem traços de influências hindus nem muçulmanas (Thomaz, 1976).

O animismo envolve a crença em espíritos e numa existência futura, no controlo das divindades e espíritos subordinados, resultando, na prática, num certo tipo de culto activo (Tyler, [1871] 1913).

Embora acreditem na existência de uma divindade suprema, um Deus denominado *Maromak* em *tetun*, que significa "brilhante", este não é, normalmente, objecto de culto; esse dirige-se aos espíritos dos antepassados e aos *lulik*, objectos naturais ou artificiais que são considerados portadores de poderes sobrenaturais (Thomaz, 1976). A crença na

imortalidade da alma é muito forte, pelo que a religião fica quase reduzida ao culto dos espíritos de antepassados, que formam como que o elo de ligação entre *Maromak* e as criaturas (Hicks, 2001).

Além da religião, a magia, que consiste na tentativa de dominar as forças adversas (dos espíritos ou da natureza) por processos ocultos, ocupa igualmente um lugar importante na vida dos timorenses (Carmo, 1965, 2002).

> Utiliza-se a magia para conseguir determinados fins que podem estar ligados com os mortos – defesa contra certos *buan* defuntos, por exemplo -, mas que em regra estão relacionados com o mundo dos vivos. Por meio dela se tenta passar por cima das leis da Natureza – adivinhando o futuro, influindo na vida e na morte, na doença, etc. -, e essa seria talvez a sua melhor definição. (Carmo, 1965, pp. 143-144)

Ao referir-se às instituições religiosas tradicionais de Timor, Menezes (1992, 2006) considera que a magia e a religião se entrecruzam, constituindo a vida dos timorenses uma cadeia contínua de ritos mágico-religiosos. Os actos e manifestações dos timorenses denotam uma crença profunda e dominante em espíritos, que se podem dividir em três categorias: os espíritos dos antepassados (*mate-bian*), a quem prestam culto especial; os espíritos dos vivos (*klamar*); e os espíritos da natureza. Concomitantemente, os timorenses acreditam numa força vital existente em todos estes espíritos; esta pode manifestar-se de várias formas e confunde-se geralmente com a própria alma, podendo "ser aumentada, mantida, ou diminuída através dos seus actos pessoais e mesmo capturada, pisada ou comida por estranhos, dos quais os mais temidos são certos espíritos malignos representados, em regra, por bruxos ou seus agentes" (Menezes, 2006, p. 92).

De acordo com Menezes (1992, 2006), existe uma crença generalizada de que as almas dos mortos descansam no alto das montanhas, a de Matebian na região leste, e o Tata Mai Lau na região ocidental. Até atingirem estes dois pontos mais altos, consideram a passagem das almas por outros montes ou colinas, podendo entretanto vaguear no espaço, pousar nas árvores, manifestar-se no canto de aves ou aparecer mesmo sob a forma de outros animais. Para que as almas possam continuar sem vacilar nesta jornada,

é preciso que nas cerimónias funerárias sejam sacrificados animais, especialmente búfalos, para que se apresentem de cabeça levantada perante os outros parentes e amigos que os precederam:

> Enquanto os mortos não fossem homenageados, acreditavam que eles os viriam importunar constantemente. Qualquer mal ou infelicidade, acidente ou doença atribuir-se-ia ao facto de não terem satisfeito os mortos com ritos apropriados. É por isso que leva-se tempo para os enterrar – o que só se fazia depois de reunir a parentela e ter animais e outros bens, julgados suficientes para honrar a alma. (Menezes, 2006, p. 94)

Fotografias 13. 14. Campas ornamentadas com Esqueletos de Búfalos (Lospalos, 2006)





O culto prestado aos mortos assume, em regra, carácter personalizado até três gerações, sendo os antepassados para além desses geralmente considerados míticos. Quanto mais a sua memória se perde no tempo, maior é a sublimação que atingem, pelo que são guardados artigos de natureza pessoal que lhes tenham pertencido, como sacos de masca, catanas, espadas de guerra, bastões, etc. Estes objectos, que com o tempo passam a ser considerados como *lulik* (termo traduzido vulgarmente como significando "sagrado"), podem ser mantidos em casa para ritos familiares ou na própria *uma lulik*, caso os seus donos tenham sido pessoas importantes (Menezes, 1992, 2006).

Fotografia 15. *Uma Lulik*
(Tutuala, 2005)



Fotografia 16. Objectos *Lulik*
(Atsabe, 2008)



Os espíritos da natureza são geralmente designados como "senhores da terra" (*rai na'in*) ou "senhores da água" (*be na'in*), ou incluídos na categoria genérica de *lulik*. Os animais que lhes estão associados não podem por isso ser molestados ou comidos, sob pena de daí advirem sérias sanções. Entre outros, destaca-se o crocodilo, animal quase mitológico ao qual os timorenses prestam culto chamando-lhe "avô", figurando em muitas lendas. A própria ilha de Timor é comparada a um jacaré gigantesco, em cujo dorso teria transportado o primeiro habitante.

Também há árvores consideradas *lulik*, à sombra das quais os timorenses se reunem ou prestam culto por crerem que, ao se destacarem pelo seu porte e configuração especial, são escolhidas pelos espíritos para nelas pousarem. Entre estas destacam-se o gondão ou gondoeiro (*Ficus* Spp., em especial a *Ficus benjamina* L.), denominada *ai hali* em *tetun*; seguindo-se o tamarindeiro, *sukair*, que aparece como *lulik* em Ataúro e nas planícies e vázeas, em locais onde não há gondoeiros nas proximidades (Menezes, 1992, 2006).

O território habitado por cada comunidade e a disposição das aldeias também possuem um simbolismo especial:

> Dois mundos se opõem perante o timorense: o seu "mundo", o Cosmos, o território onde ele habita, e o espaço desconhecido e indeterminado que o cerca, o Caos, povoado de mil demónios e de um sem-número de almas dos mortos. Situar-se num lugar, organizá-lo, habitá-lo são acções que pressupõem a sua consagração e participação da santidade da obra divina. A instalação num território equivale à fundação de um mundo: a divisão da aldeia em quatro sectores corresponderá à divisão do Universo conhecido em quatro horizontes: no meio da aldeia erguer-se-á a casa cultural (*uma lulik*) cujo telhado representa o Céu, bem como a copa da árvore grande ou a escarpada montanha. Por baixo da terra, na outra extremidade, situa-se o mundo dos mortos, simbolizado pelas serpentes e crocodilos. (Cinatti; Almeida; Mendes, 1987, p. 34)

Na estrutura da habitação revela-se o simbolismo cósmico:

> A casa é uma imagem do mundo, a sua cobertura é o Céu, o pilar ou poste principal é assimilado ao "eixo do mundo" que sustenta o imenso tecto celeste e desempenha um papel ritual importante: é na sua base que têm lugar os sacrifícios em honra do ser supremo, Marômac (...). Toda a construção e inauguração de uma moradia equivalem a um começo, a uma nova vida: para que a obra dure e "viva" deve ser animada, isto é, deve receber ao mesmo tempo uma vida e uma alma. A transferência da alma só é possível pela via de um sacrfício sangrento. (Cinatti et al., 1987, p. 34)

A *uma lulik* ocupa geralmente o centro de uma aldeia, havendo casos em que se situa fora desta, num local *lulik* ou que reuna condições especiais. É um "espaço sagrado", assim como os postes colocados em sítios dominantes das montanhas *mambae*, assentes sobre enormes socos de pedra, ornamentados com chifres de búfalos abatidos durante os ritos ou *estilus*.

Os ritos são normalmente designados por *estilu*, consistindo essencialmente em oferendas e sacrifícios, em que são utilizados porcos, búfalos, galinhas, arroz e bétel. A par da espiritualidade e da complexidade das crenças, em todos os ritos de maior relevância a distribuição e o consumo de grande quantidade de alimentos estavam relacionados com o prestígio social e político (Menezes, 2006).

A fecundidade – essencial para o sucesso das colheitas de milho e arroz, o nascimento de crias de búfalo, porcos e cabras, e a procriação de filhos – é tida como resultante de rituais sacrificiais invocando a capacidade fecundadora dos entes sobrenaturais. Eles também são invocados nos ritos de passagem conduzidos por ocasião de nascimentos, casamentos e mortes. Os mitos são uma importante fonte de ideias religiosas e fornecem frequentemente justificação para o ritual. Outros mitos explicam a origem de coisas como o mundo, os seres humanos, o povoamento de Timor e a origem dos grupos sociais (Hicks, 2001).

Consoante o tipo de práticas mágico-religiosas, os seus agentes ou especialistas podem ter várias designações. Menezes (2006) divide os agentes religiosos tradicionais em três categorias: Os *dato lulik*, uma espécie de guardas das *uma lulik* e feiticeiros benfazejos; os *matan-dook*, adivinhos curandeiros, e os *buan*, bruxos ou feiticeiros maus. O *dato lulik*, que antigamente descendia geralmente de linhagens nobres, desempenha um papel primordial em todos os ritos que não sejam considerados de carácter puramente familiar ou doméstico (neste caso o próprio chefe de família poderá dirigir as cerimónias rituais), tendo funções divinatórias, dirigidas ao futuro. O *matan-dook*, além das funções que lhe competem dentro da medicina tradicional, é o adivinho por excelência, mas a sua actividade é circunscrita ao passado e não ao futuro. Ele é chamado frequentemente para descobrir as causas dos males ou o bruxo, o culpado de um crime, etc. Não se trata de uma profissão hereditária, dependendo da habilidade pessoal e capacidade de sugestão. Na prática, há uma certa confusão entre as funções de ambos os agentes, podendo haver *dato lulik* que fazem também de curandeiros, e *matan-dook* que se gabam de poderes mágicos. Quanto ao *buan*, é uma espécie de feiticeiro malfazejo, um bruxo ao qual atribuem todos os males. Temido por todos, ele pratica geralmente o envultamento mediante um simulacro da vítima ou qualquer objecto que lhe pertença sobre o qual produz os efeitos que pretende que sejam transmitidos à pessoa visada. Este agente do mal é perseguido e banido da sociedade tradicional.

Os processos divinatórios utilizados pelos *dato lulik* e pelos *matan-dook* consistem essencialmente na leitura nas vísceras (baço, fígado ou rins) de animais, a fim de

observar as lesões ou manchas que apresentam. Também podem, por vezes, utilizar uma folha para ler o destino na disposição das suas nervuras ou cortar o caule de uma bananeira para, de acordo com a estrutura de vários extractos concêntricos e a forma como eles caem quando abertos, saber se os augúrios eram ou não favoráveis. Podem ainda utilizar a masca para cuspir e saber de que lado caiu, ou ler o destino na masca cuspida no chão, interpretando as manchas de uma forma semelhante à utilizada com as vísceras (Menezes, 2006).

O mesmo tipo de práticas é descrito por Carmo (1965), referindo-se especificamente ao povo *mambae*, fazendo uma distinção entre aqueles que designa por *tata-gasse* e os *matan-dook*:

> Os processos que [os *tata-gasse*] usam têm por base as leituras feitas, quer nas entranhas dos animais, quer em folhas – geralmente de bananeira. Suponhamos que o Mau Bere se quer vingar de qualquer patifaria que lhe fez o Mau Leki. Dirige-se ao *tata-gasse*, a quem expõe o assunto. Este pega então na nervura de uma folha de bananeira, que corta em pedaços de 10 a 15 centímetros. Parte-os em seguida longitudinalmente, com um parão, observando a disposição que tomam ao cair. É com base nisto que a adivinha se desenrola.
>
> - O Mau Leki morrerá dentro de tanto tempo – acaba o mágico por afirmar. - Vai descansado!
>
> E assim se retira o Mau Bere, aliviado do peso do ódio e das moedas que deixou ao adivinho (em regra, a tabela oscila entre as 5 e as 10 patacas). Quando o vaticínio falha, o *tata-gasse* não se atrapalha, evocando o poder superior de Deus. É dele que partem muitas das acusações de «buanismo», confirmadas ou levantadas pelo recurso aos ordálios, que também controla.
>
> Creio que é inútil tentar suprimir completamente os *tata-gasse* sem primeiro minar os alicerces do sistema em que ele se apoia. A sua função é a magia, e esta representa a forma de actuar sobre a Natureza, entendida como o conjunto das coisas e a visão delas. Sem modificar esta última, a magia continuará a ter largo campo para se expandir – o vasto campo da imaginação e das crenças. (...)
>
> Quanto aos *matan-dook* («curandeiros»), cuja profissão é bem distinta da do *tata-gasse*, mas que tantas vezes são confundidos (por haver muitos que as acumulam), são também bastante prejudiciais, pois a sua «ciência» é muito empírica, se bem que alguns dos seus remédios pareçam eficazes, pelo que mereciam um estudo de especialistas. A dificuldade de os suprimir só é realmente grande quando, de facto, há acumulação de funções (o que se verifica frequentemente), porque então atribuem as doenças, a torto e a direito, a causas metafísicas. (pp. 144-145)

Os altares (*foho*), montes arredondados de pedra solta, encimados pelos pratos de sacrifício (*fatu bui soles*), são locais onde é habitual reunirem-se os agentes religiosos tradicionais e os anciãos para o exame das entranhas de animais e exposição das oferendas de milho e arroz em sacos de fibra vegetal. Outros altares (*ai-tos*) são postes de madeira ou de pedra trabalhados em forma de coluna com complexas incisões geométricas e terminando em capitéis com cabeças humanas esculpidas, sobre os quais coloca o *dato lulik* um pano e um cesto tradicionais, após o que inicia as orações mágicas (Cinatti et al., 1987).

Fotografia 17. Altar Tradicional (Lore, 2006)



Fotografia 18. Altar Tradicional (Atsabe, 2008)



Fotografia 19. Altar Tradicional (Lauana, 2006)



Segundo Menezes (1992, 2006), a par da expansão do cristianismo sob a acção dos portugueses, as instituições religiosas tradicionais foram seriamente influenciadas pelos contactos entre culturas. Os ritos tornaram-se menos frequentes, e os próprios agentes religiosos revelaram-se permeáveis à influência dos contactos. A presença cristã tornou-se também evidente na tendência para o substrato monoteísta vir à superfície. No entanto, actualmente mantêm-se vestígios do animismo, coabitando o sagrado e o profano com as crenças cristãs.

Em 1975 os católicos representavam apenas um terço da população (Carmo, 2002), ou até menos. Segundo Gunn (1999), nessa altura o número de católicos não superava os 15 a 20%. O catolicismo só passou a ser religião da maioria da população de Timor-Leste após a invasão indonésia, facto que é justificado pela situação vivida no território neste período:

> No âmbito da doutrina conhecida por *Pancasila*, os cinco princípios da filosofia oficial indonésia, as autoridades esperavam que se adoptasse uma das cinco religiões aprovadas – islâmica, hindu, budista, protestante e católica. Apenas estas eram legalmente reconhecidas. Em Timor Leste, a pressão no sentido de se escolher uma destas cinco religiões era ainda maior do que no resto do território indonésio, uma vez que, aos olhos das ABRI, os rituais das religiões nativas de Timor-Leste eram identificados com as guerrilhas da Fretilin nas montanhas. Mais ainda, se uma pessoa não optasse por uma religião, a sua atitude podia ser interpretada como ateísmo, o que para as autoridades militares significava comunismo – e do ponto de vista da ideologia do exército, era mais do que motivo para atirar a matar. Não havia alternativa prática: as pessoas eram obrigadas a fazer uma opção e em Timor Leste o catolicismo era uma religião familiar. Na realidade, em muitos sentidos a Igreja em Timor Leste surgia como um vizinho tolerante de longa data, pois independentemente das suas falhas, nunca adoptara uma política de conversão à força. A acrescentar à sua mística havia o facto de, muito antes da invasão indonésia, os padres católicos vestidos de branco de visita às zonas rurais serem encarados pelos crentes das religiões tradicionais como detendo poderes sobrenaturais. Portanto, a esmagadora maioria da população escolheu a religião católica. Esperavam não só os benefícios espirituais como alguma protecção: o clero procurava defender as pessoas dos ataques físicos nas aldeias e povoações, concedendo-lhes refúgio em missões e capelas. De um modo bem mais concentrado do que no passado, a Igreja tornou-se a guardiã da população, que precisava de todo o conforto e apoio moral possíveis. (Kohen, 1999, p. 124)

Carrascalão (2002) considera que a Igreja Católica, um dos pilares da identidade cultural timorense, constituiu um forte apoio do povo e um poderoso aliado na sua luta pela independência, o que terá contribuído para o grande incremento no número de católicos em Timor-Leste após a invasão indonésia, que no final dos anos 90 quase chegava aos 100 por cento. Segundo Carmo (2002), quando os indonésios deixaram o território haveria 88% de católicos. Os Inquéritos Demográficos e de Saúde de 2003 (Ministério da Saúde e DNE Timor-Leste et al., 2004a,b) e de 2009-10 (DNE e ICF Macro, 2010) revelam que 98% da população é católica, existindo também alguns protestantes, muçulmanos e hindus.

Fotografia 20. Igreja Católica (Lautém, 2006)



Fotografia 21. Altar Católico (Lifau - Oecusse, 2006)



6. Estrutura Familiar / Parentesco

Um aspecto significativo da cultura timorense está relacionado com a família, sendo esta a base a partir da qual se edifica toda a sua complexa estrutura social. O casamento segundo os costumes tradicionais, denominado *barlake* ou barlaque,

> Acto natural de constituição de família e o compromisso mais importante assumido pelo homem e mulher nativos durante as suas vidas, é rodeado de um código complexo de direitos e deveres que

> tem por objectivo dificultar a sua dissolução. O valioso dote oferecido pela família do noivo em rezes, oiro e panos, representa a compensação material entregue à família da noiva pela perca de um seu elemento activo e é a base e esteio material do casamento. Funciona o dote, em última análise, como garantia do bom comportamento dos cônjuges: pode a consorte abandonar o lar se é maltratada pelo esposo, o que obrigará este, quando contrair novo matrimónio, a pagar segundo dote; por seu lado é permitido ao marido repudiar a mulher quando ela lhe for infiel, exigindo da família a devolução do dote. (Cinatti et al., 1987, p. 32)

No entanto, a infidelidade conjugal não é considerada, segundo Corrêa (1935), uma causa frequente de divórcio. A mesma opinião é partilhada por Braga (1936c):

> Os motivos do divórcio podem ser muitos, desde o de a mulher não gostar de trabalhar ao de não dar filhos. O adultério, por sua vez, nunca ou só raramente é causa de divórcio. Sabido que a mulher Timor pouco se nega a quem a queira, compreende-se que pratique com a maior naturalidade o adultério. O marido, porém, se o sabe, contenta-se em bater-lhe. Mas, na generalidade, os maridos, ali, só batem nas mulheres adúlteras quando nada ganham com a infidelidade. Se elas lhe entregam as patacas que o europeu lhes tenha dado ou uma galinha ou qualquer coisa com que um indígena haja premiado uma condescendência, o marido ainda lhes agradece. No caso contrário vai pedir ao cúmplice, se é indígena, uma indemnização, e só quando tem a certeza de que a não receberá vai à palhota desancar a esposa infiel. E, assim, o adultério da mulher é para ele uma fonte de receita. (pp. 9-10)

O barlaque também é entendido como um simples contrato de compra e venda, ficando a mulher na posse do homem:

> Um homem que precisa de uma mulher procura o pai da que escolhe, negoceia com ele a filha e leva-a consigo. Esta, automaticamente, reconhece o novo senhor e pertence-lhe para tudo. Logo no mesmo dia do «barlaque» está a trabalhar para ele. E acontecerá sempre assim, a não ser que o marido queira por qualquer motivo desfazer o «barlaque». Para isso, levá-la-á de novo ao pai e receberá o que tinha dado por ela, no todo ou em parte. E, tanto ela como o progenitor, ficarão à espera de que outro homem apareça para de novo barlaquear (…) A trabalhar e a criar filhos, vive a mulher Timor que barlaqueou. Pertence agora completamente ao marido, como antes pertencia ao pai. Nem os filhos lhe pertencem um pouco (…) Dir-se-ia que o seu verdadeiro papel de mulher não está em ser mãe no sentido humano da palavra, mas sim em «produzir» filhos, para o homem, mais tarde, os transformar em dinheiro, em «canipa» [aguardente de cana misturada com água e melaço] e «tuaka» [vinho de palma], em apostas das lutas de galos. (Braga, 1936c, pp. 9-10)

Embora o barlaque continue a ser praticado, a sua importância tem vindo a diminuir, nomeadamente enquanto elemento fulcral da aliança entre famílias e enquanto momento de afirmação da categoria social que se vai ocupar durante a vida adulta. A situação turbulenta das duas últimas décadas e, particularmente, de 1999, levou à perda de muitas cabeças de gado e, portanto, à diminuição do número de cabeças de cada barlaque. Surgem também algumas excepções como a gravidez antes do casamento ou o casamento com estrangeiros, que podem levar à não existência de barlaque. O valor das terras e do gado é cada vez menor face a outros capitais como o económico (baseado em dinheiro líquido) e o cultural (educação / carreira) e assim o barlaque deixa de ter uma função de importante estratificador social, pelo menos na cidade, como acontecia até aqui e ainda acontece nas aldeias. Além disso, uma certa influência do movimento de emancipação feminina promovendo os direitos da mulher timorense (resultado da contra-diáspora e de algumas organizações internacionais), associado a um entendimento do barlaque como uma espécie de "compra da mulher", pode levar a uma crítica da tradição ou, pelo menos, a um deixar cair da mesma (Seixas, 2006).

A sociedade timorense admitia a poligamia, considerada como sinal de nobreza e distinção, sendo usufruto dos privilegiados, dos *datos* e liurais. O homem casado com várias mulheres era considerado rico, pois tinha de ter posses para pagar os dotes (Cinatti et al., 1987). Segundo Menezes (1992, 2006), devido ao contacto entre culturas, passou a ser predominante a monogamia, promovida não só por acção do cristianismo, mas também porque as próprias causas da poliginia deixaram de existir, graças à modificação de conceitos relacionados com a divisão sexual do trabalho, tabus sexuais em certas fases da vida da mulher, alianças, políticas para a defesa e para o ataque, aquisição de prestígio pela posse de muitas mulheres, etc. Foram também consequências da aculturação o acréscimo de casamentos católicos, a melhoria do estatuto das viúvas e a tendência para o desaparecimento do levirato. Este consiste na união do cunhado com a viúva, e "evita que a mulher saia do agregado familiar e leve consigo os filhos, valiosa mão-de-obra futura" (Cinatti et al., 1987, p. 32).

Outro aspecto importante em Timor foi a miscigenação resultante de uniões e

casamentos interraciais, nomeadamente entre europeus e mulheres timorenses. "Mesmo após o início da ocupação administrativa – que se deve ao esforço dos militares – raro foi o europeu solteiro que não tivesse a sua *nona* ou não casasse pela Igreja ou Registo Civil com uma timorense, sendo os filhos perfeitamente integrados na sociedade" (Menezes, 2006, p. 228).

7. Caracterização Etnolinguística

7.1. Evolução Histórica

A situação linguística de Timor é considerada como resultante da sua evolução histórica, reflectindo uma longa história de migrações e convergências de povos portadores de diferentes influências culturais.

Segundo Glover (2001), relacionar os achados pré-históricos com os padrões linguísticos e padrões etnológicos conhecidos da etnografia, etnohistórias timorenses e registos históricos não é fácil, sendo evidentes algumas contradições entre as descrições etnohistóricas e os dados arqueológicos.

Das primeiras vagas do *Homo sapiens* que colonizaram a Insulíndia e a Austrália há em Timor vestígios arqueológicos e prováveis vestígios rácicos, mas não se conhecem vestígios linguísticos, ao contrário do segundo grande grupo de migrantes. A chegada dos austronésios, no Neolítico recente, foi na história de Timor, como na de toda a Insulíndia, uma época fundamental. No aspecto rácico, introduziram na ilha o elemento hoje maioritário da sua população: o chamado *proto-malaio*. No aspecto linguístico, introduziram a língua ou línguas de que derivam quase todas as que hoje aí se falam, com excepção das denominadas "papuas". Com a hegemonia comercial de Malaca e a expansão do islamismo deu-se a difusão do malaio, como língua do comércio, por todo o arquipélago, o que foi favorecido pela acção da Companhia Holandesa das Índias Orientais. Quando a Indonésia se tornou independente, adoptou-o como língua nacional

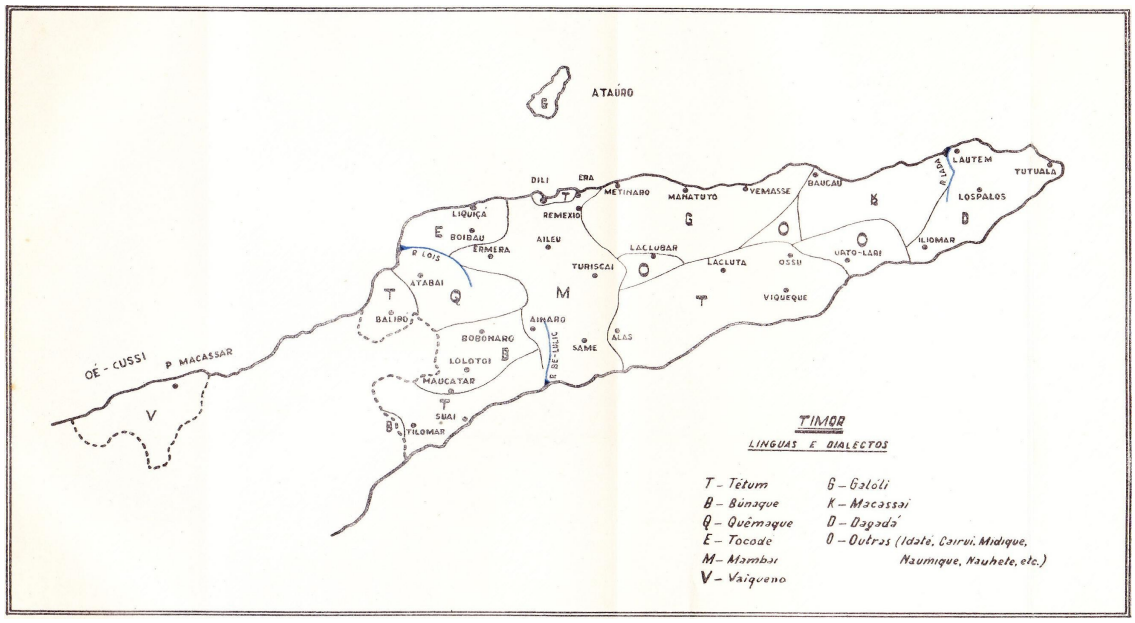
sob o nome de *bahasa Indonesia*. Em Timor, porém, até à anexação indonésia o seu uso era muito restrito: os reinos da metade oriental da ilha tinham estado, já antes do século XVII, sujeitos à suserania dos reinos de Luca e Bé-Hali, de língua *tetun*, que funcionava como língua veicular em toda a região. Como língua de cultura e da administração impôs-se o português, ensinado nas escolas das missões desde o século XVII (Thomaz, 2001).

Embora a evolução linguística e as diferentes ocupações do território tenham naturalmente levado ao desaparecimento de algumas línguas, à sua absorção por outras de maior expressão ou à sua redução a minorias circunscritas, mantém-se em Timor-Leste uma grande diversidade a este nível. A complexidade da situação linguística tem, aliás, originado falta de consenso quanto à classificação e ao número de línguas e de dialectos falados, variando também a sua designação consoante os autores e os critérios utilizados.

Martinho (1943) cita dezasseis dialectos no território português de Timor: *vaikênu*, *tétun*, *tocodè*, *búnak*, *kêmac*, *mambai*, *galòli*, *makassai*, *idatè*, *laclei*, *uaímaha*, *midik*, *naumik* ou *naumek*, *cairui*, *nauhétè* e *dagadá*. Destes, considera serem sete os mais importantes, com áreas mais extensas e definidas, sendo alguns dos outros usados em zonas isoladas, sugerindo tratar-se de "populações fragmentadas sob pressão de povos mais fortes, ou por qualquer outra razão desconhecida" (p. 268).

Felgas (1956) constata que a diversidade de línguas e dialectos de Timor não permite chegar a acordo quanto ao seu número e à sua classificação. Refere uma tendência para o desaparecimento das línguas menos faladas, absorvidas pelas de maior expansão, sendo as mais faladas o tétum, o mambai, o búnaque, o quêmaque, o tocodé, o macassai, o galóli e o dagadá. "Entre estas, o tétum está tomando notável desenvolvimento e comportando-se como verdadeira língua franca de todo o território" (p. 172). De acordo com estas observações, apresenta o seguinte mapa linguístico (Figura 8):

Figura 8. Mapa Linguístico de Timor Português



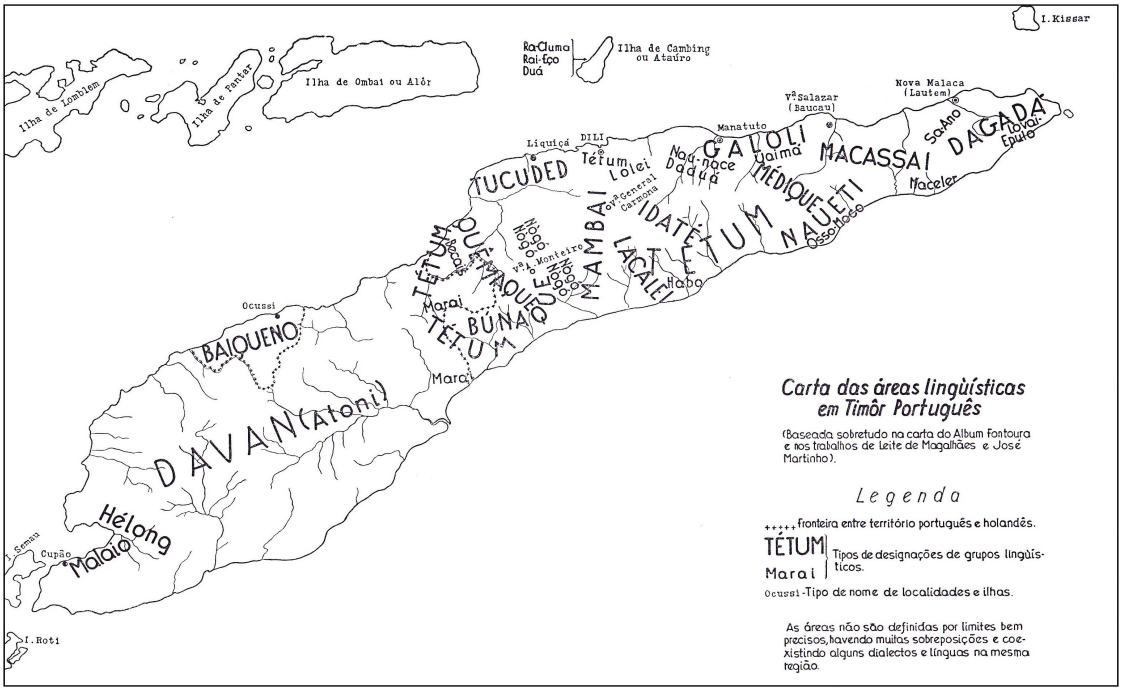
Fonte: Felgas, 1956

Corrêa (1944, p. 101), analisando dados fornecidos por diferentes autores, constata "como são grandes as incertezas e divergências sôbre a simples lista dos falares indígenas de Timor". Ao relacionar os grupos linguísticos com os "tipos antropológicos", não encontra "uma relação apreciável entre a distribuição geográfica dos caracteres raciais e tipos étnicos e a sua repartição pelos grupos lingüísticos, os quais estão, aliás, distribuídos com grande irregularidade pelo território". Conclui assim que:

> Em Timor os grupos étnicos estão numa pulverização máxima e irregular, de que as diversidades lingüísticas dão a medida. Assim, estas, apesar da insuficiência do seu conhecimento e do número de observações, conduzem talvez a resultados mais concludentes sôbre a composição antropológica do que, em geral, o estudo desta segundo as grandes divisões administrativas. A apreciação mais profunda e integral de diferenças raciais exigiria o confronto de núcleos démicos de mínimas parcelas territoriais, até de classes, clãs e famílias. (p. 117)

Baseado nos dados analisados, apresenta a seguinte carta linguística (Figura 9):

Figura 9. Carta das Áreas Linguísticas em Timor Português



Fonte: Corrêa, 1944

Almeida (1982) fez, por seu lado, um levantamento linguístico e serológico da população utilizando uma classificação de trinta e um grupos etnolinguísticos distribuídos por seis agrupamentos (Quadro 4): "Considerando agora Westphal-Almeida (1974), há em Timor-Díli trinta e um grupos etnolinguísticos, falando línguas, dialectos e subdialectos diversos, embora se deva apenas aceitar como verdadeiras línguas: *tétum*, *búnaque*, *mambáe*, *macassáe*, *fáta luco* e *macu'a*" (p. 25).

Quadro 4. Agrupamentos de Grupos Etnolinguísticos: Classificação de Westphal-Almeida, adoptada por Castro e Almeida (1982)

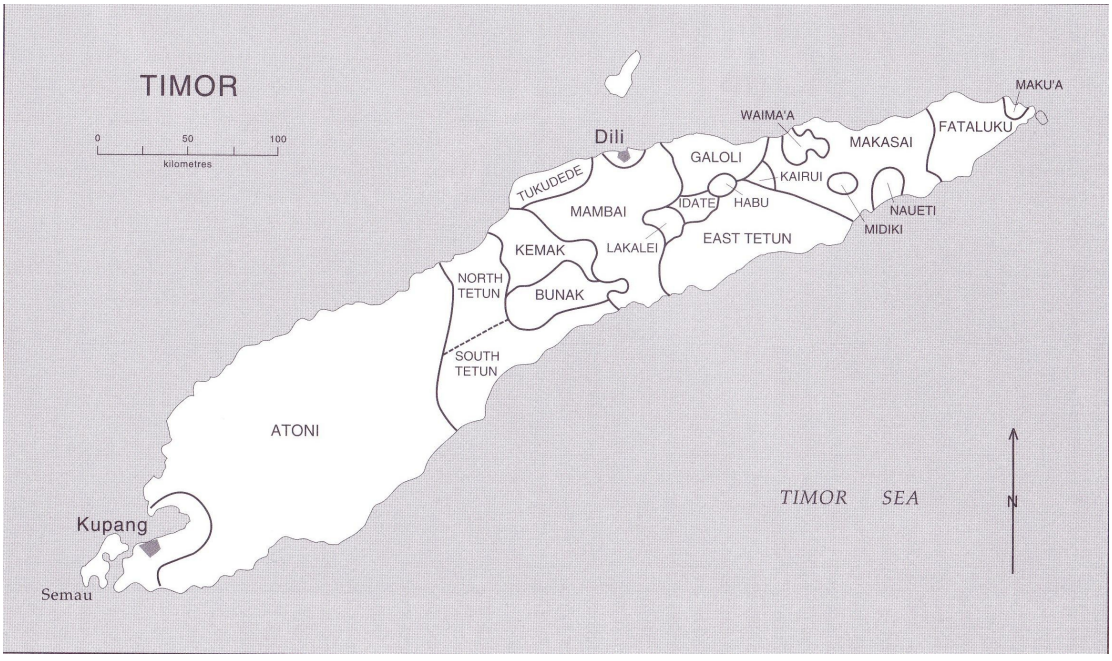
1º	2º	3º	4º	5º	6º
Macu'a	*Fáta Luco*	*Macassáe*	*Tétum*	*Mambáe*	*Búnaque*
			Midíqui		
		Ná-Ine	*Nauéti*	*Tocodéde*	*Maráe*
		Sá Âni	*Óssò Mócò*	*Quémaque*	
		Macalére	*Ócò Midíqui*		
		Nai Damo	*Uai Má'à*		
			Hábo		

			Idátè *Galólen* *Lòléne* *Ísni* *Làcalei* *Ná-Náhèque* *Dàdua* *Bècáis* *Rai Ésso* *Réssuque* *Ráclu'Un* *Bàiquêno*		

Fonte: Almeida, 1982, p. 25

Therik (2004) refere Fox e Wurm (1981) como os autores que apresentam a melhor panorâmica sobre as línguas faladas nas Sundas Menores, nas quais se inclui a ilha de Timor (Figura 10):

Figura 10. Distribuição Territorial das Línguas de Timor



Fonte: Therik, 2004, p. 20

A situação linguística de Timor-Leste nas vésperas dos acontecimentos de 1974-75 era complexa, quer devido à grande fragmentação dialectal, quer à utilização, na mesma região e pelos mesmos falantes, de mais de um idioma em funções distintas. Apesar disso, revestia-se, segundo Thomaz (2002), de certa lógica, constituindo por assim dizer um sistema, que no plano interno se organizava em três níveis de integração: nível da língua local, nível da língua veicular e nível da língua de administração e de cultura. A estes adicionavam-se ainda as línguas de relação externa e as das minorias étnicas.

> Uma língua define, em princípio, um espaço social – isto é, o espaço determinado pelo conjunto de relações características de um dado grupo – pois cria, por si só, uma relação, potencial, de comunicabilidade. A essa relação outras se juntam normalmente: relações de parentesco e vizinhança, de troca de bens, de inserção no meio físico, etc. Inversamente, a existência de um espaço social definido, em que vigorem as normas aceites e observadas pelo grupo, postula, em princípio, a posse de um instrumento linguístico que assegure no seio do grupo a comunicabilidade usual. Um espaço social pode não corresponder precisamente a um espaço geográfico compacto, pois um grupo não se dispõe necessariamente de um modo coerente no espaço físico: é, por ex., frequente o caso duma minoria étnica que subsiste e guarda a sua língua própria apesar de disseminada em pequenos grupos no seio de etnias de diferente língua. Ao nível de integração que acabamos de aludir correspondem em Timor as línguas locais, regionais ou de minorias, que são instrumentos de comunicação definidores de espaços sociais restritos. (…) [que] se integram num espaço social mais vasto, em que é veículo de comunicação o *tetun praça* falado em Díli e seus subúrbios. É de notar que a sua função não é, em relação aos grupos implicados, meramente lateral, de comunicação externa, mas integradora, definindo por assim dizer federativamente, acima dos grupos etnolinguísticos, uma entidade superior, uma etnia timorense aceite e assumida pelos seus participantes. Essa entidade é dotada não apenas de extensão como ainda de compreensão, isto é, inclui em maior ou menor grau elementos culturais comuns, que vão da integração numa ordem político-social com fundas raízes no passado, às imbricadas relações de parentesco no seio da aristocracia territorial tradicional, passando pela aceitação de um catolicismo ao menos implícito e de outros elementos de aculturação que definem uma civilização que podemos designar por luso-timorense. (Thomaz, 2002, pp. 140-142)

No entanto, o uso do *tetun* como língua veicular e, consequentemente, a sua função integradora, atenuavam-se na periferia desse espaço geográfico que Thomaz (2002) denominou "luso-timorense": tanto no enclave de Oecusse como na Ponta Leste (pertencente ao concelho de Lautém) a difusão do *tetun* era escassa, sendo utilizado

como segunda língua, preferencialmente, o português. Este funcionava em todo o território como língua de administração e de cultura, e tinha ainda uma função integradora na sociedade timorense ao nível pelo menos das camadas dirigentes, dos letrados que ocupavam uma posição cimeira na pirâmide social.

De 1975 a 1999 a evolução da situação linguística foi marcada por dois fenómenos concomitantes: a adopção do *bahasa Indonesia* como língua oficial no ensino e na administração; e a recessão do português, que foi proibido pela administração indonésia, e apenas em algumas escolas da diocese continuou a ser ensinado, mas apenas no ensino secundário (Thomaz, 2002). Após a independência de Timor-Leste, em 2002, o *tetun* e o português foram seleccionados, pelos seus dirigentes, para se tornarem as línguas oficiais do país. Esta decisão deu lugar, no entanto, a novas dificuldades. Embora o *tetun* seja falado pela maioria dos timorenses, o mesmo não se verifica em relação ao português que, embora seja considerado um factor de identidade nacional, não é dominado por grande parte da população, sobretudo a mais jovem, escolarizada na língua indonésia.

7.2. Grupos Etnolinguísticos

Para Thomaz (2002), os grupos linguísticos não correspondem rigorosamente a etnias definidas, seja porque entre certos grupos não há senão pequenas diferenças culturais (salientando, no entanto, que os *fataluku* têm uma personalidade étnica vincada), sendo nomeadamente a civilização material nitidamente uniforme; seja porque não há correspondência entre os grupos linguísticos e as estruturas sociopolíticas. Isto por ser frequente falarem-se dentro do mesmo reino (e até dentro do mesmo suco) línguas diferentes, além de algumas populações da mesma língua constituírem desde tempos remotos reinos diferentes.

Friedberg (1990) considera que, sendo Timor um mundo de microclimas, os grupos sociais são também fragmentados no plano sociocultural, pelo que, embora cada uma das línguas constitua um elemento federador, não se pode tratar como pertencendo a um

mesmo sistema o conjunto das populações que falam a mesma língua.

No entanto, e de acordo com Hicks (2001), do ponto de vista da língua e práticas costumeiras, uma vez que em grande medida tendem a convergir, os timorenses podem ser classificados em "grupos etnolinguísticos", com características próprias em termos de língua, costumes, materiais produzidos e estilos arquitectónicos, embora possam ocorrer variações locais significativas.

Na descrição que se segue, relativa aos grupos etnolinguísticos, adoptámos o critério de divisão linguística seguido por Hull (2004), segundo o qual Timor-Leste possui dezasseis línguas nativas, com variações dialectais, pertencendo a duas famílias línguísticas. Doze destas línguas são de origem austronésia (ou malaio-polinésica), e quatro de origem não-austronésia (ou papua).

7.2.1. Os Grupos Etnolinguísticos Austronésios ou Malaio-Polinésios

- **Ataurense, *Adabe* ou Wetarês**

Ataúro é uma ilha situada entre as ilhas indonésias de Alor (Ombai) e Wetar, em frente à cidade de Díli. Também é conhecida como *Pulau Kambing*, que significa "Ilha das Cabras" em malaio devido ao grande número de cabras que aí são tradicionalmente criadas. Ataúro constitui um sub-distrito do distrito de Díli, sendo 7 863 a sua população total (DNE e FNUAP, 2006).

São falados na ilha três dialectos principais: o *rahesuk*, falado nos sucos Beloi e Biqueli, a norte, por 1 654 habitantes (DNE e FNUAP, 2006); o *resuk,* falado nos sucos Maumeta e Maquili, no sudeste, por 2 017 habitantes (DNE e FNUAP, 2006); e o *raklung'u,* falado no suco Macadade, no sudoeste, por 1 780 habitantes (DNE e FNUAP, 2006). Um quarto dialecto, o *dadu'a*, é falado pelos descendentes de colonos de Ataúro nas aldeias Ili-Mano e Beheda, no sub-distrito de Lacló, distrito de Manatuto, sendo contabilizados os seus falantes em 1 242 (DNE e FNUAP, 2006). Estes quatro dialectos, bastante semelhantes entre si, não formam uma língua "ataúro", mas são variantes (sub-

dialectos) da língua de Wetar e da minúscula ilha de Lirar situada entre Ataúro e Wetar. O wetarês está estreitamente relacionado com o *galolen*, mas é mais conservador na estrutura e o seu vocabulário foi mais influenciado pelo malaio e pelas línguas das Molucas (Hull, 2004).

Ataúro possui como característica especial o facto de muitos dos seus habitantes da região a norte, falantes de *rahesuk*, serem protestantes, por terem sido evangelizados, no início do século XX, por missionários calvinistas holandeses provenientes de Alor. Também há alguns protestantes no sul, predominantemente católico (Hull, 2004).

- ***Baikenu*, Baiqueno ou Vaiqueno (Dialecto do *Dawan*)**

O *baikenu* é a língua materna dos habitantes do enclave de Oecusse, situado na costa norte da parte ocidental da ilha de Timor, em território indonésio, constituindo também um distrito de Timor-Leste. O *baikenu* é considerado, por Hull (2004), um dos dialectos do *dawan,* a língua materna do povo *Atoni Pah Meto*, que habita a maior parte da metade ocidental da ilha de Timor, sendo a língua timorense com maior número de falantes nativos (mais de 600 000). Embora tenha a mesma origem que o *tetun*, a língua *dawan* é muito dificilmente entendida pelos restantes leste-timorenses por ter sofrido grandes alterações devido a influências aborígenes e, mais tarde, das Molucas centrais (Hull, 2004).

Segundo Martinho (1943), a população que falava o *baikenu* em território português rondaria os 14 000. Actualmente, o censo de 2004 (DNE e FNUAP, 2006) revela que o número de habitantes cuja língua materna é o *baikenu* ou *atoni* ascende aos 45 705, sendo 57 616 a população de Oecusse (DNE e FNUAP, 2006).

De acordo com o Inquérito aos Sucos de 2001, o número de sucos em que o *baikenu* era a principal língua falada ascendia aos 24, entre 25 sucos contabilizados na altura no distrito de Oecusse (actualmente são 18). Apenas no suco Costa (na cidade) o *tetun* se apresentava como a língua mais falada (East Timor Transitional Administration *et al*., 2001).

- ***Bekais* ou Becais**

O *bekais*, designado por *welaun* pelos seus falantes, é falado no suco Leohito, a sul de Balibo, em ambos os lados da fronteira entre Timor-Leste e a Indonésia. No passado esta língua foi provavelmente falada ao longo do território costeiro entre as zonas de falantes de *tokodede* e *dawan*, mas após o século XVI foi gradualmente substituída pelo *tetun belu* do Reino de Wehali, avançando a partir do sul (Hull, 2004).

Actualmente há 3 222 timorenses cuja língua materna é o *bekais* (DNE e FNUAP, 2006).

- ***Galolen* ou Galoli**

O *galolen* é a língua materna dos sub-distritos de Manatuto e Laleia, na costa norte entre Díli e Baucau. Existe uma antiga colónia de *galolen* na costa sul da vizinha ilha de Wetar, falantes do dialecto *talo*, ambos ainda se assemelhando. O seu vocabulário contém muitas palavras emprestadas das línguas malaio e ambonês, o que se explica por Manatuto ter sido durante séculos uma importante plataforma de desembarque (Hull, 2004).

Os timorenses pertencentes ao grupo *galolen* são contabilizados em 10 998 (DNE e FNUAP, 2006).

- ***Habun***

O *habun* é uma língua falada por um pequeno número de pessoas no suco Cribas, pertencente a Manatuto. Pode considerar-se uma variante arcaica do *tetun*, e no passado era próxima da língua vizinha *kawaimina*. Também aparenta algumas semelhanças com o dialecto *idaté* do *idalaka* (Hull, 2004).

Segundo o censo de 2004, há 1 586 timorenses cuja língua materna é o *habun* (DNE e FNUAP, 2006).

- ***Idalaka***

O termo *idalaka* foi criado para fazer referência ao conjunto de três dialectos muito semelhantes da região central de Timor-Leste: o *lakalei*, falado no suco Fahinehan, pertencente ao sub-distrito Fatuberlio, distrito de Manufahi; o *idaté*, a língua materna do su-distrito de Laclubar, distrito de Manatuto; e o *isní*, próprio da região entre estes dois, a leste de Turiscai. Estes dialectos estão intimamente relacionados com o *tetun* e o *habun*, e têm numerosos aspectos em comum com o *galolen*. O sub-dialecto *lolein* dos sucos Becora e Hera, pertencentes a Díli, é uma variedade do *isní* introduzida no século XIX por imigrantes da região de Turiscai (Hull, 2004).

Segundo o censo de 2004, há actualmente 2 753 timorenses falantes de *lakalei*, 9 717 falantes de *idaté*, e 647 falantes de *isní* (DNE e FNUAP, 2006).

- ***Kawaimina***

O termo *kawaimina* é usado por linguistas e refere-se conjuntamente aos dialectos *kairui*, *midiki, naueti* e *uaima'a* ou uaimoa. Em certas zonas os nomes *midiki* e *kairui* são usados alternadamente, e alguns falantes de *midiki* residentes nas proximidades de Ossu referem-se à sua língua como *osomoko* (Hull, 2004).

Os *kairui,* que em 1966-1967 se contavam em cerca de 5 000 (Hicks, 1973, 2001), no censo de 2004 foram contabilizados em 4278 (DNE e FNUAP, 2006). Vivem, na sua maioria, na parte noroeste do distrito de Viqueque.

Os *midiki* são contabilizados em 9 262 (DNE e FNUAP, 2006), e habitam em Venilale, sub-distrito de Baucau, e Lacluta, sub-distrito de Viqueque.

Os *naueti*, contabilizados em 11 321 (DNE e FNUAP, 2006), vivem na costa sul, em Uato-Lari e Uato-Carbau, distrito de Viqueque, e em algumas zonas de Baguia, sub-distrito de Baucau.

Os *uaima'a*, cujo número ascende aos 14 506 (DNE e FNUAP, 2006), residem na parte ocidental do distrito de Baucau, nomeadamente nos sub-distritos de Baucau e Vemasse.

- ***Kemak,* Quemac ou *Ema***

Os *kemak* residem na região noroeste de Timor-Leste, na sua maioria nos sub-distritos de Atabae, Cailaco, Maliana (distrito de Bobonaro) e Atsabe (distrito de Ermera). A sua língua é próxima do *tokodede*, mas é morfologicamente mais complexa. O *kemak* aparenta ter recebido no passado alguma influência das Molucas do sul. O malaio também deixou vestígios mais fortes nesta língua do que na dos seus vizinhos a leste (Hull, 2004).

Na época colonial portuguesa, Martinho (1943) refere a existência de uma população *kemak* não inferior a 54 000 indivíduos. De acordo com dados provenientes dos recenseamentos de 1965 e 1970, o seu número seria de 45 084, dos quais quase metade residia no distrito de Bobonaro (26 481), seguindo-se Ermera (14 088), encontrando-se também alguns em partes de Covalima (4 015) e Ainaro (500) (Clamagirand, 1975; Renard-Clamagirand, 1982).

Os timorenses cuja língua materna é o *kemak* são actualmente contabilizados em 51 057 (DNE e FNUAP, 2006).

A unidade básica social de referência dos *kemak* consiste num grupo de descendência em linha patrilinear (irmãos mais velhos / irmãos mais novos) que pertence a uma "casa", *uma*. A casa, nesta acepção, reune vários agregados familiares, ou seja, vários membros do grupo pertencentes à mesma casa podem ter residências distintas. À escala privada, cada indivíduo pertence assim a uma casa que lhe confere o seu nome, a sua posição na hierarquia social e a sua rede de alianças de afinidade das quais ele ou ela

fará parte, seja em virtude do seu próprio casamento ou como resultado de casamentos contraídos pelos seus descendentes. À escala colectiva, a organização social é caracterizada por uma hierarquia entre casas. Estes dois pólos da vida social também se manifestam ao nível ritual, podendo fazer-se uma distinção entre ritos individuais, realizados em benefício de uma casa particular (ritos ligados ao ciclo de vida individual: nascimento, primeira saída da criança, casamento, morte; ritos ligados à vida da casa), e ritos colectivos, que são executados por "especialistas" em benefício da colectividade (ritos anuais: início da estação das chuvas e início da estação seca; ritos de quatro anos, ligados aos campos sagrados, entre outros) (Clamagirand, 1975, 1980; Renard-Clamagirand, 1982).

- ***Maku'a*, Macua, *Makuva* ou *Lovaia-Epulo***

Os falantes de *maku'a* encontram-se no sub-distrito de Tutuala, no extremo leste da ilha, mais concentrados no suco Mehara. As origens do *maku'a* não são claras; uma das hipóteses aponta para a possibilidade de ter sido introduzido em Timor-Leste por povos que migraram de Kisar, uma ilha vizinha, uma vez que é semelhante ao dialecto falado nesta ilha, o *meher* (Hull, 2004).

No tempo colonial português, de acordo com Ferreira (1951b) esta língua seria falada apenas por uma escassa centena de indivíduos. Segundo Almeida (1982), seriam, "no total, cerca de 500 indivíduos, dispersos em pequenos núcleos, encravados no território dos Fáta Luco" (p. 149). Actualmente encontra-se em vias de extinção e conta provavelmente com apenas cerca de uma dezena de falantes, embora no censo de 2004 o número de timorenses cuja língua materna é o *maku'a* ascenda aos 100 (DNE e FNUAP, 2006).

- ***Mambae* ou Mambai**

Os *mambae* constituem o segundo grupo etnolinguístico mais importante, a seguir aos *tetun*. Ocupam uma extensa faixa, de costa a costa, e encontram-se maioritariamente nos

distritos de Aileu, Ainaro, Ermera e Manufahi. No distrito de Liquiça também existem algumas zonas de *mambae*. Sendo a língua das regiões mais montanhosas de Timor-Leste, como a da cordilheira do Ramelau, o *mambae* subdivide-se em muitos dialectos locais (Hull, 2004).

Também habitavam o concelho de Díli, segundo a divisão administrativa em vigor em 1960. "Na costa norte ultrapassa Comoro, contorna Díli (região onde, aliás, segundo dizem os antigos, já se falou o mambai), avança pelo Remexio e chega até perto de Metinaro" (Carmo, 1965, p. 18). A cidade de Díli ficava, assim, encravada na região *mambae* (Martinho, 1943).

Martinho (1943), Carmo (1965) e Traube (1986) referem um número de falantes de *mambae* de aproximadamente 80 000. Actualmente são contabilizados em 131 472 (DNE e FNUAP, 2006).

Segundo Traube (1986), os *mambae* intitulam-se como os habitantes originais da terra, e os seus guardiões por direito de nascimento. Esta auto-imagem colectiva modela a sua visão das relações com os outros grupos étnicos. Em Timor, onde os vários povos se consideram como autóctones ou imigrantes, os *mambae* reivindicam para eles próprios obrigações rituais exclusivas perante o resto da humanidade, pelo que são desempenhadas para benefício de todos os habitantes do mundo. Esta ampla comunidade ritual é por eles descrita em termos de consaguinidade, dizendo que há apenas uma mãe, que é a Terra, e um pai, que é o Céu, e os seus filhos são espalhados sobre a terra e pelo mar. Sendo os filhos mais velhos destes pais divinos, os *mambae* herdaram deveres rituais inalienáveis. De acordo com esta mitologia de origens comuns, todos os povos do mundo descendem das divindades masculina e feminina ancestrais e são parentes de seres não humanos. Os *mambae* consideram-se o ramo de descendência mais antigo da humanidade, do qual todos os outros povos dependem. O desempenho ritual é para os *mambae* o símbolo dominante da sua cultura. A actividade paradigmática, culturalmente definida, é a promoção da fertilidade e da prosperidade, que são desigualmente distribuídas. Os *mambae* reconhecem a pobreza da sua terra, contrastando com outras partes da ilha, e encaram esse facto não como um sinal de

fracasso do processo ritual, mas como um preço a pagar. A produtividade agrícola pode ser interpretada em termos de modelo antropomórfico da terra. A ideia de sacrifício está profundamente enraizada no pensamento *mambae*, e ligada à ideia de Terra mãe revigorando a morte. Acima de tudo, os *mambae* têm grande orgulho da suas responsabilidades rituais únicas para com uma divindade sofredora.

Os *mambae* estão conscientes do facto de serem considerados pelos povos das zonas costeiras, e até pela aristocracia local, como "estúpidos" e "atrasados" e, na verdade, são largamente considerados como camponeses das montanhas ignorantes e taciturnos – a que os falantes de *tetun* depreciativamente se referem como *kaladi*, "pessoas da montanha". No entanto, os *mambae* também estão conscientes da aura de mistério que os cerca devido ao seu conhecimento esotérico e à detenção de poderes rituais especiais. "O ritual proporciona a lente através da qual os Mambai se vêem a eles próprios como um povo. É uma forma de vida, ao mesmo tempo a sua responsabilidade e o seu privilégio" (Traube, 1986, pp. 49-50, tradução nossa).

Segundo Carmo (1965), o sistema familiar *mambae* pode classificar-se como patriarcal. Relativamente ao parentesco, a descendência é patrilinear, e os descendentes do lado do pai são considerados mais chegados, embora o ramo materno tenha também a sua importância. No que respeita à herança, o predomínio é da linha masculina. Além disso, a autoridade, tanto dentro da família como nos agregados maiores (povoação, *suku*, regulado), é exercida pelo homem.

- ***Tetun* ou Tétum**

No século XV, antes da chegada dos portugueses, o *tetun* disseminou-se pelas regiões central e oriental de Timor como língua de contacto sob a égide do Reino de Wehali, na altura o reino mais poderoso da ilha, onde era falado o belunês. Os portugueses começaram por se instalar na região ocidental, onde era falado o *dawan*, e só a partir de 1769, quando a capital passou de Lifau para Díli, é que começaram a promover o *tetun* como uma língua inter-regional na sua colónia. Nessa época Díli era um distrito cuja língua era o *mambae*, que exerceu, bem como o português, influência na forma de *tetun*,

mais simplificado e "creoulizado", que passou a ser falado nessa cidade e se foi disseminando pelo restante território. Passou assim a funcionar como língua de intercâmbio social e comercial, sendo por isso considerado uma língua franca. Embora esta língua fosse utilizada pelos missionários católicos ao pregarem o Evangelho, apenas o português era utilizado a nível do sistema educativo. Com a entrada dos indonésios em Timor-Leste o uso do português foi proibido, pelo que a Igreja adoptou o *tetun* como língua litúrgica. A partir de 1999, as língua litúrgicas passaram a ser, além do *tetun*, o português e o latim (Hull, 2004).

Actualmente o *tetun* é a língua local mais usada em Timor-Leste, sendo também a língua nacional e, a par com o português, uma das línguas oficiais. De acordo com Hull (2004), é falado em quatro regiões da ilha:

> 1 - *Tetun-belu* ou dialecto belunês: falado numa faixa central desde o estreito de Ombai até ao Mar de Timor, separada pela fronteira entre Timor Ocidental e Timor-Leste. Abrange, em Timor Ocidental, as cidades de Atapupu e Atambua, e em Timor-Leste os sub-distritos de Balibó (distrito de Bobonaro), Fatumean, Fohorem e Suai (distrito de Covalima).
> 2 - *Tetun-terik*: Falado na região sul nos sub-distritos de Alas, Fatuberlio (distrito de Manufahi), Barique, Soibada (distrito de Manatuto), Lacluta e Viqueque (distrito de Viqueque).
> 3 - *Tetun-Dili* ou *Tetun-prasa*: Falado na cidade Díli e subúrbios.
> 4 - Dialecto *nana'ek*: Falado no sub-distrito de Metinaro (distrito de Díli).

O *tetun-belu* e o *tetun-terik* não são falados ou bem entendidos fora dos territórios de que são próprios. Embora o *tetun-prasa* seja a forma de *tetun* falada pela generalidade da população em Timor-Leste, no extremo leste e no enclave de Oecusse o *tetun* não é a língua mais corrente, mas sim as respectivas línguas maternas. Nestas regiões, o português funcionava como segunda língua e, durante o período de ocupação pela Indonésia (1975-1999), este papel passou a ser desempenhado pelo *bahasa indonesia* (Hull, 2004).

Hicks (2001) faz apenas a distinção entre o *tetun-terik*, que considera a forma de linguagem clássica, e o chamado *tetun-prasa* ou *tetun-Dili*. Divide ainda os *tetun* em dois blocos, ou duas grandes regiões: Os *tetun* do ocidente e os *tetun* de leste, separados pelos *mambae* no distrito de Manufahi:

> 1 - Os *tetun* do ocidente ocupam em Timor Ocidental a maior parte da regência (*kabupaten*) Belu, com excepção do distrito (*kecamatan*), estendendo-se também ao longo da costa norte em Timor-Leste, parando a norte do sub-distrito de Balibo, onde confinam com os *kemak*. Também na costa sul se prolongam para além da fronteira internacional, ocupando os sub-distritos de Fatumean, Fohorem e Suai. A norte esta região *tetun* é separada dos *mambae* pelo rio Lulik, enquanto a ocidente a fronteira entre os *tetun* e os *bunak* é mais ou menos confinante com a que fica entre os dois distritos de Covalima e Bobonaro.
>
> 2 - Na região *tetun* leste estão os sub-distritos de Alas ocidental, Fatuberliu e Barique; as partes sul dos sub-distritos de Laclubar e Lacluta, e a parte ocidental do sub-distrito de Viqueque. O limite oriental dos *tetun* de leste é marcado pelo rio Cuha, sendo Caraubalo o suco *tetun* mais a leste de Timor. A menos de uma milha tem início o extenso território *makasae*.

Hicks (1984) faz referência a um total de 150 000 timorenses do grupo *tetun* em toda a ilha de Timor. Mais recentemente, Therik (2004) apresenta uma estimativa de 300 000, no total. No que respeita apenas a Timor-Leste, no censo de 2004 são contabilizados 133 102 timorenses cuja língua materna é o *tetun-prasa*, e 45 944 cuja língua materna é o *tetun-terik* (DNE e FNUAP, 2006).

Os *tetun* do sul e os *tetun* do norte diferem em alguns aspectos importantes, nomeadamente nas suas regras de descendência. Os do norte transferem a propriedade através da linha paterna, enquanto os do sul transferem a propriedade através da linha materna (Hicks, 2001; Van Wouden, 1968). Alguns dos sucos ocidentais do bloco *tetun* de leste também favorecem a matrilinearidade, mas a maior parte dos sucos na região de Viqueque favorecem a patrilinearidade (Hicks, 2001).

Além da matrilinearidade, Francillon (1989) e Van Wouden (1968) consideram que a uxorilocalidade (residência do casal junto da família da mulher) é outra regra dos *tetun* do sul. Uma consolida a outra, daí resultando uma grande estabilidade dos bens e das pessoas. Os bens são concentrados entre as mãos das mulheres, aí permanecendo. Os homens passam da casa da sua mãe para a da sua mulher. No entanto, este movimento, que proporciona uma proveitosa troca de mulheres, no final não conta para nada do ponto de vista do lado masculino (Francillon, 1989).

- ***Tokodede* ou Tocodede**

O *tokodede* é a língua materna do povo que ocupa a faixa costeira norte-ocidental de Timor-Leste abrangida pelo distrito de Liquiça. Esta região constituiu o ponto de partida da papuanização da ilha adjacente de Alor. Tal como o *kemak*, o *tokodede* possui elementos papuas e originários das Molucas no seu vocabulário, alguns dos quais posteriormente partilhados com o *galolen* e os dialectos de Ataúro. No entanto, a morfologia do *tokodede* é mais simples, idêntica à dos *mambae* (Hull, 2004).

Martinho (1943) refere a existência de um número de falantes de *tokodede* não inferior a 45 000. No censo de 2004 são contabilizados 31 814 timorenses cuja língua materna é o *tokodede* (DNE e FNUAP, 2006).

7.2.2. Os Grupos Etnolinguísticos Papuas

As línguas papuas, não-austronésias, são o *bunak*, o *makasae*, o *fataluku* e o *makalero*. A pré-história de Timor está longe de proporcionar certezas no que respeita à relação no passado entre os falantes das línguas não-austronésias e os das línguas austronésias, mas Glover (2001) especulou sobre a possibilidade de que tenha existido na antiguidade alguma ligação entre o movimento das Molucas de algumas das culturas dos utensílios de pedra e da possível migração de falantes não-austronésios. Isto pode sugerir a possibilidade de que o *bunak*, o *makasae* e o *fataluku* possam ser remanescentes de línguas mais amplamente faladas na ilha antes da chegada dos austronésios no terceiro milénio a. C.

Das quatro línguas identificadas como papuas, o *makasae*, o *makalero* e o *fataluku* estão intimamente relacionadas com as línguas das ilhas indonésias de Alor, Pura e Pantar. Embora a sua relação com o *bunak* seja mais remota, todas estas quatro línguas parecem ter evoluído a partir de uma língua ancestral comum, introduzida em Timor a partir da região do golfo de Berau da Papua norte-ocidental, mas foi largamente assimilada, na sua estrutura, pelas línguas austronésias "creoulizadas" circundantes. Os seus vocabulários tradicionais, especialmente o do *bunak*, foram parcialmente substituídos por novas palavras austronésias (Hull, 2004).

- ***Bunak* ou Bunaque**

Os *bunak* residem na zona central de Timor, cruzando a fronteira entre Timor-Leste e Timor Ocidental. Em Timor-Leste, encontram-se nos sub-distritos de Bobonaro, Lolotoe, Maliana (distrito de Bobonaro), Fatululic, Maucatar, Suai, Tilomar, Zumalai (distrito de Covalima), e Same (distrito de Manufahi).

Segundo uma estimativa apresentada por Berthe (1961), em finais dos anos 1950 a população *bunak* seria de aproximadamente 65 000. A maior parte (cerca de 50 000) encontrava-se na parte portuguesa da ilha, e cerca de 15 000 (13 777 segundo o recenseamento de 1971) viviam no distrito de Lamaknen, território que constitui um avançado em dedo de luva do território indonésio em território português. Lamaknen é o nome dado ao conjunto de uma divisão administrativa indonésia, distrito ou *kecamatan*, que faz ele próprio parte do *kabupaten* (departamento) Belu, cujo centro administrativo é Atambua (Friedberg, 1990). Actualmente, no censo de 2004 são contabilizados 50 631 timorenses de leste cuja língua materna é o *bunak* (DNE e FNUAP, 2006).

Os *bunak* diferenciam-se das populações circundantes por certos aspectos da sua organização social e pelo facto de a sua língua pertencer a uma família linguística diferente da dos seus vizinhos, os *mambae* a leste, os *kemak* a norte e nordeste, os *tetun* a sul e oeste, cujas línguas são austronésias (Friedberg, 1990).

A unidade de base da sociedade é a casa (*deu)*, que é por sua vez o grupo linhageiro e a habitação na qual vivia anteriormente o conjunto desse grupo. Esta casa é antes de tudo uma unidade nas trocas matrimoniais que se fazem entre as casas "dadoras de mulheres" (*malu*) e as casas "tomadoras de mulheres" (*ai baqa*). É uma unidade económica nas trocas cerimoniais entre esses mesmos *malu* e *ai baqa* aquando das festas funerárias ou de reconstrução da habitação linhageira, e por fim uma unidade ritual, possuindo cada casa os seus altares e os seus objectos sagrados. As casas, cada uma com seu nome, são reagrupadas numa unidade territorial. As habitações linhageiras são reunidas à volta de um altar colectivo, o *bosok op*, num povoado tradicional ou *tas*. Antigamente estes *tas* eram geralmente instalados, por razões estratégicas, nos cumes das colinas (Friedberg, 1990).

O regime matrimonial dos *bunak* também os distingue dos seus vizinhos. Tanto os *kemak* como os *tetun* do interior são patrilineares e só conhecem uma forma de casamento, em que a casa do marido deve dar uma compensação em dinheiro, ouro e búfalos à da mulher. Pelo contrário, os *tetun* do sul são matrilineares e é a casa do marido que no momento do casamento perde um indivíduo que será por seu lado substituído por uma das suas filhas. Os *bunak* têm duas formas de casamento: uma em que a mulher e os filhos do casal entram na casa do marido (a casa tomadora), sendo uma ocasião de troca de bens e que funda as relações ditas *malu ai* entre as casas, ou seja entre dadores e tomadores; a outra é um casamento uxorilocal em que os filhos pertencem à casa da mãe, e em que o marido continua a pertencer à sua própria casa indo viver na da sua mulher; este casamento não dá lugar a uma troca de bens mas a uma compensação por "direito de uso" que é dada à casa da mulher pela do marido. Este é o tipo de casamento mais frequente, perpetuando no interior de cada casa as matrilinhagens ou *dil* que residem distintas umas das outras. Um certo número de bens são a propriedade não de uma casa mas de um *dil*; é em particular o caso dos objectos preciosos e dos *regalia* sobre os quais estão fundados os títulos nobiliários. A sociedade *bunak* é hierarquizada: em cada aldeia há dois chefes, sendo um o *bein pana* "senhor feminino" (título detido por um homem) de estatuto superior e que se ocupa dos assuntos internos, o outro o *bein mone* "senhor masculino" que lida com o mundo exterior, e com diversos outros cargos detidos por nobres (Friedberg, 1982, 1990).

A investigação efectuada por Sousa (2010) numa comunidade *bunak* do distrito de Bobonaro reforça esta característica:

> Actualmente, o casamento *sul sulik é* considerado como uma instituição fundadora das Casas e não há, no presente, registo de qualquer casamento nesta modalidade. Todavia, existe a memória de que este casamento é extremamente oneroso e sujeito a ponderações graves que exigem reflexão para o realizar. Por um lado, ele exige um esforço financeiro que implicaria uma exigência a todos os membros de uma Casa para além daquilo que são as suas capacidades. Por outro lado, este casamento implica que a mulher seja integrada noutra Casa, com a consequente perda dos seus filhos para a Casa do marido.
>
> O casamento comum é o *ton terel*, designado em Tapo como *terel*1 *pana*2 *gie*3 *deu*4 *gene*5 – em comum1 com3 a mulher2 em5 casa4. Neste casamento é o homem que segue a mulher e os filhos pertencem à Casa da mãe. Ao contrário dos vizinhos Quemak, os Bunak e, em particular, os de Tapo, não têm uma compensação matrimonial muito forte. Denominado *pana gobol* – "o valor da mulher", traduz-se num pagamento que pode, inclusivamente, ficar suspenso por acordo comum entre as partes envolvidas. Nos seus argumentos, é dada ênfase ao facto de as despesas da sua organização serem feitas em comum. (p.163)

A literatura oral fornece informações preciosas sobre o conjunto da cultura dos *bunak* mas também sobre os conhecimentos naturalistas destes. Nos textos aparecem, desde o início do mundo, dois seres primordiais dos quais um é a mãe de todas as variedades de bétel e a outra o pai da noz de areca, de todas as outras palmeiras e da cana de açúcar. A mastigação da mistura de folhas de bétel (*Piper betle)*, de noz de areca (*Areca catechu*) e de cal desempenha um papel muito importante na vida social: nenhuma relação entre humanos ou com os seres do além se pode estabelecer sem que ocorra primeiro a oferenda de bétel (Friedberg, 1982).

A história dos objectos sagrados e dos *regalia*, a das fundações das casas e das alianças matrimoniais que fundam os relacionamentos *malu ai*, a dos juramentos *hulo lep* (do nome dos bambus utilizados) de não agressão é conservada nos *bei gua* "itinerário dos antepassados", textos genealógicos míticos que seguem as principais descendências após a descida sobre a terra dos antepassados primordiais até aos seus actuais descendentes, citando os lugares pelos quais eles passam antes de atingirem o seu actual

habitat (Berthe, 1972).

Os *bei gua* são narrativas em verso, cantadas para todos os participantes quando ocorrem as festas de casa. Os especialistas, os *lal gomo* ou "senhores da palavra", que conhecem o seu encadeamento, dão o primeiro hemistíquio e a multidão entoa o segundo, o que significa que todo o *bunak* adulto possui um certo conhecimento dos textos míticos e da linguagem metafórica que lhes é própria. Alguns textos, que não são recitados em público e só são conhecidos dos "senhores da palavra", são mitos etiológicos que informam sobre a origem e a organização do mundo. Existem também contos em prosa recitados à noite, que são muitas vezes narrativas mais explícitas de certos episódios míticos (Friedberg, 1973, 1978, 1982).

- ***Fataluku*, Fataluco ou Dagadá**

Na sua quase totalidade, o *fataluku* é falado como primeira língua e frequentemente como única língua, localizando-se na extremidade leste da ilha e cobrindo uma área de aproximadamente 900 km², compreendendo cerca de 140 km de costa (Campagnolo, 1979). Os *fataluku* ocupam os sub-distritos de Lautém, Lospalos e Tutuala (distrito de Lautém).

Entre as novas gerações do distrito de Lautém, embora haja hoje um pouco mais de gente a falar *tetun* que no período português, o *bahasa Indonesia* tende a ser utilizado como segundo idioma, assumindo a função de língua franca que para as gerações mais velhas tem o português (Thomaz, 2002).

Martinho faz referência a uma população falante de *fataluku* não inferior a 30 000. Segundo Campagnolo (1979), em 1970 o *fataluku* era falado por uma população que rondava os 23 000. Actualmente, no censo de 2004 são contabilizados em 28 893 os timorenses cuja língua materna é o *fataluku* (DNE e FNUAP, 2006).

Embora o *fataluku* seja semelhante, em estrutura e vocabulário, ao *makasae* e ao *makalero*, estas línguas não são entendidas pelos *fataluku*. Um dialecto do *fataluku*, o

oirata, é falado em duas aldeias no sul da pequena ilha indonésia de Kisar, situada na direcção da costa norte (Hull, 2004).

A residência obedece em geral ao padrão mais habitual timorense, que é a residência do noivo na aldeia do pai ou próximo dela. Os *fataluku* também praticam a aliança assimétrica, e na maior parte das vezes o primeiro casamento de um homem será com a sua prima cruzada matrilateral. A descendência parece ser bastante mais complexa do que noutros grupos etnolinguísticos em Timor, mas tende a seguir a linha paterna. Um facto singular na organização social dos *fataluku* que os distingue de outros povos timorenses é a sua divisão da sociedade em duas categorias, os *ratu* e os *paca*[5], que atravessam linhagens para formar "castas" endogâmicas, dividindo desta forma cada linhagem num par de "grupos de sub-descendência". Os sub-grupos de cada grupo de descendência são considerados pelos *fataluku* da região de Lore como tendo sido criados pelos descendentes de dois irmãos, sendo os *ratu* os descendentes dos mais novos e os *paca* os descendentes dos mais velhos. A distinção *paca/ratu* parece ter tido uma certa aplicação económica ainda evidente em pelo menos uma aldeia, sendo os *ratu* especializados na produção de produtos como os búfalos e vestuário que são trocados em ritos de passagem como o casamento, e os *paca* especializados na produção de comestíveis como arroz e milho, e na criação de porcos, cabras e galinhas (Campagnolo, 1979).

- ***Makalero* ou Macalere**

O *makalero* é falado na costa sueste de Timor-Leste, no sub-distrito de Iliomar (distrito de Lautém). É transicional entre o *fataluku* e o *makasae*, embora seja mais semelhante a este último (Hull, 2004).

No censo de 2004 são contabilizados 5 981 timorenses cuja língua materna é o *makalero* (DNE e FNUAP, 2006).

5 Na língua *fataluku*, o som da letra "c" equivale, em português, ao "tche". Neste caso, a palavra *paca* pronuncia-se como "patcha".

- ***Makasae* ou Macassai**

O *makasae* é falado nos sub-distritos de Baguia, Baucau, Laga, Quelicai, Venilale (distrito de Baucau), Lautém, Luro (distrito de Lautém) Ossu e Viqueque (distrito de Viqueque). A língua *makasae*, nas suas manifestações regionais, é consideravelmente mais homogénea do que o *tetun*, mas distinguem-se algumas variações dialectais.

Forman (1980) refere um número aproximado de 80 000 membros pertencentes a este grupo etnolinguístico, espalhado entre as costas norte e sul do território.

No censo de 2004 são contabilizados 90 018 timorenses cuja língua materna é o *makasae* (DNE e FNUAP, 2006).

Nos *makasae* a descendência é patrilinear (Forman, 1980; Lazarowitz, 1980). Todo o indivíduo *makasae* pertence a uma *omafalu* (casa sagrada), considerando-se da mesma família todos os que pertencem à mesma *omafalu*, que é o centro das actividades rituais de todos os membros da linhagem. Geralmente os membros da linhagem residem virilocalmente (patrilocalmente), mas quando não existe a permuta de bens matrimoniais a residência é uxorilocal (matrilocal). Os *makasae* estabelecem alianças entre grupos de parentesco que servem não só para estabelecer e fortalecer os laços de família, mas também para cimentar as relações políticas e económicas, pelo que a família *makasae* é a unidade base em torno da qual todas as relações sociais complexas são construídas. O princípio central do *barlake* é a troca de bens cerimoniais que ligam as duas linhagens numa aliança duradoira. Os presentes e os bens matrimoniais dados pelos recebedores de mulheres, *tufumata*, aos dadores de mulheres, *omarahe*, são uma compensação simbólica pelos esforços da mãe da noiva, cujo valor deve ser à medida do prestígio e do estatuto da família da noiva (Guterres, 2001).

8. Perfil de Desenvolvimento Humano

O desenvolvimento humano, sendo complexo e multidimensional, envolve não só os níveis de rendimento, de saúde e de educação, mas também muitos outros aspectos da vida das pessoas, tais como a igualdade de género, a participação popular na tomada de decisões, a identidade cultural ou a realização dos direitos humanos.

No Relatório de Desenvolvimento Humano de 2002, Timor-Leste era considerado o país mais pobre da Ásia. O PIB per capita era apenas de 478 dólares, vivendo mais de 40% da sua população com menos de 55 cêntimos por dia (PNUD, 2002). Encontrando-se dependente da assistência externa, possuía um potencial económico limitado, embora com a perspectiva de, ao longo de um período de 20 anos, receber receitas provenientes da exploração de gás e petróleo do Mar de Timor.

Actualmente, Timor-Leste possui um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,489 que lhe confere o 162º lugar num total de 182 países. Em 2007 o país possuía um rendimento *per capita* de 373 US$ por ano / 717 US$ PPC (Paridades de Poder de Compra), uma esperança de vida à nascença de 60,7 anos, baixos níveis de educação e de saúde e uma elevada proporção da população a viver na pobreza e dependendo principalmente da agricultura. Ao mesmo tempo enfrenta um rápido crescimento populacional, superior a 3% ao ano, com uma população que já ultrapassou o milhão de habitantes e maioritariamente jovem, com necessidades acrescidas de educação e de emprego (UNDP, 2009).

Timor-Leste tem uma população de cerca de 1,1 milhões de habitantes, com 75% a residirem nas zonas rurais e enfrentando maiores dificuldades do que os que residem em zonas urbanas; estão, por exemplo, muito mais sujeitos a sofrer períodos de baixo consumo de alimentos. Nas zonas rurais é igualmente mais difícil aceder a serviços públicos básicos, conhecimentos sobre produção e mercados agrícolas, educação, formação profissional e oportunidades económicas (Governo da RDTL, 2010).

Os estudos internacionais demonstram que a frequência do ensino pré-primário confere às crianças vantagens substanciais no que se refere à sua instrução posterior. No entanto, somente 11% das crianças timorenses dos três aos seis anos de idade frequentam actualmente o ensino pré-escolar, sendo as taxas de matrícula nas zonas urbanas muito superiores às das zonas rurais. A qualidade do ensino pré-escolar é reduzida, não havendo ainda um currículo e programa de orientações pedagógicas uniforme, e com os padrões de ensino a variarem de escola para escola. Embora, desde 1999, Timor-Leste tenha feito incidir grandes esforços no ensino primário ou básico e conseguido progressos consideráveis, apenas 37,5% dos alunos têm a idade escolar oficial quando entram para a primeira classe. Em 2010, menos de 54% das crianças com seis anos de idade iniciaram a primeira classe. Anteriormente o sistema de ensino em Timor-Leste estava organizado num modelo 6-3-3: seis anos de ensino primário, três anos de pré-secundário e três anos de secundário. Entretanto, isto foi alterado para um sistema de ensino básico obrigatório que engloba os primeiros nove anos de escolaridade, seguido por três anos de ensino secundário. Verifica-se que mais de 70% das crianças abandonam os estudos antes de chegarem ao nono ano, registando-se a maior taxa de abandonos nos primeiros dois anos do ensino primário. Por outro lado, as crianças estão a demorar demasiado tempo a concluir o ensino básico, precisando cada criança, em média, de 11,2 anos para concluir o sexto ano de escolaridade. Também existem mais rapazes do que raparigas na escola: por cada dez rapazes matriculados no ensino primário e secundário existem nove raparigas. Estes desafios são agravados por um rápido crescimento populacional, o que irá criar no futuro um aumento considerável de professores, salas de aula e gastos com educação (Governo da RDTL, 2010).

O ensino secundário em Timor-Leste está dividido em escolas secundárias gerais e escolas secundárias técnicas. Em 2010 o número total de alunos no ensino secundário era de 40 781. Actualmente o número de alunos que concluem os estudos nas escolas técnicas é extremamente baixo, pois somente 12% dos jovens em idade apropriada terminam os seus estudos nestas escolas. Entre outros aspectos, é necessário melhorar a qualidade do ensino secundário, uma vez que o currículo não é adequado para servir as necessidades de desenvolvimento do país, a gestão dos professores é precária, com uma taxa de professores por aluno muito baixa, e a qualidade do ensino é deficitária,

carecendo muitos professores de fluência nas línguas oficiais e de instrução (Governo da RDTL, 2010).

Quanto ao ensino superior, encontra-se dividido em ensino superior técnico e ensino universitário, ambos financiados. Actualmente, este sector está a lidar com várias questões essenciais que requerem uma abordagem ampla e efectiva. Além da Universidade Nacional Timor Lorosa'e (UNTL), que é a única universidade pública em Timor-Leste, existem também 10 instituições privadas de ensino superior, as quais precisam de melhorar a qualidade e a relevância dos seus cursos para melhor corresponderem às necessidades sociais e económicas do país (Governo da RDTL, 2010).

No que respeita a questões de género, a condição das mulheres timorenses tem sido particularmente desfavorável. A pobreza é um dos seus principais problemas, uma vez que os homens beneficiam de mais oportunidades em termos de acesso a emprego e à educação, obrigando-as a permanecer sob o domínio das famílias e a viver em condições bastante difíceis. As mulheres também têm menos poder no seio da família e pouca participação nas reuniões da comunidade, onde são muitas vezes silenciadas. Durante a ocupação indonésia, muitas mulheres timorenses foram vítimas de violência. O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos relatou casos de violação e de abuso sexual, quer em Díli, quer durante as deslocações forçadas para os campos de refugiados de Timor Ocidental, assim como no interior dos próprios campos (PNUD, 2002). Actualmente, o tipo de violência mais frequente exercido sobre as mulheres é a violência doméstica.

A Declaração do Milénio das Nações Unidas foi aprovada por 189 estados participantes na Cimeira do Milénio que teve lugar em Setembro de 2000. Daqui resultaram os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), a serem alcançados em 2015, e que consistem em erradicar a pobreza extrema e a fome; atingir uma educação primária universal; promover a igualdade de género e dar mais poder às mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e desenvolver uma parceria global

para o desenvolvimento. Na qualidade de novo membro da comunidade das nações, Timor-Leste aderiu aos ODM, integrando-os em 2002 no seu Plano Nacional de Desenvolvimento. O primeiro relatório, publicado em 2004, avalia a situação no país em relação às metas e indicadores dos ODM (República Democrática de Timor-Leste; United Nations Country Team, 2004). O segundo relatório, lançado em 2009, quantifica a forma como o país progrediu até 2007 e identifica outras acções que precisam de ser levadas a cabo. É referido que foram feitos progressos importantes em alguns dos oito objectivos, existindo porém dificuldades relativamente a outros, como é o caso da erradicação da pobreza (Governo da RDTL e UNDP, 2009).

Fotografia 22. Mulher a armazenar Cereais (Pante Macassar, 2006)



Fotografia 23. Mulher a peneirar Cereais e Criança a manejar o Pilão (Suai Loro, 2006)



Fotografia 24. Mulher a manejar o Pilão (Lore, 2006)



Fotografia 25. Casal a transportar Lenha e outros Bens (Lospalos, 2006)



9. Situação de Saúde

9.1. Evolução do Sistema de Saúde

- **Período colonial português**

Enquanto província portuguesa, Timor-Leste passou a ter autonomia administrativa em 1896. No entanto, os seus serviços de saúde mantiveram-se dependentes de Macau, que destacava para Timor um delegado de saúde. Em 1883, foi nomeado para Díli um oficial médico, J. Gomes da Silva, com a missão de dirigir a secção timorense dos Serviços de Saúde de Macau e Timor. Apesar das grandes melhorias apontadas no plano urbano por ele descrito, encontrou muitas lacunas nas estruturas de saúde pública. Em 1892 o distrito de Timor dispunha apenas de dois médicos do quadro de saúde, um dos quais residia em Díli, e o outro em Lahane. A companhia de saúde era representada em Timor por cinco militares destacados de Macau (Silva, 1892).

Em 1906 foi inaugurado em Lahane um edifício para hospital militar, ao qual foi dado o nome de "Hospital D. Carlos I", mudado em 1910 para "Hospital Dr. Carvalho", em homenagem a um médico falecido em Timor. Em 1915 havia em Díli três médicos, os quais visitavam alternadamente o interior. Em 1918, com a criação dos Serviços de Saúde, a rede sanitária estendeu-se a Baucau, Manufahi e Bobonaro, e foram colocadas equipas móveis no território (Agência-Geral do Ultramar, 1970).

A partir de 1920 realizaram-se rectificações na localização das infra-estruturas sanitárias existentes, bem como nos quadros sanitários, mas foi sobretudo após 1937 que a rede de assistência sanitária passou a ser mais eficiente. Foram criadas enfermarias em Ermera, Liquiçá, Ainaro e Baucau, e aumentou o número de postos no interior. Em 1938, foi construído em Díli um pavilhão de isolamento para tratamento da tuberculose e instituída uma creche. Dois anos depois foi criada outra creche-lactário em Manatuto (Felgas, 1956). No final da década de 1930 existiam no território 3 hospitais públicos, um hospital privado, uma maternidade (em Díli), 19 postos sanitários e um posto de

socorros. Os serviços de saúde eram assegurados por 5 médicos e 42 enfermeiros (Agência-Geral do Ultramar, 1970).

Com a invasão dos japoneses, a obra desenvolvida foi quase totalmente destruída e a assistência paralisou. Ao fazer-se a reocupação, foi preciso começar de novo. Construídos ou reparados, foram postos em funcionamento, a partir de 1948, os hospitais regionais de Baucau e de Ainaro, as maternidades de Díli e de Baucau e os postos sanitários de Lospalos, Laclubar, Aileu, Same, Lautem, Oesilo, Ossú e Venilale, além de outros cujos edifícios provisórios iam sendo substituídos por instalações definitivas. Todo o material teve de ser renovado. Para o hospital central de Díli adquiriu-se uma aparelhagem de raios X, e as suas instalações continuaram a ser alargadas. Em 1955 foi ordenada a construção do centro de saúde de Díli. Os Serviços de Saúde em Timor incluíam uma delegacia em Díli, 6 sub-delegacias e 47 postos sanitários (Felgas, 1956).

Nos anos 60 as verbas atribuídas à saúde sofreram um aumento de aproximadamente 11%, tendo em 1963 sido criados mais dois hospitais e o número de postos de sáude ultrapassado o dobro dos anos 30. Em 1968, os Serviços de Saúde e Assistência compreendiam uma divisão sanitária que constituia um distrito sanitário com 12 delegacias de saúde, sendo dirigidos por uma repartição provincial. Esta dispunha de uma divisão técnica, uma divisão administrativa e uma divisão de assistência. Na divisão técnica estavam integrados os serviços médico-sanitários, com os serviços farmacêuticos, a B. I. B. C. Endemias e a assistência médica, incluindo esta os serviços de consultas externas e hospitalares, as actividades de assistência médico-sanitária materno-infantil, as actividades das delegacias de saúde com o seu serviço de saúde pública, abrangendo este os serviços sanitários e serviços de higiene pública (Ministério do Ultramar, 1968).

A rede sanitária geral da província era constituída, em termos de infra-estruturas, pelo hospital central e regional Dr. Carvalho, em Díli; o hospital sub-regional de Baucau; 8 hospitais rurais (Oecussi, Maliana, Liquiçá, Ermera, Ainaro, Manatuto, Viqueque, Lospalos), todos nas sedes das delegacias de saúde; 14 maternidades, sendo 2 regionais

(Díli, Baucau) e 12 rurais (Oecussi, Oesilo, Maliana, Bobonaro, Liquiçá, Ermera, Ainaro, Maubisse, Manatuto, Laga, Viqueque, Lospalos); e 47 postos sanitários rurais localizados nas sedes das freguesias. A maior parte destes postos dispunha de instalações para internamento de doentes, sendo visitados periodicamente por um médico. Na zona central de Díli encontrava-se um centro sanitário que funcionava como anexo do hospital central, e junto de cada hospital rural funcionava um centro de saúde. A Escola Técnica dos Serviços de Saúde e Assistência, situada junto do hospital Dr. Carvalho, constituia o órgão de apoio para preparação do pessoal técnico, funcionando com os cursos geral de Enfermagem, auxiliar de Enfermagem e de ajudantes técnicos de Farmácia. Quanto a recursos humanos, encontravam-se a exercer funções 20 médicos, 93 enfermeiros, 14 parteiras, 2 farmacêuticos e 9 profissionais de outras áreas da saúde (Ministério do Ultramar, 1968).

Nessa época, entre as doenças que afectavam os timorenses encontravam-se a malária, as infecções intestinais, a pneumonia, a gripe, a tuberculose e a lepra. A alimentação deficiente e as precárias condições de higiene em que eles viviam favoreciam esta situação, sendo o acesso às infra-estruturas de saúde limitado devido à dispersão das habitações e à escassez de meios de transporte para além da marcha. Nos últimos anos de administração portuguesa ocorreram, no entanto, algumas melhorias. Além da realização de várias de campanhas de vacinação que aparentemente abrangeram a maior parte da população, também foram desenvolvidos esforços para reduzir a incidência de tuberculose em alguns dos distritos montanhosos mais afectados; no entanto, a malária e a gripe continuaram a provocar muitas mortes.

A saúde materna e infantil também apresentava problemas. Quando engravidavam, as mulheres timorenses dificilmente recorriam aos serviços hospitalares ou maternidades, pois preferiam que o nascimento dos filhos ocorresse num ambiente favorável às práticas culturais que rodeavam o acto; todavia, aceitavam de bom grado o auxílio nos cuidados ao recém-nascido (Fontoura, 1942). No entanto, a mortalidade infantil era elevada, resultante em grande parte da malária e de infecções respiratórias.

- **De 1975 a 1999: Período de Ocupação Indonésia**

Na sequência da invasão indonésia, a maior parte da população civil refugiou-se nas montanhas em redor das bases de apoio da FRETILIN, que manteve, em áreas fora do controlo da Indonésia, o seu papel administrativo, tentando assegurar a defesa e a satisfação das necessidades da população. Foi organizada uma estrutura básica de cuidados de saúde, em que os trabalhadores da saúde produziam medicamentos utilizando plantas medicinais.

Em Setembro de 1977 os indonésios iniciaram uma campanha de "cerco e aniquilação" que durou um ano e meio, em que foram lançados diversos bombardeamentos em zonas estratégicas. A população era cercada e capturada ou forçada a render-se, sendo transportada para campos de realojamento. Estes situavam-se frequentemente em planícies, onde a malária era endémica. Havia pouca terra disponível para cultivo e a comida era insuficiente, levando à fome e à desnutrição. Muitas das mortes ocorridas foram consequência de doenças e carências alimentares. Nos anos seguintes a situação pouco melhorou, tendo ocorrido três operações militares e fomes consecutivas em 1981-82, 1984 e 1987 (Durand, 2006a).

O processo integracionista desenvolvido pelas autoridades indonésias repercutiu-se não apenas no campo militar mas, sobretudo, nos domínios económico, social e cultural. Embora tenha ocorrido algum crescimento económico, os seus efeitos nas condições de vida dos timorenses foram relativamente limitados, uma vez que o mesmo se baseou essencialmente no investimento público em infra-estruturas físicas, com fraca expressão ao nível do emprego, tendo-se mantido, ou mesmo reforçado, acentuados contrastes sociais. O baixo nível de partida não permitiu que Timor-Leste deixasse de ser um dos territórios mais pobres da região, tendo o sector agrícola mantido um lugar de grande destaque na sua economia.

O Governo da Indonésia dirigia o sector público responsável pelo fornecimento e desenvolvimento dos serviços de saúde em Timor-Leste através de duas organizações: o Departamento de Saúde Regional (*Kanwil*) e o Serviço de Saúde Pública Provincial

(*Dinas Tk*). O dirigente do *Kanwil* de Timor-Leste era eleito pelo Ministério da Saúde nacional e encontrava-se sob a sua jurisdição. O *Dinas Tk* era responsável por todos os programas financiados pelo governo provincial. A prestação de cuidados de saúde focalizava-se supostamente nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), implementados através de uma rede de serviços de saúde que iam desde os cuidados especializados no hospital de Díli até aos postos de saúde integrados, onde eram prestados cuidados nas aldeias remotas. Em 1999, os serviços governamentais incluíam um hospital central, 8 hospitais distritais, 67 centros de saúde comunitários (*puskesmas*), 31 dos quais sem médicos, e 287 postos de saúde (Pedersen e Arneberg, 1999).

O sistema de saúde indonésio era muito centralizado e sub-financiado, sendo prestada pouca atenção à qualidade. Um dos maiores problemas consistia na falta de profissionais de saúde devidamente treinados. Embora existissem muitos edifícios e bastante pessoal, o material médico e a manutenção eram insuficientes. O tipo de sistema, combinado com as barreiras linguísticas, não proporcionava aos utentes a aquisição de informações suficientes. A distância, a fraca rede de transportes e a falta de confiança nas instituições governamentais eram factores que inibiam a utilização dos serviços de saúde (Silove, 1999).

O povo de Timor-Leste possuía baixos níveis de saúde, inferiores aos da Indonésia. Estes resultariam, entre outros factores, de um grande desconhecimento das causas de doenças evitáveis e de medidas preventivas (Oxfam Research Team, 1999), e da carência de serviços básicos. Havia falta de medicamentos e muitas vezes o seu acesso era limitado, sendo muitos deles pagos (Pedersen e Arneberg, 1999). As comunidades rurais faziam um uso extensivo de medicamentos tradicionais à base de plantas e, quando possível, dos serviços de saúde proporcionados pelas organizações religiosas. Menos de 50% das famílias tinham acesso a água potável e só 38% a saneamento básico. A prevalência de doenças respiratórias, malária, diarreia e tuberculose era elevada. Embora os indicadores de saúde dessa época não fossem fiáveis, as estatísticas oficiais associadas a outras fontes indicam que em Timor-Leste os níveis de malnutrição eram elevados e muito superiores aos da Indonésia, tendo cerca de metade das crianças com menos de 5 anos peso inferior ao devido. Em 1997 a taxa de mortalidade infantil

era de 92,8/1000, e a taxa de mortalidade de crianças com idade até aos 5 anos era de de 177,6/1000, sendo muito mais elevadas do que as da Indonésia. A esperança de vida à nascença era de apenas 54,4 anos, sendo de 65 anos na Indonésia (PNUD, 2002).

Timor-Leste tinha poucas condições para os cuidados pré e pós-natais, encontrando-se sobretudo em risco as mulheres das áreas rurais quando surgiam complicações com a gravidez. Nas aldeias, muitas mulheres davam à luz em casa, assistidas por familiares ou por uma parteira tradicional, o que poderia dever-se tanto a práticas culturais tradicionais como à falta de confiança nas clínicas dirigidas pelo Governo. Algumas aldeias eram demasiado remotas e inacessíveis, o que dificultava a intervenção médica. As taxas de mortalidade materna eram elevadas, variando, consoante as fontes, entre 500/100 000 e 830/100 000 nados vivos (Pedersen e Arneberg, 1999).

Na Indonésia, quarto país mais populoso do mundo, a necessidade de provocar o declínio do aumento populacional foi tida como urgente entre os anos 1971-80. Nessa época, o planeamento familiar foi iniciado por organizações privadas / ONG, e em meados dos anos 70 foi instituído pelo Governo o Conselho Nacional para o Planeamento Familiar (*Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional* – BKKBN) para a implementação do programa, designado por *Keluarga Berencana* (*KB*). O BKKBN englobava membros nacionais, regionais e locais, coordenando as suas acções com ministérios como o da saúde e o da transmigração, ONG, organizações religiosas e forças de segurança. Os objectivos do programa incluíam "obter a aceitação maioritária do princípio do Planeamento Familiar, introduzindo o conceito da família pequena e próspera, e assegurando o fornecimento de serviços contraceptivos adequados a casais que desejassem planear as suas famílias" (Hoesni, 2000, cit. por Seltzer, 2002, p. 66).

A natureza da "campanha" de grande parte da actividade do BKKBN foi simbolizada pelo início, em 1983, dos chamados "safaris" para encontrar potenciais aceitadores e envolvê-los no programa (Hull, 2005). Em meados dos anos 80, o programa tinha adquirido um sucesso considerável e a taxa de crescimento populacional começou a diminuir; no entanto, eram levantadas questões sobre a segurança do processo e o nível de livre escolha que existiria entre os clientes. A inclusão de forças de segurança nas

actividades de planeamento familiar (designadas por KB-KES ABRI – Forças Armadas de Planeamento Familiar e Saúde), juntamente com uma forte orientação para objectivos demográficos (*targets*), causou sérias preocupações, à luz da recomendação da ICPD de que todos os objectivos numéricos deveriam ser eliminados dos programas de planeamento familiar. Em 1992, em parte para responder às críticas tecidas por parte de grupos de mulheres indonésias e ONG, o objectivo do planeamento familiar passou da obtenção de *targets* para o preenchimento das necessidades não satisfeitas de contracepção dos clientes, assim como de necessidades de saúde. Começou então a ser dada mais atenção, por parte do Governo, à melhoria da qualidade dos cuidados, assegurando aos casais maior liberdade na escolha de métodos contraceptivos fornecidos, quer através do governo, quer através do sector privado (Seltzer, 2002).

Em 1980 o programa *KB* foi instituído em Timor-Leste e para ele foram canalizados recursos significativos. No entanto, para além de não ter sido aceite pelos representantes locais da Igreja Católica, a sua implementação foi por alguns considerada uma forma de violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres timorenses (Sissons, 1997). Surgiram, inclusivamente, alegações de que as autoridades indonésias estariam a levar a cabo um genocídio implícito em Timor-Leste, pela imposição sistemática da contracepção às mulheres. Tal seria, ainda, coadjuvado pelo processo de transmigração de milhares de indonésios para o território timorense.

Através da aplicação da "democracia guiada" e das campanhas em massa (*safaris*), o planeamento familiar indonésio incluía políticas que, se não coercivas, podiam pelo menos ser distinguidas pela falta de consentimento informado. No entanto, de acordo com os dados do inquérito SUSENAS de 1998, embora houvesse uma elevada frequência de injecções (71% das utilizadoras de contracepção), o que pode indicar um elemento de força uma vez que se trata de um método contraceptivo que pode ser aplicado sem o consentimento ou conhecimento da mulher, a baixa utilização total da contracepção (22% das mulheres casadas com idades entre 10-49 anos) e um reduzido número de esterilizações não sugerem ter-se tratado de um programa sistemático de contracepção forçada. Sendo a sub-notificação da contracepção possível, as comparativamente elevadas taxas de fecundidade (4,7 em 1990 e 4,6 em 1997,

contrastando com a taxa de fecundidade na Indonésia, de 2,85 em 1994) e o crescimento populacional (2,4 a 2,6% ao ano) indicam que Timor-Leste teve um dos programas de planeamento familiar com menos sucesso na Indonésia (Pedersen e Arneberg, 1999).

Segundo Sissons (1997), as razões para este facto podem atribuir-se às convicções religiosas da população e à valorização de famílias extensas com um elevado número de filhos, mas também à desconfiança e medo do programa por parte de muitos timorenses. Por outro lado, alguns sentiam indignação pela ênfase colocada na necessidade de limitar os nascimentos após a grande perda de população desde 1975.

- **De 1999 até à Actualidade: Período de Transição e Independência**

Sistema e Políticas de Saúde

Devido ao surto de violência desencadeado após o referendo de 30 de Agosto de 1999, cerca de 80% das infra-estruturas de saúde foram destruídas ou danificadas e deu-se a fuga da maioria dos médicos e gestores do sector, o que levou ao colapso do sistema de saúde (World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2005). Nesta fase de emergência, a prestação dos cuidados de saúde foi assegurada por diversas organizações de ajuda humanitária. Entre Setembro de 1999 e Janeiro de 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) actuou, juntamente com a UNICEF, como um "Ministério da Saúde Temporário", coordenando as actividades do sector da saúde. O Comité Internacional da Cruz Vermelha (CICR), quinze ONG internacionais e as equipas médicas militares que integravam a INTERFET prestavam cuidados de saúde à população. Em Dezembro de 1999, o Grupo de Trabalho dos Profissionais de Saúde de Timor-Leste estabeleceu os princípios básicos para uma articulação da política formal do sistema de saúde. Em Fevereiro de 2000 foi constituída a Autoridade de Saúde Interina, que passou a designar-se mais tarde por Divisão de Serviços de Saúde, organismo composto por 16 profissionais de saúde timorenses e 7 expatriados, embrião do futuro Ministério da Saúde. Em paralelo, foi implementado o Programa de Desenvolvimento de Reabilitação do Sector de Saúde. Durante esse período transitório, as ONG foram as principais responsáveis pela prestação de serviços de saúde. Em

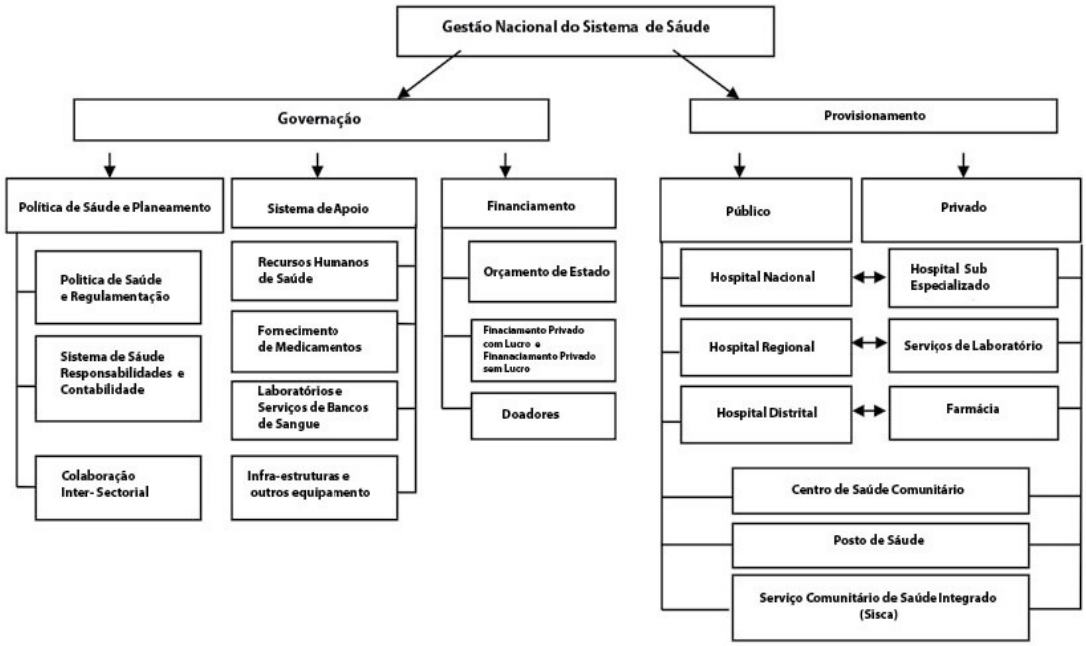
Setembro de 2001 foi constituído o Ministério da Saúde, que estabeleceu como missão empenhar-se em assegurar serviços de saúde disponíveis, acessíveis e de baixo custo a todo o povo de Timor-Leste, em regular o sector da saúde e em promover a participação comunitária (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2002).

Ao introduzir, em 2002, a Estrutura Nacional de Política da Saúde, o Ministério da Saúde delineou os princípios fundamentais e componentes do sistema de saúde do país. Nela foram estabelecidas prioridades em termos de necessidades dos timorenses, e realçada a importância de compreender as determinantes sociais da saúde dentro do contexto cultural local. Os objectivos definidos nos programas do Ministério da Saúde estão em sintonia com os compromissos do ODM, e as metas definidas para cumprir esses objectivos estão igualmente harmonizadas com os indicadores propostos pelos planos do Governo.

Após ter tomado posse em Agosto de 2007, o IV Governo Constitucional estabeleceu um Programa de Estabilidade Nacional para cinco anos, no qual ficou expressa a intenção de introduzir reformas significativas no sector da saúde. Em 2008 foi aprovado o Novo Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde e procedeu-se à sua reestruturação. Foi dado ênfase ao Serviço Integrado de Saúde Comunitária (SISCa), como elemento fundamental para a melhoria da saúde e nutrição da população. Este programa implica um trabalho realizado pelos profissionais de saúde, em parceria com as comunidades, para a implementação do Pacote de Serviços Básicos, cujas principais áreas são a saúde materno-infantil – Cuidados Neonatais, Gestão Integrada das Doenças da Infância (IMCI), Assistência Qualificada no Parto e Cuidados Básicos de Emergência Obstétrica – , as doenças infecciosas – VIH/SIDA, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e tuberculose – , as doenças não infecciosas, a promoção da saúde e a saúde ambiental (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008b).

Em 2009 ocorreu um reforço institucional, especialmente direccionado para a melhoria do acesso e da gestão dos serviços, tendo em consideração a participação dos parceiros de desenvolvimento e das comunidades (Ministério da Saúde de Timor-Leste, IV Governo Constitucional, 2009).

Figura 11. Organigrama do Sistema Nacional de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, cit. por Governo da República Democrática de Timor-Leste, 2010, p. 35.

Recursos humanos

No decurso do período transitório de 2007, um dos principais problemas do Sistema Nacional de Saúde manifestava-se pela falta de profissionais de saúde especializados, nomeadamente enfermeiros e parteiras nos centros e postos de saúde, e também analistas, radiologistas e médicos especialistas nos hospitais. Esta situação, que já se verificava durante o período de ocupação indonésia, agravou-se a partir de Janeiro de 1999 com o êxodo de funcionários públicos, incluindo profissionais de saúde.

Em Abril de 1999 encontravam-se em Timor-leste 69 médicos, correspondendo a cerca de metade do número estimado nos anos anteriores, e destes apenas alguns timorenses (Pedersen e Arneberg, 1999). Após os acontecimentos de Setembro desse ano verificou-se uma grande escassez de médicos, sendo a situação mais favorável quanto ao número de enfermeiros uma vez que na sua maioria eram timorenses. Em 2002 encontravam-se 47 médicos (12 nacionais e 35 internacionais) a prestar assistência em todos os distritos

de Timor-Leste (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2002). O seu número aumentou posteriormente devido à presença da Brigada Médica Cubana, que resultou de um acordo de cooperação na área da saúde celebrado em Fevereiro de 2004 entre Timor-Leste e Cuba, e que teve origem num encontro entre os Presidentes Xanana Gusmão e Fidel Castro em Kuala Lumpur, em Fevereiro de 2003. Em 2009 a Brigada Médica Cubana contava com 148 médicos, 53 enfermeiros, 7 técnicos e pessoal de apoio nos serviços. Esta cooperação também abrange a formação, e nesse âmbito a 5 de Dezembro de 2005 teve início, na UNTL, o Curso de Medicina, que contava em 2009 com 242 alunos, distribuídos por todo o país e assistidos por professores cubanos. Também foram para Cuba cerca de 700 bolseiros timorenses, maioritariamente estudantes de medicina. Em finais de 2009, 660 destes estudantes encontravam-se entre o 3º e o 5º anos, 9 frequentavam o 5º ano, e 18 já tinham regressado a Timor-Leste para fazerem o 6º e último ano do curso (Embaixada de Cuba em Timor-Leste, 2009). Em 2010 graduaram-se os primeiros 18 médicos timorenses formados por Cuba.

No período anterior à independência existia uma Escola Básica de Enfermagem (*Sekolah Perawat Kesehatan* - SPK), na qual eram admitidos alunos com um nível de escolaridade básico de nove anos, aos quais eram adicionados três anos de educação em enfermagem. Os enfermeiros possuidores do Diploma III (DIII) de Enfermagem, com doze anos de educação básica e três anos de educação em enfermagem, foram geralmente formados na Indonésia. Em 1997, de acordo com dados provenientes do Governo e da USAID, encontravam-se 1079 enfermeiros em actividade. Em 2007 foram contabilizados 698 enfermeiros afectos ao Ministério da Saúde, número considerado insuficiente para as necessidades do país[6].

O Instituto de Ciências da Saúde de Timor-Leste (ICS), que veio em 2005 substituir o Centro Nacional de Formação Profissional e Contínua (CNFPC), é uma instituição pública dedicada à formação de enfermeiros, parteiras e outros técnicos de saúde. Nele teve início, em 2008, o Programa Educacional DIII de Enfermagem, no qual foram admitidos estudantes com doze anos de escolaridade básica, ou então possuidores do SPK e de experiência profissional. No mesmo ano foi criado na UNTL um Curso de

6 Dados fornecidos pelo Ministério da Saúde de Timor-Leste, 31 de Março de 2007.

Enfermagem com a duração de quatro anos, conferindo o grau de licenciado. Em 2011 o Instituto de Ciências de Saúde passou a denominar-se Instituto Nacional de Saúde (INS), tendo sido integrado na UNTL.

Em Timor-Leste as parteiras têm funções de prestação de cuidados de saúde primários a todos os níveis do sistema de saúde, pelo que se encontram nos postos de saúde, centros de saúde e hospitais de todo o país. As suas funções são preventivas, promotoras e curativas no hospital, e na comunidade através da prestação de cuidados directos. Elas também têm um papel funcional na promoção das iniciativas de saúde sexual e reprodutiva na comunidade. No entanto, trabalham com frequência sozinhas nas zonas rurais montanhosas e remotas, nem sempre adequadamente preparadas para uma prática qualificada, e também actuam sem um sistema local de prestação de cuidados eficaz que crie um ambiente positivo para a prática nos serviços de saúde (ICS Timor-Leste, 2008).

Segundo dados provenientes do Governo indonésio e da USAID, em 1995 encontravam-se 424 parteiras em actividade; outras duas fontes referem 279 em 1997 (Pedersen e Arneberg, 1999). As cerca de 360 parteiras existentes em Timor-Leste após a independência foram na sua maioria formadas segundo o programa concebido pelo Ministério da Saúde Indonésio, e que consistia num ano de treino – Diploma I (DI) cujo pré-requisito era o 9º ano de escolaridade básica e o curso de enfermagem com a duração de três anos. Embora este programa tivesse proporcionado a Timor-Leste parteiras que trabalhavam em diversos locais do sistema de saúde nacional, a qualidade da sua formação foi posta em causa. A falta de experiência clínica entre as parteiras foi considerada como um possível factor limitativo da sua capacidade para lidar com os partos, particularmente os casos complicados. Assim, entre 2000 e 2004, das 363 parteiras afectas ao Ministério da Saúde, cerca de 300 tiveram uma formação em Competências em Partos Seguros e Higiénicos e uma revisão dos padrões nacionais (Ministério da Saúde de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2004).

Numa tentativa de dar resposta à procura de parteiras necessárias para satisfazerem as crescentes necessidades nacionais, o ICS deu início, em 2004, a um outro programa de formação de parteiras DI. Foram assim formadas 95 parteiras de 2004 a 2007, o que

aumentou o seu número total para cerca de 455. No entanto, uma avaliação efectuada em Setembro de 2007 revelou que este programa não fornecia uma preparação adequada em competências essenciais para a prática básica das parteiras, de forma a melhorar o estado de saúde das mulheres, crianças e comunidades. Foi então criado e iniciado em 2008 o programa educacional Diploma III (DIII) de Parteiras Comunitárias, com a duração de 18 meses e destinado a parteiras provenientes dos treze distritos possuidoras de prática profissional, como forma de lhes proporcionar a aquisição dessas competências (ICS Timor-Leste, 2008).

Infra-estruturas de saúde

Em 2002 o Ministério da Saúde iniciou, com o apoio dos seus parceiros, um programa de reabilitação e desenvolvimento. As infra-estruturas de saúde foram progressivamente reconstruídas ou construídas de raiz, encontrando-se actualmente operacionais, nos 13 distritos, 193 Postos de Saúde e 66 Centros de Saúde Comunitários (Governo da RDTL, 2010). Em cada um dos distritos existem quatro níveis de Centros de Saúde Comunitários:

Nível 1: Para proporcionar serviços de saúde básicos a toda a população foi estabelecida uma rede de postos de saúde, que se encontram num raio de 4-8 km de cada residência, e de clínicas móveis. Os serviços fornecidos incluem consultas curativas, cuidados pré e pós-natais, vacinação, monitorização do crescimento, educação para a saúde e actividades de promoção da saúde.

Nível 2: Em cada sub-distrito existe um centro de saúde comunitário que proporciona serviços promotores, preventivos (incluindo vacinação) e curativos, com consultas externas apoiadas por um laboratório simples e maternidade (cuidados pré e pós-natais).

Nível 3: Em distritos junto a Díli, como Aileu e Liquiçá (e também na ilha de Ataúro, pertencente a Díli), existem estabelecimentos que proporcionam, além de outros serviços, cuidados básicos de emergência obstétrica.

Nível 4: Este tipo de estabelecimento existe nos distritos de Lautém, Viqueque, Manufahi, Ermera e Manatuto. Inclui um sector de internamento com 10 a 20 camas

onde podem ser diagnosticados, tratados e referenciados casos médicos. Estão disponíveis serviços laboratoriais completos e outros meios de diagnóstico, para além de Pequena Cirurgia. Outros casos cirúrgicos, requerendo anestesia geral, são enviados para os hospitais de referência, localizados a menos de duas horas de percurso (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2002).

Fotografia 26. Centro de Saúde de Citrana – Nitibe (2006)



Fotografia 27. Centro de Saúde de Iliomar (2005)



Também foi desenvolvido um programa de reconstrução de 6 hospitais. O Hospital Nacional Guido Valadares, em Díli, é o estabelecimento de referência para todos os casos que requerem assistência médica especializada ou técnicas de diagnóstico mais sofisticadas. A sua gestão, após a saída do Comité Internacional da Cruz Vermelha (CICR), passou a ser feita por uma equipa nacional apoiada por várias organizações. Há outros cinco hospitais de referência a funcionar nos distritos de Baucau, Ainaro (em Maubisse), Bobonaro (em Maliana), Covalima (em Suai), e Oecusse (em Pante Macassar). Além dos cuidados médicos oferecidos nos estabelecimentos de nível 4, também podem ser efectuadas nestes hospitais intervenções cirúrgicas sob anestesia geral. Estão igualmente disponíveis laboratórios e outro equipamento de diagnóstico.

Fotografia 28. Hospital Nacional Guido Valadares - Díli (2006)



Fotografia 29. Hospital de Oecusse (2006)



Além do sector público da saúde, existe um sector privado de menor dimensão mas desempenhando também um papel importante na prestação de cuidados de saúde em Timor-Leste, sendo constituído por ONG, comunidades religiosas, consultórios e pequenas clínicas privadas. O sector não lucrativo também presta cuidados de saúde. A Cooperativa Café Timor (CCT), que começou por tratar das necessidades de saúde das cooperativas estabelecidas por trabalhadores na indústria do café, opera oito clínicas fixas que prestam serviços semelhantes aos de um Centro Comunitário de Saúde no sistema público, bem como 24 clínicas móveis em cinco distritos e também em Díli. Existem igualmente 32 clínicas com base em igrejas espalhadas pelo país, operando a ONG Caritas 27 clínicas em vários distritos (Governo da RDTL, 2010).

Embora o Ministério da Saúde tenha vindo a desenvolver políticas e infra-estruturas necessárias à melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde, há uma significativa sub-utilização dos serviços de saúde pela comunidade. Este problema é geral e multifacetado, sendo afectado por factores quer do lado da oferta (infra-estruturas, educação e treino dos trabalhadores da saúde, qualidade do tratamento fornecido e horários de funcionamento dos serviços) quer do lado da procura (atitudes da comunidade e percepções de saúde e doença, aspectos sociais e culturais, e recursos financeiros) (Zwi et al., 2009).

O acesso aos serviços de saúde é condicionado, sobretudo nas zonas rurais e remotas. Grande parte da população vive em pequenas e dispersas aldeias, longe dos estabelecimentos de saúde, frequentemente isoladas pelo terreno montanhoso e estradas em más condições. Alguns grupos comunitários estão a voltar para as suas terras ancestrais, que se situam ainda mais afastadas das estradas e das infra-estruturas existentes. Os transportes públicos são limitados, o transporte particular mais utilizado é a motorizada e, nos distritos mais remotos, muitas das viagens são efectuadas a pé. Os demorados percursos até aos serviços de saúde desencorajam a sua utilização e, durante a estação das chuvas, até curtas distâncias podem tornar-se intransitáveis.

Os serviços de ambulâncias não funcionam adequadamente, servindo por vezes propósitos diferentes dos estipulados. Estas circunstâncias, combinadas com as já referidas más condições da rede de estradas, as longas distâncias entre as comunidades e os estabelecimentos de saúde locais, e também entre estabelecimentos de diferentes níveis, dão origem a que o sistema de transportes fora dos principais centros urbanos seja deficiente (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008b).

Os factores económicos dificultam ainda mais o recurso a serviços de saúde. No sector público os cuidados de saúde podem implicar alguns custos, nomeadamente os que estão associados à obtenção de medicação e ao encaminhamento para outro estabelecimento de saúde, incluindo a obtenção de transporte e o acompanhamento do doente. Em relação aos profissionais de saúde do Governo, não há indícios de cobrança de honorários por rotina; no entanto eles podem, por vezes, solicitar uma remuneração pela realização de um serviço privado ou fora de horas (Zwi et al., 2009).

9.2. Indicadores de Saúde

Os indicadores de saúde para Timor-Leste, embora apresentem algumas melhorias globais, situam-se entre os mais baixos da Ásia de Leste (Quadro 5).

Quadro 5. Indicadores de Saúde: Timor-Leste

Indicador	Valor	Ano	Fonte
Taxa Bruta de Natalidade	42,3 nascimentos por 1000 habitantes	2006	DNE, Projecções da População 2004-2050 (Cenário médio)
	40,3 nascimentos por 1000 habitantes	2009	
Taxa de Fecundidade	7,8 filhos por mulher em idade fértil (15-49 anos)	2003	Ministério da Saúde e DNE, Timor-Leste et al., *Estudo Demográfico e de Saúde 2003*
	5,7 filhos por mulher em idade fértil (15-49 anos)	2009-10	DNE; ICF Macro, *Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10*
Esperança de Vida à Nascença (Ambos os sexos)	59,5 anos	2006	DNE, Projecções da População 2004-2050 (Cenário médio)
	60,6 anos	2009	
Esperança de Vida à Nascença (Sexo masculino)	58,6 anos	2006	DNE, Projecções da População 2004-2050 (Cenário médio)
	59,5 anos	2009	
Esperança de Vida à Nascença (Sexo feminino)	60,5 anos	2006	DNE, Projecções da População 2004-2050 (Cenário médio)
	61,7 anos	2009	
Taxa Bruta de Mortalidade	10,6 mortes por 1000 habitantes	2006	DNE, Projecções da População 2004-2050 (Cenário médio)
	9,7 mortes por 1000 habitantes	2009	
Taxa de Mortalidade Infantil	88 mortes por 1000 nados-vivos	2006	DNE, Projecções da População 2004-2050
	45 mortes por 1000 nados-vivos	2009-10	DNE; ICF Macro, *Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10*
Taxa de Mortalidade para crianças com idade inferior a 5 anos	130 mortes por 1000 nados-vivos	2004	Estimativa a partir do Censo da População 2004, como indicado na base de dados DEVINFO Timor-Leste
	64 mortes por 1000 nados-vivos	2009-10	DNE; ICF Macro, *Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10*
Taxa de Mortalidade Materna	660 mortes maternas por 100 000 nados-vivos	2000	WHO; UNICEF; UNFPA, *Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*
	557 mortes maternas por 100 000 nados-vivos	2009-10	DNE; ICF Macro, *Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009-10*

Fontes: Ministério da Saúde e Direcção Nacional de Estatística (DNE), Timor-Leste et al., 2004a,b; Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a; Direcção Nacional de Estatística (DNE), 2004; Direcção Nacional de Estatística (DNE) e ICF Macro, 2010.

A população encontra-se vulnerável a diversas doenças, nomeadamente infecções respiratórias e gastrointestinais, malária, dengue, tuberculose e lepra. Em 2008, a taxa de incidência da malária foi de 132,9/1000 (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a). A lepra, endémica em vários distritos de Timor-Leste, encontra-se quase erradicada. Quanto à tuberculose, a taxa de prevalência desceu de 789/100 000 em 2006 para 447/100 000 em 2008, sendo 400/100 000 a meta estabelecida nos ODM para 2015 (Ministério da Saúde de Timor-Leste, IV Governo Constitucional, 2009).

Há uma elevada incidência de doenças relacionadas com a água e a eliminação dos resíduos entre os grupos vulneráveis, que é em grande parte causada por práticas de higiene precárias devido à falta de conhecimentos, ao limitado financiamento do sector e à constante danificação das instalações por conflitos e desastres naturais. Em 2006, apenas 60% da população tinha acesso sustentável a uma fonte de água potável, número que aumentou para 65,9% em 2010 (sendo 78% a meta estabelecida nos ODM). Em 2006, 46,8% da população tinha acesso a saneamento adequado, mas em 2010 verificou-se uma descida para 39,2% (sendo 60% a meta estabelecida nos ODM), existindo grandes disparidades urbano-rurais (DNE, 2011; Governo da RDTL e UNDP, 2009).

Fotografia 30. Mulher a transportar Água (Nitibe, 2006)



Fotografia 31. Mulher e Crianças a abastecerem-se de Água (Tilomar, 2006)



As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são frequentes. A prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) ainda é baixa, apesar do progressivo aumento do número de casos confirmados. No entanto, a existência de comportamentos de risco e de outros factores, tais como o baixo nível de conhecimentos adequados à prevenção da infecção, tornam o país susceptível a uma rápida disseminação do vírus. Entre 2003 e e 2008 foram registados 84 casos de infecção pelo VIH/SIDA, tendo ocorrido 16 mortes (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a).

O estado de saúde também é comprometido pela falta de alimentos. A insegurança alimentar, que resulta parcialmente de baixos níveis de produção, atinge grande parte da população, sofrendo muitas famílias das zonas rurais de carências alimentares durante os meses de escassez.

9.3. Saúde Infantil

Na situação de pobreza e de saúde precária existente em Timor-Leste, as crianças são particularmente afectadas, embora se tenham verificado entretanto grandes progressos. A taxa de mortalidade infantil, que era de 88/1000 crianças com idade inferior a um ano em 2006, baixou para 45/1000 em 2009-10, ultrapassando a meta de 53/1000 estabelecida nos ODM. A taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos, que era de 130/1000 em 2004 e cuja meta estabelecida nos ODM é 96/1000, sofreu uma descida significativa, tendo passado para 64/1000 em 2009-10 (Governo da RDTL e UNDP, 2009; Ministério da Saúde e DNE, Timor-Leste et al., 2004 a,b; DNE e ICF Macro, 2010). Estas mortes devem-se principalmente a infecções respiratórias, malária e doenças diarreicas.

É na infância que ocorrem as mais elevadas taxas de morbilidade e mortalidade atribuídas à malária. Nos últimos anos esta situação melhorou, tendo a taxa de incidência em crianças com idade inferior a 5 anos diminuído de 400/1000 em 2004 para 276,1/1000 em 2008, aproximando-se assim da meta estabelecida nos ODM para 2015 (200/1000). O sarampo também é uma importante causa de morte nas crianças,

tendo sido estabelecida nos ODM a meta de 100% de cobertura vacinal para esta doença. Em 2008, a proporção de crianças com um ano de idade vacinadas contra o sarampo foi de 73,3%. No mesmo ano, 85,4% das crianças da mesma faixa etária encontravam-se vacinadas contra a tuberculose. A cobertura nacional das vacinas DPT-HepB3 (difteria, tétano, tosse convulsa e Hepatite B) foi de 79,1%, e a da vacina Polio3 (poliomielite) de 79,3% (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a).

O fraco estado nutricional aumenta o risco de doença e morte. Um terço das crianças com idade inferior a 5 anos tem anemia e 49% baixo peso para a idade, o que está associado a grandes deficiências em micronutrientes, nomeadamente ferro, vitamina A e iodo. A prevalência de infecções parasitárias intestinais é elevada e contribui significativamente para a malnutrição e a anemia (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008b).

Os comportamentos relacionados com o aleitamento materno e a alimentação complementar são importantes indicadores da nutrição, saúde e sobrevivência infantil. Devido a uma combinação de crenças tradicionais e falta de educação, em Timor-Leste uma elevada proporção de mulheres lactantes mantém práticas de amamentação que não correspondem ao que é actualmente preconizado (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2009). A iniciação do aleitamento materno é tardia, sendo o colostro frequentemente desperdiçado. A UNICEF e a OMS recomendam a amamentação exclusiva das crianças até ao sexto mês de idade, mas apenas 52% são amamentadas exclusivamente (DNE e ICF Macro, 2010). Entre outros benefícios, a amamentação frequente por longos períodos também actua sobre a fecundidade ao atrasar o retorno da ovulação, contribuindo assim para maiores intervalos entre os nascimentos, o que está relacionado com a sobrevivência infantil.

A Fundação Alola é uma ONG vocacionada para a melhoria da saúde materna e infantil, tendo estabelecido em Novembro de 2003 a Associação Nacional da Amamentação de Timor-Leste (*Klibur Susu Ben Inan Nian ba Kosok Oan*) para a promoção da amamentação. Foi assinado um Memorando de Entendimento entre o Ministério da Saúde e a Fundação Alola, autorizando a Associação Nacional da Amamentação a

promover actividades em nome do Ministério. Neste âmbito foram realizadas, entre outras actividades, acções de formação dirigidas a profissionais de saúde e constituídos, em muitos sub-distritos, Grupos de Apoio às Mães. A nível do Ministério da Saúde, o Grupo de Trabalho da Nutrição concebeu linhas de orientação para alimentação complementar de crianças dos 6-23 meses, desenvolveu e iniciou a implementação de uma Estratégia de Comunicação de Mudança de Comportamento para Melhoria da Nutrição Infantil. A Política de Promoção da Amamentação será um importante componente desta estratégia, tendo como objectivo contribuir para a redução da mortalidade e morbilidade neonatal e infantil através da melhoria substancial das práticas de amamentação (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2009).

9.4. Saúde Materna

O Estudo Demográfico e de Saúde de 2003 revela que 61% das mães receberam cuidados pré-natais de um profissional de saúde, sendo 56% de um enfermeiro ou de uma parteira, 2% de um obstetra e 2% de um médico generalista. Mais de um terço (37%) das mulheres que deram à luz nos últimos cinco anos não receberam qualquer cuidado pré-natal, em maior proporção nas zonas rurais, nas mulheres com idade superior a 35 anos, nas que possuem maior número de filhos, nas que habitam em regiões montanhosas, nas provenientes de famílias mais pobres e nas que não completaram a escola primária ou que não possuem qualquer escolaridade. Cerca de 13,9% das mulheres atingiram o calendário recomendado para o número e espaço de tempo de visitas de cuidados pré-natais (Ministério da Saúde e DNE Timor-Leste et al., 2004a).

Em 2007 as taxas de cuidados pré-natais sofreram uma ligeira descida, o que poderá estar relacionado com o deflagrar de conflitos internos e o grande número de deslocados internos daí resultante. Cerca de 6 em cada 10 mulheres grávidas (55.4%) fizeram uma primeira consulta pré-natal em 2007, com a percentagem a diminuir para 31% na quarta consulta pré-natal. Foi observada em 2007 uma média de 1,6 consultas pré-natais por mulher grávida (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2007).

Entretanto, verificou-se uma melhoria da situação. Em 2008, 57% das mulheres grávidas fizeram uma primeira consulta pré-natal, com a percentagem a diminuir para 34,5% na quarta consulta pré-natal (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a). Entre as mulheres que deram à luz durante os anos que precederam o Inquérito Demográfico e de Saúde de 2009-10, 87,5% receberam cuidados pré-natais, tendo estes sido assegurados na grande maioria (80,3%) por enfermeiras ou parteiras. 4,1% receberam cuidados por parte de médicos, 1,6% por auxiliares de enfermagem, e 1,0% por parteiras tradicionais (DNE e ICF Macro, 2010)

Quanto à vacinação anti-tetânica, destinada a prevenir a incidência do tétano neonatal (a qual constitui uma importante causa de morte para os recém-nascidos devido principalmente às más condições de higiene durante o parto), em 2008 a cobertura para todo o país foi de 38,7% para a primeira dose de vacina (TT1), 31,9% para a segunda (TT2) e 58,3% para três ou mais doses (TT2+) (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a). Em 2009-10, 55% das mulheres grávidas fizeram pelo menos quatro consultas pré-natais. A cobertura vacinal para todo o país era de 75,8% para pelo menos duas doses durante a última gravidez, e 79,8% das mulheres estavam protegidas contra o tétano neonatal (DNE e ICF Macro, 2010).

Em Timor-Leste, a cultura exerce uma forte influência sobre as crenças e o comportamento das mulheres e famílias durante a gravidez. Muitas das práticas variam e não são generalizáveis a todo o país. Há uma série de proibições alimentares que podem variar consoante a localidade ou a família. O trabalho excessivo é encorajado para facilitar o parto, mas também há restrições relacionadas com o trabalho pesado no primeiro trimestre, entre outras actividades interditas na gravidez (HAI, 2004).

Verifica-se uma melhoria relativamente à mortalidade materna que resulta sobretudo de complicações obstétricas, nomeadamente o parto prolongado e a hemorragia, e também ao agravamento, pelos efeitos da gravidez, de situações pré-existentes, tais como a anemia, a malária e a malnutrição. A taxa de mortalidade materna, que era de 660/100 000 nados-vivos em 2000-2004, baixou para 557/100 000 em 2009-10, sendo 252/100

000 a meta a atingir em 2015 segundo os ODM (Governo da RDTL e UNDP, 2009; DNE e ICF Macro, 2010).

Segundo o Inquérito Demográfico e de Saúde de 2003, 90% dos partos tiveram lugar em casa, 9% nos estabelecimentos de saúde do sector público e 1% no sector privado. Os partos domiciliários são mais frequentes nas zonas rurais, nas mulheres com idade mais avançada, com grande número de filhos e com baixa ou nenhuma escolaridade. As mulheres que dão à luz em casa aí tiveram geralmente outros filhos e encaram o parto como um processo normal que não requer cuidados hospitalares. Elas referem dificuldade em chegar a um estabelecimento para realização do parto por várias razões, nomeadamente por não saberem a data exacta em que este deverá ocorrer; por o parto se desencadear muito rapidamente, especialmente nas mulheres multíparas; por não haver transporte público ou privado de e para a aldeia; por os meios de transporte afectos ao estabelecimento de saúde serem limitados ou por falta de acesso devido às estradas ficarem intransitáveis na estação das chuvas. A maioria dos partos (61%) teve a assistência de familiares ou amigos, 19% de parteiras tradicionais, 18% de profissionais de saúde e 1,5% não teve qualquer tipo de assistência (Ministério da Saúde e DNE Timor-Leste et al., 2004a).

Fotografia 32. Mulher com Recém-Nascido, Hospital de Oecusse (2006)



Fotografia 33. Mulher com Recém-Nascido, Hospital de Baucau (2006)



Em 2008, os partos assistidos por profissionais de saúde aumentaram para 35,6%, numa proporção bastante mais elevada nas zonas urbanas relativamente às rurais (Quadro 6) (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a).

Quadro 6. Partos assistidos por Profissionais de Saúde por Distrito: Timor-Leste, Janeiro – Dezembro 2008

Distritos	Nº projectado de nados-vivos	Número de partos			% de partos assistidos por profissionais de saúde
		Em casa/ Centro de Saúde	No hospital	Total	
Aileu	2 428	611	--	611	25,2
Ainaro	3 087	613	168	781	25,3
Baucau	4 640	1 292	1 139	2 431	52,4
Bobonaro	3 888	766	484	1 250	32,2
Covalima	2 466	488	346	834	33,8
Dili	6 385	1 325	2 034	3 359	52,6
Ermera	5 884	1 559	--	1 559	26,5
Lautem	2 994	1 352	--	1 352	45,2
Liquiçá	3 111	881	--	881	28,3
Manatuto	1 504	877	--	877	58,3
Manufahi	3 130	509	--	509	16,3
Oecussi	3 243	246	148	394	12,1
Viqueque	2 931	1 423	--	1 423	48,5
Timor Leste	**45 691**	**11 942**	**4 319**	**16 261**	**35,6**

Fonte: Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a, p. 10.

De acordo com o Inquérito Demográfico e de Saúde de 2009-10, 78% dos partos tiveram lugar no domicílio, 21% nos estabelecimentos de saúde do sector público e 1% nos do sector privado. Destes partos, 49% tiveram a assistência de familiares ou amigos, 30% de profissionais de saúde, 18% de parteiras tradicionais, e 3% não receberam qualquer tipo de assistência (DNE e ICF Macro, 2010).

Segundo a HAI (2004), há várias explicações para a preferência das mulheres pelo parto em casa e para a baixa proporção de assistência qualificada no parto[7] em Timor-Leste,

7 São considerados assistentes de parto qualificados os médicos, os enfermeiros, as parteiras e as auxiliares de parteira.

nomeadamente a falta de educação sobre os riscos associados ao parto e os benefícios do parto assistido por um profissional qualificado, a falta de estabelecimentos de saúde culturalmente apropriados e de qualidade, um insuficiente número de parteiras e a existência de barreiras geográficas de acesso. Além de existirem muitas associações negativas relativamente aos partos realizados num estabelecimento de saúde, a casa representa o local onde as mulheres podem seguir a tradição, ter maior controlo, mais escolha e mais confortos (HAI, 2004, 2005, 2008a).

Os cuidados pós-natais são importantes tanto para a mãe como para o bebé, quer para despistar complicações relacionadas com o parto, quer para proporcionar à mãe informações sobre os cuidados a ter consigo e com o seu filho. No entanto, em 2007 apenas 21,2 % das mulheres grávidas fizeram consultas pós-natais no espaço de uma semana após o parto (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2007). Em 2008 verificou-se uma ligeira melhoria, tendo 26,6 % das mulheres feito consultas no espaço de uma semana após o parto e 24,9% entre uma e seis semanas (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a). Em 2009-10, 68% das mulheres não receberam cuidados pós-natais (DNE e ICF Macro, 2010).

Após o parto, muitas mulheres timorenses seguem práticas tradicionais. É frequente não sairem de casa durante o primeiro mês, ingerirem água e outras bebidas quentes e tomarem banho com água quente. Algumas mulheres permanecem junto à fogueira durante esse período (HAI, 2004).

A gravidez na adolescência apresenta maior risco de complicações e morte materna. Em 2004, foram registados em Timor-Leste 58 partos por cada 1000 mulheres com idades entre os 15 e os 19 anos (DNE, 2005). Em 2009-10, 7% das mulheres desta faixa etária já tinham tido um filho ou estavam grávidas pela primeira vez (DNE e ICF Macro, 2010). As pesquisas nacionais efectuadas em 2002 e 2003 revelam que as questões da sexualidade e a saúde reprodutiva em geral não constituem uma preocupação comum para os adolescentes, apesar de se verificar uma tendência para casamentos de jovens, casamentos antecipados devido à existência de gravidezes na adolescência, e adolescentes a procurarem a interrupção da gravidez (Ministério da Saúde de Timor-

Leste, UNFPA e WHO, 2004).

Um factor que contribui potencialmente para a mortalidade materna é o aborto, quer espontâneo, quer induzido. As mulheres timorenses experienciam gravidezes não desejadas, sendo as evidências sugestivas da ocorrência em Timor-Leste de abortos não seguros. A legislação relativa ao aborto electivo é muito restrita e a posição da Igreja nesta matéria exerce, por sua vez, uma influência considerável sobre os profissionais de saúde e as mulheres (Belton, Whittaker e Barclay, 2009).

O baixo estatuto social e económico das mulheres constitui um factor determinante fundamental da mortalidade materna, uma vez que limita o seu acesso aos recursos económicos e à educação básica, e, portanto, a sua capacidade em fazer decisões relacionadas com a sua saúde. No que respeita a questões de género, a condição das mulheres timorenses tem sido particularmente desfavorável. A pobreza é um dos seus principais problemas, uma vez que os homens beneficiam de mais oportunidades em termos de acesso ao emprego e à educação, obrigando-as a permanecer sob o domínio das famílias e a viver em condições bastante difíceis. As mulheres também têm menos poder no seio da família e pouca participação nas reuniões da comunidade. Muitas delas têm sido vítimas de violência, não só durante a ocupação indonésia, mas também actualmente, verificando-se um elevado nível de "violência baseada no género", que pode ser definida como a "violência que envolve homens e mulheres, em que a mulher é habitualmente a vítima e que resulta de uma relação de poder desigual" (PNUD, 2002, p. 19).

O acesso das mulheres a cuidados de saúde de qualidade durante a gravidez e na altura do parto constitui um aspecto crítico na protecção da saúde e segurança da mãe e do filho. As iniciativas de maternidade segura são essenciais ao desenvolvimento socio-económico de países de fracos recursos, e as Nações Unidas identificaram a redução da mortalidade materna e infantil como uma componente dos ODM para reduzir a pobreza e melhorar a saúde global. Com o objectivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde materna em Timor-Leste, têm sido tomadas algumas medidas, nomeadamente a implementação da Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva, da Política Nacional de

Planeamento Familiar, do Treino dos Prestadores de Cuidados de Saúde em Parto Higiénico e Seguro e Cuidados Obstétricos de Emergência, e do equipamento dos estabelecimentos de saúde.

Para tentar responder à necessidade de melhoria dos serviços de prestação de cuidados materno-infantis e consequente redução da mortalidade materna e neonatal, foram desenvolvidas algumas estratégias, nomeadamente a das Casas de Acolhimento para as Parturientes[8]. Em Janeiro de 2005 foi inaugurada em Lospalos, no distrito de Lautém, a "Casa das Mães" (*Uma Hein Tur Ahi*), assim designada pela ONG portuguesa Médicos do Mundo (MdM), que implementou o primeiro projecto nesta área. A sua gestão foi entregue aos Serviços de Saúde Distritais ao fim de dois anos, tendo as actividades desenvolvidas durante este período consistido na admissão e seguimento das mulheres grávidas antes e após o parto, na prestação de assistência ao recém-nascido e na formação do pessoal de saúde em saúde materna e infantil. Seguiu-se, em Fevereiro de 2007, a implementação de outra Casa de Acolhimento para as Parturientes em Same, no distrito de Manufahi.

As Casas de Acolhimento para as Parturientes foram concebidas para alojarem mulheres grávidas e suas famílias residindo em áreas rurais e remotas, aí aguardando até estarem prontas para dar à luz no centro de saúde próximo. No entanto, em cada um dos sub-distritos onde foram implementadas ocorreu a sua adaptação, de forma a satisfazer as necessidades do sistema de saúde do próprio sub-distrito e da população. Em cada local, as Casas de Acolhimento para as Parturientes foram independentemente transformadas em estabelecimentos de parto ou pós-parto, onde as mulheres também têm a opção de esperar (Wayte, Barclay e Kelly, 2007; Wayte, 2009). Com o objectivo de aumentar a percentagem de partos realizados com a presença de uma assistente de parto qualificada, o Ministério da Saúde, em parceria com a HAI, deu início à criação de Estabelecimentos Favoráveis ao Parto (*Uma partu*)[9], os quais são centros de parto equipados com comodidades semelhantes às das habitações, situados junto a um centro de saúde comunitário. O programa pretende proporcionar um espaço culturalmente apropriado

8 *Maternity Waiting Homes*, em inglês.
9 *Birth-friendly facilities*, em inglês.

que incorpora várias práticas tradicionais importantes associadas ao nascimento, e que proporciona em simultâneo assistência qualificada ao parto. Os recursos destes estabelecimentos incluem uma cama para o parto tradicional, uma cozinha para preparar os alimentos e aquecer água, uma área de espera para os membros da família, camas adicionais e uma casa-de-banho. Os serviços aí fornecidos são gratuitos para todas as mulheres e familiares, de forma a encorajar a sua utilização. No final de 2006 entraram em funcionamento dois Estabelecimentos Favoráveis ao Parto, um situado em Maubara, distrito de Liquiçá, e outro no Remexio, distrito de Aileu (HAI, 2008a).

9.5. Fecundidade, Contracepção e Planeamento Familiar

O Inquérito Demográfico e de Saúde de 2003 (Ministério da Saúde e DNE, Timor-Leste et al., 2004) revelou uma taxa de fecundidade de 7,8 filhos por mulher, com intervalos entre os nascimentos de 28,9 meses em média, não existindo grandes diferenças entre grupos populacionais consoante os níveis de educação e a zona de residência (rural ou urbana). Embora por um lado muitas mulheres tenham falta de acesso a informação e a serviços de planeamento familiar, por outro demonstram em geral uma preferência por famílias numerosas, sendo em média 5,7 o número ideal de filhos. A elevada fecundidade pode estar relacionada com as fracas condições socio-económicas e constituir uma repercussão do que ainda é uma situação pós-conflito. Com a actividade económica restaurada e o retorno a uma vida normal, pode levar algum tempo até as famílias se focalizarem nas suas necessidades a longo prazo e reajustarem as suas expectativas relativamente ao tamanho da família. Outro aspecto diz respeito aos factores culturais e religiosos, que podem originar um forte sentimento pró-natalista.

Segundo o mesmo estudo, menos de 20% das mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) tinham recorrido à contracepção, e apenas 9,7% se encontravam a usar métodos contraceptivos, sendo o injectável o mais popular. As mulheres das zonas urbanas apresentavam uma taxa de utilização de contraceptivos ligeiramente superior às das zonas rurais, sendo as possuidoras de escolaridade secundária as principais utilizadoras. Apenas 20% das mulheres conseguiram nomear espontaneamente qualquer método

contraceptivo, e 38% reconheceram um método quando era nomeado e descrito. A necessidade não satisfeita de planeamento familiar foi registada em 3,8%, com 3,7% para o espaçamento e apenas 0,1% para a limitação dos nascimentos (Ministério da Saúde e DNE Timor-Leste et al., 2004a). Além dos baixos níveis educacionais das mulheres timorenses, também a força do catolicismo no país e a resistência da Igreja à penetração dos métodos ditos artificiais de controlo dos nascimentos podem contribuir para esta situação. Os níveis de utilização de contraceptivos, quando comparados com os resultados do DHS de 1997, sugerem um grau de retrocesso desde 1999, o que se pode dever principalmente à quase total interrupção dos serviços anteriormente proporcionados através do programa indonésio de planeamento familiar.

Embora tenha apresentado uma ligeira descida, a taxa de fecundidade estimada em 2006 para Timor-Leste manteve-se elevada, na ordem dos 6,7 filhos por mulher em idade fértil (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2007). Em 2007 registou-se, relativamente às mulheres casadas em idade reprodutiva, uma taxa de utilização de métodos contraceptivos de 19,8%, que representa cerca do dobro da anterior. Entre as que recorriam à contracepção, 63,1% usavam o método injectável, 13,1% o calendário, 9,5% a pílula, 3,7% ervas e poções e 3,1% o coito interrompido. Entre as que não recorriam aos métodos contraceptivos, alguns dos motivos apontados para a sua não utilização foram o desejo de ter filhos (41,3%), os efeitos secundários (14%), o desconforto (12,9%), o desacordo do marido (10%), não se encontrarem disponíveis (7,9%) e razões de ordem religiosa (3,2%) (DNE, World Bank e UNICEF, 2008).

A taxa de fecundidade estimada em 2009-10 mantém um nível elevado, de 5,7 filhos por mulher. No mesmo período, a taxa de utilização de métodos contraceptivos representava 22,3% para todos os métodos, e 21,1% para os métodos modernos (DNE e ICF Macro, 2010).

Ao aprovar as recomendações do Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD), realizada no Cairo em 1994, o Governo de Timor-Leste considera o planeamento familiar como um dos factores determinantes para a intervenção no âmbito da saúde reprodutiva, a fim de reduzir as taxas de mortalidade

materna e infantil através da melhoria da saúde das mães e do espaçamento dos nascimentos. No início de 2003 o Ministério da Saúde organizou, com o apoio do FNUAP, a primeira consulta com diversas partes sobre o programa de planeamento familiar, na qual se concluiu que a maioria da população, incluindo líderes da Igreja Católica de Timor-Leste, demonstrava apoio à sua implementação. Após um período de debate público deu-se, a 10 de Março de 2004, a aprovação oficial da Política Nacional de Planeamento Familiar (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2004).

Neste âmbito, foi concebido um Programa de Planeamento Familiar com três componentes chave:

Componente 1: Prestação de serviços.

Componente 2: Recursos humanos.

Componente 3: Actividades de informação, educação e comunicação (IEC).

Em termos de abordagem estratégica, o programa de Planeamento Familiar assenta em cinco vertentes (Ministério da Saúde de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2004):

1 - Melhorar o conhecimento dos indivíduos e casais sobre o seu direito a fazerem escolhas livres e informadas quanto ao número e espaçamento entre os filhos, e promover o objectivo de cada criança ser desejada.

2 - Melhorar a acessibilidade aos serviços de contraceptivos, sendo estes fornecidos como parte dos cuidados de saúde primários, e maior variedade das opções de contraceptivos disponíveis para todos aqueles que deles queiram usufruir.

3 - Prestar um serviço básico para os indivíduos e famílias na prevenção e tratamento da infertilidade.

4 - Aumentar a participação activa e responsabilidade dos homens na tomada de decisão informada sobre questões de saúde reprodutiva e promover o uso de métodos contraceptivos masculinos.

5 - Integrar a gestão efectiva de casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) nos serviços de planeamento familiar e prevenir/reduzir a transmissão de IST e VIH/SIDA .

A responsabilidade geral e implementação do programa cabe ao Departamento de Saúde Materna e Infantil do Ministério da Saúde. No que respeita à abordagem institucional, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde trabalhará em conjunto com o sector privado, ONG, agências internacionais e outros parceiros do desenvolvimento envolvidos na prestação ou apoio de actividades para a população e planeamento familiar em Timor-Leste, além de integrar de forma activa as comunidades e outros departamentos governamentais na implementação de serviços (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2004).

Para reforçar o fornecimento de serviços à população na área da saúde reprodutiva em geral, incluindo o planeamento familiar, encontram-se no território algumas organizações, entre as quais se destaca a Marie Stopes International Timor Leste, membro da Marie Stopes International, uma ONG sem fins lucrativos especializada em saúde sexual e reprodutiva. Ao estabelecer-se em Timor-Leste, a Marie Stopes International tem como objectivo estabelecer iniciativas de saúde reprodutiva acessíveis e a baixo custo que sejam bem-vindas pela comunidade, que ajudarão a reduzir a pobreza e conduzirão à melhoria da vida das mães e suas famílias. Em Agosto de 2006 a organização estabeleceu um gabinete no Bairro Pité, em Díli, e abriu o seu Centro de Saúde Reprodutiva em Março de 2007. O seu objectivo é dar resposta a muitos assuntos relacionados com a saúde reprodutiva incluindo o planeamento familiar, as IST e a prevenção do VIH/SIDA, fornecendo, mediante o pagamento de uma taxa administrativa variável, os seguintes serviços:

- Informação sobre saúde sexual e reprodutiva.
- Aconselhamento e serviços de planeamento familiar.
- Contraceptivos: métodos naturais, preservativos, pílulas, injectáveis, implantes e DIU.
- Contracepção de emergência.
- Teste de gravidez.
- Aconselhamento, teste e tratamento de IST, incluindo a infecção pelo VIH.
- Cuidados pré e pós-natais.

- Exames mamários e testiculares.
- Circuncisão.
- Vasectomia.
- Laqueação tubária.
- Cuidados pós-aborto.

Outros projectos da Marie Stopes International Timor-Leste incluem:

- Programa de IEC abrangendo a comunidade.
- Distribuição de serviços clínicos com base na comunidade.
- *Marketing* social de contraceptivos (preservativo).
- Treino de serviços clínicos.

9.6. Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva

A Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva (ENSR), concebida para ser desenvolvida em Timor-Leste no período 2004-2015, apresenta, como definição de cuidados de saúde reprodutiva, "a constelação dos métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e bem-estar ao prevenir e solucionar problemas de saúde reprodutiva" (Plano de Acção da ICPD, parágrafo 7.2). Esta estratégia tem como metas gerais garantir que a população possa:

> - Verificar um desenvolvimento e maturidade sexual saudável e que tenham a capacidade de relacionamentos equitativos e responsáveis e uma realização sexual plena;
> - atingir o seu número desejado de filhos com segurança e de uma forma saudável, decidindo quando e quantos a ter;
> - evitar problemas de saúde, doenças e deficiências relacionadas com a sexualidade e a reprodução, bem como a receber cuidados apropriados quando seja necessário;
> - estar livre da violência e outras práticas prejudiciais relacionadas com a sexualidade e a reprodução. (Ministério da Saúde de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2004, p. 14)

Na ENSR são traçados os seguintes objectivos:

> Objectivo 1: Aumentar substancialmente o nível de conhecimentos da população em geral sobre as questões relacionadas com a sexualidade e saúde reprodutiva.
> Objectivo 2: Promover o planeamento familiar para estabilizar a taxa de crescimento da população e reduzir a incidência de gravidezes não intencionadas e não desejadas.
> Objectivo 3: Garantir que todas as mulheres e homens tenham acesso aos serviços básicos de saúde reprodutiva, à promoção da saúde e à informação sobre questões relacionadas com a reprodução.
> Objectivo 4: Reduzir o nível de mortalidade e morbilidade materna.
> Objectivo 5: Reduzir o nível de mortalidade e morbilidade perinatal e neo-natal.
> Objectivo 6: Reduzir o fardo das IST/HIV.
> Objectivo 7: Realizar as diferentes necessidades em saúde reprodutiva durante o ciclo de vida e melhorar o estatuto de saúde da população em idade reprodutiva. (Ministério da Saúde de Timor-Leste et al., 2004, p. 14)

Para que seja criado um ambiente favorável, de modo a alcançar os objectivos, são estabelecidas as seguintes acções prioritárias:

- Coordenação das partes interessadas e dos esforços.
- Fortalecimento das parcerias.
- Integração dos sistemas.
- Advocacia pelos recursos prioritários.
- Destacar o compromisso nacional e político.
- Conceber padrões nacionais e linhas de orientação.
- Promoção de quadros regulatórios.
- Melhoria da qualidade.

Na ENSR são ainda estabelecidos os alvos a serem atingidos no final de 2015:

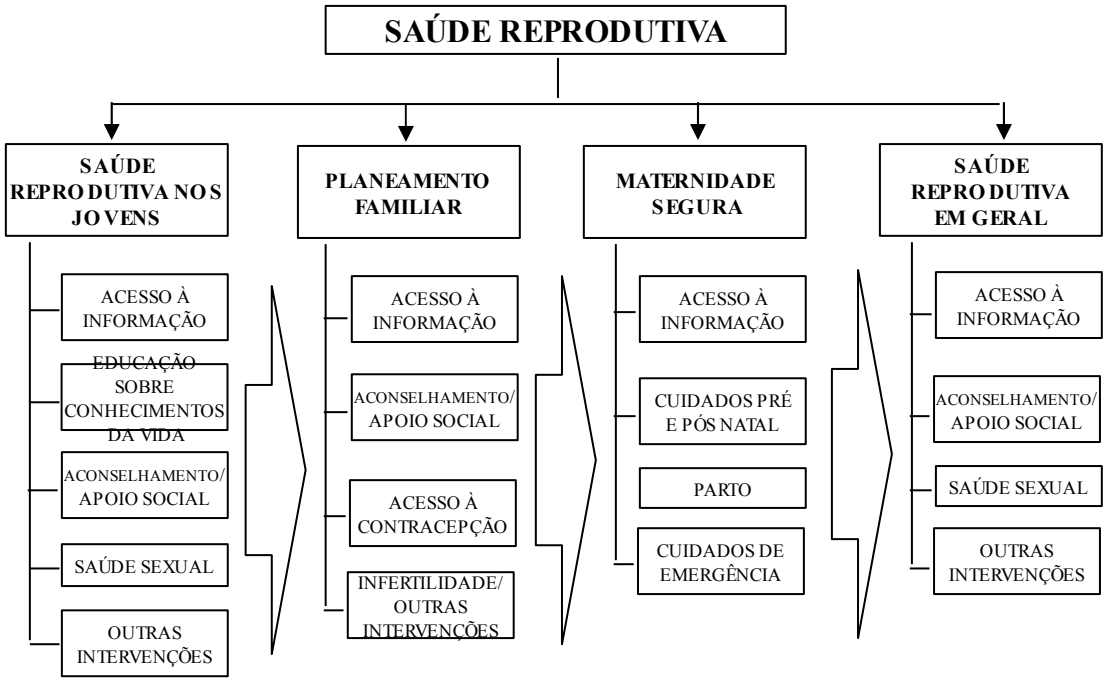
1. Reduzir o rácio de mortalidade materna em cerca de 40% dos níveis de 2004.
2. Reduzir o rácio de mortalidade perinatal e neo-natal em cerca de 40% dos níveis de 2004.
3. Aumentar a taxa de prevalência dos contraceptivos para os casais casados e solteiros em 40%.
4. Reduzir em cerca de 30% a percentagem de todos os nascimentos que ocorrem em adolescentes.
5. Aumentar a cobertura dos cuidados pré e pós natais em cerca de 80% e a taxa de nascimentos assistidos por assistentes capacitados em cerca de 50% dos níveis de 2004.

6. Reduzir o nível de IST em cerca de 40% dos níveis de 2004.

7. Reduzir a incidência das IST/HIV entre os jovens em cerca de 30%. (Ministério da Saúde de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2004, p. 14)

A ENSR também faz uma abordagem do ciclo de vida, que engloba os componentes da saúde reprodutiva dos jovens, o planeamento familiar, a maternidade segura e a saúde reprodutiva em geral. Na Figura 12 são apresentadas as diversas áreas estratégicas de intervenção para cada um dos quatro componentes:

Figura 12. Abordagem do Ciclo de Vida em Saúde Reprodutiva



Fonte: Ministério da Saúde de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2004. p. 7.

No componente da saúde reprodutiva em geral são tecidas algumas considerações sobre a necessidade de uma abordagem holística:

A Estratégia de Saúde Reprodutiva destaca os benefícios do espaçamento das crianças a fim de melhorar o estatuto de saúde das mães e das crianças, com o objectivo de reduzir o número de mortes maternas e infantis. Para além do nascimento das crianças, outras questões importantes em saúde reprodutiva incluem um comportamento sexual seguro e a prevenção de problemas em

> saúde reprodutiva (…) A abordagem em saúde reprodutiva é holística e tem em consideração não só os aspectos biomédicos das complicações de saúde reprodutiva verificadas nas mulheres, relativas à gravidez e nascimento, mas considera ainda as dimensões socioculturais das suas condições de saúde; sublinha numa larga variedade de grupos alvo, trata as questões do género nos programas de desenvolvimento da população, a fim de promover a igualdade e equidade entre os géneros; considera as consequências da violência contra os indivíduos na saúde, a participação do homem na saúde reprodutiva e o seu apoio na melhoria do estatuto de saúde das mulheres, através da igualdade entre as mulheres e os homens. (Ministério da Saúde de Timor-Leste et al., 2004, p. 31)

O Ministério da Saúde estabeleceu a sua Lei Orgânica, a qual menciona os departamentos e níveis de prestação de serviços. A ENSR, conjuntamente com outras estratégias prioritárias, forma uma parte integral desta estrutura. Nela se encontra estabelecido que a prestação primária será feita ao nível comunitário, constituindo um componente fundamental do Pacote Básico de Serviços de saúde nos Cuidados de Saúde Primários.

Os vários níveis de serviços distrital de saúde são directamente responsáveis pelo planeamento, implementação e gestão das actividades dos programas de saúde reprodutiva. A estrutura estende-se do primeiro ponto de contacto, o posto de saúde, para serviços mais avançados no centro de saúde com pequenas clínicas móveis que prestam serviços a grupos populacionais significativos, na ausência de instalações fixas.

Os distritos recebem o apoio da Direcção de Serviços de Saúde Materna para uma orientação estratégica, assessoria técnica e especializada e qualidade de controlo das intervenções e actividades em saúde reprodutiva, baseando-se na ENSR.

No seio da Equipa de Gestão Distrital da Saúde é nomeado um ponto focal que deve coordenar e integrar as componentes de saúde reprodutiva. Estes responsáveis distritais irão trabalhar com outros responsáveis dessa equipa com vista ao estabelecimento de mecanismos para as actividades da ENSR no seio do quadro distrital. É da responsabilidade do ponto focal de saúde reprodutiva assegurar a orientação técnica, apoio e monitorização da saúde reprodutiva, e que sejam incorporados no planeamento,

processos, monitorização e avaliação dos Planos de Saúde Distritais.

Os sistemas de referência alimentam-se da linha directa dos serviços de saúde até aos hospitais de referência, quer para os casos antecipados de complicações no parto ou para os serviços de urgência em obstetrícia e certos tipos de métodos de planeamento familiar, e eventualmente no Hospital Nacional em Díli ou ao serviço mais elevado quando este seja necessário.

O sistema de referência é baseado num sistema de comunicação de rádio, onde a linha directa de serviços contacta as instalações de nível superior a fim de prestar conselhos e arranjar transferências, sendo a ambulância o meio de transporte nas urgências em obstetrícia, dos postos e centros de saúde para os hospitais de referência.

A Unidade de Saúde Materna e Infantil é o ponto focal para a estratégia de saúde reprodutiva ao nível nacional, sendo estruturada de acordo com os quatro componentes da ENSR, fornecendo recursos de especialidade para os parceiros em saúde reprodutiva, incluindo apoio técnico e estratégico para os pontos focais dos distritos. Esta unidade coordena e trabalha em conjunto com todas as unidades centrais de serviços, incluindo a promoção da saúde em questões relacionadas com a saúde reprodutiva, e todas as áreas de saúde dos jovens (Ministério da Saúde de Timor-Leste et al., 2004).

PARTE II - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

1. Problema de Investigação e Justificação do Estudo

Durante séculos, a sociedade timorense encontrou-se dividida em vários grupos etnolinguísticos, mais ou menos isolados entre si, cada um dos quais possuindo características próprias em termos de língua e costumes. Ao longo dos anos, deu-se uma intensificação dos contactos interculturais, quer internamente quer com culturas provenientes do exterior, tendo ocorrido transformações a vários níveis e um concomitante processo de miscigenação e de aculturação. A língua é um dos aspectos em que este processo se torna mais evidente, nomeadamente por via da disseminação do *tetun* e da sua elevação a língua nacional; outro é a religião. Se, até à chegada dos portugueses no século XVI, os timorenses eram animistas, actualmente são, na sua grande maioria, católicos.

Uma das questões de maior importância para os estudos transculturais é a relação entre crença e comportamento (Laderman, 1991). Na revisão da literatura referente a Timor encontram-se algumas obras, nomeadamente de cariz etnográfico, cujos autores fazem referência a crenças e práticas em torno do nascimento. Relativamente a Timor-Leste enquanto colónia portuguesa, destaca-se Corrêa (1935) pelas descrições que fornece sobre os costumes de Baucau e de outras regiões. A análise comparativa da literatura existente permite identificar alguns aspectos comuns, mas também uma diversidade de práticas consoante o grupo etnolinguístico ou a região de Timor. A partir de 1975, devido à ocupação indonésia, a depredação das instituições tradicionais e dos valores culturais da população de Timor-Leste alterou radicalmente, em muitos aspectos, a sociedade timorense (Hicks, 2001). No entanto, apesar da extinção ou transformação de certos rituais, alguma literatura referente ao período pós-independência e informações provenientes de profissionais de saúde que têm desenvolvido recentemente acções em Timor-Leste, confirmam a manutenção de práticas tradicionais relacionadas com o planeamento familiar, a gravidez, o parto e o período pós-parto.

A situação de Timor-Leste relativa à saúde reprodutiva no período pós-independência constitui uma das principais preocupações de saúde e uma área prioritária de intervenção do Governo (Ministério da Saúde de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2003; PNUD, 2002). As taxas de mortalidade infantil, perinatal e neonatal são elevadas, tendo como causas mais comuns as infecções, a prematuridade e os traumatismos de parto. A mortalidade materna também é elevada, sendo a fraca saúde reprodutiva uma causa importante, com um aumento da incidência de gravidezes na adolescência, e curtos intervalos entre cada gravidez (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2002). Estas mortes resultam sobretudo de complicações relacionadas com a gravidez, o parto e o pós-parto, encontrando-se em maior risco as mulheres das zonas rurais (PNUD, 2002). Os partos ocorrem na sua maioria em casa, sendo assistidos por parteiras tradicionais, familiares ou amigos, e muitos deles não têm qualquer assistência. O país também possui uma das maiores taxas de fecundidade do mundo, associada a uma baixa utilização do planeamento familiar. Embora por um lado muitas mulheres tenham falta de acesso a informação e a serviços de planeamento familiar, por outro demonstram em geral uma preferência por famílias numerosas (Ministério da Saúde e DNE, RDTL et al., 2004).

Além de limitações inerentes ao sistema de saúde, uma complexa interacção de factores sociais, económicos, ambientais e culturais contribui para esta situação. Se, por um lado, não existe um sistema de prestação de cuidados de saúde reprodutiva eficaz, por outro a resposta dos membros da comunidade aos problemas de saúde reflecte as influências sociais e culturais.

2. Questões e Objectivos de Investigação

Factores de ordem cultural influenciam o comportamento de saúde reprodutiva dos timorenses, variando algumas das suas práticas consoante a tradição local. A intensificação dos contactos interculturais, quer entre timorenses pertencentes a diferentes grupos etnolinguísticos, quer entre timorenses e outros povos, alguns dos

quais exercendo autoridade, alterou a sociedade timorense de diversas formas. Partindo destes pressupostos, formulámos as seguintes questões de investigação:

- Quais as crenças, atitudes e práticas dos timorenses no que diz respeito ao planeamento familiar, à gravidez, ao parto e ao período pós-parto?
- Relativamente a estes aspectos, quais as semelhanças e as diferenças existentes entre os diversos grupos etnolinguísticos?
- Qual o efeito do contacto entre culturas sobre o comportamento de saúde reprodutiva dos timorenses?

Para tentar dar resposta a estas questões, definimos os seguintes objectivos de investigação:

- Descrever e comparar crenças, atitudes e práticas de saúde reprodutiva de timorenses pertencentes a diferentes grupos etnolinguísticos de Timor-Leste.
- Identificar modificações no comportamento de saúde reprodutiva dos timorenses, resultantes do contacto entre culturas.

3. Tipo de Investigação

A opção por uma abordagem qualitativa foi determinada pelas questões e pelos objectivos de investigação. Os métodos qualitativos são escolhidos em situações que necessitam de uma compreensão detalhada de um processo ou de uma experiência, quando é necessária mais investigação para determinar a natureza exacta do assunto a ser investigado, ou quando a única informação disponível é não numérica (por exemplo: textual ou visual). Tais investigações necessitam, tipicamente, de uma recolha intensiva e/ou extensiva de informação a partir de uma amostra intencional, e envolvem a interpretação de dados não estruturados ou semi-estruturados (Bazeley, 2007).

A investigação qualitativa tem sido frequentemente apresentada em oposição ao paradigma "tradicional" ou "científico", ligado a uma visão do mundo muito diferente. A investigação tradicional é baseada no pressuposto da existência de uma realidade única e objectiva – o mundo que nos rodeia, que podemos observar, conhecer e medir. A obtenção de resultados e a sua quantificação são aspectos aos quais se dá aqui a maior importância. A investigação qualitativa pressupõe, pelo contrário, que existem múltiplas realidades, sendo o mundo uma função da interacção e da percepção pessoais, e como fenómeno altamente subjectivo que é necessita de interpretação em vez de medição. Em vez de factos, são as crenças que formam a base da percepção. A investigação é exploratória, indutiva, e valoriza os processos em vez dos fins. O investigador observa, intui, entende o que está a acontecer num meio natural (Merriam, 1988).

A Psicologia Intercultural é uma área particularmente sensível a este debate, uma vez que aqui encontramos quer a pesquisa cultural, onde dominam as abordagens qualitativas, quer tradições cultural-comparativas, onde prevalecem os métodos quantitativos. Segundo Berry et al. (2002), a investigação qualitativa tem merecido atenção por parte de muitos psicólogos interculturais que durante bastante tempo sentiram que as suas questões de investigação não se encaixam no modelo restritivo da metodologia quantitativa tradicional.

Para Liamputtong (2010), a investigação qualitativa é uma abordagem apropriada para a realização de investigação intercultural, mediante a utilização de metodologias que nos permitem ver o mundo através dos olhos dos participantes, encontrar respostas que são mais relevantes para eles, e cujos produtos os beneficiam.

Embora não se possa falar de "investigação qualitativa" em geral, dada a diversidade de perspectivas que os investigadores podem proporcionar, Green e Thorogood (2004) referem as seguintes orientações metodológicas gerais partilhadas por muitos deles:

- Ênfase dado aos processos subjacentes à actividade social através de descrições detalhadas dos comportamentos e crenças dos participantes, e dos contextos em que estes ocorrem;

- um compromisso com o naturalismo, que respeita à preferência pelo estudo dos fenómenos no seu ambiente "natural";
- uma focalização na compreensão do mundo a partir da perspectiva dos participantes no estudo;
- uma abordagem flexível nas estratégias de investigação, dependendo o grau de flexibilidade das exigências do estudo e da perspectiva do investigador.

De acordo com o naturalismo, o primeiro requisito da investigação social é a fidelidade aos fenómenos em estudo, e não a qualquer conjunto particular de princípios metodológicos, embora se apoie em argumentos filosóficos ou na prática dos cientistas naturais. Entre diversas correntes filosóficas e sociológicas, o naturalismo inspira-se sobretudo no interaccionismo simbólico, na fenomenologia e na hermenêutica, que no seu conjunto também podem designar-se por "interpretativismo", e que partilham o princípio segundo o qual o mundo social não pode ser entendido em termos de simples relações causais ou pela subordinação dos eventos sociais a leis universais. Isto reside no facto de as acções humanas se revestirem de significados sociais ou culturais, ou seja, de intenções, motivos, crenças, regras, discursos e valores. Para compreender o comportamento das pessoas, deve recorrer-se a uma abordagem que permita o acesso a esses significados que o guiam (Hammersley e Atkinson, 2007).

A etnografia clássica tem como objectivo a descrição de uma cultura e está estreitamente ligada à tradição antropológica da observação da cultura *in situ*. O seu suporte teórico apoia-se fortemente numa combinação entre funcionalismo estrutural e redes sociais interactivas. O funcionalismo estrutural focaliza-se nas principais estruturas de uma sociedade e na maneira como cada parte contribui através do consenso e avança para o equilíbrio no funcionamento regular dessa sociedade. A mudança e a adaptação são possíveis com movimentos em direcção a um novo equilíbrio ajustado à medida que se desenvolvem redes sociais interactivas e a sociedade se torna mais complexa. O papel do investigador é tradicionalmente o de um observador "neutro", reservado e reflexivo, documentando meticulosamente imagens visuais e resultantes da observação e colocando questões quer através de conversas informais

quer de entrevistas formais, de forma a identificar, cruzar e confirmar a compreensão das estruturas e ligações sociais, as crenças e os padrões de comportamento das pessoas no interior da cultura. Este processo envolve geralmente uma permanência prolongada no local, por vezes durante vários anos, aprendendo a língua e recolhendo dados (Grbich, 2007).

No mesmo sentido, Carmo e Ferreira (1998) referem que os estudos etnográficos, em que são feitas descrições de grupos ou subgrupos culturais, "pressupõem uma extensa recolha de dados durante um período mais ou menos longo, de uma forma naturalística, isto é, sem que o investigador interfira na situação que está a estudar" (p. 219).

No entanto, segundo Grbich (2007), os etnógrafos actuais passaram do processo original para a mini-etnografia caracterizada por um período de tempo mais curto no terreno e um uso ecléctico de técnicas de colheita de dados, entre as quais se incluem as entrevistas face a face, os grupos focais, a observação participante, inquéritos e documentação visual e escrita, e diversas opções entre a análise preliminar, temática, de conteúdo, de discurso, de conversação e narrativa.

Em termos temáticos, os estudos culturais abrangem um amplo campo de estudo que inclui uma série de diferentes tradições teóricas, sendo o próprio conceito de cultura entendido de muitas formas diferentes. A especificidade dos estudos culturais reside na sua intenção "ecléctica" de integrar diferentes linhas de investigação e orientações. Um dos aspectos mais importantes dos estudos culturais é a importância atribuída ao significado, e à mediação da vida social através dos significados. Em investigação empírica sociológica o conceito de significado refere-se frequentemente ao simbolismo que está associado a actividades ou objectos específicos. Segundo a perspectiva teórica representada pelos estudos culturais, a realidade é construída socialmente, sendo composta por interpretações de significados e regras de interpretação na base das quais as pessoas se orientam a elas próprias na sua vida diária (Alasuutari, 1995).

Os estudos culturais, sendo interdisciplinares, não se identificam com o desenvolvimento de uma tradição metodológica em particular, mas são eclécticos nos

métodos que utilizam, pelo que lidam com "metodologias" em vez de uma única metodologia (McGuigan, 1997).

Para Alasuutari (1995), a verdadeira essência dos estudos culturais consiste em utilizar todas as teorias e métodos que possam contribuir para a compreensão dos fenómenos estudados. A sua metodologia é pragmática e estratégica na escolha e na aplicação de diferentes métodos e práticas, pelo que tem sido frequentemente descrita por via do conceito de *bricolage*.

Nos estudos culturais, dadas as suas características são necessários métodos de investigação flexíveis: "Para os estudos culturais, as questões-chave são sobre o significado e a importância do cultural a todos os níveis dos processos social e cultural. Para estas explorações necessitamos de métodos de investigação flexíveis" (Gray, 2003, p. 17, tradução nossa).

Segundo Aboud (1998), os métodos qualitativos proporcionam informação descritiva em profundidade sobre uma comunidade ou sobre indivíduos, geralmente acompanhada de informação sobre o contexto no qual eles funcionam. Isto é particularmente útil quando o investigador carece de compreensão acerca do fenómeno ou da sua importância e ainda não pode formular proposições que possam ser estatisticamente testadas.

Seguindo esta linha de ideias, para a realização do presente estudo de investigação adoptámos uma metodologia qualitativa que considerámos ser adequada aos objectivos traçados. Não se tratando de um estudo etnográfico clássico, possui características dos estudos etnográficos. Neste tipo de estudos a ideia de cultura é central, procurando o investigador "imergir" na unidade de estudo, na tentativa de compreender as crenças e os comportamentos dos sujeitos através dos seus pontos de vista (Carmo e Ferreira, 1998). O facto de termos efectuado a recolha de dados em múltiplas comunidades, de forma a serem abrangidos vários grupos etnolinguísticos, implicou muitas deslocações e a impossibilidade de permanência junto de cada comunidade por um período de tempo prolongado. Daí a necessidade de recorrermos a uma abordagem metodológica um

pouco mais flexível e adaptada a estas circunstâncias.

O presente estudo é descritivo, porque a sua finalidade é "compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação" (Carmo e Ferreira, 1998, p. 213); exploratório, uma vez que visa proceder ao reconhecimento de uma realidade pouco estudada; e também comparativo, porque nele é feita a comparação entre uma multiplicidade de casos no que respeita a aspectos particulares (Flick, 2009).

4. Participantes da Investigação

> O carácter inicialmente exploratório da investigação etnográfica significa que frequentemente não será claro onde, dentro de um cenário, deve ter início a observação, que actores necessitam de ser seguidos, e assim sucessivamente. As estratégias de amostragem terão de ser trabalhadas, e mudadas, à medida que a investigação progride (Hammersley e Atkinson, 2007, p. 4, tradução nossa).

Dado o carácter exploratório do presente estudo, a estratégia de selecção dos participantes da investigação foi desenvolvida de forma progressiva, recorrendo a um processo de amostragem em cadeia ou "bola de neve". Este revela-se apropriado para a investigação intercultural, especialmente quando os investigadores recorrem a intermediários culturais ou líderes comunitários (Liamputtong, 2010). Além de aumentar o potencial conjunto de participantes, trata-se também de um método eficaz para ajudar o investigador a ser conhecido por outros pelo processo da recomendação positiva (Eide e Allen, 2005).

Tendo em vista uma abordagem abrangente da realidade em estudo, em cada distrito visitado foram recolhidos dados provenientes dos seguintes grupos de participantes:

- Informadores privilegiados provenientes de diversos sectores de actividade.
- Parteiras e outros profissionais de saúde prestadores de cuidados de saúde reprodutiva.

- Parteiras/os tradicionais.
- Mulheres e casais com filhos.

O número de participantes por distrito, apresentado no Quadro 7, variou consoante a acessibilidade e o tempo despendido em cada local, além da disponibilidade de transportes, de alojamento e de intérpretes, entre outros factores.

Quadro 7. Participantes da Investigação por Distrito

Distrito	Informadores Privilegiados	Profissionais de Saúde	Parteiras/os Tradicionais	Mulheres e Homens / Casais
Aileu	3	2	2	8
Baucau	13	6	9	3
Bobonaro	5	7	5	23
Covalima	9	3	9	6
Díli	18	12	5	18
Ermera	3	2	1	4
Lautém	14	6	13	14
Liquiça	1	2	4	6
Manatuto	1	2	2	10
Oecusse	6	13	20	22
Total	**73**	**55**	**70**	**114**

O recurso a informadores privilegiados reveste-se de especial importância por estes poderem fornecer informações úteis e proporcionar diferentes perspectivas sobre matérias de interesse (Aboud, 1998).

Este grupo incluiu, entre outros, elementos da Presidência e do Governo, representantes da Igreja, membros de diversas ordens religiosas, profissionais com funções de coordenação em vários departamentos de saúde, membros de organizações nacionais e internacionais, líderes locais, curandeiros e peritos em assuntos culturais. Conseguimos, por este processo, uma grande quantidade de informação sobre assuntos de interesse para o nosso estudo. Dado o limitado conhecimento da população, foi também através de alguns destes informadores privilegiados que conseguimos identificar e ter acesso a

grande parte dos restantes participantes.

Participaram no presente estudo de investigação setenta e três informadores privilegiados, entre os quais estão incluídos o Presidente e dois membros do Governo da RDTL, nove directores/coordenadores de saúde nacionais e distritais, quatro directores de hospitais, outros quatro funcionários do sector da saúde, sete representantes/membros de congregações religiosas, oito membros de organizações nacionais e internacionais, quinze chefes de suco e de aldeia, quatro curandeiros (dois *fataluku*, um *makasae* e um *kemak*). Foram também entrevistados diversos peritos em assuntos culturais, entre outros (Quadro 8).

Quadro 8. Número de Informadores Privilegiados por Tipo de Actividade

Tipo de Actividade	Nº Informadores Privilegiados
Presidente da RDTL	1
Membros do Governo	2
Directores/coordenadores de saúde nacionais e distritais	9
Directores de hospitais	4
Outros funcionários do sector da saúde	4
Representantes / membros de congregações religiosas	7
Membros de organizações nacionais e internacionais	8
Chefes de suco e de aldeia	15
Curandeiros	4
Peritos em assuntos culturais e outros	19
Total	**73**

Outro grupo, constituído por profissionais de saúde prestadores de cuidados de saúde reprodutiva, incluiu sobretudo parteiras, e também alguns enfermeiros e médicos. Estes profissionais exerciam funções em hospitais, centros de saúde comunitários, postos de saúde e outras instituições existentes nos distritos visitados.

Participaram no estudo quarenta e três parteiras, cinco enfermeiros e sete médicos. As parteiras são todas do sexo feminino. As suas idades variam entre os vinte e cinco e os sessenta e seis anos, situando-se a média, aproximadamente, nos trinta e oito anos. Uma

é indonésia (natural de Bandung, ilha de Java) e as restantes timorenses, pertencendo aos seguintes grupos etnolinguísticos: *baikenu* (dez), *bunak* (duas), *fataluku* (três), *kemak* (uma), *midiki* (uma), *makasae* (dez), *mambae* (onze) e *tetun* (quatro) (Quadro 9).

Quadro 9. Número de Parteiras por Grupo Etnolinguístico

Grupo Etnolinguístico	Nº Parteiras
Baikenu	10
Bunak	2
Fataluku	3
Kemak	1
Midiki	1
Makasae	10
Mambae	11
Tetun	4
Outro	1
Total	**43**

Duas parteiras exercem funções em Aileu, cinco em Baucau, três em Bobonaro, duas em Covalima, dez em Díli, uma em Ermera, seis em Lautém, duas em Liquiça, duas em Manatuto e dez em Oecusse (Quadro 10). O tempo de exercício profissional varia entre dois e trinta e nove anos, situando-se a média nos quinze anos.

Quadro 10. Número de Parteiras por Local de Trabalho

Aileu	2
Baucau	5
Bobonaro	3
Covalima	2
Díli	10
Ermera	1
Lautém	6
Liquiça	2
Manatuto	2
Oecusse	10
Total	**43**

Dos cinco enfermeiros, quatro são do sexo feminino e um do sexo masculino. Dois (um *bunak* e um *kemak*) exercem funções em Atabae (Bobonaro), e dois (um *baikenu* e um *galolen*) exercem funções em Oesilo (Oecusse); outro (*mambae*) exerce funções em Atsabe (Ermera) (Quadro 11). A média de idades situa-se, aproximadamente, nos quarenta e três anos.

Quadro 11. Número de Enfermeiros por Local de trabalho e Grupo Etnolinguístico

Grupo Etnolinguístico	Local de Trabalho	Nº Enfermeiros
Baikenu	Oesilo (Oecusse)	1
Bunak	Atabae (Bobonaro)	1
Galolen	Oesilo (Oecusse)	1
Kemak	Atabae (Bobonaro)	1
Mambae	Atsabe (Ermera)	1
Total		**5**

Dos sete médicos, quatro são do sexo feminino e três do sexo masculino, sendo um timorense, um americano e cinco cubanos. Um exerce funções em Baucau, um em Pante Macassar (Oecusse), um em Suai (Covalima), dois em Díli e dois em Atabae (Bobonaro) (Quadro 12). A média de idades situa-se, aproximadamente, nos trinta e seis anos.

Quadro 12. Número de Médicos por Local de trabalho e Nacionalidade

Nacionalidade	Local de Trabalho	Nº Médicos
Timorense	Díli	1
Americana	Díli	1
Cubana	Pante Macassar (Oecusse)	1
Cubana	Atabae (Bobonaro)	2
Cubana	Baucau	1
Cubana	Suai (Covalima)	1
Total		**7**

Em Timor-Leste as/os parteiras/os tradicionais são prestadores informais de cuidados de saúde reprodutiva e existem em todo o território. Embora pertençam, na sua grande maioria, ao sexo feminino, também se encontram alguns homens a exercer esta actividade. Nos vários distritos e dentro de cada grupo etnolinguístico estudado, a identificação, o acesso e a recolha de dados junto de parteiras/os tradicionais foram facilitados por informadores privilegiados e membros da comunidade local. Relativamente à sua distribuição por grupo etnolinguístico, vinte são *baikenu*, sete *bunak*, cinco *fataluku*, dois *galolen*, cinco *makalero*, sete *makasae*, nove *mambae*, oito *tetun*, dois *tokodede* e cinco *uaima'a* (Quadro 13).

Quadro 13. Número de Parteiras/os Tradicionais por Grupo Etnolinguístico

Grupo Etnolinguístico	Nº Parteiras/os Tradicionais
Baikenu	20
Bunak	7
Fataluku	5
Galolen	2
Makalero	5
Makasae	7
Mambae	9
Tetun	8
Tokodede	2
Uaima'a	5
Total	**70**

Das/os setenta parteiras/os tradicionais participantes no estudo, sessenta e quatro são do sexo feminino e seis do sexo masculino. As suas idades variam entre os trinta e dois e os oitenta anos, situando-se a média nos sessenta anos. No entanto, cerca de um terço desconhece a sua idade, pelo que foi feita uma estimativa através de dados fornecidos por familiares ou vizinhos, ou mediante o relacionamento do ano de nascimento com factos históricos. À excepção de duas, referidos como "gentias" ou animistas, todas/os as/os restantes se consideram católicas/os. Quanto ao nível de escolaridade, cinquenta e seis não sabem ler nem escrever, e apenas catorze frequentaram o 1º ciclo. Quanto ao

estado civil, quarenta e seis são casadas/os e vinte e quatro viúvas/os. O número de filhos varia entre zero e vinte e dois, com uma média de sete filhos nascidos por parteira/o. O número de anos de actividade como parteiras/os tradicionais varia entre três e cinquenta e três, sendo a média de vinte e cinco anos.

Outro grupo de participantes é constituído por mulheres e homens (alguns dos quais constituem casais) com filhos, pertencentes aos grupos etnolinguísticos *baikenu* (vinte e dois), *bunak* (vinte e cinco), *fataluku* (oito), *galolen* (dez), *kemak* (cinco), *makalero* (seis), *mambae* (vinte e quatro), *tetun* (seis), *tokodede* (três) e *uaima'a* (três). Participaram ainda duas mulheres indonésias, uma natural de Sumatra e outra de Atambua, em Timor Ocidental (Quadro 14).

Quadro 14. Número de Mulheres e Homens por Grupo Etnolinguístico

Grupo Etnolinguístico	**Nº Mulheres e Homens**
Baikenu	22
Bunak	25
Fataluku	8
Galolen	10
Kemak	5
Makalero	6
Mambae	24
Tetun	6
Tokodede	3
Uaima'a	3
Outros	2
Total	**114**

Destes participantes, noventa e oito são do sexo feminino e dezasseis do sexo masculino. No que respeita à religião, são todos católicos. Relativamente ao estado civil, uma mulher é separada, uma é solteira, três são viúvas e os restantes homens e mulheres (cento e nove) são casados, tradicionalmente ou pela Igreja Católica. O número total de filhos nascidos por cada sujeito varia entre um e treze, situando-se a

média nos cinco filhos. As suas idades variam entre os dezanove e os setenta e seis anos, situando-se a média nos trinta e nove anos. Como alguns desconhecem a idade, nestes casos foi estimada uma idade aproximada através de dados fornecidos por familiares ou vizinhos, ou mediante relacionamento do ano de nascimento com factos históricos. Quanto ao nível de escolaridade, quarenta e cinco não sabem ler nem escrever, vinte e seis frequentaram o 1º ciclo (um a quatro anos de escolaridade), seis frequentaram o 2º ciclo (cinco a seis anos de escolaridade), nove frequentaram o 3º ciclo (sete a nove anos de escolaridade), doze frequentaram o ensino secundário (dez a doze anos de escolaridade), cinco frequentaram o ensino superior ou possuem cursos técnicos, e dois concluíram a licenciatura (Quadro 15).

Quadro 15. Número de Mulheres e Homens por Nível de escolaridade

Nível de escolaridade	Nº de Mulheres e Homens
Não sabem ler nem escrever	45
1º ciclo (1-4 anos de escolaridade)	26
2º ciclo (5-6 anos de escolaridade)	6
3º ciclo (7-9 anos de escolaridade)	9
Ensino secundário (10-12 anos de escolaridade)	12
Frequência do ensino superior ou cursos técnicos	5
Licenciatura	2
Desconhecido	9

Quanto à profissão/ocupação das mulheres, sessenta e duas são domésticas, dezanove agricultoras, e quatro referem ter ambas as ocupações. Das restantes, três são tecelãs, três professoras, duas funcionárias de ONG, duas enfermeiras, uma empregada de mesa, uma empregada doméstica e uma secretária. Dos homens, seis são agricultores, três professores, três ex-chefes de suco, um secretário de paróquia, um funcionário de ONG e dois reformados, um dos quais ex-militar (Quadro 16).

Quadro 16. Profissão / Ocupação de Mulheres e Homens

Profissão / Ocupação	Mulheres	Homens
Doméstica	62	-
Agricultor/a	19	6
Doméstica e agricultora	4	-
Tecelã	3	-
Professor/a	3	3
Funcionário/a de ONG	2	1
Enfermeira	2	-
Empregada de mesa	1	-
Empregada doméstica	1	-
Secetária/o	1	1
Ex-chefe de suco	-	3
Reformado	-	2

5. Métodos e Instrumentos de Recolha de Dados

No que respeita à recolha de dados, a etnografia envolve geralmente a participação do investigador, de forma aberta ou dissimulada, na vida diária das pessoas durante um período de tempo prolongado, observando os acontecimentos, escutando o que é dito e / ou colocando questões por meio de entrevistas formais e informais, recolhendo documentos e objectos; ou seja, recolhendo quaisquer dados que se encontrem disponíveis para clarificar os assuntos que constituem o foco emergente da investigação. A triangulação de observações com outras fontes de dados aumenta a expressividade dos dados recolhidos (Hammersley e Atkinson, 2007).

A triangulação é definida genericamente como o uso de múltiplos métodos no estudo do mesmo objecto. Cada método de investigação implica uma diferente linha de acção perante a realidade, cada um dos quais revelando diferentes aspectos da mesma.

Cada método é uma diferente linha de visão direccionada para o mesmo ponto, observando a

> realidade social e simbólica. Ao combinarem várias linhas de visão, os investigadores obtêm uma melhor, mais sólida imagem da realidade; uma disposição de símbolos e conceitos teóricos mais rica e mais completa; e uma forma de verificar muitos destes elementos. O uso de múltiplas linhas de visão é frequentemente chamado *triangulação*. (Berg, 1998, pp. 4-5, tradução nossa)

A triangulação, considerada por alguns autores como sendo uma forma de validar os resultados obtidos com os métodos individuais, tem vindo progressivamente a ser objecto de uma mudança conceptual. Denzin e Lincoln (1994) consideram que a triangulação não é uma ferramenta ou estratégia de validação mas uma alternativa à validação, reflectindo uma tentativa de assegurar um conhecimento profundo do fenómeno em questão.

Segundo Denzin (1989), a triangulação pode dizer respeito a dados, investigadores, teorias e metodologias. Estes quatro tipos de triangulação podem ser usados como estratégias para a produção de um melhor conhecimento na investigação, ou como estratégias para a melhoria da qualidade da investigação qualitativa (Flick, 2009).

No presente estudo efectuámos uma triangulação de métodos na recolha de dados, procurando integrar diferentes perspectivas que, conjugadas, pudessem proporcionar um retrato mais completo e expressivo do fenómeno em estudo.

5.1. Entrevistas

A entrevista é uma forma de comunicação da maior importância, permitindo extrair diferentes tipos de informação provenientes de pessoas singulares ou de grupos.

> A entrevista, enquanto técnica de investigação, assenta em processos de recolha de informação verbal, desenvolvidos no contexto de uma interacção orientada de acordo com as hipóteses de trabalho e os objectivos da pesquisa previamente definidos. Através do contacto directo entre o *entrevistador-entrevistado*, procura-se aceder às representações deste último sobre um acontecimento, suas vivências pessoais e contexto sociocultural em que se encontra inserido. (Ribeiro, 2003, p. 261)

Em investigação qualitativa, a entrevista é um método particularmente útil para aceder a atitudes e valores individuais, que nem sempre podem ser alvo de observação ou acomodados em questionários formais. A entrevista constitui um recurso flexível; pode constituir a estratégia dominante para a recolha de dados, ou pode ser utilizada em conjunto com outras técnicas (Seale, 2004).

No mesmo sentido, Hammersley e Atkinson (2007) referem que, nos estudos etnográficos, a entrevista pode constituir uma fonte de dados extremamente importante ao permitir recolher informação que seria muito difícil, se não impossível, obter de outra forma. Ao mesmo tempo, há grande vantagem em combinar a observação participante com entrevistas, em particular pelo facto de os dados obtidos através de cada um destes métodos poderem iluminar o outro. Em investigação etnográfica as entrevistas variam, indo desde conversas espontâneas e informais no decurso de outras actividades até encontros organizados formalmente. No caso das primeiras, é difícil fazer a distinção entre entrevista e observação participante. Por vezes, as entrevistas são realizadas na presença de outras pessoas, o que nem sempre pode ser evitado; outras vezes os investigadores organizam intencionalmente entrevistas com mais de uma pessoa em simultâneo.

No presente estudo, para efectuar a recolha de dados junto de informadores privilegiados recorremos principalmente a entrevistas não estruturadas e exploratórias, com o objectivo de obter pistas de reflexão, aprofundamento e orientação do objecto de estudo.

> Estas entrevistas consistem normalmente em conversas de natureza informal em que se procura que o entrevistado se expresse o mais livremente possível sobre os assuntos que lhe são propostos. Dirigem-se normalmente a *informantes privilegiados*, isto é, a pessoas que, pela posição que ocupam, funções que desempenham ou conhecimento que detêm sobre o grupo ou temáticas a investigar, se revelam como fontes de informação particularmente profícuas. (Ribeiro, 2003, p. 262)

As entrevistas semi-estruturadas constituíram o principal método de recolha de dados

junto de parteiras e outros profissionais de saúde, parteiras tradicionais e mulheres / casais com filhos. Optámos pela sua utilização pelo facto de pretendermos fazer comparações entre grupos de pessoas, permitindo ao mesmo tempo flexibilidade e abertura na abordagem dos assuntos (Bernard e Ryan, 2010).

Neste tipo de entrevista há uma preparação anterior das questões e temáticas a abordar, embora a forma e a ordem como elas são introduzidas possa variar, adaptando-se ao discurso do entrevistado (Ribeiro, 2003). O "guião de entrevista" ou "agenda de temas" é um instrumento de recolha de dados utilizado na entrevista semi-estruturada, sendo constituído por uma lista de questões ou tópicos que se pretendem abordar no estudo.

Nas entrevistas semi-estruturadas foi utlilizado um guião de entrevista para cada conjunto de entrevistados: parteiras e outros profissionais de saúde (Anexo I), parteiras tradicionais (Anexo II), e mulheres/casais (Anexo III). Ao procedermos à elaboração destes guiões de entrevista, tentámos que neles fossem contempladas questões relativas aos assuntos que considerámos serem mais relevantes de acordo com os objectivos traçados e com a revisão da literatura efectuada. Estes instrumentos foram afinados e completados após a realização das primeiras entrevistas.

A maior parte das entrevistas foi realizada individualmente, tendo sido também efectuadas entrevistas de grupo, de constituição variável, e entrevistas a casais. A situação dependeu da oportunidade e dos recursos proporcionados em cada local.

> Habitualmente dirigidas apenas a um só sujeito, as entrevistas podem também envolver vários entrevistados – *entrevistas de grupo*, o que pode tornar a situação da entrevista menos desconfortável e tensa para os entrevistados, criando condições mais favoráveis e estimulantes à sua participação. Permitem por isso aceder a informação mais complexa e diversificada, resultante da pluralidade dos discursos dos actores sociais em presença e das interacções desenvolvidas entre eles durante a entrevista. (Ribeiro, 2003, p. 263)

Apresenta-se, no Quadro 17, o número e o tipo de entrevistas efectuadas em cada distrito:

Quadro 17. Número e Tipo de Entrevistas por Distrito

Distrito	Entrevistas Individuais	Entrevistas a Casais	Entrevistas de Grupo
Aileu	2	0	7
Baucau	21	1	4
Bobonaro	12	2	6
Covalima	14	2	4
Díli	39	7	4
Ermera	6	1	1
Lautém	28	3	7
Liquiça	2	2	3
Manatuto	3	0	2
Oecusse	31	0	14
Total	**158**	**18**	**52**

O consentimento para a participação no estudo foi obtido verbalmente, após o fornecimento de explicações sobre o seu âmbito e conteúdo. Grande parte dos entrevistados não sabia ler nem escrever, pelo que não se nos afigurou viável nem oportuno solicitar o seu consentimento por escrito. De forma a assegurar que tudo o que fosse dito ficasse registado, solicitámos aos entrevistados a gravação áudio das entrevistas, o que foi aceite na maioria dos casos, apenas com algumas excepções, em que nos limitámos a tirar apontamentos escritos. A duração média das entrevistas foi de duas horas.

Segundo Green e Thorogood (2004), "numa investigação com um período mais curto, especialmente quando é realizada numa série de diferentes ambientes culturais, utilizar intérpretes e tradutores pode ser uma necessidade" (p. 84, tradução nossa). No caso da presente investigação, o contexto multilinguístico em que foi desenvolvida constituiu uma das maiores dificuldades e levou à necessidade, na maior parte das entrevistas, de recorrer a intérpretes com conhecimentos da língua portuguesa (em situações pontuais da língua inglesa) e da língua local.

Junto de cada grupo etnolinguístico recorremos a um ou mais intérpretes, na sua maioria do sexo feminino, aos quais foi fornecida uma explicação prévia sobre a função a

desempenhar, os objectivos do trabalho e os assuntos abordados nas entrevistas. Grande parte destes intérpretes trabalhavam nas áreas da saúde e da educação, ou ocupavam cargos em organizações timorenses. Alguns deles também participaram no estudo como informadores privilegiados.

As línguas oficiais, português e *tetun*, não eram faladas e/ou entendidas por muitos dos inquiridos. Houve recurso ao português sempre que a língua era minimamente dominada, tendo sido também por vezes utilizado o inglês e o castelhano. Os nossos conhecimentos de *tetun*, adquiridos de forma gradual, facilitaram a compreensão mútua de muitos dos aspectos abordados nas entrevistas.

5.2. Observação Directa e Participante

Segundo Denzin (1989), a observação pode definir-se como o registo de uma unidade ou unidades de interacção que ocorrem numa situação social concreta. A interacção que é registada pode ser induzida (por exemplo: entrevista), produzida experimentalmente (por exemplo: experiência social), ou ocorrer natural e espontaneamente (por exemplo: observação participante).

Na observação não participante o observador abstém-se de intervenções no terreno; ele mantém a distância dos acontecimentos observados de forma a não os influenciar (Hammersley e Atkinson, 2007).

Na observação participante, o investigador observa a partir da perspectiva do que é observado, mas também influencia o que observa devido à sua participação. Este método aproxima-se de uma concepção da investigação qualitativa como um processo, porque pressupõe a permanência no terreno por um longo período e em contacto com as pessoas e os contextos a serem estudados (Flick, 2009).

A observação participante, mais utilizada em investigação qualitativa, é usada para recolher informação sobre pessoas pertencentes a um grupo cultural, ligada a

acontecimentos nas suas vidas diárias. Especialmente quando as intervenções são planeadas por pessoas de diferentes culturas, este tipo de observação pode proporcionar informação sobre os valores, crenças e práticas da comunidade. A observação participante reveste-se de especial importância quando a actividade de interesse está geralmente escondida de estranhos, como é o caso de certos rituais. Outra vantagem é o facto de as acções serem descritas dentro do seu contexto natural e sequência de eventos. Por vezes são necessárias informações etnográficas acerca do contexto alargado (por exemplo: condições agrícolas e ecológicas, estrutura política e agregado familiar), para comparar o caso com outros (Aboud, 1998).

O tempo de permanência e as experiências vivenciadas em Timor-Leste proporcionaram-nos diversas oportunidades de observação directa e participante de acontecimentos da vida diária dos timorenses. Devido a limitações de diversa ordem, não foi possível efectuarmos períodos prolongados de observação participante junto de cada grupo etnolinguístico, pelo que observámos apenas alguns dos rituais e práticas descritos no estudo. No entanto, a sua associação aos restantes métodos utilizados, num processo de triangulação, permitiu obter um conhecimento bastante aprofundado dos fenómenos em estudo.

A elaboração de um diário de campo, onde íamos registando todas as actividades observadas e desenvolvidas ao longo da pesquisa e as nossas impressões sobre as mesmas, constituiu um importante instrumento auxiliar da recolha de dados.

5.3. Observação Fotográfica e Fílmica

O filme e a fotografia representam formas culturais e simbólicas que podem ser usadas para iluminar aspectos importantes da vida social. Em geral, os métodos visuais podem ser utilizados em conjunto com outros métodos de investigação como a entrevista e a observação participante, complementando a estratégia da triangulação (Denzin, 1989).

De acordo com Banks (2007), as metodologias visuais de investigação tendem, em

geral, mais para o exploratório do que para o confirmatório. Ou seja, este tipo de metodologias não é tanto utilizado como um método para recolher dados de tamanho e modelo predeterminados que confirmarão ou refutarão hipóteses previamente estabelecidas, mas mais como um método concebido para introduzir o investigador em domínios que ele pode não ter considerado, e conduzi-lo a descobertas que não tinham sido previamente antecipadas.

Os métodos baseados no recurso a dados visuais proporcionam novas formas de documentar o lado visual do ambiente e das práticas sociais e de os tornar parte da investigação. Os dados visuais podem consistir em materiais existentes ou podem ser produzidos especificamente para o âmbito da investigação (Flick, 2009).

Para Collier e Collier (1986), a fotografia proporciona um registo preciso da realidade material observada, pelo que constitui um poderoso instrumento de investigação. A câmara funciona por meio de um processo mecânico, e consequentemente pode ter-se a percepção da veracidade desse registo. Além disso, é uma máquina sensível às intenções do seu operador, permitindo uma observação selectiva e focalizada:

> O olho crítico da câmara é um instrumento essencial na recolha de informação visual precisa porque nós modernos somos frequentemente fracos observadores. O seu foco nítido pode ajudar-nos a ver mais e com maior precisão. A câmara não é apresentada como uma panaceia para as nossas limitações visuais, já que faz um reconhecimento sistematizado e preciso beneficiando do reu registo mecanicista da cultura, comportamento e interacções. Exploramos a fotografia como um instrumento de investigação, com metodologias associadas, que ampliam as nossas percepções se dela fizermos uma utilização hábil e apropriada. A fotografia é apenas um meio para um fim: observação holística e precisa, pois apenas a resposta humana pode abrir o olho da câmara ao uso significativo. (p. 5, tradução nossa)

Além da fotografia simples ou de uma série de fotografias, em investigação qualitativa também se pode recorrer ao filme e ao vídeo para documentar diversas experiências (Flick, 2009).

Segundo Ramos (2004), "A observação fílmica envolve o conjunto de actividades do

investigador relativas, tanto às actividades do registo das imagens, como à observação e análise da imagem relativa ao processo filmado" (p. 222). O método fílmico apresenta numerosas vantagens, entre as quais se destaca o facto de permitir a compreensão da relação entre as representações e as práticas, e comparar actividades semelhantes em famílias e contextos diferentes, o que favorece a comparação transcultural (Ramos, 2004, 2010).

Embora as imagens não substituam necessariamente as palavras como forma dominante de investigação ou representação, elas devem ser vistas como um elemento do trabalho etnográfico igualmente significativo. Assim, as imagens visuais, as descrições e os objectos devem ser incorporados quando tal é apropriado, oportuno ou esclarecedor (Pink, 2001).

Na nossa investigação, com vista a complementar e proporcionar uma melhor compreensão dos fenómenos estudados, o processo de recolha de dados incluiu o registo de imagens através da fotografia e do filme. Tal como é evidenciado por Ramos (2010), a observação fotográfica e fílmica permitiu-nos a análise da comunicação, não só verbal, mas também gestual e postural, segundo as representações subjacentes, e facilitou a comparação de práticas e rituais entre grupos etnolinguísticos.

No decurso do trabalho de campo, também nos foi possibilitada a visualização de filmes relacionados com a saúde reprodutiva em Timor-Leste, produzidos pelo Centro Audiovisual Max Stahl Timor-Leste (CAMS-TL), situado em Díli. Algumas destas filmagens foram realizadas em locais diferentes daqueles onde procedemos à recolha de dados, pelo que nos permitiram obter uma panorâmica ainda mais ampla sobre o objecto de estudo.

De acordo com Banks (2007), no que diz respeito a questões éticas, as maiores preocupações da investigação visual relacionam-se com a impossibilidade de garantir a anonimidade, dada a natureza indicadora das representações fotomecânicas, ao permitir a identificação de indivíduos específicos. No decurso da realização do nosso estudo, ao serem comunicados os fins a que se destinavam as imagens recolhidas esta questão não

deu origem a constrangimentos. O consentimento informado para a recolha das imagens foi obtido oralmente, forma que considerámos culturalmente mais apropriada dada a pouca familiaridade que muitos dos participantes do estudo tinham, quer com a literacia quer com tecnologias de imagem mecânicas. Neste tipo de situações, o consentimento obtido através da assinatura de formulários escritos pode não fazer sentido, ou até ser alvo de atitudes hostis (Banks, 2007).

6. Inserção e Procedimentos no Terreno de Estudo

A nossa primeira estadia em Timor-Leste deu-se entre 1999 e 2000, ao integrar a Missão Diplomática Portuguesa com funções de ligação ao sector humanitário, incluindo a saúde. Tratou-se de uma experiência marcante dada a situação vivida no território, e aí teve início um percurso profissional e académico em que esta terra e o seu povo se mantiveram frequentemente presentes. Ao regressar a Portugal, no âmbito do mestrado em Comunicação em Saúde efectuámos um estudo de investigação sobre os conhecimentos, atitudes e práticas sobre Planeamento Familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal. A possibilidade de continuar a investigação na área da saúde reprodutiva dos timorenses, desta vez em Timor-Leste, surgiu em 2005.

Em Portugal, a pesquisa bibliográfica e contactos efectuados com profissionais de saúde portugueses que tinham estado recentemente em Timor-Leste proporcionaram-nos informações importantes para a elaboração do nosso projecto de investigação. Este trabalho foi posteriormente continuado em Timor-Leste, tendo ocorrido entretanto uma deslocação à Holanda (Leiden) e outra, posteriormente, a França (Paris), para complementar a pesquisa bibliográfica.

A nossa partida para Timor-Leste ocorreu em Setembro de 2005, logo que reunidas as necessárias condições pessoais e profissionais. Díli, capital de Timor-Leste, foi o local onde, por motivos familiares, mantivemos a residência principal. Entre Abril e Junho de 2006 deu-se uma interrupção do trabalho de campo devido aos conflitos internos que

deflagraram no país. Durante esse período permanecemos em Portugal. Voltámos a Timor presenciando ainda uma situação de grande instabilidade e insegurança, sobretudo em Díli, mas também em certas zonas a ocidente. No entanto, até ao regresso a Portugal, que se deu em Junho de 2007, foi possível continuar a recolha de dados, embora com algumas limitações.

A apresentação do nosso projecto de investigação foi efectuada em finais de Setembro de 2005 ao Secretário Permanente do Ministro da Saúde. De acordo com os procedimentos formais exigidos a nível do Ministério da Saúde, redigimos uma carta de apresentação dirigida ao Ministro da Saúde, à qual foi agregado um resumo do projecto e um documento comprovativo da situação de doutoranda emitido pela Universidade Aberta. Este processo foi sujeito a alguma demora, uma vez que a reunião e entrega da documentação só foi possível em finais de Janeiro de 2006, e a resposta recebida ao fim de dois meses. O documento recebido constituiu uma espécie de "credencial" para poder recolher dados junto de algumas entidades oficiais, nomeadamente hospitais e centros de saúde.

Neste período inicial, e ao longo da nossa estadia em Díli, fomos estabelecendo sucessivos contactos junto de várias instituições. A nível de alguns departamentos do Ministério da Saúde (nomeadamente o Departamento de Saúde Materno-Infantil) e das Nações Unidas (OMS, FNUAP, UNICEF), bem como de ONG nacionais (Fundação Alola, Fokupers, Tais) e internacionais (AMI, HAI, FHI, Marie Stopes International), foram-nos fornecidos relatórios, estudos e diversas informações relacionadas com o sector da saúde em Timor-Leste. Também obtivemos informações de grande interesse para o nosso estudo através de informadores com conhecimentos específicos sobre aspectos culturais de Timor-Leste.

Em Díli tivemos várias oportunidades de participação em eventos relacionados com a área de estudo, que nos proporcionaram contactos e informações importantes para uma melhor compreensão da situação de saúde reprodutiva no país. Pela sua relevância, destacamos os seguintes:

- Em Dezembro de 2005, encontro subordinado ao tema "Revisão Anual do Programa Nacional de Planeamento Familiar", a cargo do Ministério da Saúde e FNUAP.

- No mesmo mês, a convite da HAI e do Ministério da Saúde, assistimos à peça de teatro *Hakur Ba*, representada pelo grupo *Bibi Bulak*. Trata-se da história cómica e dramática de duas famílias e de dois nascimentos, ilustrando algumas das tensões existentes entre a cultura leste-timorense associada ao nascimento e as práticas recomendadas para os cuidados de saúde materno-infantil.

- Em Novembro de 2006, "Encontro Nacional sobre Maternidade Segura".

- Em Março de 2007, apresentação e debate sobre o filme *Feto nia Funu* ("A Guerra das Mulheres"), relacionado com a saúde materna e infantil em Timor-Leste, produzido pelo CAMS-TL para a HAI e o Ministério da Saúde .

Foi também em Díli que tiveram lugar as primeiras observações e entrevistas exploratórias, nomeadamente as respeitantes ao funcionamento das consultas de saúde materna, planeamento familiar e vacinação num centro de saúde, e, na comunidade, a observação de certas práticas e rituais tradicionais. Continuámos a recolha de dados no distrito de Díli ao longo de todo o período de permanência em Timor-Leste, em que foram incluídos os sub-distritos de Cristo Rei, Dom Aleixo/Díli Ocidental, Nain Feto/Díli Oriental e Vera Cruz. Além do grupo etnolinguístico *tetun*, também foram abrangidos nesta região timorenses pertencentes aos grupos *mambae*, *kemak* e *galolen*.

Em Novembro de 2005 iniciaram-se as viagens a outros distritos. O facto de já estarmos familiarizadas com determinadas características socioculturais do povo timorense e de termos efectuado anteriormente algumas deslocações pelo território de Timor-Leste em ocasiões distintas, facilitou-nos os contactos e a progressão no terreno de estudo. Estas experiências prévias também nos proporcionaram alguma preparação para lidar com todo o tipo de dificuldades que viemos a enfrentar.

A nossa pesquisa desenvolveu-se em meio urbano e rural, tanto em zonas costeiras e planas como em zonas do interior e montanhosas. Grande parte da população vive em pequenas e dispersas aldeias, frequentemente isoladas pelo terreno montanhoso e

estradas em más condições. Muitos dos percursos efectuados só foram possíveis mediante o recurso a veículos todo-o terreno com tracção às quatro rodas, e por vezes foram necessárias várias horas de trajecto para chegar ao destino. Durante a estação das chuvas algumas estradas tornaram-se intransitáveis, o que impediu o acesso a diversas zonas rurais e remotas. Estes factores, associados a dificuldades de comunicação e de alojamento (que variou entre casas particulares, instalações cedidas pela Cooperação Portuguesa, pensões e hotéis), implicaram uma multiplicidade de deslocações e muitas horas de viagem para poder efectuar a recolha de dados. A comunicação telefónica está limitada a zonas onde há acesso à rede fixa ou móvel, e dado seu custo o acesso por parte da população em geral é bastante limitado. A comunicação por rádio é possível apenas em alguns locais, nomeadamente instituições de saúde e departamentos policiais.

A primeira viagem teve como destino o sub-distrito de Maliana, pertencente ao distrito de Bobonaro. Aqui foram recolhidos dados nos sucos Lahomea, Odomau e Tapo/Memo, sendo abrangidos os grupos etnolinguísticos *bunak* e *kemak*. Durante este período alojámo-nos no quarto de uma casa particular e contámos com a colaboração de uma trabalhadora comunitária da ONG timorense Fokupers, que tínhamos conhecido em Díli e se mostrara disponível para nos ajudar. Ao acompanhá-la no seu trabalho comunitário em Maliana, tivemos a oportunidade de observar e participar em diversos eventos. A sua ajuda foi fundamental na recolha de dados para o nosso estudo, na medida em que funcionou como elemento de ligação à comunidade, sendo simultaneamente informadora e intérprete, além de ter facilitado o transporte. Conhecedora do meio, apresentou-nos a diversas entidades e proporcionou-nos encontros com profissionais de saúde, membros religiosos, grupos de mulheres, parteiras tradicionais e outros membros da comunidade. Esta experiência teve grande importância nesta fase do nosso estudo, dada a riqueza e a diversidade de situações experienciadas.

A recolha de dados foi posteriormente retomada, no distrito de Bobonaro, entre Dezembro de 2006 e Fevereiro de 2007, nos sub-distritos de Atabae (sucos Aidabaleten e Atabae) e Balibo (sucos Balibo Vila e Sanirin), junto dos grupo etnolinguísticos *kemak* e *tetun*. Para este efeito foram efectuadas várias viagens de curta duração entre Díli e os locais de estudo. Alguns dos profissionais de saúde de Atabae falavam

português e disponibilizaram-se para intervir como intérpretes junto de outros timorenses entrevistados.

No distrito de Lautém a recolha de dados foi efectuada em diversos períodos entre Novembro de 2005 e Setembro de 2006, em quatro sub-distritos: Lautém, (sucos Daudere, Ililai, Maina II e Parlamento), Lospalos (sucos Fuiloro, Lore I, Lore II e Raça), Tutuala (sucos Mehara e Tutuala) e Iliomar (sucos Caenlio, Iliomar I, Iliomar II e Tirilolo). Foram abrangidos, neste distrito, os grupos etnolinguísticos *fataluku*, *makalero* e *makasae*. A colaboração dos elementos da ONG portuguesa Médicos do Mundo (MdM) teve uma importância fundamental para a nossa pesquisa nesta região. Além de nos facilitarem o contacto com diversos profissionais de saúde, deram-nos a possibilidade de os acompanharmos em diversas actividades e deslocações pelo distrito, auxiliando dessa forma o processo de recolha de dados. Também nos ofereceram alojamento na sua residência em Lospalos, que utilizámos apenas inicialmente. A existência de um hotel nesta localidade levou-nos a optar por estas instalações em todos os restantes períodos de estadia no distrito. Houve necessidade de recorrer a vários intérpretes, dependendo da sua disponibilidade e conhecimento das comunidades onde efectuámos a pesquisa. Em Lospalos, Tutuala e parte de Lautém a nossa principal intérprete, também nossa informadora, era a coordenadora local de organizações ligadas às mulheres. Em Parlamento, suco pertencente a Lautém, tivemos a colaboração de um jovem estudante universitário que não falava português, pelo que traduziu as entrevistas do *fataluku* para o inglês. Em Iliomar tivemos como intérpretes uma professora, residente local, e de um funcionário da paróquia de Lospalos, natural de Iliomar.

Entre Fevereiro e Abril de 2006 foi efectuada a recolha de dados em dois sub-distritos do distrito de Aileu: Aileu (suco Aileu Vila) e Remexio (suco Acumau), pertencendo a população estudada ao grupo etnolinguístico *mambae*. Foram efectuadas algumas curtas deslocações iniciais a Aileu para conhecer o meio e marcar entrevistas, mas aqui foi possível realizar apenas uma entrevista colectiva, que incluiu uma parteira e várias informadoras. Estas dominavam, na sua maioria, a língua portuguesa, pelo que as mesmas prestaram colaboração na interpretação sempre que necessário. Quanto à recolha de dados no Remexio, implicou várias viagens no transporte da Cooperação

Portuguesa, após solicitação para acompanhar os professores portugueses nas suas deslocações periódicas ao sub-distrito. Aqui tivemos como intérpretes uma funcionária do centro de saúde e uma professora. Devido ao abatimento da estrada na originado por chuvas intensas deu-se uma interrupção destas actividades e, posteriormente, os conflitos que deflagraram em Abril levaram-nos a dar por terminada a pesquisa nesta região.

No distrito de Liquiça a recolha de dados decorreu entre Dezembro de 2005 e Abril de 2007, em períodos isolados, nos sub-distritos de Maubara (suco Vatuvou) e Liquiça (sucos Darulete, Dato e Hatukesi). Foi abrangida população pertencente aos grupos etnolinguísticos *tokodede* e *mambae*. Nos sucos mais afastados do centro de Liquiça tivemos o apoio de uma professora local que facilitou os contactos e prestou colaboração como intérprete. Ainda neste distrito, em Novembro de 2006 assistimos à inauguração da Casa de Partos de Maubara, a convite do Ministério da Saúde e da HAI.

No distrito de Ermera a recolha de dados foi efectuada entre Julho e Novembro de 2006 nos sub-distritos de Ermera (suco Estado), Letefoho (suco Lauana) e Railaco (suco Lihu), pertencendo a população estudada aos grupo etnolinguísticos *mambae* e *kemak*. As entrevistas efectuadas decorreram em contexto colectivo e todas incluíram participantes com conhecimentos da língua portuguesa, pelo que não foi necessário recorrer a intérpretes exteriores aos respectivos grupos. Num dos períodos visitámos as clínicas da Cooperativa Café Timor (CCT) do distrito de Ermera, acompanhando a deslocação de alguns dos seus funcionários à região em veículo todo-o-terreno, tendo ficado alojados nas instalações da clínica de Lauana.

Entre Agosto e Setembro de 2006 deslocámo-nos ao distrito de Covalima, onde permanecemos por um período de duas semanas. A recolha de dados foi efectuada, de forma intensiva, nos sub-distritos de Maucatar (suco Ogues), Suai (sucos Beco, Debos e Suai Loro), Tilomar (sucos Beiseuk e Lalawa) e Zumalai (suco Fatuleto). Foram abrangidos, neste sub-distrito, os grupos etnolinguísticos *bunak* e *tetun*. Contámos com a colaboração de uma professora e de um funcionário de segurança como facilitadores dos contactos no terreno e trabalho de interpretação. O alojamento foi cedido pela

Cooperação Portuguesa, na residência dos professores portugueses. Quanto ao transporte, utilizámos um veículo todo-o-terreno particular.

No distrito de Baucau a recolha de dados foi efectuada entre Setembro e Novembro de 2006, em cinco sub-distritos: Baucau (sucos Bahu, Bucoli, Caibada, Gariuai, Tirilolo e Samalari), Laga (suco Sagadate), Quelicai (sucos Laisorulai e Lelalai) e Vemasse (sucos Caicua e Ostico). Permanecemos inicialmente em Baucau durante uma semana, e voltámos posteriormente por períodos mais curtos para completar a pesquisa neste distrito, que abrangeu os grupos etnolinguísticos *makasae* e *uaima'a*. Em Baucau contámos com a colaboração da secretária local da OMT no que respeitou a aluguer de transporte, contactos nos vários sucos e trabalho de interpretação. O alojamento variou entre uma casa particular, a pousada de Baucau e um *bungalow* junto à praia. Os transportes utilizados foram uma *mikrolete* alugada especificamente para as nossas deslocações e um veículo todo-o-terreno, indispensável para aceder a determinadas zonas remotas. Alguns percursos foram efectuados a pé. Em Vemasse travámos conhecimento com um professor, que se ofereceu como intérprete. Em Baucau foi também entrevistado um professor natural de Lacluta, pertencente ao distrito de Viqueque, grande conhecedor da cultura desta região de Timor, onde se fala a língua *tetun terik*.

Em Outubro de 2006 deslocámo-nos ao distrito de Oecusse, enclave situado em Timor-Ocidental. A viagem de ida realizou-se no helicóptero das Nações Unidas, mediante uma autorização especial. O alojamento foi cedido pela Cooperação Portuguesa, na residência dos professores portugueses. A recolha de dados foi efectuada de forma intensiva durante duas semanas nos quatro sub-distritos: Nitibe (sucos Beneufe, Lelaufe e Usitaco), Oesilo (sucos Bobometo e Usitasae), Pante Macassar (sucos Bobocasse, Costa, Cunha, Lalisuk, Lifau, Naimeco, Nipane e Taiboco) e Passabe (suco Abani). O *baikenu* é o único grupo etnolinguístico de todo o distrito, sendo também a língua *baikenu* a que é habitualmente mais falada pela população. Para nos acompanhar como intérprete, contratámos uma timorense com disponibilidade total e conhecimentos razoáveis da língua portuguesa. Nas deslocações a locais mais acessíveis recorremos geralmente a uma *mikrolete* alugada para esse fim, e por vezes, na falta desta, à

motorizada. Para nos deslocarmos a zonas mais remotas foi necessário alugar um veículo todo-o-terreno com motorista, e também contámos com o apoio da ONG Oxfam em algumas deslocações efectuadas a zonas montanhosas.A viagem de regresso a Díli fez-se de *ferry-boat*, não sendo possível desta vez recorrer ao helicóptero por este não se encontrar operacional devido a falta de combustível. Enquanto o percurso de ida para Oecusse tinha demorado uma hora e meia, este teve uma duração de aproximadamente quinze horas.

No distrito de Manatuto a recolha de dados foi efectuada entre Fevereiro e Abril de 2007, no sub-distrito de Manatuto (sucos Ailili e Aiteas). Fizemos várias viagens, incluindo algumas deslocações prévias para efectuar contactos e marcar encontros. Foi abrangida, nesta região, população pertencente ao grupo etnolinguístico *galolen*. Como intérpretes locais, contámos com a colaboração de um professor e de uma funcionária pública, a qual mostrou pouca disponibilidade. Nas deslocações utilizámos um veículo todo-o-terreno particular, e não houve necessidade de alojamento por termos limitado a nossa pesquisa, neste distrito, a zonas relativamente próximas de Díli.

Durante todo o tempo passado em Timor-Leste percorremos os treze distritos, em períodos de tempo variáveis. A recolha de dados para o presente estudo foi efectuada em meio rural e urbano, em diversos sub-distritos, sucos e aldeias de dez distritos: Aileu, Baucau, Bobonaro, Covalima, Díli, Ermera, Lautém, Liquiçá, Manatuto e Oecusse. Há distritos que incluem diferentes grupos etnolinguísticos, e alguns destes grupos ocupam território pertencente a mais do que um distrito. Foram abrangidos, no total, onze grupos etnolinguísticos: *baikenu*, *bunak*, *fataluku*, *galolen*, *kemak*, *makalero*, *makasae*, *mambae*, *tetun*, *tokodede* e *uaima'a*[10]. Apresentam-se, no Quadro 18, os locais de recolha de dados e distribuição de grupos etnolinguísticos pelos respectivos distritos, sub-distritos e sucos:

10 Segundo a classificação de Hull (2004), o *uaima'a* é um dos quatro dialectos do *kawaimina* (termo usado por linguistas) e, destes, o que reune maior número de falantes. Tendo a nossa pesquisa incidido apenas sobre os *uaima'a*, considerámo-lo, neste âmbito, um grupo etnolinguístico.

Quadro 18. Locais de Recolha dos Dados:
Distribuição de Grupos Etnolinguísticos por Distritos, Sub-Distritos e Sucos

	Distritos	Sub-distritos	Sucos
Baikenu	Oecusse	Nitibe	Beneufe Lelaufe Usitaco
		Oesilo	Bobometo Usitasae
		Pante Macassar	Bobocasse Costa Cunha Lalisuk Lifau Naimeco Nipane Taiboco
		Passabe	Abani
Bunak	Bobonaro	Maliana	Lahomea Tapo/Memo Odomau
	Covalima	Maucatar	Ogues
		Suai	Beco Debos
		Tilomar	Lalawa
		Zumalai	Fatuleto
Fataluku	Lautém	Lautém	Maina II Parlamento
		Lospalos	Fuiloro Lore I Lore II Raça
		Tutuala	Mehara Tutuala
Galolen	Díli	Dom Aleixo/Díli Ocidental	Bairro Pité
	Manatuto	Manatuto	Ailili Aiteas
Kemak	Bobonaro	Atabae	Aidabaleten Atabae
		Balibo	Sanirin
		Maliana	Lahomea Odomau
	Díli	Dom Aleixo/Díli Ocidental	Comoro

	Ermera	Atsabe	Baboe Kraik Malabe
Makalero	Lautém	Iliomar	Caenlio Iliomar I Iliomar II Tirilolo
Makasae	Baucau	Baucau	Bahu Gariuai Samalari
		Laga	Sagadate
		Quelicai	Laisorulai Lelalai
	Lautém	Lautém	Daudere Ililai
Mambae	Aileu	Aileu Vila	Malere
		Remexio	Acumau
	Díli	Dom Aleixo/Díli Ocidental	Bairro Pité Comoro
		Vera Cruz	Dare
	Ermera	Ermera	Estado
		Letefoho	Lauana
		Railaco	Lihu
	Liquiça	Liquiça	Darulete
Tetun	Bobonaro	Balibo	Balibo Vila
	Covalima	Maucatar	Ogues
		Suai	Debos Suai Loro
		Tilomar	Beiseuk
	Díli	Cristo Rei	Culu Hun
		Dom Aleixo/Díli Ocidental	Bairro Pité Comoro Motael Vila Verde
		Nain Feto/Díli Oriental	Akadiru-Hun Bemori Bidau Lecidere Gricenfor
		Vera Cruz	Caicoli Santa Cruz
Tokodede	Liquiça	Liquiça	Dato Hatuquesi
		Maubara	Vatuvou
Uaima'a	Baucau	Baucau	Bahu Bucoli

			Caibada Tirilolo
		Vemasse	Caicua Ostico

7. Tratamento e Análise de Dados

Após a gravação das entrevistas em suporte analógico e digital, foi necessário transcrevê-las para poder proceder à sua interpretação. Uma vez que, de acordo com Green e Thorogood (2004), uma transcrição correcta constitui o registo mais credível de uma entrevista, efectuámos este procedimento com a maior exactidão possível, o que se traduziu num processo particularmente moroso e por vezes difícil, implicando diversas repetições e leituras.

As fotografias foram seleccionadas e agrupadas em pastas, de forma a poderem ser facilmente localizadas e seleccionadas. Os filmes foram convertidos em formato digital e armazenados para posterior utilização.

Para auxiliar o processo de armazenamento, gestão e análise dos diversos tipos de dados, e dada a sua grande quantidade, houve recurso ao programa informático NVivo8 (QSR International Pty Ltd.).

A análise de dados é definida por Bogdan e Biklen (1994) como:

> (...) o processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou. A análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros. (p. 205)

Uma boa análise vale-se grandemente de um conhecimento geral de ciências sociais, e

coloca os achados particulares de um estudo num contexto mais amplo. Quando se faz análise, não é geralmente suficiente focalizar-se puramente nos dados recolhidos. Compreender apropriadamente o "significado" dos dados envolve uma perspectiva mais ampla da história, estruturas sociais e casos comparativos, bem como uma compreensão em profundidade das particularidades do conjunto de dados em questão (Green e Thorogood, 2004).

Na análise dos dados foi aplicada a técnica da análise de conteúdo, uma ferramenta científica que proporciona novas percepções e aumenta a compreensão de um fenómeno particular (Krippendorff, 2004).

Segundo Corbin e Strauss (2008), a análise envolve aquilo que é geralmente designado por codificação, que consiste na produção e no desenvolvimento de conceitos a partir dos dados, sendo os códigos os nomes atribuídos aos conceitos originados a partir da codificação. De acordo com este processo, e recorrendo ao programa informático NVivo8, seleccionámos e codificámos os excertos das entrevistas, as notas resultantes das observações e as imagens fotográficas e fílmicas que considerámos serem relevantes para darem resposta às questões de investigação. Seguiu-se um processo de sucessiva redução dos dados e de contextualização dos mesmos de forma a torná-los mais legíveis.

Um dos aspectos essenciais da análise de conteúdo é o uso de categorias, que derivam frequentemente de modelos teóricos: as categorias são trazidas ao material empírico e não necessariamente desenvolvidas a partir deste, embora sejam repetidamente confrontadas com o mesmo e modificadas se necessário (Flick, 2009).

No presente estudo, algumas categorias foram estabelecidas *a priori* baseando-nos nas temáticas abordadas nas entrevistas; outras categorias e sub-categorias surgiram *a posteriori* ou foram modificadas no decurso do processo de análise. Ao longo deste processo, fomos estabelecendo constantes comparações entre os excertos dos dados, na busca de semelhanças e diferenças. Para facilitar o processo comparativo entre os diversos grupos etnolinguísticos estudados, elaborámos quadros em que são

apresentados, de forma sintética, os principais resultados obtidos.

No decurso do processo de análise e de interpretação dos resultados obtidos, recorremos à literatura e a outra documentação consultada para estabelecer analogias e aumentar a compreensão dos assuntos abordados. Entre as fotografias recolhidas e analisadas, seleccionámos algumas que apresentamos ao longo do trabalho, de acordo com as respectivas temáticas. Por último, realizámos um filme com base nas imagens fotográficas e fílmicas que recolhemos em Timor-Leste, e que complementam o presente estudo (Anexo IV).

8. Dificuldades e Limitações do Estudo

O facto de não se poderem generalizar os resultados constitui uma limitação deste estudo, que é comum aos estudos qualitativos em geral.

Uma das maiores dificuldades sentidas ao longo da realização do estudo relacionou-se com a questão linguística. O *tetun* é considerado língua nacional e uma das duas línguas oficiais, sendo a outra o português, considerado um factor de identidade nacional, mas que não é dominado por grande parte da população, sobretudo a mais jovem, escolarizada em *bahasa Indonesia*. Sentimos por esse facto necessidade, por um lado, de aprender a língua *tetun* para facilitar a comunicação com os timorenses, e por outro de recorrer a intérpretes sempre que necessário. Além disso, em muitas das regiões onde efectuámos a recolha de dados constatámos que as respectivas línguas locais/maternas eram mais utilizadas do que o *tetun*. Também ocorreu com alguma frequência o facto de a língua materna ser a única falada e/ou entendida pelos participantes no estudo, o que implicou o recurso a intérpretes locais, relativamente a cada grupo etnolinguístico. O nível de domínio da língua portuguesa por parte dos intérpretes foi variável, e possíveis dificuldades de entendimento e/ou de tradução levaram por vezes à não obtenção de resposta, ou de resposta não concordante com algumas das questões colocadas. O número de entrevistas realizadas e o recurso a outras fontes de dados contribuíram para

colmatar estas limitações, de forma a garantir a fidedignidade e a validade dos resultados.

As actividades agrícolas a que grande parte da população se dedica condicionaram a sua participação no estudo. A impossibilidade de uma permanência prolongada junto de cada família ou comunidade, assim como dificuldades de comunicação, transportes e alojamento, limitaram a observação de alguns rituais e práticas tradicionais. A estação das chuvas agravou as condições de circulação no terreno tornando algumas estradas intransitáveis, o que impediu o acesso a determinadas zonas rurais e remotas.

A situação de grande instabilidade política que se instalou a partir de Abril de 2006 e a consequente diminuição das condições de segurança também levou à limitação das deslocações no território, dificultando a pesquisa e a interrupção do trabalho de campo durante alguns meses. Quando o retomámos, optámos pelas regiões consideradas mais seguras e onde nos foi propocionado maior apoio.

CAPÍTULO IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Crenças, Atitudes e Práticas relativas ao Planeamento Familiar

1.1. Preferências de Fertilidade

As preferências dos casais, no que respeita ao tamanho ideal ou desejado da família, ou ainda à vontade de ter mais filhos, têm sido consideradas como um factor que influencia o comportamento reprodutivo e que poderá tornar previsíveis a fecundidade e o recurso à contracepção (Seltzer, 2002).

Actualmente, há países em desenvolvimento em que é atribuído grande valor à maternidade e a famílias numerosas. A mulher que tem um número significativo de filhos e o homem como figura patriarcal adquirem, por essa via, maior valor e reconhecimento social. Em certos casos, especialmente nas regiões menos desenvolvidas do planeta e em grupos sociais cuja organização social e económica é baseada na agricultura e numa estrutura patriarcal, esta atitude traduz um real retorno económico. Na família tradicional o filho tem uma função económica pois contribui para o seu bem-estar trabalhando como um operário a baixo custo. Ele funciona como o símbolo da continuidade da família, garantindo o apoio e o sustento dos seus pais ao atingirem uma idade avançada. As necessidades individuais e as necessidades do grupo social são coincidentes: homem e mulher casam para ter filhos, é para eles um dever social, sendo as mulheres definidas exclusivamente pela sua função reprodutora (WHO; BLAT Centre for Health and Medical Education, 1987).

Em Timor-Leste existe uma organização social tradicional, onde a família alargada desempenha um papel significativo numa economia essencialmente agrícola. Segundo Manuel (2007, 2008), a procriação reveste-se, para os timorenses, de especial importância cultural, sendo os filhos muito valorizados e desejados após o casamento por significarem riqueza e assegurarem a continuidade da família. Estes factores,

associados aos valores católicos e à falta de conhecimento sobre métodos contraceptivos, contribuem para uma elevada fecundidade.

O Estudo Demográfico e de Saúde de 2003 (Ministério da Saúde e DNE Timor-Leste et al., 2004a) revelou uma taxa de fecundidade de 7,8 filhos por mulher, não se verificando grandes diferenças entre grupos populacionais consoante os níveis de educação e a zona de residência (rural ou urbana). Embora muitas mulheres tenham falta de acesso a informação e a serviços de planeamento familiar, também demonstram em geral uma preferência por famílias numerosas, sendo em média 5,7 o número ideal de filhos. Em 2006 a taxa de fecundidade apresentou apenas uma ligeira descida, sendo de 6,7 filhos por mulher em idade fértil (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2007). Além de factores culturais e religiosos poderem originar um forte sentimento pró-natalista, a elevada fecundidade também pode estar relacionada com as fracas condições socio-económicas e constituir uma repercussão do que ainda é uma situação pós-conflito.

No decurso do presente estudo, é frequentemente afirmado esperar-se que todas as mulheres timorenses tenham filhos após o casamento:

> Temos uma taxa elevada de fertilidade. Todas as mulheres timorenses podem ter sete, oito filhos. É a taxa mais elevada do mundo. (...) As mulheres querem ter muitos filhos, mesmo as activistas. É uma questão cultural, porque os familiares da mulher esperam que do casamento resultem filhos (Assessora para a Promoção da Igualdade, Díli).

> Quando casam precisam de ter filhos. Primeiro, para a mulher e o marido ficarem mais juntos, próximos. Segundo, é uma alegria. Terceiro, para continuar a família (Médica timorense do centro de saúde Bairro Formosa, Díli).

> Não ter filhos, ninguém quer isso. Quando casar é para ter filhos (Parteira auxiliar da maternidade Riamare, Baucau).

Devido ao facto de existir entre os timorenses o desejo da concepção de filhos, sendo naturalmente aguardados na sequência do casamento, a esterilidade é encarada de forma negativa. Segundo Lucas, Guterres e Almeida (1995), tendo o casamento a importante

finalidade da procriação para fazer crescer em número e em valor a família da casa do noivo, em caso de esterilidade da mulher o casamento deixaria de ter razão de ser, podendo desfazer-se o noivado por esse motivo. Caso já se tivesse concretizado o matrimónio, poderia ter lugar a poligamia, prática que era por vezes incitada pela primeira mulher (Corrêa, 1935; Lucas et al., 1995; Martinho, 1943).

Ainda hoje a infertilidade é mal aceite pelos timorenses, tal como refere o Bispo de Baucau:

> Sem dúvida nenhuma que isto evoluirá; o não ter um x número de filhos, etnicamente, culturalmente, é mal visto. Tanto assim que todo o casal infértil é mal visto pelas sociedades, mas sobretudo nas sociedades patriarcais. Muitas vezes a família faz pressão sobre o marido para rejeitar a mulher, porque a culpa de tudo é a mulher, que é infértil, etc., quando o homem também pode ser, mas esta questão não se põe. É necessário, toda a dimensão médica tem que entrar aqui, só que (...) sujeitar o homem à revisão médica é também uma humilhação. Há toda uma série de preconceitos que jogam.

Actualmente, a inexistência de filhos ou o nascimento de um número de filhos inferior ao desejado pode levar, por vezes, ao final da relação conjugal:

> Os homens (...) querem mais filhos. (...) Aqui alguns casaram, três, quatro anos que não têm filhos, deixam a mulher e vão para outra. Ou se têm só um filho ou uma filha, eles não querem, procuram mais. (...) Isso já aconteceu aqui (Chefe do suco Bucoli, Baucau).

Dentro das representações mais correntes que se encontram associadas à gravidez e à maternidade na sua relação com a família de origem, surge a continuidade de uma família. "Os filhos são a possibilidade de transmissão de heranças diversas: genéticas; de costumes, valores e significados; de bens materiais e apelido de família; são, em certa medida, a única possibilidade de não desperdiçar todo um acumular de experiências familiares, nas suas facetas biológicas, materiais e simbólicas" (Canavarro, 2001, p. 33).

Segundo Gomes (1972), "tem particular interesse para os *fataluku* o nascimento de uma

criança", sendo bem conhecido o seu orgulho e empenho "em ter uma numerosa descendência que lhes perpetue o sangue, o nome e a tradição" (p. 109).

Um estudo efectuado nos distritos de Aileu (grupo etnolinguístico *mambae*) e Manatuto (grupo etnolinguístico *galolen*) revela que o tamanho ideal de família varia entre dois e doze filhos. Muitos timorenses afirmaram ser três, quatro ou cinco o número ideal, manifestando aqueles que vivem em zonas rurais e remotas, com mais frequência, o desejo de terem até sete a dez filhos. Alguns desejam ter pelo menos quatro filhos, para assim poderem assegurar a continuidade familiar dos costumes ligados à casa tradicional (*uma lisan*) através de cerimónias animistas e crenças associadas. Por vezes o espaçamento e o número de filhos numa família é decidido pelos avós paternos, sendo influenciado pela tradição que tem sido passada através das gerações (HAI, 2007).

Noutras regiões de Timor-Leste, também é notável a valorização dos filhos pelo facto de estes darem continuidade à família e de, por essa via, perpetuarem a transmissão dos bens e dos valores culturais. Para alguns, uma família numerosa também pode contribuir mais para as despesas familiares, nomeadamente por ocasião de cerimónias tradicionais:

> Para os timorenses, eu não digo todos, mas para certas famílias que têm os seus bens, os que têm terrenos, hectares lá para cima, as suas hortas com plantação (...) o maior interesse é ter a família grande, ter filhos para administrarem os bens. (...) Quase todo o timorense sente-se orgulhoso quando tem muitos filhos. Se me perguntar se eu sou rico, a minha resposta é: 'Sim, perfeitamente'. (...) Sou rico porque tenho muitos filhos. Esta é a minha vaidade. Para nós a riqueza em dinheiro não vale nada. (Técnico ajudante de farmácia, Díli).

> As pessoas que têm menos família querem, precisam mais pessoas. Um motivo é (...) quando houver qualquer dificuldade em casa, ou qualquer festa, ou qualquer coisa, já temos muitas ajudas; mas menos pessoas, se eu tiver qualquer festa na casa *hadat* ou qualquer coisa, uma pessoa tem de tomar a responsabilidade de uma quantidade muito maior (...). Eles pensam assim 'neste momento sofro para sustentar, mas também tenho outro bom resultado depois de eles forem grandes'. É por isso que eles não se sentem mal quando têm muitos filhos, mas pelo contrário eles sentem-se bem (Informador *bunak*, natural de Fatululik e residente em Suai Vila).

Associado às condições socio-económicas, o baixo nível educacional da maior parte das

mulheres timorenses constitui outro factor favorável a um elevado número de filhos. Embora algumas mulheres o desejem limitar, nomeadamente as que têm acesso a informações sobre os benefícios do planeamento familiar, defrontam-se por vezes com obstáculos, nomeadamente a oposição familiar. É frequente a mulher não ter poder de decisão quanto ao número de filhos do casal; é geralmente o homem quem o determina. A família do marido também pode exercer grande influência a este nível:

> Culturalmente, as mulheres preferem ter muitos filhos. É por parte da família ou de uma classe determinada, a dizer que 'demos o *barlake*, demos isto e aquilo, para depois tem que fazer a geração'. Mas há outras famílias que entende-se, compreende-se, e então têm só quatro a seis filhos. Há outros que querem só ter quatro ou seis mas, porque não sabem usar o método, então têm mais filhos. (...) Outras mulheres que preferem ter mais filhos e fazerem muita descendência, e há certas mulheres que não querem por causa da saúde. Estas que já têm aquela noção, que já participaram em muitos *workshops* ou treinamentos ou muitas informações, então estas querem só quatro ou seis filhos mas as mulheres que são iletradas, são muito agarradas ao tradicional. (...) É a maior parte o marido que quer. A mulher com aquela mentalidade é porque a mulher é sempre oprimida. Como tem medo do marido, paciência. (...) Eles nem pensam, nunca se preocupam em fazer um plano. Querem ter filhos, fazem muitos filhos e elas que se lixam, isto acontece. (...) Há certos homens que são compreensivos, por exemplo que andavam na escola, são instruídos, às vezes falam disso mas também raras vezes. (...) A mulher submete-se. (...) Eles querem ter muitos filhos para ter (...) uma família grande, ou ter uma geração numerosa (...), e depois, as raparigas quando casam ela tem que puxar o cavalo, tem os búfalos e tudo (Coordenadora de organização de mulheres, Lospalos).

> A maior parte das mulheres vivem a nível rural e são iletradas, são analfabetas. Para além de serem analfabetas evidentemente que são pobres. Esta é a maior questão. Na área rural, quanto mais filhos tiverem, melhor para ajudarem nos seus trabalhos domésticos, nos seus trabalhos da lavoura. É isso que eles mais querem e também, tendo muitos filhos, vai suprimir alguns problemas culturais. Por exemplo, tendo muitos filhos, podem casar, pode haver rituais culturais, todos vão ter que contribuir, e vão-se sentir com menos responsabilidade. Para elas é a escola primária e já é com muita sorte. Senão, não vão mesmo à escola. Não sentem a responsabilidade de que os filhos devem ter escola, a responsabilidade da educação dos filhos. E depois, vivem apenas com aquilo que têm, porque não sentiram ainda aquela necessidade de melhorar, de terem uma vida digna. Se tivessem mais responsabilidade e se estivessem mais conscientes de que (...) devem ser bem nutridos, uma casa arejada e tudo isso, então deveriam sentir essa necessidade de ter uma família planeada (Assessora do Primeiro-Ministro para a Promoção da Igualdade, Díli).

É comum, entre os timorenses, considerar que "ter muitos filhos é uma boa sorte ", em grande parte pela ajuda que estes lhes podem proporcionar no desempenho das suas tarefas domésticas e agrícolas. No entanto, à medida que o nível de escolaridade aumenta, maior é o seu desejo em limitarem o tamanho da família:

> Aqui eles querem ter muitos filhos, para poderem ajudar os pais. Seis, sete, oito, nove, dez, onze, doze, treze filhos (Chefe do suco Ililai, Lautém).

> Eu estou satisfeito porque tenho muitos filhos, eu gosto muito para ajudar a mim. Nós quando se tem responsabilidade familiar sempre tem um filho. (...) Em Timor antes, tempo até agora, os que trabalham na horta, plantação, têm muitos filhos (Casal *mambae*, 9 filhos, residentes em Dare, Díli).

> Ter dois ou três filhos é ter pouca sorte, ter muitos filhos é uma grande sorte. É uma mentalidade que eles criaram na geração. Não pensam na economia ou no viver bem, aquilo não interessa. (...) Não há planeamento. E depois são fomentadas pelos pais para terem mais filhos é melhor. É uma riqueza para nós, para a nossa geração. (...) A cultura de Lospalos, quando mais filhos mais ficam contentes, mas esquecem-se da saúde da mulher. (...) Cada casta, cada família, cada pessoa quer ter filhos, para que a geração não perca (Informador *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

> Conforme a cultura, diz que quem tem muitos filhos tem uma boa sorte porque podem ajudar as mães, podem ajudar os pais, mas não pensam que os filhos têm que ser bem educados ou têm que ser todos instruídos. (...) Aqui em Timor, a nossa cultura, não interessa se vai tudo para a escola ou fica em casa. Agora, eu acho que há mudanças, porque eles sabem que a independência precisa de pessoas instruídas. Então, todos querem que os filhos vão à escola e serem instruídos. Mas, planear como se tem filhos, (...) isso é que ainda não conseguem (Membro da OMT, Maliana).

> [Os timorenses querem ter muitos filhos porque] esta é uma cultura que vem dos avós, bisavós. Agora está um pouco a modificar, pouco a pouco, porque eles já vão à escola, já compreendem (Parteiras do Serviço Distrital de Saúde de Baucau).

Convicções e posicionamentos religiosos também podem determinar a representação da gravidez e maternidade, como "a aceitação de um destino superiormente oferecido" (Canavarro, 2001, p. 34).

Além de desejarem uma família numerosa, alguns timorenses transferem o poder de decisão sobre a fertilidade para o domínio do sagrado. Consideram que o tamanho da família é algo que depende de Deus e aceitam o número de filhos que lhes é concedido:

> Sempre dizem que isto depende de Deus, Deus é que dá, tem que receber (Parteira do Hospital Nacional Guido Valadares, Díli).

> São muitos filhos, mas Deus dá, e eu recebi. Agora não deu mais, e Deus é que sabe que não podemos ter mais; a nossa economia, as nossas dificuldades (Mulher *kemak* de 53 anos, 12 filhos, residente em Maliana [Intérprete]).

> Querem muitos filhos. Sete, oito, nove…dez. (...) É o poder de Deus, Deus quer dar... (Mulheres *fataluku*, Tutuala [Intérprete]).

> Timorense pode ter mais de dez, não interessa, porque Deus é que dá. Sustentar, posso ou não posso, o que Deus dá eu recebo. Isto é o que muitos pais falam (Informador *tokodede*, Maubara).

> Se *Maromak oan nafatin*, se Deus quiser que a gente fique grávidas, isso vai sempre assim. Não tem plano para parar (Mulher *bunak* de 33 anos, 6 filhos, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

A reposição da população perdida devido aos conflitos é outro argumento apresentado a favor de um elevado número de filhos:

> Mas com a guerra já desapareceram muitas pessoas, muitos filhos. (...) Ali no interior... '*Timor mate barak*'. Morrem muitos, temos que procriar mais... (Parteira reformada, Díli)

> Também dizem que há muitos que morreram e isso é para substituir os que morreram (Informadora *bunak*, Maliana).

A questão da preferência de sexo, feminino ou masculino, pode ter influência no que diz respeito às atitudes perante a fecundidade. Os pais podem preferir um ou outro por diversas razões. Por exemplo, o valor económico dos rapazes, associado à sua produtividade e à manutenção da linhagem familiar, pode exceder o das raparigas (Schultz, 1997).

Em Timor-Leste, geralmente o homem e a mulher casam-se primeiro de forma tradicional, reunindo-se as famílias para negociarem o valor dos bens trocados (*barlake*), podendo mais tarde casar-se pela Igreja. O *barlake* é uma prática que tem sido progressivamente abandonada por parte de algumas famílias; no entanto, embora o seu valor possa ter diminuído, ainda é bastante frequente em determinada regiões. Este facto está na origem de muitos timorenses considerarem que um elevado número de filhos, especialmente do sexo feminino, traz riqueza à família:

> Ter filhos é ter riqueza. (...) O timorense gosta mais de ter filhos só para fazer o *barlake*, por isso eles gostam mais de raparigas. Assim os pais podem receber búfalos... essas tradições do *barlake* (Mulheres *mambae*, Aileu).

> Nós timorenses aqui, como costumam ter *barlake*, então os pais do marido querem mais filhos, e querem também raparigas para substituir o *barlake* que deu aos pais da senhora (Chefe do suco Gariuai, Baucau).

> Dizem que muitos filhos é riqueza, principalmente quando a criança nasce se for uma menina (...) por causa do *barlake*, mas agora muitos compreendem que é melhor evitar (Chefe de Saúde do sub-distrito de Iliomar).

> Há algumas que até quinze filhos. Conforme o chefe da família, o nosso marido quer. (...) Aqueles que andam na escola podem falar sobre estas coisas, mas se são barlaqueados têm que ter muitos filhos e filhas. Aqui todos usam, sempre. Costumam dar *mortén*[11] e vacas, também dinheiro, mexicanas. A família da mulher dá só *tais* (Mulheres *baikenu*, suco Naimeco, Pante Macassar [Intérprete]).

Nos distritos de Aileu e Manatuto, não sendo manifestada uma clara preferência por filhos do sexo masculino ou feminino, são associadas vantagens a cada um. Por um lado, os dotes são vistos como um benefício por ter filhas e, por outro, o facto de os filhos permanecerem no agregado familiar quando se tornam adultos é considerado um benefício, por trabalharem no campo e poderem herdar a terra das famílias (HAI, 2007).

Embora os timorenses valorizem as filhas devido ao valor do *barlake*, também dão grande importância aos filhos para poderem assegurar a continuação da linhagem ou

11 Colar de coral raro e de grande valor.

geração e a transmissão dos bens e das tradições familiares, e para apoio da família caso surjam dificuldades:

> O interesse dos meninos é porque grande sorte, temos a (...) continuação da geração. (...) Mas também tem a sua deficiência de ter só meninos, porque essa maneira do *barlake*, se você tem só meninos, depois quando quer casar, onde é que tem as cabeças para trocar com o outro? Então, o melhor é ter equilibrado (Informador *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

> [No *barlake, faini* em *fataluku*] é costume a família do homem dar à da mulher doze búfalos (*arapou*) ou, se for dinheiro, 250 dólares. Antes as pessoas de Lospalos em geral davam setenta e sete búfalos. A prioridade são os búfalos, mas se não tiverem pode dar dinheiro. [A família da mulher também dá à família do homem] doze *tais* (*lau* em *fataluku*), e porcos (*pai*), no mínimo dois e no máximo quatro.(...) O número de filhos depende do homem e da mulher. É bom ter filhos porque eles serão o nosso futuro. (...) Gostava de ter um rapaz; é bom porque quando morrer e ele for mais velho será o dono da casa. O homem fica e toma conta dos bens (Mulher *fataluku* de 30 anos, 5 filhos, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

> Na minha parte preferem mais meninas, porque se é homens tem de gastar dinheiro, porque o homem, podemos dizer que não tem *barlake*. (...) A importância de ter também filhos, porque, se todas são filhas, (...) se houver qualquer problema ou qualquer coisa, já não tem pessoas homens para poder defender (Informador *bunak*, natural de Fatululik e residente em Suai Vila).

1.2. Programas de Planeamento Familiar

O planeamento familiar é hoje considerado um elemento essencial dos cuidados de saúde primários. Uma das medidas preventivas de saúde consiste em espaçar e limitar os nascimentos, uma vez que gravidezes sucessivas afectam a saúde da mulher e da criança, contribuem para o aumento das taxas de mortalidade neo e pós-natal, e impedem que a mulher prolongue a amamentação. No entanto, o planeamento familiar, o uso de métodos de regulação da fecundidade e a aceitação ou recusa de uma eventual gravidez por parte das mulheres e dos casais estão ligados a modelos sociais e culturais, pelo que, para se chegar a uma compreensão real do fenómeno, as atitudes das pessoas não devem ser deduzidas apenas das opiniões individuais. Quando um país ou um grupo social possui uma organização social tradicional, onde uma família alargada constitui

um recurso económico significativo, as pessoas não aceitam reduzir o tamanho das suas famílias. De um modo geral, não é suficiente disseminar práticas contraceptivas e instruir os indivíduos sobre a importância do seu uso sem que se dê uma modificação da sua realidade social (WHO e BLAT Centre for Health and Medical Education, 1987).

Os programas de planeamento familiar têm sido considerados, em muitos países em desenvolvimento, uma eficaz política pública para o aumento da utilização de contraceptivos e a diminuição da fecundidade. Diversos estudos nacionais demonstram que tais programas tiveram um efeito na fecundidade independente do desenvolvimento social e económico. Em geral, o nível de redução na fecundidade dependia do nível de desenvolvimento de determinado local. Também têm sido revelados indícios de que a qualidade dos programas se reflecte nos resultados (Seltzer, 2002).

A elevada taxa de fecundidade em Timor-Leste encontra-se associada a diversos factores socioculturais, religiosos e económicos, o que tem implicações a nível das políticas e dos programas de planeamento familiar.

Na época colonial portuguesa os timorenses não tinham conhecimentos sobre planeamento familiar, o recurso à contracepção era muito limitado, baseado sobretudo em práticas e medicamentos tradicionais à base de plantas. Após os indonésios terem invadido e começado a governar o território, foi introduzido em Timor-Leste um programa de planeamento familiar, designado por *Keluarga Berencana* (que significa "Família Planeada" na língua indonésia), ou, de forma abreviada, por *KB*, que tinha, tal como em toda a Indonésia, o objectivo de controlar o crescimento populacional através da disseminação de conselhos sobre contracepção por parte de clínicas provinciais e locais. Era organizado através do Conselho Nacional para o Planeamento Familiar (*BKKBN*) e, do ponto de vista da saúde pública, estava em grande medida separado de outros serviços deste sector (Pedersen e Arneberg, 1999).

Fotografia 34. Monumento alusivo ao KB em Lospalos (2005)



Fotografia 35. Monumento alusivo ao KB em Aileu (2006)



Um dos obstáculos à implementação deste programa de planeamento familiar em Timor-Leste relacionava-se com a falta de apoio por parte da Igreja Católica. Geralmente, apenas em determinadas situações de risco era aceite, por parte dos representantes da Igreja, o recurso a métodos contraceptivos "artificiais":

> Naquela altura a Igreja católica não permitia; eles acreditam mais na Igreja do que em nós. Nós na escola aprendemos deontologia; quem nos ensinava era o bispo D. Martinho, que depois saiu. Naquela altura o planeamento familiar era uma coisa muito secreta (...). Mas, por exemplo, se uma mulher tem muitos filhos, que não tem possibilidade de sustentar, ou por causa de doença, pode não ter filhos, mas primeiro tem de consultar com um sacerdote, e depois o sacerdote tem de dar a licença. Então ela pode ir falar com o médico para fazer operação ou para tomar medicamentos, ou como quiser. Mas só porque ela não quer, não gosta de ter muitos filhos, então isso é pecado (Parteira, CCT, Díli).

Embora, na altura, grande parte dos timorenses já tivesse aderido à religião católica, muitos deles, ao compreenderem os benefícios do planeamento familiar, não seguiam as

recomendações da Igreja:

> Começámos com esse programa de planeamento familiar, e muitos gostaram (...). Por exemplo, na cidade as pessoas compreendem mais quando damos explicações e fazemos palestras. Nas montanhas, as pessoas que não sabem ler nem escrever compreendem muito menos. (...) Não obrigam, mas dão formação. Depois as mulheres sozinhas vão dar o nome para entrar; mas a gente explica os métodos, elas compreendem, e pronto, depende delas. (...) A Igreja é que proibiu, mas muitas seguiam na mesma, e muitas tinham medo. Mas outras já compreendem, com muitas crianças, depois têm tanto trabalho, e têm de ir à horta ou ao escritório, e não têm tempo para cuidar dos filhos; todos os anos, sempre com um filho…(...) Mais de dez filhos, cada uma (Parteira do Centro de Saúde Bairro Pité, Dom Aleixo/Díli Ocidental).

> Houve problema [com a Igreja Católica em relação ao *KB*] (...) porque desde que, depois do casamento, conforme a nossa doutrina, diz assim: 'Crescei e multiplicai-vos'. E depois, vamos contra isto, com medicamentos. É por isso, podemos dizer que, directamente ou indirectamente, matamos o bebé. (...) Alguns entravam porque talvez que eles pensam assim: 'Uma coisa tomar remédio e não obter a formação do bebé, é por isso que faz de conta que aquilo ainda não existe, não é pessoa'. Mas há outros que a compreensão deles vão para aquilo, há outros que não. 'Mas o bebé quer existir, mas nós já pomos com remédio aqui à frente para matar, é a mesma coisa que pecado. Mas ainda não se forma, não tem modelo de bebé, então podemos entrar' (Informador *bunak*, natural de Fatululik e residente em Suai Vila).

Além disso, este programa indonésio também foi considerado coercivo. Em Janeiro de 1985 foi efectuada uma denúncia por parte de D. Ximenes Belo, administrador apostólico da diocese de Díli:

> O bispo Belo denunciou energicamente a campanha de controlo de natalidade imposto à força pela Indonésia, que limitava as famílias a terem apenas dois filhos. Esta imposição foi mais rigorosa nas zonas rurais, onde o poder militar era supremo. Em Díli, esta questão mostrou ser de mais complicada aplicação. As objecções ao programa transcendiam em muito a crença religiosa. Em Timor Leste, onde à partida a população já é escassa, um programa desta envergadura soava a genocídio. 'Com tanta gente morta', dissera o bispo, 'aqui não há problemas de excesso de população'. Mas a campanha de controlo de natalidade também seria apresentada pelas autoridades indonésias como mais uma prova do “desenvolvimento” do território. (Kohen, 1999, pp. 153-154)

O programa *KB* foi considerado, segundo algumas fontes, como uma forma de violação

dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres timorenses, tendo surgido diversas declarações alusivas a medidas coercivas na sua implementação em Timor-Leste (Jolliffe, 1989; Manuel, 2007; Sissons, 1997; Taylor, 1993; Winters, 1999). Segundo Sissons (1997), ocorreram casos de esterilização encoberta no início dos anos 80, existindo fortes indícios da difusão de injecções dissimuladas de contraceptivos hormonais em mulheres jovens. Também o contínuo envolvimento militar, quer no recrutamento, quer no fornecimento de serviços de programas de controlo da natalidade contribuíam para um forte elemento de coerção estrutural, e para a falta de cuidados básicos de vigilância das utilizadoras de contraceptivos injectáveis ou DIU. Para Pedersen e Arneberg (1999), "através da aplicação da "democracia guiada" e de campanhas em massa ("safaris"), o planeamento familiar indonésio inclui políticas que, se não coercivas, podem pelo menos ser caracterizadas pela falta de consentimento informado" (p. 59).

Embora pouco frequentes, também foram efectuadas, pelos nossos informadores, algumas alusões ao envolvimento das forças armadas no programa em Timor-Leste:

> Quando sistema da Indonésia nós temos muito forte coordenação com militar, a polícia e tropa. Então, quando nós temos visita vamos conjunto (...). Eles só querem três filhos, não há mais. Alguns aceitam, alguns não aceitam, mas a situação ficou assim, aceite ou não aceite só implementa (Chefe do Serviço Distrital de Saúde de Oecusse).

A inclusão das forças de segurança nas actividades de planeamento familiar (designadas por *KB-KES ABRI* – Forças Armadas de Planeamento Familiar e Saúde), juntamente com uma forte orientação para objectivos demográficos (*targets*), foram alguns dos factores que deram origem a críticas, à luz da recomendação da ICPD de que todos os objectivos numéricos deveriam ser eliminados dos programas de Planeamento Familiar.

De acordo com o Programa de Acção da ICPD, o objectivo dos programas de planeamento familiar é permitir que os casais e os indivíduos decidam livremente e responsavelmente sobre o número dos seus filhos, recebam a informação e meios de o fazer, façam escolhas informadas, e tornar possível uma variedade completa de métodos

seguros e efectivos de planeamento familiar (Barata, 1996). Relativamente ao programa introduzido pela Indonésia, na Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva 2004 – 2015 surge a seguinte referência:

> A escolha reprodutiva permanece relativamente como um conceito novo para as famílias em Timor-Leste. Esta situação é originada pela história, onde durante a ocupação indonésia, a comunidade verificou um programa de planeamento familiar que era sentido pela comunidade em geral como sendo coercivo e com motivações políticas. Isto gerou alguma relutância à participação, pois esta era vista como não sendo uma escolha individual. (Ministério da Saúde de Timor-Leste et al., 2004, p. 20)

Ao longo do presente estudo, ao abordar a questão da obrigatoriedade deste programa aquando da sua implementação em Timor-Leste pela Indonésia, as opiniões dividem-se. Para alguns, entre os quais se inclui o bispo de Baucau, o programa foi mal interpretado. Embora o planeamento familiar possua uma dimensão ligada à saúde e ao bem-estar das famílias mediante o espaçamento dos nascimentos, foi encarado por muitos timorenses como um instrumento utilizado sobretudo para limitar o número de filhos, que possuem grande valor cultural, e consequentemente reduzir a população timorense:

> Para não quebrar, por um lado este hábito cultural das pessoas em relação aos filhos, mas também tendo em conta todas estas dificuldades, todos estes problemas que advêm pelo facto de não haver cuidados, etc., evidentemente que é necessário encontrar-se um domínio para harmonizar as duas coisas. Infelizmente, eu creio que o assunto foi mal abordado no momento aqui em Timor, porque quando se falou no planeamento familiar aqui, falou-se sobretudo no tempo da Indonésia, e o planeamento familiar foi um bocado visto como uma limitação do Estado indonésio para não multiplicar a população timorense, a fim de poder limitar o nascimento timorense para poder importar gente da Indonésia, embora julgue que a ideia do Ministério da Saúde indonésio não era essa. Há outra coisa que também contribuiu para o mau entendimento do planeamento familiar, foi que têm que limitar crianças para a família poder enriquecer. Resposta de gente simples: 'Nunca ninguém vos pediu alimento. Enquanto nós tivermos batata e mandioca, os nossos filhos hão-de ser alimentados como sempre foram alimentados. Não precisamos da vossa ajuda para nada'. (…) Para eles a dignidade deles é o ter muitos filhos. (…) São estruturas mentais, é verdade, mas é preciso compreender as coisas por esta base. De maneira que por mim julgo que o planeamento familiar, o termo em si, e a tentativa de prática em si, da forma como foram abordadas, ou como o tema foi abordado, penso que foi mal compreendido desde o início. Houve uma reacção, pelo

> menos da parte da gente simples, e eu direi nos centros urbanos, sobretudo em Díli talvez tenha tido uma certa aceitação, mas no interior não. Agora, evidentemente que se as coisas forem abordadas de forma a que os casais timorenses entendam que uma coisa não limita a outra, mas uma coisa contribui para enriquecer também a outra, sem dúvida nenhuma que nós chegaremos ao ponto ideal, mas levará o seu tempo, sem dúvida nenhuma. (…) Eu também ouvi dizer isso [que o *KB* terá ter sido um programa forçado], mas não creio. Agora, o que pegou foi a propaganda. E depois, por outro lado, houve a falta de informação. Mas também compreendo que naquela altura, toda a informação que viesse em benefício da Indonésia não era bem vista. Eram questões históricas, questões circunstanciais, mas é verdade, e depois pegou-se nesta ideia de dizer que pretendia-se limitar a população timorense, que era para facilitar…Bom, seja como for, em todo o caso, tudo aquilo que contribui para a limitação dos filhos criava no timorense uma barreira, que também por outro lado reconheço que o ter muitos filhos, sobretudo sem condições, e hoje em dia os próprios pais se dão conta, porque querem que todos os filhos estejam na escola e não podem pagar (…). As pessoas têm a noção de que tem que haver um equilíbrio, isto quer queiramos ou não, todos nós pretendemos o melhor para nós próprios. Agora, para mim o problema é como educar as pessoas exactamente para esta compreensão, de que os filhos são uma riqueza, mas é necessário criar condições para que sejam pessoas humanas. Como conciliar essas duas dimensões? O desafio está aí (Bispo de Baucau).

Uma parteira, membro das Irmãs Canossianas, é de opinião que a situação política vivida após a invasão e a anexação de Timor-Leste poderá ter levado a uma interpretação do objectivo do programa de planeamento familiar apenas no sentido de redução da população timorense:

> Nesta situação, se falar nisso, o pessoal timorense entende que a pessoa está a fazer bem para a gente, está a encaminhar-nos para um futuro melhor para a nação, a família, tudo isto. Mas, naquela altura, durante a invasão indonésia, é uma coisa extraordinária, uma situação política terrível. Havia muitos homens, 24 horas, dia a dia, que foram marginalizados; à noite são capturados, tudo isso. Então, automaticamente, psicologicamente a pessoa (...) está a pensar que era uma questão política (...) 'Ah, então, talvez a Indonésia quer que a gente vá acabar com os timorenses aqui; então vão vir eles para ocupar, estão a fazer esta figura toda, não é?' E com aquela coisa da Fretilin e a invasão indonésia (...). Eles querem aproveitar isso porque são tantos mortos, e nós estamos a viver uma situação assim terrível, cada momento, cada hora, cada dia desaparece um dentro da família, principalmente rapazes, homens. E, agora, o que vai acontecer depois? E vão implementar mais este KB'. Então eles fazem confusão, dizendo que querem terminar com o povo timorense. Então pensam mais nisso durante 24 anos e não aceitam, porque psicologicamente eles vão mais naquela área da política, não vão com a área da saúde. (...) Automaticamente o pessoal da

saúde tem um outro objectivo, para o bem comum, mas o povo, aquilo que está na sua cabeça, na sua ideia, é isso: vêm para diminuir o número da população. Então não condiz, houve uma grande contradição (Parteira, membro da congregação religiosa Irmãs Canossianas, Lospalos).

Alguns timorenses referem que o planeamento familiar só se tornava obrigatório para os militares, outros que era obrigatório para os funcionários públicos em geral:

Com a entrada dos indonésios isto é em grande escala, porque é obrigação dos indonésios, e as mulheres dos funcionários públicos, as mulheres dos polícias, as mulheres da tropa indonésia, todas têm que seguir. (...) As tropas e funcionários tinham que fazer isso para não dar-se muitos filhos, e dizem que é por causa do sistema indonésio, o planeamento familiar, porque Timor, como província da Indonésia, tinha que seguir o sistema, o regulamento da Indonésia. Por exemplo, a mulher não quer mas eles obrigavam. Acontecia mas raras vezes. (...) Eu nunca ouvi falar disso [fazerem a laqueação, a esterilização sem elas saberem]. (...) Isso [darem uma injecção para não engravidar dizendo que era outra coisa] eu ouvi falar, mas nunca vi com os próprios olhos. Há colegas que contavam isso. Provas não tenho, ouvi falar. (...) Só diziam que eles [davam injecções] contra a vontade (Coordenadora de organização de mulheres, Lospalos).

Acerca planeamento familiar, antigamente usavam o *KB* mas aí há umas obrigadas, por exemplo as mulheres dos militares, os timorenses que entram para militar e a polícia são obrigados a receber as injecções de contracepção, e há algumas que usam todos estes artificiais (Informador *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

No entanto, ao abordar este assunto, a maior parte dos participantes no estudo refere não ter havido obrigatoriedade, em geral, na participação no programa:

O programa não era forçado. O *target* era mais para a população nas áreas remotas porque na cidade normalmente eles têm mais consciência para escolher, e têm informação para saberem qual o método para usar, e também consideram a posição da Igreja. Mas nas áreas remotas elas geralmente aceitam por não terem tanta informação. Normalmente dão informação, mas ela é simples, do tipo: 'Se têm mais crianças, não têm tempo para cuidar, para irem à escola, etc' (Funcionário do Ministério da Saúde, Díli).

Foi no tempo da Indonésia, em 1982 ou 1983 [que começaram a ouvir falar do *KB*]. Socializaram primeiro, depois os que gostaram seguiram esse programa. Isso depende delas, não foi obrigatório (Grupo de mulheres *kemak* e *bunak*, Maliana [Intérprete]).

> No tempo indonésio porque há certas famílias que têm muitos filhos, então houve socialização por parte dos indonésios, dos líderes indonésios até às bases, até às aldeias. Dali, toda a gente quando ouviu isso, há uns que querem seguir o exemplo e há outros que não. (...) Não obrigaram. (...) Aquelas que, por exemplo, tiraram o curso de enfermagem, essas é que vão fazer campanha, incluindo alguns indonésios (Informadora *fataluku*, Lospalos).

Constatamos que a aceitação do programa introduzido pelos indonésios foi condicionada por diversos factores. Há quem refira que não eram prestados muitos esclarecimentos à população, sendo o seu objectivo frequentemente entendido apenas no sentido da redução do número de filhos. Muitos timorenses não só não reconheciam os possíveis benefícios do planeamento familiar, como também consideravam que podia ser prejudicial à sua saúde e ao desempenho das suas tarefas diárias. No entanto, ao entenderem as explicações que lhes eram fornecidas, muitos passaram a reconhecer o valor do espaçamento dos nascimentos em relação à economia do agregado familiar, bem como à saúde da mãe e do filho, o que favoreceu a sua adesão ao programa. Por vezes o incentivo à entrada no programa era feito a troco de bens materiais:

> Em 81, 82, 83 os indonésios introduziram o *KB*. (...) Algumas aceitaram, algumas não aceitaram. As que aceitaram receberam galinhas; às pessoas que não querem aceitar não dão. Houve 40-50 pessoas que aderiram. (...) Muitas pessoas resistiram, não querem. (...) Outras querem ter três, dois filhos, mas não querem o *KB* porque tem muitas pessoas que têm doenças (Informadora *makalero*, Iliomar).

> Uma mulher pode ter quinze filhos, mas a maioria tem seis, oito ou dez filhos. No tempo indonésio, havia um programa, cada família com dois filhos. (...) Os indonésios diziam que o *KB* era muito bom para elas, mas não explicavam porque é que elas deviam usar o *KB*. Agora já lhes é explicado, para compreenderem e tomarem uma decisão. No tempo indonésio eles tinham uma instituição só para o *KB*, o *BKKBN*. Eles diziam que, quando tinham muitas crianças, não podiam ir à escola, e que o Governo só queria ajudar. Muitas tinham medo. (...) Elas diziam que não queriam ser incluídas no planeamento familiar porque podiam ter doenças e não podiam trabalhar na horta. Talvez porque não tivessem uma explicação clara. Mas agora, como as parteiras explicam o espaçamento, agora tem muitas mulheres que querem planeamento familiar. Numa semana, têm mais ou menos 30 pessoas (Parteira, Casa das Mães, Lospalos).

> Ensinam o planeamento familiar, mas há famílias que não seguem. Primeiro, eles dizem que no

> tempo da Indonésia, seguiram o planeamento familiar (*KB*) e muitas mães morreram. Segundo, eles querem mesmo ter muitos filhos, formar uma família grande. (...) Havia mulheres que tinham medo; agora já não (Mulheres *mambae*, Aileu).

> No tempo da Indonésia, nos anos de 1982 e 1983, só ouviram falar, mas ainda não tinham utilizado o *KB*. Utilizado bem, foi em 1985 é que toda a mulher já sabia. Eles socializaram as informações sobre planeamento familiar. Eles explicaram as dificuldades em termos de ter outro filho enquanto a idade do último filho é ainda muito novo, por exemplo, o bebé nasce e depois de sete meses mas já tem outro bebé. Eles também informaram a importância de participar no programa em relação ao espaço de tempo entre os filhos. (...) Não forçaram, só socializaram. Como ouviram que esse programa era bom, então de sua vontade foram usar isso para ter uma distância de três, quatro anos, senão é cada ano um filho (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Após a independência de Timor-Leste, os inquéritos *MICS Timor-Leste 2002* (UNICEF, 2003), *Timor-Leste 2003 Demographic and Health Survey* (Ministério da Saúde e DNE Timor-Leste et al., 2004) e *Censo da População e Habitação 2004* (DNE, 2005) revelaram uma das mais elevadas taxas de fecundidade do mundo, a par com uma taxa de uso de métodos contraceptivos muito baixa. Perante estes resultados, conjugados com a situação de pobreza, as limitações de saúde e o elevado grau de analfabetização da população, o Governo de Timor-Leste considerou o planeamento familiar como um dos factores determinantes para a intervenção no âmbito da saúde reprodutiva, a fim de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil através da melhoria da saúde das mães e do espaçamento dos nascimentos.

Além da necessidade de actividades de IEC, incluindo as zonas remotas, uma acção concertada entre o Governo e a Igreja é encarada, por alguns membros da sociedade timorense, como essencial para o sucesso da implementação de um programa de planeamento familiar:

> Há certas mulheres, certos casais, porque o marido sabe disso, tem conhecimento de certas coisas, então com a mulher combinam-se. Mas há homens, como vivem nas aldeias, não fazem isso; eles ainda têm medo de que qualquer dia hão-de ganhar doença. Não são bem informados, até à data. Nenhum órgão, nenhuma organização que faça campanha sobre isso. Talvez haja planos mas até à data não foi feito nada. (...). Tivemos um seminário de dois dias, em 2004, organizado pelo Departamento de Formação da Igualdade, em Díli, em que se falava como implementar o

> programa de planeamento familiar para as áreas rurais dos distritos. Nós, naquela altura, tivemos um debate sobre esta questão, mas sempre as sugestões das próprias mulheres dizem que devem fazer uma acção coordenada com a Igreja para evitar contradições ou confrontos. A organização das mulheres prefere isso, porque a maior parte das mulheres é que sofrem as consequências quando uma família tem muitos filhos.(...) Agora há um programa da UNICEF, que está a realizar uma espécie de treinamento de jovens e serão estes a deslocarem-se aos sucos e aldeias para dar informações a outros jovens, como evitar as doenças contagiosas e também como evitar a gravidez (Coordenadora de organização de mulheres, Lospalos).

A aprovação oficial da Política Nacional de Planeamento Familiar (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2004) deu-se a 10 de Março de 2004, após um período de debate público e consulta com diversas partes, em que se concluiu que a maior parte da população, incluindo líderes da Igreja Católica de Timor-Leste, demonstrava apoio à implementação do programa de planeamento familiar. A maior abertura por parte da Igreja a esta questão tornou-se mais evidente em Março de 2003, mediante a assinatura de uma carta dirigida ao Ministério da Saúde acerca do programa, por parte do bispo D. Basílio do Nascimento, que entre 2002 e 2004 foi simultaneamente administrador apostólico das dioceses de Baucau e de Díli (após D. Ximenes Belo se ter retirado do cargo em Díli). Ao ser inquirido sobre o assunto, manifestou-se da seguinte forma:

> Exacto [não nego, não critico o programa]. E muita gente entendeu isso como eu estar de acordo com o planeamento familiar, no sentido limitativo do termo. O princípio da vida é um princípio básico. Depois, do ponto de vista de técnicas de reprodução, o pensamento da Igreja é este: métodos naturais é o que a Igreja manda. Em relação aos anticonceptivos, a Igreja é contra, mas é necessário informar as pessoas, tanto para um lado como para o outro, sobre 'Sim senhor, quer fazer isto vai, mas a posição da Igreja Católica é esta'. Depois, cabe à pessoa tomar a decisão (Bispo de Baucau).

Relativamente à posição mais crítica sobre o planeamento familiar e os métodos contraceptivos "artificiais" que o Bispo D. Ximenes Belo tinha adoptado quando administrava a diocese de Díli, desde a *Carta Pastoral sobre KB* (Belo, 1985) até outras manifestações mais recentes, o bispo de Baucau fez o seguinte comentário:

> Eu acho que (...) o D. Carlos também não pode adoptar uma outra atitude que não seja a atitude

> oficial da Igreja, [que] é esta: Há métodos com os quais a Igreja está de acordo, e são estes que a Igreja propõe. Agora, em relação aos outros, que de facto são apresentados como sendo benéficos, mas que no entender da Igreja vai contra qualquer ensinamento da Igreja, a Igreja não os adopta. Mas o facto de não os adoptar não significa que se impeça as pessoas de terem informação sobre uma coisa e sobre a outra. (…) Quanto ao acesso a Igreja diz assim: Aqueles que são da Igreja, a Igreja proíbe. Uma coisa é a orientação e outra coisa é a prática que a pessoa porventura assuma. Mas isto, para ele assumir a prática ou praticar a acção, se ele não souber é uma coisa, agora sabendo e se depois a pratica, do ponto de vista moral entra em confronto com os ensinamentos da Igreja. Mas para isso, eu sou sempre da opinião que é preciso educar as pessoas de forma adulta, porque querendo ou não, se a pessoa quer, vai. A Igreja não tem nenhum impedimento legal, ou punitivo, para dizer: 'Este fez, aquele não fez'. (…) A excomunhão vai no sentido sobretudo do aborto, porque no aborto é aqui entendido a morte de um ser humano. Agora, a prática anticonceptiva não é passível de excomunhão. Nenhum documento da Igreja fala disso em relação a práticas anticonceptivas (Bispo de Baucau).

A Política Nacional de Planeamento Familiar possui o objectivo de orientar o desenvolvimento e a implementação de programas e acções de planeamento familiar em Timor-Leste, estando disposto o seguinte:

> O planeamento familiar é um importante elemento no esforço de desenvolvimento nacional destinado a melhorar o bem-estar de indivíduos e comunidades. Ao promover o conceito de "maternidade e paternidade responsável", o planeamento familiar contribui para a saúde e bem-estar social de Timor-Leste, como parte do direito que todos os cidadãos têm à constituição de família, casamento, maternidade, saúde e cuidados médicos, tal como definido nos artigos 39 e 57 da Constituição nacional. (...) A política de planeamento familiar apresentada neste documento reflecte (...) também o consenso alcançado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo em 1994. Nesta conferência o debate sobre a população foi desviado de uma perspectiva demográfica, com um enfoque sobre o controlo da população, para uma perspectiva de saúde reprodutiva, focando a necessidade de ir ao encontro das necessidades do indivíduo e de casais. (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2004, pp. 5-6)

Neste âmbito, foi concebido um Programa de Planeamento Familiar com três componentes chave: 1- Prestação de serviços; 2 - Recursos humanos; 3 - Actividades de informação, educação e comunicação (IEC). Quanto à primeira componente, está estipulado o seguinte:

> Os serviços de planeamento familiar devem ser integrados na prestação de serviços de saúde reprodutiva, ser universalmente acessíveis e aceites, convenientes e disponibilizados de forma eficaz em todas as instituições de saúde. (...) Os hospitais nacionais e de recurso, centros de saúde comunitários (nível 2 e 3), devem disponibilizar serviços de planeamento familiar e aconselhamento diários ou, no caso de postos de saúde, de forma regular. As necessidades dos utentes devem ser avaliadas, a capacidade para prestar informação a casais sobre métodos contraceptivos naturais deve ser disponibilizada e deve ser colocado à disposição um leque apropriado de outros métodos contraceptivos. Para além disto, devem incluir informações completas e concisas sobre todos os métodos, garantindo assim a realização de uma escolha informada com base na paternidade e maternidade conscientes. (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2004, pp. 12-13)

De acordo com os resultados de um estudo efectuado nos distritos de Aileu e Manatuto (HAI, 2007), muitos pais e mães timorenses exprimem o desejo de espaçarem os seus filhos devido a um forte sentido de responsabilidade para satisfazerem adequadamente as suas necessidades, especialmente para lhes proporcionarem uma boa educação, e desejam saber mais sobre métodos contraceptivos modernos. Na sua maioria, sabem que um espaço de dois ou três anos é benéfico para a saúde da mãe e do filho. Em alguns locais (Aileu) também é reconhecido o valor da limitação do tamanho total da família, mas é mais frequente a preocupação quanto ao espaçamento.

Ao longo da realização do presente estudo, constatamos que em todos os distritos muitos timorenses conhecem e recorrem ao planeamento familiar:

> A cultura de Timor-Leste é assim. Nós timorenses quase a maioria têm muitos filhos, dez para cima, cinco para cima, três para baixo não há, tem de ter três para cima. Portanto, depois do parto, quando elas vêm consultar dar informação, estando de volta outra vez com o esposo, para dar a família planeada. Vem cá muita gente. (...) Eu penso que muitas pessoas já compreendem (...) porque já muitos filhos, não tem capacidade para viver (Parteira da consulta de Saúde Materno-Infantil, Hospital de Baucau).

> No momento em que as mulheres grávidas vêm à consulta ela sempre dá explicação, e os bebés que vêm à consulta para apanhar a vacina, ela também dá explicação para as senhoras sobre o planeamento familiar. Aqui todas entram neste programa, porque se tiverem muitos filhos não podem sustentar todos. (…) Os homens concordam com a explicação que a parteira deu. (…) Aqui

tem muitas pessoas, mas o bebé já tem 6 meses depois do parto é que vêm receber. Elas chegam aqui, a parteira dá-lhes uma explicação, depois diz-lhes para escolherem entre a injecção ou comprimidos. (…) Algumas um filho e já estão a começar a pedir injecções; algumas têm cinco e algumas já têm sete filhos (Parteira do posto de saúde de Usitaco, Nitibe [Intérprete]).

Há alguns que têm um número maior de filhos, mas há alguns que já fazem espaço de nascimento; o filho já tem três ou quatro anos mas a mãe está sempre normal, depois algumas vezes o filho já tem cinco anos é que tem o seu irmão. Alguns já compreendem. (...) Antes de terem o primeiro filho, até à data ainda não temos. Aqui é assim: quando casam é para ter filhos. (...) Muitas vezes o patrão também acompanha a patroa. Para o planeamento familiar, as senhoras e os senhores devem estar presentes para que há concordância (Chefe de Saúde do sub-distrito de Iliomar).

Ao compararem o programa de planeamento familiar indonésio com o actual, alguns timorenses, incluindo profissionais de saúde, consideram que este está mais direccionado para objectivos de saúde e bem-estar familiar, dando menos ênfase a objectivos demográficos:

Relativamente ao planeamento familiar, no tempo da Indonésia o objectivo principal era o controlo da população; era um programa mais agressivo. Agora o objectivo é a saúde, embora se pense que também é a diminuição da população. Antes havia mais pessoas a aderir; agora também há bastante procura (Chefe do Serviço Distrital de Saúde de Covalima).

Eu sei que aqui, neste hospital, para usar a família planeada (...) isso era uma coisa obrigatória mas agora não é. (...) A diferença é que antes é obrigação do governo, fazer pressão para usar. Agora não, agora o cliente tem iniciativa para usar. Isto é uma diferença, e cada cliente sabe o que tem que usar. E outra coisa, antes de usar tem uma explicação bem, sobre o efeito, e a pessoa pode escolher livremente, não tem obrigação de usar (Médico timorense, director do hospital de Maliana).

Antes nunca davam explicação devida sobre planeamento. Chegavam e davam injecções, davam comprimidos e não davam uma explicação. Mas agora, antes de aceitar qualquer medicamento, eles explicam primeiro a reacção do medicamento. Dantes (...) não tinham interesse de explicar porque aquilo era um tipo de competição entre os enfermeiros. (...) Quem tinha o maior número de pessoas ia receber um prémio. (...). Eles explicam que isto é para dar espaço; perguntam à família... já tem quatro filhos, pronto, dão uma injecção e acabou. (...) Havia mulheres que tinham medo do *KB*. (...) Agora já não têm medo (Parteira do centro de saúde de Aileu [Intérprete]).

No entanto, apesar da existência de um novo programa de planeamento familiar, há casais que continuam a ter filhos sem os planearem. Após a independência, a divulgação do programa e o acesso aos serviços de planeamento familiar são insuficientes em determinadas zonas do país. Há mulheres/casais que demonstram interesse no planeamento familiar, mas não têm conhecimentos sobre formas de o fazer. Há quem refira ter tido conhecimento do programa apenas no tempo da ocupação indonésia, devido, em parte, às campanhas que eram realizadas na altura:

> Eles evacuaram para Gariuiai em 1976, obrigados pela Indonésia (...), e em 89 vieram para aqui. (...) As pessoas foram fazer campanha lá. (...) Ainda não; nesta aldeia nunca ouviram [falar deste novo programa] (Parteiro tradicional *makasae*, suco Lelalai, Quelicai [Intérprete]).

> Depois da saída dos indonésios daqui até agora ainda ninguém falou do planeamento familiar. No tempo indonésio há um programa especial para o planeamento familiar, e eles próprios, os enfermeiros indonésios, é que se deslocavam aqui para falar sobre o planeamento familiar (Mulher *fataluku* de 42 anos, 8 filhos, suco Lore I, Lospalos [Intérprete]).

Entre os timorenses que não recorrem ao planeamento familiar, os motivos variam. Muitos desejam ter uma família numerosa por necessitarem de colaboração nas tarefas agrícolas. Por outro lado, como o casamento tradicional envolvendo dote (*barlake*) é uma prática que se mantém em muitas famílias, leva os casais a desejarem um elevado número de filhos. A iliteracia também dificulta a compreensão do significado e dos benefícios do planeamento familiar:

> No tempo da Indonésia disseram que só dois ou três filhos, mas aqui não ficam só com dois ou três filhos, têm que continuar até dez. (…) Algumas já são velhas, mas continuam a ter mais filhos. Sempre damos informações para elas, dizemos que trabalho não tem, as necessidades da casa são altas, e por isso têm que parar, têm que fazer uma forma de planeamento familiar. E elas respondem que sim, mas aqui não fazem nada. A maioria são analfabetos, por isso não sabem o significado do planeamento familiar. Dizem que sim, só têm dois, três, até cinco, mas continuam a fazer. 'Nós somos barlaqueadas, temos que ter muitos filhos' (Parteiras do centro de saúde de Citrana, Nitibe [Intérprete]).

Alguns timorenses que seguem a doutrina católica só aceitam o planeamento familiar

natural, conhecido por *KBA* (*Keluarga Berencana Alamea*) na língua indonésia:

> A Indonésia já tem o *KB*. A minha mulher também não quis, porque nós católicos não aceitamos. Mas tem um programa próprio, *KBA*, natural. Só ouvir, mas para aplicar ainda não. Os padres só cursos próprios. (...) Pensa conforme Deus; quando deu, recebe. Eu estou satisfeito porque tenho muitos filhos, eu gosto muito para ajudar a mim. Nós quando se tem responsabilidade familiar sempre tem um filho (Homem/Casal *mambae*, 9 filhos, suco Dare, Vera Cruz, Díli).

Sendo os timorenses maioritariamente católicos, a posição oficial da Igreja face ao planeamento familiar exerce alguma influência sobre as suas atitudes e práticas:

> Nós não queremos porque isso é contra a religião católica. Por isso é que não há muitas mulheres a quererem entrar no programa *KB* (Parteira tradicional *tetun*, suco Beiseuc, Tilomar [Intérprete]).

> A entrar no programa umas sete, oito ou dez, mais do que isto não. Elas confiam mais na Igreja, e a Igreja diz que não pode, não entram (Parteiro tradicional *tetun*, suco Suai Loro, Suai Vila [Intérprete]).

Há, no entanto, casos excepcionais em que representantes da Igreja admitem o recurso a métodos contraceptivos artificiais:

> A Igreja proíbe em qualquer caso de aceitar estes métodos, mas aprende a aceitar e implementar, por exemplo, num caso extraordinário, segundo a condição física da pessoa, e também se houver problemas na família. Então, a própria pessoa vai ter com um director espiritual, um sacerdote, e expõe o seu caso, as dificuldades, os problemas familiares. Então, daí, juntamente com a família e o pároco ou um sacerdote ou um bispo, tomam a decisão. Não quer dizer que a Igreja não aceita os métodos artificiais, não, depende dos casos. Há casos em que, (...) para salvar a vida de uma pessoa, é obrigatório usar este método artificial. (...) A posição da igreja é para salvar a humanidade, e depende dos casos, de cada família (...). Nós estamos a procurar o bem comum, mas também não é fácil, depende da cultura, de tudo isso (Parteira, membro da congregação religiosa das Irmãs Canossianas, Lospalos).

Também há timorenses que não aderem ao planeamento familiar por temerem que daí advenham prejuízos para a sua saúde, o que está geralmente relacionado com possíveis efeitos colaterais atribuídos aos métodos contraceptivos:

> Tudo depende, algumas usam e outras não. Por exemplo, se usarem o planeamento familiar e isso ajuda a saúde, elas vão continuar a usar; mas se isso não ajuda a saúde elas deixam de usar isso, porque às vezes também afecta muito a saúde da mulher. Às vezes há aqui muitas mulheres que emagrecem ao usarem isso (Parteira tradicional *bekais/tetun*, Balibó [Intérprete]).

> Em Timor há quem não aceite, têm medo; quando se fala em planeamento familiar pensam em contracepção. Assim, recusam discutir mais connosco (...). Penso que elas não conhecem bem a contracepção; elas ouvem rumores de que as pessoas morrem se têm problemas sobre os contraceptivos (Enfermeira, coordenadora de ONG em Oecusse).

Na sociedade timorense, o baixo estatuto da mulher e consequente subordinação ao homem leva a que as decisões, no que respeita ao planeamento familiar, dependam em grande parte do acordo deste. É frequente as mulheres não recorrerem ao planeamento familiar devido à oposição do marido, submetendo-se à sua vontade e às suas decisões:

> Por vezes são os homens que se opõem a que as mulheres entrem no programa. Não queriam, diz que ter muitos filhos é que é bom. Diz que é a graça de Deus (Informadora, Díli).

> Antes da última gravidez pensou em recorrer ao planeamento familiar, e informou-se junto da enfermeira parteira. Como era necessário consentimento do marido e este não aceitou o recurso a métodos contraceptivos, desistiu da ideia (Mulher *mambae* de 28 anos, 4 filhos, suco Comoro, Dom Aleixo/Díli Ocidental [Intérprete]).

> Há muitas que (...) pouca comunicação entre o marido e a esposa. (...) Um ponto negativo é o ciúme também, porque eles recebem informações que não estão certos; dizem que há mulheres que quando usam contraceptivos podem desviar do marido (Membro da OMT, Maliana).

No entanto, alguns reconhecem não só as vantagens do recurso ao planeamento familiar como também a necessidade de existir comunicação e concordância entre o casal para poderem fazer as suas opções:

> O marido também tem que compreender a posição da mulher, que tem que cuidar em casa e também ajudar o marido na várzea ou na horta, e por isso os dois têm que formar esta coisa. Aqui agora os maridos já estão a começar a compreender, porque quando no tempo da várzea, no tempo da horta, as mulheres ficam que só em casa com o bebé têm muitos problemas para o marido, só o

> marido é que trabalha, e por isso agora já estão a começar a mudar pouco a pouco. Elas querem fazer o planeamento familiar para poderem ajudar a alimentação de todos os dias (Parteira tradicional *baikenu*, suco Lifau, Pante Macassar [Intérprete]).

Uma das abordagens estratégicas do planeamento familiar é "melhorar o conhecimento dos indivíduos e casais sobre o seu direito a fazerem escolhas livres e informadas quanto ao número e espaçamento entre os filhos, e promover o objectivo de cada criança ser desejada" (Ministério da Saúde de Timor-Leste; UNFPA; WHO, 2004, p. 22). De acordo com o que se encontra estabelecido na Política Nacional de Planeamento Familiar,

> Todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços devem possuir a capacidade para oferecer serviços de planeamento familiar à comunidade. Deve ser particularmente enfatizada a capacidade das parteiras, como principais prestadores de serviços de saúde reprodutiva. Os prestadores de serviços relativos a planeamento familiar devem possuir conhecimentos técnicos necessários para informar casais e indivíduos sobre o método natural do planeamento familiar e o uso seguro de outros métodos (isto é, os prestadores devem estar habilitados para examinar as mulheres e homens de forma a informar sobre contra-indicações, aferir riscos e gerir medicamente os efeitos secundários). Para além disto, eles devem receber formação sobre técnicas de aconselhamento tecnicamente correctas e culturalmente apropriadas. (Ministério da Saúde, RDTL, 2004, pp. 15-16)

Relativamente a actividades comunitárias nas zonas remotas, ficou estipulado o seguinte:

> As parteiras dos centros de saúde comunitários (CSC) e postos de saúde (PS) devem ser devidamente qualificadas de forma a servirem como ponto nuclear na prestação de serviços de planeamento familiar. É importante fortalecer as comunidades para aumentar a participação de todos os casais e indivíduos nas actividades de planeamento familiar. Ao envolver voluntários da comunidade, organizações relevantes do sector privado, grupos religiosos e organizações de mulheres na divulgação de informação sobre planeamento familiar, poder-se-á aumentar o seu alcance, particularmente às áreas mais isoladas. (Ministério da Saúde, RDTL, 2004, pp. 13-14)

As parteiras são as principais prestadoras de serviços de planeamento familiar em Timor-Leste, devendo possuir competências, não só no que respeita a acções de educação para a saúde, como também a aconselhamento e fornecimento de métodos

contraceptivos. No entanto, o seu número é insuficiente para as necessidades do país, sobretudo em meio rural, além de terem necessidades formativas. Em 2002 teve início, sob a tutela do Ministério da Saúde e do FNUAP, um programa de formação em planeamento familiar destinado a parteiras provenientes de hospitais e centros de saúde dos vários distritos, mas a maioria ainda não teve oportunidade de participar.

> A política está traçada. A informação deve ser disseminada e muita formação para as pessoas. Devemos apostar pelo menos nessa formação, na consciencialização das pessoas. Um dos nossos maiores problemas é que as pessoas que podem transmitir uma boa mensagem são as pessoas que se encontram aqui nas áreas urbanas, em Díli. Se fizermos uma formação de treinos para os chefes de suco, as pessoas dos sucos, ou mesmo para algumas responsáveis a nível das áreas rurais, elas nunca vão ter aquela capacidade de transmitir uma mensagem correcta, de apresentar os argumentos que justificam a necessidade das mulheres, do casal ter uma família planeada. Mesmo que tivéssemos já os profissionais de saúde... mas mesmo assim eles próprios nem sabem explicar, porque não é tão fácil também uma pessoa ter um conhecimento mais profundo sobre todos os métodos, os efeitos, as vantagens, as desvantagens. Porque o dever é consciencializar as pessoas, explicar e esclarecer, apresentar as razões e os efeitos. Nem todas as pessoas estão preparadas para isso. Talvez com essa formação dos médicos, e o Ministério da Saúde vai ter que trabalhar muito nessa área, inclusivamente nas avaliações das mulheres. Porque nós temos feito isso já várias vezes, por exemplo, no que toca ao movimento das mulheres. Só para transmitir uma mensagem correcta é difícil; depois, elas chegam ao meio rural muito deturpadas. (...) A questão não está só no analfabetismo, na iliteracia. Se lêem também não compreendem muito bem, se participam nos *workshops* também não assim com aquela vontade mesmo responsável de conceber bem as informações e disseminar sem deturpar. (…) De vez em quando uma parteira vai para sítios mesmo remotos. Por exemplo, a situação geográfica é um dos factores [negativos]. Uma única parteira ter que percorrer distâncias longas, e atravessar ribeiras e montanhas. O cansaço da parteira de ter que ajudar sete ou oito partos por dia já constitui um cansaço [um factor desmotivador] e já não vai ter aquela paciência de estar a explicar as mesmas coisas. Essa é uma questão. (...) E depois ter que explicar numa linguagem muito simples, e de vez em quando muitas mulheres (...) não compreendem bem o tétum. Podem falar, mas compreender uma linguagem profissional também é difícil (Assessora para a Promoção da Igualdade, Díli).

Outra questão importante diz respeito aos jovens. Está previsto, no componente "Saúde Sexual e Reprodutiva dos Jovens" da Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva 2004-2015, "reorientar os serviços de cuidados de saúde primários existentes a serem pró-jovem. Estes serviços incluem os serviços básicos de saúde reprodutiva

(informações sobre a sexualidade e saúde reprodutiva, acesso aos serviços de planeamento familiar, cuidado pré e pós natal, parto seguro, tratamento de complicações com o aborto, diagnóstico e tratamento das IST)" (Ministério da Saúde de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2004, p. 18).

No entanto, constatamos que, em todos os distritos, além da falta de conhecimentos sobre contracepção ser frequente em adolescentes ou mulheres jovens ao iniciarem a sua vida sexual, o facto de não terem geralmente acesso aos serviços de planeamento familiar antes do casamento leva a que ocorram gravidezes não planeadas:

> Há algumas que têm 17 anos e já estão grávidas. [Antes de casar] acontece muito (Parteira da Policlínica da Maternidade - Hospital Nacional Guido Valadares, Díli).

> Aqui não acontece [as jovens solteiras procurarem um serviço de planeamento familiar]. Depois de ter filhos é que podem. (...) [Se vão antes de casar toda a gente fica] a saber. Têm vergonha (Mulher de 48 anos, 6 filhos, suco Costa, Pante Macassar [Intérprete]).

> Aqui [as consultas de planeamento familiar são] só para casais; [para solteiros] não, ainda não chegámos até lá. Isto para nós ainda tem uma barreira porque, às vezes, podem fazer abusos e tudo (Médico timorense, director do hospital de Maliana).

> [Os jovens, os solteiros] nunca [vêm aqui fazer planeamento familiar]. Mas muitas vezes chegam aqui, confessam; muitas jovens grávidas. (…) Têm os filhos. Os pais ficam muito aborrecidos com a filha, mas tem de receber. Muitas vezes o rapaz deixa a rapariga; às vezes ele se responsabiliza para a mulher e o filho. Às vezes casam-se, às vezes não (Parteira do centro de saúde do Bairro Pité, Díli).

> Há mulheres de 15, 16 anos sem esposo que andam a brincar com todos, e como a Igreja não permite que elas venham cá receber a pílula acabam por engravidar. Só as casadas é que têm direito aos contraceptivos. A Igreja e o povo proíbem os médicos de dar os métodos (Casal de médicos cubanos do centro de saúde de Atabae).

Uma questão que causa grande preocupação a nível mundial devido às suas consequências é, precisamente, a gravidez na adolescência:

> A gravidez constitui uma causa principal de morte em todo o mundo das jovens mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, cujos factores principais são as complicações devidas ao parto e ao aborto sem condições de segurança. Quer por razões psicológicas quer sociais, as mulheres neste grupo etário têm duas vezes mais probabilidade de morrer no parto do que aquelas que se encontram na faixa dos 20. As raparigas com menos de 15 anos têm cinco vezes mais probabilidade de morrer do que as que estão na faixa dos 20. As raparigas que não terminaram o seu desenvolvimento físico encontram dificuldades no sexo, gravidez e trabalho de parto (…) Em todo o mundo, cerca de 14 milhões de mulheres e raparigas entre os 15 e os 19 anos – quer estejam ou não casadas – dão à luz em cada ano. As mulheres que começaram a ter filhos na adolescência tendem a ter em geral mais filhos e com intervalos mais curtos do que aquelas que começaram mais tarde (…) Por todo o mundo, muitos jovens sexualmente activos que pretendem evitar a gravidez não estão a usar métodos contraceptivos modernos por diversas razões, incluindo a falta de acesso a serviços ou desaprovação por parte de técnicos de saúde. A evidência desta "necessidade não satisfeita" de serviços de planeamento familiar é frequentemente indirecta, particularmente no caso de adolescentes não casadas, tornando difícil a sua quantificação (…) Uma parte significativa da necessidade não satisfeita é indicada pelos elevados níveis de aborto entre mulheres jovens, segundo o que é relatado em inquéritos e inferido de hospitalizações após abortos sem segurança, bem como estimativas de gravidezes fora do casamento e relatos de jovens a entrevistadores quanto ao facto de as suas primeiras ou segundas gravidezes terem ocorrido mais cedo do que desejavam. Entre os jovens, a maior parte desta necessidade não satisfeita é referente ao espaçamento e à prevenção. Em muitas sociedades, é esperado e quase universal ter filhos após o casamento, e a maioria das jovens recém-casadas querem fazê-lo com brevidade. (UNFPA, 2003, pp. 39-40, tradução nossa)

Em Timor-Leste também se reconhece que a gravidez na adolescência apresenta maior risco de complicações e morte materna. Em 2004, foram registados em Timor-Leste 58 partos por cada 1000 mulheres com idades entre os 15 e os 19 anos (DNE, 2005). As pesquisas nacionais efectuadas em 2002 e 2003 revelam que as questões da sexualidade e a saúde reprodutiva em geral não constituem uma preocupação comum para os adolescentes, apesar de se verificar uma tendência para casamentos de jovens, casamentos antecipados devido à existência de gravidezes na adolescência, e adolescentes a procurarem a interrupção da gravidez. Também é tido em consideração o grande crescimento da população de adolescentes e de jovens adultos nos próximos anos, e o aumento das pressões sociais, devido à exposição das influências internacionais, no sentido de uma maior consciencialização, de preocupações e

expectativas para os indivíduos e relacionamentos entre os casais. Quanto à ameaça crescente de IST, incluindo a infecção pelo VIH, deve ser percebida optando por decisões de estilo de vida saudáveis. A percepção da sua sexualidade e dos seus direitos, associada à possibilidade de iniciarem relacionamentos que são escolhidos, irá requerer uma resposta de saúde pública sensível, de forma a possibilitar que esses jovens adultos entrem na sociedade de uma forma responsável, com maturidade (Ministério da Saúde de Timor-Leste et al., 2004).

O problema da gravidez entre as adolescentes timorenses é, por seu lado, avaliado pelo Ministro da Saúde da seguinte forma:

> Não tenho dados para fazer esses comentários, mas eu creio que existe mais (...) liberdade ou libertinagem na juventude para praticar os actos sexuais. (...) Eu pessoalmente penso que é um problema que se está amontoando. Não temos dados para qualificar a magnitude do problema, mas o problema está aí. E particularmente nas áreas urbanas, neste momento, há mais liberdade na adolescência, na juventude, e eu creio que adicionando ao fraco conhecimento sobre os métodos contraceptivos o problema de aborto na juventude, na adolescência, eu creio que está aí. (...) Sim. [Até pode vir a aumentar, se não se investir nessa questão] (Ministro da Saúde da RDTL).

A sociedade timorense ainda é, no entanto, uma sociedade fechada, onde pouco se fala de questões ligadas à sexualidade. A falta de informação também leva a ideias negativas sobre o planeamento familiar, sendo esse facto atribuído em grande parte ao tipo de educação e à falta de diálogo com os pais sobre estes assuntos. As características e a evolução da sociedade timorense, o papel da educação e a implementação da educação sexual são assuntos também abordados pelo Presidente de Timor-Leste:

> Aqui separamos duas sociedades: a sociedade do interior e sociedade mais urbana, ou a sociedade camponesa e a sociedade da classe média, ou coisas assim do género. Se eu for a fazer comparações nos dos meus tempos a aqui, eu posso dizer que houve um avanço imenso. Nos nossos tempos, às seis horas já nenhuma rapariga sai à rua. (...) Era assim uma sociedade muito fechada. Aí, havia um dualismo de influências: o tradicional e o religioso. O tradicional porque a mulher vale, tem o seu valor próprio; o religioso porque há toda uma aplicação de princípios. Comparando com hoje, já é um bocado mais diferente, é uma sociedade mais liberal, é uma diferença abissal. (...) Houve uma mudança enormíssima. Ora, vamos falar da educação sexual. O

grande problema é a inexistência da capacidade dos professores para ensinar isso. (…) Outro, pode ser o tipo de universidades, mas as universidades não envolvem quase todos. Então, uma boa campanha seria a organização dos próprios jovens, raparigas e rapazes. Esse é o melhor caminho. Se o Estado toma uma iniciativa, depois sai como universal. A Igreja é o que é. Eu creio que é preciso criar-se uma ideia, uma iniciativa, em que há pessoas adultas, íntegras, que tomem conta disso, e depois abordem ali com os jovens, eduquem os jovens. Hoje dividi a nossa sociedade em duas: uma pequena componente de pessoas, inclusivé os jovens, que percebem, adquiriram algumas ideias. Esses estão capazes de um planeamento familiar, sabem, sentem que para educar bem os filhos é preciso maiores capacidades financeiras e, se produzirem muitos filhos, não estão capazes de cumprir. Uma outra: não existe em princípio esta percepção de responsabilidade na educação dos filhos. Outro: e mantém uma educação. Podemos falar de *condoms*, mas eu, para mim, o *condom* não é tão importante. Se as pessoas são educadas em termos de compreender o processo biológico da mulher, e se aceita. (…)! Mas a educação familiar sexual, se forem pessoas maduras, com integridade para lidarem com os jovens, vão às universidades e juntam-se, discutem, as senhoras com as raparigas, os homens com os jovens, e depois explica-se e toma-se a coisa como uma ciência, não como qualquer coisa assim... Agora, se decidem aplicar isto a todas as escolas, para (...), em vez de ser uma coisa produtiva, ficar mais negativo ainda. Tem que ser um processo gradual também, de contactos, de...sobretudo as organizações das mulheres. Eu sou o que mais se confronta com eles, com essa organização das redes de mulheres. Se querem qualidade de ensino, se escolhem atravessar uma estratégia de dignificação da mulher, dêem passos curtos mas seguros. (…) Então, esses assuntos deviam ser tomados a peito por elas, elas têm que explicar às gerações novas. (…) [A prevenção da gravidez na adolescência] tem importância. Eu conheço muitos casos em que jovens namoram, ainda não com a intenção de casar-se já, porque ninguém tem emprego, mas depois... pronto. E aí aparece o factor tradicional, e diz: 'Olha, engravidaste a minha filha, ou casas já ou então...' (…) Para mim, a educação sexual para jovens de quinze anos para cima é importantíssima. Isto quebraria a controvérsia Igreja - Estado, porque é da sociedade, quebraria o tabu em termos de ser um assunto público. Mas, se a organização dos jovens, sobretudo as raparigas, ou das mulheres em relação às raparigas, puderem produzir um trabalho profundo, íntegro, eu penso que... Para o interior já não será fácil porque as pessoas custam a compreender o que é a ciência (Presidente da RDTL).

As necessidades dos adolescentes são alvo de grande destaque no Programa de Acção da ICPD de 1994 (Barata, 1996), bem como da sua Revisão de Cinco Anos realizada em 1999, cujas recomendações foram aprovadas pelo Governo de Timor-Leste:

A experiência de muitos países demonstra que a educação constitui um factor essencial no desenvolvimento de comportamentos de procura da saúde e de tomada de decisão sobre saúde

> reprodutiva, ao mesmo tempo que exerce o direito de usar estes serviços de saúde onde estejam disponíveis. O Programa de Acção da ICPD também dá ênfase às necessidades de educação em saúde reprodutiva para os jovens, que necessitam de informação correcta e capacidades para fazerem escolhas responsáveis. O Governo de Timor-Leste compromete-se, assim, em assegurar que os jovens recebam informação correcta, culturalmente aceite, sensível ao género e apropriada para a idade, de forma a permitir-lhes que possam lidar com a sua saúde e desenvolvimento, a fazer escolhas responsáveis e informadas no que diz respeito às suas necessidades sexuais e de saúde reprodutiva. Serão para tal usados todos os canais de comunicação, inclusive as organizações de jovens, pares e outra comunicação interpessoal, *mass media* e instituições relevantes para a disseminação de informação correcta, culturalmente aceite, sensível ao género sobre a saúde e desenvolvimento dos jovens. Será assegurada a acessibilidade, a equidade, a aceitabilidade, a compreensão, a confidencialidade, a eficácia e a eficiência, bem como a disponibilidade de serviços de saúde pró-juventude, quer no sector público como no privado onde este último complemente os serviços governamentais. Os serviços privados gerais serão também encorajados a aderir à direcção da política geral dos serviços de saúde reprodutiva para os jovens, onde seja apropriado. (Ministério da Saúde de Timor-Leste, UNFPA e WHO, 2004)

Um sinal revelador de que algo já está a ser feito neste âmbito é o facto de actualmente, nas escolas secundárias de Timor-Leste, começarem a ser abordados temas ligados à saúde sexual e reprodutiva, com o apoio de profissionais de saúde.

1.3. Utilização de Métodos Contraceptivos

O Estudo Demográfico e de Saúde de 2003 (Ministério da Saúde e DNE, Timor-Leste et al., 2004) revelou que menos de 20% das mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) tinham recorrido à contracepção, e apenas 9,7% se encontravam a usar métodos contraceptivos, sendo o injectável o mais popular. As mulheres das zonas urbanas apresentavam uma taxa de utilização de contraceptivos ligeiramente superior às das zonas rurais, sendo as possuidoras de escolaridade secundária as principais utilizadoras. Apenas 20% das mulheres conseguiram nomear espontaneamente qualquer método contraceptivo, e 38% reconheceram um método quando era nomeado e descrito. A necessidade não satisfeita de planeamento familiar foi registada em 3,8%, com 3,7% para o espaçamento e apenas 0,1% para a limitação dos nascimentos (Ministério da

Saúde e DNE, Timor-Leste et al., 2004). Os níveis de utilização de contraceptivos, quando comparados com os resultados do DHS de 1997, sugerem um grau de retrocesso desde 1999, o que se pode dever principalmente à quase total interrupção dos serviços anteriormente proporcionados através do programa indonésio de planeamento familiar.

Em 2007 registou-se, relativamente às mulheres casadas em idade reprodutiva, uma taxa de utilização de métodos contraceptivos de 19,8%, que representa cerca do dobro da anterior. Entre as que recorriam à contracepção, 63,1% usavam o método injectável, 13,1% o calendário, 9,5% a pílula, 3,7% ervas e poções e 3,1% o coito interrompido. Entre as que não recorriam à contracepção, alguns dos motivos apontados para esse facto foram o desejo de ter filhos (41,3%), os efeitos secundários (14%), o desconforto (12,9%), o desacordo do marido (10%), a falta de disponibilidade dos métodos (7,9%) e razões de ordem religiosa (3,2%) (DNE, World Bank e UNICEF, 2008).

Uma das abordagens estratégicas do planeamento familiar é "melhorar a acessibilidade aos serviços de contraceptivos, sendo estes fornecidos como parte dos cuidados de saúde primários, e maior variedade das opções de contraceptivos disponíveis para todos aqueles que deles queiram usufruir" (Ministério da Saúde de Timor-Leste et al., 2004, p. 22). De acordo com o "Pacote de Serviços Básicos", os cinco métodos contraceptivos disponíveis nos centros de saúde comunitários são: a injecção trimestral (Depo-Provera), a pílula combinada, o implante (Norplant), o Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e o preservativo masculino. Os métodos cirúrgicos (laqueação tubária e vasectomia) são realizados nos hospitais. Nos postos sanitários são fornecidos a injecção, a pílula e o preservativo, mas nem sempre apresentam disponibilidade de serviços de planeamento familiar adequados, quer por infra-estruturas deficientes e com más condições de higiene, quer por falta de recursos humanos qualificados, nomeadamente parteiras, e falta de material. Em alguns distritos, os serviços de planeamento familiar são escassos, e mesmo inexistentes, a nível das clínicas móveis. Em vários distritos, a má previsão das necessidades contraceptivas e o atraso na requisição de material tem como consequência a ruptura de *stocks* e a interrupção do fornecimento de métodos contraceptivos aos seus utilizadores. Esta situação coloca em grande desvantagem sobretudo a população residente em zonas remotas (Bernardo, 2005).

Um conhecimento sobre contracepção desadequado ou incorrecto leva as mulheres a não calcularem ou subestimarem o risco de engravidar (Hawkins et al., 1995). De acordo com um estudo efectuado nos distritos de Aileu e Manatuto (HAI, 2007), há em geral um fraco nível de conhecimentos sobre métodos modernos de espaçamento dos filhos, mas um forte desejo e receptividade para saber mais, incluindo métodos "naturais". Os timorenses demonstram, na sua maioria, poucos conhecimentos e muitas informações incorrectas sobre o período fértil da mulher e o controlo da fecundidade em geral. O receio de eventuais efeitos colaterais, frequentemente baseado no que ouviram sobre más experiências de outros, e potenciais limitações à fertilidade futura, desencorajam o uso dos métodos contraceptivos. Há medos, interpretações incorrectas e uma falta geral de conhecimentos sobre os seus efeitos secundários.

A utilização dos métodos contraceptivos também está relacionada com a sua aceitabilidade, e aqui há dois aspectos a ter em consideração: a aceitação inicial e a utilização continuada. A aceitação inicial depende tanto da motivação original como da capacidade de persuasão dos profissionais que levam a cabo o planeamento familiar, sendo influenciada por factores como a idade, a residência (urbana ou rural), a educação e o emprego, assim como o tipo de métodos disponíveis. A utilização continuada está mais relacionada com as características próprias do método e a sua adequação às características pessoais e meio cultural do utilizador (Fathalla et al., 1992).

Contracepção Hormonal Injectável e Oral

À semelhança do que se passava quando vigorava o programa da Indonésia, em todos os distritos do país o método contraceptivo preferido e mais utilizado pelos timorenses é, em geral, a injecção trimestral (Depo-Provera). Trata-se de um método de grande eficácia e bem aceite por mulheres que têm dificuldades em recordar-se de tomar a pílula, como é o caso de muitas mulheres timorenses, em que os esquecimentos são frequentes, ou que não queiram ou não possam utilizar outros métodos por diversos motivos. Embora a pílula também tenha algumas adeptas, a injecção torna-se mais cómoda na medida em que só é necessária uma administração de três em três meses:

Aqui é a injecção Depo-Provera e comprimidos. A injecção é o método mais usado porque (...) só depois de doze semanas é que voltam para aqui (Parteira da Policlínica da Maternidade - Hospital Nacional Guido Valadares, Díli).

As pacientes tomam contraceptivos, pílula e injecção, mas todas gostam muito da injecção porque três meses, volta. A pílula têm de tomar todos os dias; às vezes vão trabalhar, esquecem-se de tomar (Parteira do hospital de Oecusse).

Antes gostavam da pílula porque todos os meses tem menstruação, mas depois tinha muita falhança, e depois esquece e tudo isto, e agora estão a usar a injecção (Médico timorense, director do hospital de Maliana).

O método preferido é a injecção. Também a pílula, mas pouco. Em 30, 10 querem a pílula (Parteira da Casa das Mães, Lospalos).

Às vezes também usam tableta, Microginon. Maior número é a injecção; é mais fácil e só usam de três em três meses, faz o controlo. Mas para tableta elas todos os dias tomam, algumas vezes esquecem (Chefe de saúde do sub-distrito de Iliomar).

Aqui têm injecção, pílula e *condom*. Injecção é que há muitas, cinco. Pílula, poucas, porque têm de tomar todos os dias (Parteira, suco Ililai, Lautém).

Estas que as comunidades gostam muito, mais da injecção de três em três meses. Nós explicamos quando a injecção Depo-Provera tem mais hormonas mas (...) no tempo da Indonésia já muitas pessoas que gostavam desta, e então agora vem outra vez, outros também vêm, gostam desta (Parteira da consulta de saúde materno-infantil, Hospital de Baucau).

Preferem a Depo-Provera à pílula porque se esquecem de tomar (Parteira da CCT de Lauana, Ermera [Intérprete]).

No entanto, algumas mulheres timorenses interrompem o método ou fazem um intervalo entre cada dose superior às doze semanas recomendadas e, consequentemente, por vezes engravidam:

A minha cunhada levou a injecção, mas apenas duas vezes; como se atrasou na terceira injecção, engravidou (Enfermeira, suco Bobocasse, Pante Macassar).

Cada vez elas têm com Depo mas voltava tarde e elas apanham e depois têm problemas com grávida, então dizem, 'Oh *KB la diak*, *KB* dá doente' (Chefe do Serviço Distrital de Saúde de Oecusse).

Esta senhora seguiu o planeamento familiar no tempo da Indonésia. Quando entrou no *KB* tinha seis filhos. Naquele momento ela usou primeiro remédio, comprimidos. Ela não cumpriu o processo todo, (...) esqueceu de beber, e depois o remédio acabou. Todos os meses tem de ir receber, mas é longe e no tempo da chuva a estrada não presta, e tem de trabalhar na várzea, cortar *neli*, então não vai mais. Depois a criança nasceu, trocou, depois seguiu outra vez a injecção, (...) três meses teve que voltar, mas ela não voltou e então... mais filhos (Mulher *makasae* de 48 anos, 12 filhos, suco Gariuai, Baucau [Intérprete]).

Por vezes são os maridos que se opõem à utilização de métodos contraceptivos, o que pode originar violência conjugal. Algumas mulheres utilizam-nos sem o conhecimento do marido. No entanto, alguns profissionais de saúde só os fornecem quando há acordo entre ambos:

Há muita gente a querer. O esposo quer sempre que a mulher continue a ter filhos, e como comprou a mulher não quer que ela entre no planeamento familiar para ir tendo dez, doze filhos. Dizem: 'Os filhos que *Maromak* quiser'. Às vezes vão ter com a enfermeira e querem injecção ou pílula, mas que o marido não quer. Também há casos de violência conjugal (Casal de médicos cubanos do centro de saúde de Atabae).

Elas escolhem mais a injecção. Antes disso temos que perguntar se o marido aceita ou não. Se o marido não aceita não podemos obrigar, porque depois mais tarde pode haver complicações dentro de casa. Se o marido aceitar pode seguir, mas se o marido não aceitar não pode. Mas há algumas senhoras que não, aprendem a mentir. Para as minhas colegas eu não sei, mas eu tenho que mandar chamar o marido para eu falar. Se o senhor quer que a senhora siga o planeamento familiar, para dar tempo para a senhora poder andar, poder trabalhar, fazer qualquer coisa lá em casa…se der autorização, eu posso dar esta injecção (Parteira do centro de saúde Bairro Formosa).

Elas gostam mais da injecção porque só de três em três meses elas recebem a injecção e depois, neste momento (...) só [há] este método e a pílula. (...) O marido tem que concordar e os sogros também. Não podem dar sem autorização do marido (Parteira do centro de saúde de Aileu [Intérprete]).

Em determinados estabelecimentos de saúde dos distritos mais distantes da capital, como é o caso de Lautém mas, sobretudo, do enclave de Oecusse, a procura de métodos contraceptivos é superior à oferta. Nos quatro sub-distritos de Oecusse referem falta de métodos contraceptivos, sobretudo do injectável, que é o mais solicitado. Quem tem possibilidades económicas pode, no entanto, adquiri-los na capital do distrito ou na Indonésia, atravessando a fronteira:

> Usavam muito [a injecção]. (...) No tempo indonésio havia muitas, agora menos porque às vezes não há aqui medicina, acaba o *stock*. Às vezes dois meses ou um mês não tem material (Parteira, do centro de saúde de Lospalos).

> Há muita gente que quer, mas estas têm que vir de Díli. Há muitos meses que não tem estes medicamentos, comprimidos e injecções, por isso aqui falta. Daqui fazem o relatório para Díli. Às vezes, o Ministério da Saúde não tem em *stock* injecções. O paciente vem ao hospital e eu explico: "Oh, não tem. Se você quer para continuar, pode comprar loja". Eu ou o colega comprar em Indonésia e depois pacientes vêm ao hospital, dar dinheiro, dois dólares (...), vêm ao hospital e a parteira dá a injecção (Parteira do hospital de Oecusse).

> Só dá para um mês, aos dois meses ficam parados porque vem de Díli para aqui muito tarde. Para um mês pedem 15 ampolas só, e às vezes só vem metade. Só dão para uns dias, às vezes uma semana. (...) Quando não tem ampolas aqui elas podem comprar e vir aqui para a parteira dar a injecção. Elas compram na baliza, atravessam a fronteira, é perto (Parteira, suco Usitaco, Nitibe [Intérprete]).

Os contraceptivos hormonais injectáveis podem dar origem a alguns efeitos colaterais. Em regra, provocam irregularidades do ciclo menstrual, que podem variar entre *spotting* e amenorreia, sendo rara a hemorragia grave. Há mulheres que pensam que este método danifica os ovários devido à amenorreia, um efeito que surge com frequência. Após a interrupção do método é possível ocorrer um atraso de alguns meses no retorno aos níveis anteriores de fertilidade, não havendo evidência de nenhum compromisso definitivo da mesma. Também se pode verificar, em certas mulheres, um acentuado aumento do apetite que pode conduzir eventualmente a um aumento de peso (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Há mulheres timorenses que referem efeitos secundários associados à injecção contraceptiva, como alterações de peso, tonturas, cefaleias, dores abdominais, amenorreia e hemorragias, o que leva ao abandono do método por parte de algumas, ou mesmo à recusa em experimentá-lo, por receio de consequências negativas:

> Quando tomam as injecções às vezes ficam gordas, e às vezes umas pessoas ficam magras (Mulheres *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete]).

> A injecção, muitas querem porque não dá assim muito trabalho; uma vez de três em três meses; elas só vêem o papel onde está escrita a data. Mas muitas vezes a pessoa emagrece, ou então fica muito gorda (Parteira do Centro de Saúde Bairro Pité, Díli).

> Uma senhora não queria ser incluída no planeamento familiar porque no tempo indonésio diziam que com a injecção iria ficar muito forte, mas ela tinha tonturas e dor de cabeça. Muitas tinham medo (Parteira da Casa das Mães, Lospalos).

> Há muitas que têm medo; se vai tomar uma injecção diz que vai provocar a saúde por todas as coisas (...). Outras, porque quando tomam injecção, tomam remédios, muitas vezes no mês podem ter hemorragia. Muitas vezes elas acreditam que não podem continuar com a relação sexual. Então, muitas vezes elas deixam tomar injecções, não querem usar o *KB*, contraceptivos (Membro da OMT, Maliana).

> Há algumas senhoras que não querem entrar no planeamento familiar porque há uns vizinhos que contaram que não é preciso ir lá porque se a gente tomar uma injecção só, logo vai ter hemorragia, e depois os outros têm medo disso e não querem. Mas afinal é a reacção deste medicamento, da injecção. Há algumas que vêm cá perguntar e depois não querem entrar no planeamento familiar (Parteira do centro de saúde de Comoro, Díli [Intérprete]).

> Houve dores de barriga com a injecção Depo-Provera (Mulheres *kemak* e *bunak*, Maliana [Intérprete]).

> Injecções, estraga o ovário porque não há menstruação (Parteira, Díli).

Também podem ocorrer alguns efeitos colaterais com a utilização da pílula, nomeadamente náuseas e vómitos (mais comuns na fase inicial), alteração do fluxo menstrual (geralmente a sua diminuição), *spotting* (que na maior parte dos casos

desaparece espontaneamente após os primeiros ciclos), alterações do peso, mastodinia (com tendência a desaparecer com a continuidade do uso) e depressão (Direcção-Geral da Saúde, 2007). Por vezes, dá-se o abandono precoce do método devido a efeitos secundários, que podem no entanto ser transitórios.

Há quem atribua à pílula danos nos órgãos reprodutores, e eventualmente diminuição da fertilidade, mas esta crença não tem fundamento. O facto de a pílula inibir a ovulação poderá estar relacionado com esta ideia e, por vezes, ao parar de a tomar, a mulher pode demorar alguns meses a engravidar, mas verificou-se que o mesmo número de mulheres engravidarão, quer tenham ou não usado a pílula (Szarewski e Guillebaud, 2000).

Há mulheres timorenses que referem, como efeitos secundários da pílula, cefaleias, tonturas, diminuição do apetite, levando algumas ao abandono do método. Outras consideram-na prejudicial à saúde:

> Há pessoas que gostam da pílula e outras pessoas que não gostam. Faz dores de cabeça (Parteira, Díli).

> Depois de ter o quarto filho tomou a pílula (...). Depois ficou doente, foi ao hospital, e deixou de tomar. Não chegou a um mês. Sentiu tonturas (Mulher *tokodede* de 59 anos, 8 filhos, Maubara [Intérprete]).

> Foi aqui no centro, mas eu ficava doente, dores de cabeça, não tinha apetite de comer quando tomo este remédio. Por isso eu deixei, e depois encontrei novamente a quarta filha (Mulher *mambae* de 46 anos, 5 filhos, suco Acu Mau, Remexio).

> Diz que tomar pílula é estragar a barriga. O marido da mãe, e a mãe também, diz que não pode (Mulher de 30 anos, 4 filhos, natural e residente em Díli).

Implante

O implante é um método que chegou a ter bastantes utilizadoras em Timor-Leste quando vigorava o programa de planeamento familiar indonésio. Embora algumas mulheres demonstrem interesse em utilizá-lo, actualmente ainda não está acessível a

grande parte a população, quer por não haver disponibilidade em muitos estabelecimentos de saúde, quer por ainda existirem poucas parteiras treinadas na sua colocação:

> No tempo indonésio os métodos contraceptivos preferidos eram a injecção e também o implante. Dantes havia muitas pessoas a usar implante; agora não (Antiga parteira do centro de saúde de Gleno, Ermera, actualmente do centro de saúde do Bairro Formosa, Díli).
>
> O implante, tem senhoras que chegar sempre para perguntar, elas querem tomar Norplant. Aqui não tem ainda. Eu já tenho treinamento e tenho experiência fazer Norplant, agora desde independência até agora eu ainda não fazer porque ainda não tenho aquele contraceptivo (Parteira do centro de saúde do Bairro Pité, Díli).
>
> Aqui não têm pessoas para aplicar o implante, as parteiras só dão explicação. Têm dificuldade de ir até Díli por causa do transporte; então preferem ficar aqui. Aqui no centro de saúde têm material mas não há pessoas treinadas para isso (Parteira do centro de saúde de Aileu [Intérprete]).
>
> Aqui não têm treino, têm implante guardado. (...) Em Zumalai uma parteira que já recebeu treino e é uma pessoa competente, pode aplicar o método (Médica obstetra cubana do hospital de Suai).
>
> Aqui também Indoplant, Norplant, e agora três anos e cinco anos. No tempo indonésio é só cinco anos, agora já tem três anos. Essa colega que fez o treinamento também coloca. No seu tempo em Quelicai também colocava implantes; foram os indonésios que treinaram. Nestes cinco anos que esteve lá colocou a 50, 60 e tal pessoas (Parteira da consulta de saúde materno-infantil do hospital de Baucau).
>
> Já ouviram falar do implante, chamam *susuk*. Aqui em Baucau já estão a pôr no hospital. No tempo indonésio havia gente a usar *susuk* (Mulher *uaima'a* de 48 anos, 7 filhos, suco Caibada, Baucau [Intérprete]).
>
> Em Baucau é que houve algumas que quiseram pôr implante. Aqui apenas uma ou duas, mas têm que ir lá (Parteira, suco Ililai, Lautém [Intérprete]).
>
> No tempo da Indonésia é que usam este [implante], agora ainda não começaram a usar. (...) Elas querem mas chegaram lá [ao hospital] e até agora ainda não têm (Mulheres *baikenu*, suco Nipane, Pante Macassar [Intérprete]).

A aceitação do implante é variável, sendo maior por parte das mulheres que pretendem um método prático, eficaz e de longa duração, estando o seu abandono ou recusa frequentemente ligados à não aceitação das irregularidades do ciclo menstrual que surgem com frequência. Outros efeitos secundários, tais como cefaleias, alterações no peso e acne, também podem levar à sua interrupção. Algumas mulheres timorenses recusam o implante devido a alguns destes efeitos e a diversos mitos:

> *Susuk* com a Depo, mas cada vez que menstruação é mais. Não vem sempre, cada vez vem, um mês ou dois meses, só assim e elas ficam com condição que não admitem, não aceitam (Chefe do Serviço Distrital de Saúde de Oecusse).

> Têm problemas. Algumas começam a ficar doentes, são magras. A irmã da mãe usou implante, mas depois morreu. O prazo é cinco anos, temos que tirar, mas ela até seis anos, e depois morreu. Quando ela usou isto começou a ficar com dores no estômago ou no peito. Tirou, mas só um é que não tirou, por isso ela morreu (Mulher *baikenu* de 30 anos, grávida do sexto filho, residente no suco Lelaufe, Nitibe [Intérprete]).

> No tempo da Indonésia também usam implante, muita gente que usa, mas aconteceu para as senhoras às vezes fazem dor de cabeça, depois os corpos ficam magras, elas não têm vontade para trabalhar, e daí elas começaram com muitas queixas de dores, e elas começaram a tirar não chega a cinco anos, (...) não querem continuar com aquele implante para usar (Parteira do centro de saúde de Baki [Intérprete]).

> Implante, há no hospital. Não querem o implante porque acham que não podem trabalhar na horta (Parteira da Casa das Mães, Lospalos).

> O que as pessoas usam no braço eu acho que não é bom para mim porque gosto muito de trabalhar, lavar, e isto dizem que não podem levar coisas pesadas, pois pode sair (Mulher *kemak* de 53 anos, 12 filhos, Maliana).

> Com o implante não pode fazer trabalhos pesados, pode ir até ao coração. Há muitos pacientes que não gostam de usar isso (Parteira, Díli).

> O implante, quatro tubos. Diz que se perder um a mulher morre. Em 1991 houve uma que morreu aqui. São quatro, e se perder um é perigoso. (...) Se sobe para cima, então é melhor correr ao médico ou ao enfermeiro para abrir e tirar (Mulheres *fataluku*, Tutuala [Intérprete]).

Dispositivo Intra-Uterino (DIU)

Durante a ocupação pela Indonésia, este método tinha alguma adesão. Após a independência, embora já bastantes mulheres o estejam a utilizar em certos distritos, como é o caso de Bobonaro; noutros, como Oecusse, o DIU ainda não se encontra acessível à população por falta de condições nos estabelecimentos de saúde, nomeadamente material e pessoal treinado:

> E agora já vai aumentar mais três ou quatro métodos, como o *IUD Copper T*. Antes só era a espiral (Parteira do centro de saúde de Comoro, Díli).

> Aqui usam o *Copper T*. Não tem limite, dura talvez dez anos. Não tenho o valor certo, já vai em duzentos e tal com DIU. Nós começámos este método há um ano, em 2004, (...) já tinha um acordo com a Igreja (Médico timorense, director do hospital de Maliana).

> Aqui DIU também tem, a duração é 10 anos. (...) A colega que já frequentou o treinamento de família planeada, ela é que dá. Fez esse treinamento Em 2005, em Díli. (...) Quando já têm seis filhos é que elas gostam de IUD, espiral. (...) Agora já muitas (...) mais ou menos 10 pessoas (Parteira da consulta de Saúde Materno-infantil, Hospital de Baucau).

> Aqui não usam o DIU, não tem. No tempo indonésio havia; agora tem instrumento mas ainda não tem treinamento (Parteira, hospital de Oecusse).

> Acerca do DIU, há aquelas que também têm usado, mas a senhora parteira diz que há falta de instrumentos. Ainda não há condições para IUD (Chefe de Saúde do sub-distrito de Iliomar).

Em Baucau e Covalima é referido que, embora seja possível a colocação do DIU, há pouca receptividade ao método por parte das mulheres:

> DIU podem, mas as pacientes não gostam muito. Têm e sabem aplicá-lo, mas as pacientes preferem os comprimidos e as injecções. Inclusivamente explica-se-lhes que a injecção e os comprimidos são muitas hormonas, e que há um limite de uso, mas elas querem... (Obstetra cubana e parteira, timorense, hospital de Suai).

> Há poucas mulheres a usar DIU, por uma questão cultural (Chefe do Serviço Distrital de Saúde de Covalima).

> O DIU não, porque eles metem dentro, elas não gostam, têm vergonha (Parteiras do Serviço Distrital de Saúde de Baucau).

São possíveis alguns efeitos colaterais com o DIU. A dor pélvica pode ocorrer no momento e durante alguns dias após a colocação, devendo a dor intensa e persistente levar à sua extracção. A hemorragia irregular ou *spotting* podem ocorrer nos primeiros meses, desaparecendo com o tempo. Também é vulgar um aumento da quantidade ou duração do fluxo menstrual. Algumas complicações possíveis após a inserção do DIU são a expulsão e a infecção pélvica. A expulsão ocorre com mais frequência nos três primeiros meses e resulta, geralmente, de uma inserção baixa, pode ser total ou parcial e provocar dores ligeiras e hemorragia intermenstrual. A infecção pélvica deve-se geralmente à falta de assepsia no momento da inserção ou a IST adquirida pela mulher, cuja progressão é facilitada pela presença do DIU. Os sintomas são: dor pélvica, corrimento vaginal, perda anormal de sangue e febre (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Os efeitos secundários referidos pelas mulheres timorenses são a hemorragia, a dor abdominal e a infecção:

> No tempo da Indonésia havia muitas senhoras com DIU. Apareciam algumas com problemas. Algumas têm hemorragias. Às vezes têm corrimento e vêm para aqui, fazem tratamento. Até agora ainda não houve problemas. Comecei a pôr em 2002, depois do treinamento. Já pus muitos. Depois de uma semana de colocar o DIU, a mulher vem (...) e depois digo-lhe que se tem problemas pode vir, se não tem não precisa vir (Parteira da Policlínica da Maternidade - Hospital Nacional Guido Valadares, Díli).

> Há quase um ano que colocou a espiral. Dura 15 anos. De vez em quando tem dores e dão-lhe um remédio. Só quando carrega coisas pesadas (Mulher *uaima'a*, 5 filhos, suco Ostico, Vemasse [Intérprete]).

A gravidez extra-uterina também é apontada como uma possível consequência da utilização do DIU:

> O que se usa no útero, ouvi dizer que uma pessoa pode engravidar, mas fora do útero (Mulher *kemak* de 53 anos, 12 filhos, Maliana).

> Mas aquela espiral é que pode ter filhos fora do útero. Isso também acontece (Informadora, Suai).

A este respeito, Szarewski e Guillebaud (2000) tecem as seguintes considerações:

> Embora o DIU seja eficaz para a prevenção de gravidezes no útero, ele é menos eficaz em as impedir nas trompas de Falópio (uma gravidez ectópica). Houve muita controvérsia quanto à ordem de grandeza do risco de gravidez ectópica nas utilizadoras do DIU, parecendo efectivamente que o problema foi empolado para uma dimensão maior do que na realidade tem. De facto, em números absolutos, as utilizadoras do DIU não correm um risco maior de gravidez ectópica do que as mulheres que não fazem qualquer contracepção. Contudo, apesar de o número real de todas as gravidezes ser muito reduzido nas utilizadoras do DIU (pois é tão eficaz), a proporção das que são ectópicas chega a um valor dez vezes maior. Portanto, visto que outros métodos contraceptivos, como a pílula e os injectáveis, diminuem realmente o risco, a comparação pode parecer muito desfavorável para as utilizadoras do DIU. (p. 142)

São ainda atribuídas ao DIU outras consequências nefastas, e alguns timorenses acreditam poder chegar a causar a morte da mulher. Para uma parteira isto pode estar relacionado com complicações resultantes da falta de vigilância do método; para outra são mitos sem fundamento:

> Às vezes usam como… um ferro, IUD. Depois passam anos e anos, não controlam. As parteiras explicam, mas elas não compreendem, falta de cultura…Às vezes, já à última da hora, quando iam controlar, aquele material que tem já tinha perdido… Depois morrem. Porque antes os doutores indonésios explicam também, se usam essa qualidade de matéria, se não sente bem, depois de um mês pode vir trocar outra vez, quando sente dor ou qualquer… mas não iam (Parteira pertencente à congregação católica das Irmãs Canossianas, Suai).

> Aqui as mulheres quando usam isso [DIU] dizem que não podem trabalhar, carregar lenha.... Algumas usam a espiral; algumas aconteceu que morreram.(...) como consequência disto (Casal *makalero* na faixa dos 40-50 anos, 10 filhos, suco Caenlio, Iliomar).

> A espiral fazia muitas mulheres morrerem (Informador, Suai Vila).

> Isso é a ignorância do povo. A gente explicava, mostrava a figura, mas começavam a ter medo e a pensar assim, assim, por exemplo, o DIU 'Meter isso lá para dentro pode ir para um lado ou outro, pode chegar até ao coração, a gente pode morrer'. Começam a pensar em muita coisa (Parteira da CCT, Díli).

O DIU representa um dos métodos contraceptivos mais utilizados em todo o mundo. De forma a melhorar a sua eficácia e reduzir os efeitos secundários, os investigadores têm desenvolvido e testado um grande número de modelos diferentes. No entanto, não só as características do próprio DIU, como também a qualidade dos serviços de planeamento familiar, são elementos essenciais para a sua segurança e eficácia, sendo importante assegurar uma selecção apropriada das potenciais utilizadoras do DIU, uma inserção cuidadosa e feita com material esterilizado, um aconselhamento informativo e empático, e uma vigilância regular com rápido acesso a cuidados médicos (Treiman e Liskin, 1988, cit. por Gammeltoft, 1999). Na verdade, em muitos serviços e em particular nos países em desenvolvimento, estes padrões de qualidade dos cuidados não são devidamente atingidos, e isto terá muito provavelmente ocorrido em Timor-Leste.

Além da qualidade dos serviços de planeamento familiar, também a saúde das utilizadoras do DIU afecta a reacção a este método. Entre as suas contra-indicações referem-se as infecções do aparelho reprodutor e o risco elevado de contracção de IST (que aumentam o risco de doença inflamatória pélvica), a anemia severa e um deficiente estado nutricional (que podem sofrer um agravamento em virtude da ocorrência frequente de um aumento do fluxo menstrual).

Outro aspecto a considerar diz respeito a estudos clínicos que partem do princípio de que um DIU testado numa população de mulheres terá efeitos idênticos noutras populações, ou seja, é assumido que a biologia humana é idêntica e que as reacções físicas a um elemento estranho como o DIU serão relativamente semelhantes em todas as mulheres. No entanto, tais estudos deparam-se frequentemente com grandes dificuldades para explicar a ampla variação de efeitos do mesmo dispositivo em diferentes populações de mulheres (Chi, 1993, e Treiman et al., 1995, cit. por

Gammeltoft, 1999). De forma a compreender como certas tecnologias, tal como o DIU, interagem com os corpos humanos, pode ser necessário considerar o contexto social no qual eles se inserem, e também reconsiderar as noções de tecnologia e fisiologia, se pusermos em causa a invariabilidade da biologia humana e dos efeitos das tecnologias sobre os corpos humanos em diferentes culturas (Gammeltoft, 1999).

Métodos cirúrgicos (Esterilização)

Os métodos cirúrgicos são a laqueação tubária (de trompas) no caso da mulher, e a vasectomia, no caso do homem. Trata-se de métodos contraceptivos irreversíveis, sendo indicados para quem não deseja ter mais filhos, quer por motivações pessoais quer por problemas de saúde. Em Timor-Leste não há muitos timorenses interessados neste tipo de métodos, e nem todos os hospitais têm condições para a realização da cirurgia, como é o caso do hospital de Oecusse:

> Como não há condições, não há luz, não se faz [muitas laqueações de trompas]. Há algumas mulheres a pedir. Não [vão para Díli] porque muitas vezes há falta de dinheiro (Médico obstetra cubano, hospital de Oecusse).

A vasectomia é o método que apresenta menos adeptos. Apenas no hospital de Maliana é feita referência a timorenses que já recorreram a este método:

> Aqui em Maliana há já dois que fazem a esterilização, vasectomia (Médico timorense, director do hospital de Maliana).

> Os homens não querem [fazer vasectomia] porque *la* forte, porque é sinónimo. Um homem que tem muitos filhos é um homem capaz, forte. Se não tem muitos filhos *la dun diak*, não presta, é isso mesmo (Médica obstetra cubana do Hospital de Suai).

Nos distritos de Covalima, Baucau e Lautém, é referido serem sobretudo as mulheres que possuem um elevado número de filhos a recorrerem à laqueação de trompas:

> A esterilização (...) da mulher, tem. Muitas dizem 'Já tenho quantos filhos, não quer ter mais filhos'

(Médico timorense, director do hospital de Maliana).

Há mulheres com 10, 12, 13 gravidezes, 7, 5, 4. Às vezes propomos fazerem laqueação de trompas A maioria aceita (Médica obstetra cubana do hospital de Baucau).

Há famílias que têm 8, 10, 12 filhos, que já pedem a esterilização (Parteira da Casa das Mães, Lospalos).

Surgem, por vezes, casos menos habituais. Uma mulher com formação em enfermagem, proveniente de Oecusse e a residir temporariamente em Díli, optou por este método após o nascimento do seu terceiro filho:

Agora já consultei com os médicos cubanos, e vou fazer laqueação tubária na próxima semana porque já não quero ter mais filhos. Após os 25 anos pode ser. Nós [o casal] fomos juntos (Mulher de 26 anos casada com homem *baikenu*, 3 filhos, nascida em Díli e residente no suco Bobocasse, Pante Macassar).

O método cirúrgico é por vezes proposto, e geralmente aceite pelo casal, quando a saúde da mulher está em risco:

Eu posso ligar-lhes as trompas, mas isso é muito pouco frequente. Geralmente são pacientes que fazem cesariana, que vêm quase sempre com complicações. (...) Então eu pergunto sempre ao marido antes de operar se acha que não há problemas. (...) Eu acho que aceitam facilmente porque não é algo natural mas sim uma possibilidade que se lhes dá e na realidade, economicamente as famílias estão muito afectadas (Médica obstetra cubana, Hospital de Suai).

Para a mulher ser submetida a laqueação de trompas costuma ser pedido consentimento ao marido:

Também há poucas senhoras. E a esterilização também só se o marido aceitava (Parteira do centro de saúde do Bairro Formosa, Díli).

Eu já amarrei. Não tinha problemas de saúde, eu é que não queria ter mais filhos. Eu já tinha 39 anos. (...) Concordou, o marido é que assinou o papel. (...) Em Díli, no hospital, foi à consulta e de pois põe o nome (Mulher *mambae* de 46 anos, 5 filhos, suco Acu Mau, Remexio).

Preservativo masculino

O preservativo masculino, que em Timor é geralmente conhecido pelo termo inglês *condom*, é pouco utilizado em todo o território, embora se encontre em geral disponível nos serviços de saúde. Normalmente a aceitabilidade é pior nos homens do que nas mulheres:

> Aqui em Timor pouco usam, talvez por causa da cultura; é um bocado difícil para explicar isso… Os homens timorenses, geralmente muito poucos aceitam isso. Talvez eles ainda não compreenderem como *condom*, por isso eles não; mas agora tem muitos homens que compreenderam *condom* e todos os dias eles têm umas duas é que chegaram para perguntar *condom*. Mulheres *condom* também aqui, agora (Parteira do centro de saúde Bairro Pité, Díli).

> *Condom* tem, mas muitos pacientes não gostam (Parteira do hospital de Oecusse).

> Há preservativos, mas não gostam (Médica obstetra cubana e parteira timorense do hospital de Suai).

> Alguns, poucos, usam *condom*. As mulheres é que pedem e levam para o marido; os homens nunca, têm vergonha de pedir a senhoras (Enfermeiros e parteira, centro de saúde de Atabae).

> Eles não gostam do *condom*, porque os homens não ficam satisfeitos (Parteiras do Serviço Distrital de Saúde de Baucau).

> *Condom* não usam, *mane Timor lae*... camisa-de-vénus não querem (Mulheres *mambae*, Aileu).

> Sempre há aqui *condom*, mas não usam, nem um. Eles não querem usar. Há razões que a gente explica, mas dependendo da família (Chefe de saúde do sub-distrito de Iliomar).

> O *condom* é para os homens, mas eles não querem isto (Parteira, suco Ililai, Lautém [Intérprete]).

> *Condom*, muito pouco. Em 30, só uma (Parteira, Casa das Mães, Lospalos).

O facto de o preservativo ter poucos adeptos aparenta estar sobretudo associado a questões de ordem cultural e de género, que levam a uma posição subalterna da mulher

e, consequentemente, a um fraco poder de afirmação e de negociação, nomeadamente quanto à escolha de um método contraceptivo.

No que respeita ao componente "Planeamento Familiar" que integra a *Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva 2004-2015*, uma das suas abordagens estratégicas é o "aumento da participação activa e responsabilidade dos homens na tomada de decisão informada sobre questões de saúde reprodutiva e a promoção do uso de métodos contraceptivos masculinos" (Ministério da Saúde de Timor-Leste et al., 2004, p. 23). Além da disponibilização destes métodos, de informação e de serviços sobre IST/VIH e infertilidade, é preconizado o desenvolvimento de técnicas de Comunicação para a Mudança de Comportamento, em conjunto com a reflexão crítica de grupo sobre questões de violência sexual, sexo coercivo, tomada de decisão equitativa e questões de género no seio das famílias sobre questões sexuais.

Este método tem outra importante função: a prevenção de IST, incluindo a infecção pelo VIH. Nos últimos tempos, a divulgação do preservativo como meio de prevenção do VIH/SIDA e de outras IST tem incrementado o seu uso e melhorado a sua aceitabilidade. Alguns homens só o utilizam por esse motivo, sendo também associado a relações sexuais extra-maritais ou mantidas com prostitutas:

> Usam pouco. Só usam *condom* quando há infecção (Parteira do centro de saúde de Oesilo, Oecusse).

> A minha associação é que, se um homem vem cá pedir o preservativo, é porque ele tem sinais para fazer um pecado. [O casal] não usa, porque talvez não tem problemas de infecção. Neste momento não entendem (Médico timorense, director do hospital de Maliana).

> Também o preservativo tem fraca adesão, por uma questão cultural, mas querem aumentar também para prevenir IST. A prostituição existe mas não é oficial, não se sabe quem é. Existe mais em Covalima, por exemplo, Salele (Chefe do Serviço Distrital de Saúde de Covalima).

Os jovens não costumam solicitar preservativos nos estabelecimentos de saúde. Além de terem vergonha, por vezes são os próprios profissionais de saúde que se recusam a

fornecê-los, por motivos de ordem moral ou religiosa:

> Aqui os jovens nunca costumam pedir *condom* (Parteira, centro de saúde de Oesilo, Oecusse).

> Nós estamos falando com eles, 'Nós temos preservativos, se vocês quiserem vão lá'. Mas também os enfermeiros, as parteiras, as mais católicas, então... Primeiro é vergonha, segunda os profissionais também não dão. Sabe que é jovem ele não dá, porque pensa 'ah você está a fazer sexo fora do casamento, está contra a religião'. Isto é outro problema, sempre nas reuniões falo com os directores, os enfermeiros, que não pode, 'você (...) é católico, está certo, mas na sua função como enfermeiro, como pessoal da saúde, tem que pôr a sua função em cima'. (...) 'Se você não quer dar preservativos, vai existir grávidas, vai existir HIV/SIDA, mais doenças de transmissão sexual (...) (Chefe do Serviço Distrital de Saúde de Manatuto).

> Nas escolas, no liceu sempre temos a saúde, vamos ali a explicar problemas de infecção sexual, e depois vai até problemas de HIV e tudo isso, e depois a solução: o que você pode fazer, não pode ter contacto sexual desprotegido, e também temos, quando eles querem vir aqui pedir o *condom*, não, não estamos preparados: 'Você se quiser compra lá no...'. Mas agora a Cruz Vermelha de Timor também está nas áreas a fazer esclarecimentos para as pessoas que sempre enfrentam os problemas de sexual, estão a dar muitas informações sobre isto, estão a dar, se quiser, *condom* (Médico timorense, director do hospital de Maliana).

Está previsto, no componente "Saúde Sexual e Reprodutiva dos Jovens" da Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva 2004-2015, "aumentar o acesso fácil a uma variedade alargada de serviços pró-jovens"(Ministério da Saúde de Timor-Leste et al., 2004, p. 18). Embora já se realizem nas escolas algumas acções de formação sobre saúde sexual e reprodutiva dirigidas a jovens que incluem a promoção do uso do preservativo, os serviços públicos de saúde ainda não são acessíveis a esta faixa etária, aparentemente por falta de preparação dos próprios profissionais. Por esse motivo, uma das abordagens da referida estratégia consiste precisamente em "desenvolver programas de formação para os prestadores de serviços sobre questões de saúde reprodutiva dos jovens, particularmente relacionadas com o aconselhamento e a prestação de serviços".

Métodos Contraceptivos Naturais

Os métodos designados por "naturais", por contraposição aos "artificiais", envolvem a

prática da abstinência periódica. Entre estes, o mais popular é o método de Ogino-Knaus ou do calendário, que consiste na determinação do período fértil da mulher, implicando que sejam feitas algumas contas baseadas na duração dos ciclos menstruais. Desta forma, é possível saber qual a altura do ciclo em que é menos aconselhável ter relações sexuais pelo risco de ocorrer uma gravidez. Na prática, o método revela-se muito falível, dado que podem ocorrer alterações substanciais no ciclo, e portanto no momento em que ocorre a ovulação, causadas por factores como o clima, o ambiente, o estado emocional ou problemas de saúde.

De acordo com os seus princípios, a Igreja Católica não aprova a utilização de métodos contraceptivos "artificiais", mas apenas de métodos "naturais". O Bispo de Baucau, que tem revelado alguma abertura relativamente à utilização de outros métodos contraceptivos, pronunciou-se sobre esta questão da seguinte forma:

> Nós sem dúvida nenhuma valorizamos fundamentalmente os métodos naturais, e tentando fazer compreender as pessoas qual é o ensinamento da Igreja a este nível, e qual é a posição da Igreja em relação aos anti-conceptivos. Temos pedido aos nossos formadores para falar das coisas onde os ambientes permitam. Evidentemente, temos de falar das coisas de uma forma clara, honesta, porque o objectivo é fundamentalmente formar consciências, para que depois as pessoas possam tomar também as suas decisões de forma consciente. (…) Sim, absolutamente [é a favor de que seja explicado, que as pessoas tenham conhecimento, para poderem depois tomar a sua decisão]. Não, [não condena, qualquer que seja a decisão tomada], porque eu penso que devemos educar as pessoas para a liberdade. Uma coisa é saber se a minha militância numa Igreja, ou a minha pertença à Igreja católica, há aqui estas orientações às quais condicionam … talvez o termo não seja certo, mas a minha identidade de cristão passa também por práticas que a minha instituição me apresenta como sendo… se você pertence a este 'clube', há aqui um tipo de comportamentos dos quais não pode afastar-se. Agora, evidentemente que aqui, por um lado há aquilo que a lei biológica me pede como ser humano, as minhas necessidades biológicas ou as minhas posições biológicas na Terra como ser humano, e a outra é a educação que a Igreja pede (...). Se calhar, o facto de ter vivido muito tempo fora, talvez me tenha dado essa liberdade de espírito, essa liberdade de ver as coisas...pelo menos eu julgo que é bom também a gente comportar-se a ver as coisas desta maneira. Mais cedo ou mais tarde as influências vão entrar, e eu julgo que hoje em dia não tenhamos a ilusão de que por isto ser uma ilha, ou por ser uma coisa pequena, ou por ser um país maioritariamente católico, já não são barreiras suficientes para impedir a influência de outras culturas, a influência de outras formas de pensar e de viver. E penso que a única boa defesa é a

> inteligência, e a aposta neste capital parece-me ser a única aposta racional, se assim se pode dizer, para que as pessoas sejam donas dos seus actos. Depois, cada um quer saber das suas responsabilidades, fique a saber da consequência dos seus actos, etc., mas é necessário decidir com as pessoas, para que a tomada de decisão seja livre, falar com as pessoas (Bispo de Baucau).

Em Timor-Leste, alguns casais recorrem aos métodos naturais por serem os únicos aprovados pela Igreja católica, mas também o fazem por outros motivos, tais como contra-indicações ou efeitos secundários que associam a outros métodos:

> Quando casou planearam ter quatro filhos, dois rapazes e duas raparigas. Usa o método do calendário a partir daí. Os filhos têm um intervalo de dois anos. Tem um livrinho que explica e que comprou em Surabaya [Indonésia]. Também conhece o *KB* mas nunca quis porque tinha medo, diziam que dava problemas, e por ser católica (Mulher *tetun* de 41 anos, 6 filhos, natural e residente em Díli).

> No tempo dos indonésios não podiam ter mais de três filhos por causa da economia, mas nós aqui não fazemos isto porque: primeiro, a nossa religião não admite; segundo, uns fazem bem, outros fazem mal. Eu segui uns meses, mas depois de ter ouvido o Bispo dizer que não aprovava isto, deixei de tomar comprimidos. (...) Por isso e por a Igreja proibir eu não uso, só a compreensão da mulher e do homem. Em vez de engravidar ao fim de oito, nove meses, fiz intervalo de dois anos (Mulher *kemak* de 53 anos, 12 filhos, Maliana).

> A igreja diz que o *KB* não é bom, que não se pode seguir os métodos de *KB*. É proibido, é pecado porque pode matar a criança. Há pessoas que seguem e há também pessoas que não seguem. Com o *KB* dá tempo após o nascimento do bebé, dá tempo para trabalhar, para o bebé crescer, dá um espaço. Dizem que é um bom programa, mas a Igreja não faz isso. A Igreja tem outro plano, outro *KB* (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

> Só usa o calendário. O marido é que ensinou a fazer. Não é por motivos religiosos. É entre o marido e a mulher, é que só os dois é que sabem. Escolheram os dois. A senhora conhece outros métodos mas ela não quer; o marido também não quer (Casal *mambae* na faixa etária dos 30-40 anos, 2 filhos, suco Comoro, Díli [Intérprete]).

> No momomento da Indonésia tem o *KB*, mas nós não usa estas coisas. (...) Porque tem educação, moral, religião, não pode usar estas coisas. (...) *KB alamea*, calendário, pode. Os outros não, contra (Parteiro tradicional, Manatuto).

No leste elas dizem que é melhor usar o calendário mas usando o planeamento familiar, metendo agulhas ou como o que se aplicava no tempo indonésio, há muitas mulheres que estão contra isso. É porque a religião é contra, e também certas mulheres dizem que estragam a saúde, e dizem que é melhor, que é preferível usar o calendário. (...) Há certas pessoas que não têm informações de como usar o calendário, mas há muitas pessoas que sabem isso, então usam o calendário (Coordenadora de organização de mulheres, Lospalos).

O tempo do nascimento também nós podemos usar o calendário, saber perfeitamente o dia da menstruação (...) Calendário eu acho que muito bom, eu aprendi com os padres. Os padres não autorizam esses objectos medicamentos (...) que também causam a saúde da mulher. (...) Há muitas queixas que fazem isto e isto, e há crianças que nascem com problemas destas coisa também. E é por isso que a igreja diz (...) para dar atenção, dizendo que convém usar o calendário do que usar isto (Informador *fataluku*, suco Mehara, Tutuala).

Dos indonésios a maior parte não aceitavam aquilo porque *KB*... eles introduziram materiais no braço, outros tem um material que introduz lá dentro, outros que é com medicamentos, e várias senhoras que a saúde não serve para estas matérias. É porque a mulher timorense não é como uma mulher daqueles lados, de outras nações; a mulher timorense trabalha mais do que um. O trabalho de cada dia deve ser organizado, e com a mulher de Timor é ao contrário. Então, utilizando esses materiais piora a saúde. Então, daí todas essas pessoas não queriam recorrer a essas matérias, só queriam o *KB* natural que os padres e as madres explicavam, calendário. No tempo português, eu, quando andava já no terceiro ano, ouvia mas foi pelo nosso superior da escola, o padre Afonso, já falava naquilo (Informador *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

Usaram injecção, Depo-Provera. Agora não usa, tem hipertensão, só *KB alamea*, calendário (Casal *kemak* na faixa etária dos 40-50 anos, 11 filhos, suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete]).

As informações sobre a utilização de métodos naturais são geralmente fornecidas por membros de congregações religiosas, mas também por parteiras e enfermeiras:

Dizem só *KB alamea*, calendário, o padre, as madres explicou antes de eles casarem. (...) Eles são católicos, então só fazem calendário. Se dá, dá, se não dá não faz mal (Mulher *fataluku* de 36 anos, grávida do quarto filho, suco Fuiloro, Lospalos [Intérprete]).

Aqui nenhum segue o *KB* porque as Madres Canossianas tomam conta. Vêm dar consultas e não gostam disso. Elas aqui acreditam mais na Igreja do que no Estado. As Madres ensinam *KB* tradicional (Mulheres *tetun*, suco Suai Loro, Suai [Intérprete]).

> Todas as vezes que vêm noivos para receberem o sacramento do matrimónio, eu sempre faço esclarecimento sobre isso como o *KB*, facilitador para dar esclarecimentos sobre planeamento familiar natural, calendário e temperatura. Naquele tempo eu tinha uns sete familiares, a contar comigo também, a usar aquele método. Muitas que dão falhas, mas entre trinta e tal casais que pediram esclarecimentos, e aqueles que seguiram, sete, tinham bons resultados, porque há compreensão entre o marido e a mulher (Enfermeira, membro da OMT, Maliana).

No entanto, os métodos naturais, dos quais o do calendário é o mais utilizado, são frequentemente difíceis de levar a cabo devido aos baixos níveis educacionais de grande parte da população:

> Como há muito analfabetismo, não sabem a DUM [data da última menstruação], não se pode fazer o método do ritmo (Casal de médicos cubanos do centro de saúde de Atabae).

Para auxiliar a contagem dos dias ao longo do ciclo menstrual, nos serviços de planeamento familiar é fornecido às utentes interessadas no método um "terço":

> Aqui tem muitos analfabetos, eles não compreendem o calendário, *KBA alamea*, natural. (...) Isto é para as pessoas fazerem as contas. Este é método natural, um terço (Parteiras do Serviço Distrital de Saúde de Baucau).

Fotografia 36. "Terço" - Instrumento de Apoio aos Métodos Contraceptivos Naturais



Quer a literatura, quer o conhecimento empírico, confirmam a relativa frequência com

que ocorrem falhas atribuídas ao método do calendário, incluído nos métodos de conhecimento do período fértil ou de abstinência periódica. Para ser eficaz, necessita de ser utilizado de forma muito rigorosa, e de preferência conjugado com os outros métodos do mesmo tipo, sendo necessária uma estreita colaboração entre o casal, uma vez que implica a abstinência total de relações sexuais durante o período fértil. Entre os timorenses as falhas do método estão por vezes associadas ao não cumprimento do período de abstinência por parte do homem:

> Métodos naturais é muito difícil porque o marido não tem compreensão. Usar calendário leva a muitos problemas. Como só o marido é que toma a decisão, é muito difícil quando a mulher escolhe o calendário (Parteira da Casa das Mães, Lospalos).

Métodos Contraceptivos Tradicionais

Na literatura sobre Timor, a referência a métodos tradicionais de controlo da fecundidade é escassa. Entre os *bunak* de Lamaknen, antigamente a faca em *lep* (bambu), que deveria ser utilizada para cortar o cordão umbilical, era reservada especialmente para este uso e era colocada entre as ripas do tecto, muito alto, fora do alcance da mão, de forma a que houvesse uma grande distância entre esta criança e a seguinte (Friedberg, 1982).

King (1963) descreve o recurso, em Iliomar, à prática da abstinência pós-parto:

> Após o nascimento de uma criança, à noite o pai dorme à entrada da casa para proteger o filho de espíritos nocivos. Apenas dois ou três meses depois, quando as fontanelas ou o crâneo encerraram parcialmente, é que ele pode voltar a dormir com a mãe se o desejar, embora esteja proibido de retomar as relações sexuais com ela até ter passado um ano desde o nascimento, de forma a não perturbar o fluxo de leite para o filho. Esta prática vem a tornar-se, é claro, uma forma de controlo dos nascimentos. (p. 163, tradução nossa)

Nos distritos de Aileu e Manatuto, há quem cumpra um período de abstinência sexual de três a seis meses após o parto, o que parece estar associado, em certos casos, à prática tradicional pós-parto de "aquecer-se à fogueira" (*haneruk ahi*). Os pais do marido

desempenham aqui um papel essencial ao assegurarem que ele durma separado da mulher durante um determinado período (HAI, 2007).

No presente estudo, a prática da abstinência sexual pós-parto para prevenção da gravidez é referida por timorenses pertencentes aos grupos etnolinguísticos *bunak*, *mambae*, *makasae* e *fataluku*, durante um período variável que pode ir de quarenta dias até dois anos:

> Não têm relações com o marido durante três meses. Isso é uma tradição; os avós dizem que não podem ter relação sexual para não ficarem logo grávidas. Isso pode ser de três meses até um ano (Grupo de mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

> Após o parto, ficou grávida em dois anos e cinco meses. Para evitar uma nova gravidez depende do marido e da mulher. Eles dormem em camas separadas durante dois meses até dois anos (Mulher *fataluku* de 30 anos, 5 filhos, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

> Antigamente os avós, os pais, quando sabem que a criança ainda está pequena, eles guardam a mulher, que durante quarenta dias o homem não pode dormir com ela. (...) Depois de quarenta dias é que a mãe pode fazer relações novamente. (...) Ali já uma diferença, o segundo parto pode demorar depois de dois ou três anos. (...) Agora se um que faz a relação directamente antes de quarenta dias, não chega um ano e já está grávida (Informador *fataluku*, suco Mehara, Tutuala).

> Quarenta dias é que pode [ter relações após o parto] (Mulher *mambae* de 28 anos, 2 filhos, suco Acu Mau, Remexio [Intérprete]).

Num estudo efectuado pela HAI (2004) junto de parteiras dos distritos de Aileu, Ermera, Liquiça e Manatuto, é mencionado que uma das finalidades da ingestão de água quente por parte das puérperas é a prevenção da gravidez por julgarem que, se beberem água fria, ficarão novamente grávidas. Parece haver correspondência entre esta prática tradicional e outras associadas ao calor, que são consideradas como facilitadoras da expulsão dos resíduos de sangue após o parto, caso contrário a mulher voltará a engravidar. Algumas timorenses participantes no presente estudo também se referem à possibilidade de engravidar caso permaneçam no útero restos de "sangue coagulado". Entre os *bunak*, os *mambae* e os *tetun*, há mulheres que consideram que a aplicação de

calor através da ingestão de água quente, do banho com água quente e/ou da permanência da puérpera junto à fogueira podem evitar a gravidez:

> *La bele isin rua, la bele ketan fila fali*. Não podem ter outra vez gravidez, têm de beber água quente e tomar banho com água quente. Os nossos sangues não podem ficar juntos para encontrar bebé. Nós temos que tomar banho com água quente, *haris be manas*, para separar o nosso sangue. Leva toalha para pôr na água quente, depois empurra na barriga para o sangue não poder ficar juntas aqui dentro para formar bebé (Mulher *mambae* de 28 anos, 2 filhos, suco Acu Mau, Remexio [Intérprete]).

> Têm que beber água quente, uma caneca bem grande. Não é por horas, mas é sempre. Os avós ensinaram, se beber bem água quente e tomar bem banho com água quente, não é fácil ficar grávida (Mulher *bunak* de 33 anos, 6 filhos, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

> Têm de ficar dentro do quarto, fazem na cozinha, elas ficam ali todo o dia e toda a noite ao lado do lume por um período de quarenta dias ou um mês. No tempo dos avós o período era três meses. Faz uma fogueira ao lado da cama, e ficam aí com o bebé. O motivo é para ajudar a evitar a gravidez, para elas não engravidarem seguidamente, para dar um longo prazo. É também para aumentar o leite materno (...). Usar água quente para lavar a parte exterior da barriga para fazer os restos de sangue coagulado, que dizem que é sangue mau, *ran maten*, sair da barriga, e dar espaço à gravidez também (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Em Díli, uma mulher de 22 anos que teve o terceiro filho há cinco meses, além de recorrer ao coito interrompido também refere ingerir água quente para prevenir nova gravidez:

> Não uso nada [para não engravidar], só beber água quente. (...) Às vezes tira para fora. (...) As madres [da clínica Motael] falaram que quando não quer grávida tira... falaram quando não quer, beber água quente.

Encontra-se, na literatura, referência à ingestão de bebidas quentes para prevenção da gravidez, o que está relacionado com a teoria (provavelmente baseada no sistema humoral), segundo a qual a concepção pode ter lugar apenas quando os corpos de ambos os pais estão num estado "frio", o que ocorre uma vez por mês mas não é afectado pelo período menstrual da mulher e só pode acontecer no "dia em que as sementes caem". Na

Malásia, "actuando segundo a teoria de que a frescura é necessária à concepção, há mulheres que bebem remédios "quentes" pelas suas supostas qualidades contraceptivas, e algumas usam-nos como abortivos. "O feto é considerado como um coágulo de sangue nos estadios iniciais, e pensa-se que o remédio quente liquefaz o sangue e torna o útero incompatível com a criança" (Laderman, 1983, p. 78, tradução nossa).

No passado, o recurso a medicamentos tradicionais à base de plantas era uma das formas de controlo da fecundidade a que as timorenses tinham acesso. Com a entrada em vigor do programa de planeamento familiar indonésio e a disponibilização de métodos contraceptivos "modernos", os métodos tradicionais tornaram-se menos frequentes; no entanto, há timorenses que continuam a utilizá-los. Por vezes a razão apresentada relaciona-se com efeitos colaterais que associam a outros métodos:

> No tempo português só usaram remédios tradicionais, raiz que comem juntamente com os alimentos. Não querem dizer o nome. Há cinco pessoas que conhecem. Cobram 20, 30 dólares. (...) Há algumas que aceitaram bem [os métodos contraceptivos que apareceram com os indonésios], algumas que não, apanharam doenças. Algumas querem remédios tradicionais (Parteiras tradicionais *makalero*, suco Iliomar I [Intérprete]).

> [Se uma mulher não quiser engravidar], tem um remédio tradicional. Pode ser a casca, pode ser a raiz, mas depende daquele que dá. Quando tem um filho ou uma filha só ele não quer dar, mas quando ter cinco, seis, ou quatro para cima é que ele dá. (...) Podem dormir juntos à vontade mas não têm filhos. (...) A mulher dele seguiu o *KB* no tempo da Indonésia, levou a injecção para três meses mas a saúde não permitiu, ficou magra. O marido não sabia, ela emagreceu e disse que seguiu o *KB*. Depois o marido disse que não precisa mais seguir o *KB*, ele foi tirar um remédio tradicional, ferveu e deu para ela beber, e daí ela não teve mais filhos. Já tinha oito; depois do último é que seguiu (Parteiro tradicional *makasae*, suco Lelalai, Quelicai [Intérprete]).

São habitualmente as parteiras tradicionais que fornecem os medicamentos tradicionais, só à mulher ou, menos frequentemente, a ambos os membros do casal. Consistem em cascas, raízes ou folhas, podendo ser preparadas sob a forma de decocção, mastigadas / mascadas, ou cozinhadas e ingeridas com outros alimentos. Algumas revelam o nome das plantas utilizadas, quer para prevenir a gravidez quer para o retorno à fertilidade:

Quando têm muitos filhos, já não quer ter filhos, ela dá um remédio para tomar; e há uns que têm um, dois filhos, três, e querem distância, tomam na mesma aquele remédio para não ter filhos (...), uma árvore pequenina chamada *oe* [12][Fotografia 37]. Aquecer a raiz com água, depois de ficar frio bebe. Até quando a gente quer ter outra vez, toma aquele outro, *nanaer* [Fotografia 38], para novamente ter filhos. Raiz e folha mastigadas juntas e engolidas. (...) Quando tomar este aqui e já não vem a menstruação, sabe que já está grávida e pára (Parteira tradicional *tetun*, suco Ogues, Maukatar [Intérprete]).

Fotografia 37. *Oe*
(Ogues, Maucatar, 2006)



Fotografia 38. *Nanaer*
(Ogues, Maucatar, 2006)



No entanto, a composição destes medicamentos tradicionais é frequentemente mantida em segredo. O argumento apresentado para a não revelação dos nomes das plantas é a perda da sua eficácia caso o façam:

Uma mulher de Fuat é que faz, também sabe para não ter filhos. Pode usar um medicamento tradicional, talvez que é uma planta. Ela diz que é segredo, não pode dizer. Quando diz o nome já não vale para usar isto (Parteira tradicional *makalero*, suco Caenlio, Iliomar [Intérprete]).

Às vezes usam remédios, medicamentos tradicionais feitos com folhas e raízes das árvores. Às vezes tomam chá; às vezes elas mastigam só. Não conheço bem, só ouvi dizer. Dão resultado, porque uns não têm filhos. (…) Mas essas pessoas que dão medicamentos tradicionais não dizem o nome, é segredo, porque senão tira a sorte delas. Então, o medicamento já não é forte, já não dá resultado (Parteira do centro de saúde Bairro Pité, Díli).

Também tem medicamento tradicional para isso [não engravidar]. Ela sabe mas diz que é segredo.

12 Segundo Costa (2000), há três variedades de *oe* (vimeiro ou vime): *oe kasa*, *oe laku* e *oe lotuk*.

Não pode dizer, é proibido. (...) Põe as folhas dentro da água quente, e depois ferve (Parteira tradicional *fataluku*, Tutuala [Intérprete]).

Ela só usa o medicamento tradicional. Tem muitas mulheres que lhe vêm pedir esse medicamento; em Padiae, em Oecusse, e também as vizinhas. (...) Temos que ferver o medicamento para poder beber. Depois do parto começa a beber o medicamento durante três meses, duas vezes por dia, de manhã e de tarde. É a casca de árvore, aqui tem. (...) É segredo (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete]).

As parteiras tradicionais referem ter aprendido a utilizar os medicamentos tradicionais directamente através dos ensinamentos dos pais, ou por meio de sonhos, nos quais por vezes são os avós que surgem como reveladores das plantas e sua utilização:

Quando a mulher não quer ter mais filhos, logo que nasce o último toma um remédio tradicional. Depois de lavar mascar a raiz de *fore tali*[13] juntamente com bétel, areca, cal (*bua malus*); depois de mastigar tudo engolir. Todos os dias, até acabar todas as raízes que tiraram para aquela pessoa. (...). Serve para não engravidar mais. As pessoas quando têm muitos filhos vêm sempre à procura da avó para este remédio. (...) Depois de tomar esse remédio não vem a menstruação. (...) Ela sabe porque os pais mandam buscar para ensinar, para quando eles morrerem já sabe fazer. (...) Ela aprendeu isto nos sonhos também (Parteira tradicional *bunak*, suco Debos, Suai [Intérprete]).

No tempo português usavam remédios tradicionais feitos de plantas para espaçar as gravidezes. Continuam a usar. Fervem casca da árvore. Isso dá um longo tempo, dá para dois anos, três anos, quatro anos, até seis anos, para a mãe não engravidar. Esse remédio só a *daia* é que sabe. O uso da árvore como medicamento foi obtido num sonho pela avó. (...). Costumam procurá-la para pedir esta planta, mas ela nunca disse o seu nome porque é *lulik* (Parteira tradicional *bunak*, suco Tapo/ Memo, Maliana [Intérprete]).

Algumas parteiras tradicionais seguem procedimentos especiais ao colherem as plantas, rezando e, por vezes, recebendo dinheiro (que podem colocar junto à planta no momento em que vai ser colhida) ou outro tipo de bens antes da sua utilização[14]:

13 *Fore tali* é feijão de Timor, miúdo, parecido com feijão frade (Costa, 2000).
14 Encontra-se, na literatura, a descrição de alguns procedimentos especiais no momento em que é colhida uma planta com fins medicinais, com os quais se pode estabelecer aqui alguma analogia. Weed (1986) recomenda que a pessoa dirija à planta um pedido de transmissão do seu poder, referindo-lhe a finalidade com que a vai utilizar, e lhe faça a oferta de milho, tabaco ou uma moeda.

O casal, se eles os dois já não querem mais filhos, tem o próprio medicamento para isso. Quando nascer a lua nova ela colhe a planta e dá ao marido e à mulher, quatro vezes. Comem juntamente com a canja, ou podem mascar. Essa planta, depois de tirar tem de dizer seguindo o querer do marido e da mulher, tem de pedir a Deus para poder dar a planta. Aqui há duas pessoas que pedem (Parteira tradicional *makasae*, suco Ililai, Lautém [Intérprete]).

Este é o planeamento familiar dele. (...) Ele vai apanhar as plantas no monte Matebian. Vem da origem, do avô, bisavô, ele pode ir buscar. É uma raiz; são três qualidades diferentes, tem de tomar ou mastigar juntas. Os nomes são segredo. Quando toma isto raspa, põe dentro de água, e faz logo efeito. (...) Quando vêm pedir dão dinheiro ou qualquer coisa, e depois de ter o resultado (...) depois de dois, três anos já não tem filhos, então nós vem *kasu*, cumprir com frango ou cabrito. Dá para o senhor, depois ele (...) só tira o *lulik* para oferecer à planta da árvore que deu para a gente mastigar, e o resto a gente come juntos. (...) Ele já deu para a nora dele, tem seis filhos e diz que chega já, ele dá e agora já há cinco anos que não tem filhos (Parteiro tradicional *makasae* natural de Quelicai, residente em Baucau [Intérprete]).

Para não poderem ter mais filhos tomam medicamentos tradicionais (...). Há muita gente a pedir-lhe este remédio; esta senhora também toma estas raízes desde que teve o último filho, há catorze anos. Ainda tem menstruação regular. (...) Primeiro dão-lhe algum dinheiro para ela fazer uma novena, rezar, e depois vai tirar estas raízes. Não é só tirar, para ela rezar tem que dar algum dinheiro, ou alguma coisa que tenha. É costume aqui em Timor fazer assim. (...) As folhas e a raiz são da mesma planta, *kiorheika* [nome *mambae*, fotografia 39]. Só é utilizada a raiz, que pode ser mastigada ou colocada em água a ferver durante 15 minutos, e bebida como chá. Pode ser tomada todos os dias ou duas vezes por semana, um copo ou meio copo. Se tomar durante um mês, já não tem mais filhos (Parteira tradicional *mambae*, suco Acu Mau, Remexio [Intérprete]).

Fotografia 39. Raiz e Folhas de *Kiorheika*
(Remexio, 2006)



Ela pode dar medicamentos para não ter mais filhos. Isto é o que a mãe, ainda estava viva, mostrou para ela. (...) Pode dar dinheiro e ela mostra e diz o nome, senão o medicamento não é forte. (...) Depois do bebé nascer (...) pode ferve a casca de *ai kakeu* [Fotografia 40] e tomar só água até ela já não sair mais cor. Tomar isto três vezes por dia, três vezes por semana até um mês. Enquanto não quiser ter filhos pode tomar (Parteira tradicional *mambae*, suco Bairro Pité, Dom Aleixo/Díli Ocidental [Intérprete]).

Fotografia 40. Casca de *Ai kakeu*, mostrada por Parteira Tradicional (Díli, 2005)



Há senhoras que dão (...) a raiz de uma planta, a gente mastiga e não tem [filhos] 'Agora, para eu dar o remédio a senhora tem de me dar um ou dois dólares para ir pôr ali ao pé daquela planta, para eu poder tirar a raiz'. A senhora que vai dar o remédio é que vai tirar. Deve ter um sonho, por meio de sonhos (Mulher *mambae* de 54 anos, 10 filhos, suco Lihu, Railaco).

Uma parteira tradicional *baikenu* usa em simultâneo medicamentos tradicionais e uma prática que consiste em "virar" o útero:

Para uma mulher não ter mais filhos, ou para dar um espaço entre os filhos, usa uma mistura de três medicamentos; dois são raízes e um é de casca de *bai buí* [árvore grande]; raiz de *timon* [melancia, *pateka* em *tetun*], e raiz de *okleti* [planta rasteira que dá um tubérculo]. Mastigam-se estes três medicamentos juntamente com *kamii*, e depois vamos levantar o útero com a posição.

> Por exemplo, a senhora que ainda não faz o parto, ela já deu um conhecimento para ela, e dali ela já sabe. Depois do parto, depois de tomar banho também, ela começa a virar o útero, por fora, para não ter mais filhos (Parteira tradicional *baikenu*, suco Lifau, Pante Macassar [Intérprete]).

A prática de "virar o útero" após o parto para prevenção da gravidez é referida por outras parteiras tradicionais pertencentes aos grupos etnolinguísticos *baikenu*, *galolen*, *tetun* e *uaima'a*:

> Antes fazia mas agora já não. Era só fazer um jeitinho para virar o ovário [útero]. Depois de o bebé sair, antes de quatro noites, nós já começamos a virar o ovário; mas tem que se perguntar ao marido se os dois não querem mais bebés (...). Não tem remédio, é com a mão (Parteira tradicional *baikenu*, suco Costa, Pante Macassar [Intérprete]).

> Há programas de planeamento familiar, mas há outras que sempre vêm à tia para virar *oan fatin*, o útero, com remédio tradicional. (...) Quando não quer ter mais filhos, três dias depois do parto vira-se o útero; depois de virar o útero põe um remédio tradicional na barriga, bate na barriga, levanta-se do chão e não pode ter mais filhos. Fez isso pela última vez no último dia do mês de Junho. No ano passado fez isso a duas mulheres, até agora não tiveram filhos (Parteira tradicional *bekais/tetun*, suco Balibo Vila, Balibo [Intérprete]).

> Como a tia é *tana bada'e*[15], ela pode mudar, virar (*fila*) o útero com a mão. Por fora, puxa para cima e levanta. Há umas que podem fazer depois de parto, e há umas pessoas que já têm muitos filhos, cinco ou dez filhos, querem vir pedir e pode (...) levantar o útero. O segredo está nas mãos dela (Parteira tradicional *uaima'a*, suco Caibada, Baucau [Intérprete]).

Uma parteira qualificada e uma parteira tradicional residentes em Díli consideram que esta prática pode envolver alguns riscos para a saúde da mulher:

> Eu sei de uma maneira que é *fila kabun, fila oan fatin*. *Oan fatin* ["lugar do filho"] é útero, em *tetun; fila oan fatin* é "virar o útero". Muitas *daias*, depois do parto, depois de três meses *fila oan fatin*, mas que não haja relação sexual entre o marido e a mulher durante esses três meses. Viram a barriga, e há umas pessoas que é mesmo certo, que não ficam grávidas. (...) Isso depende da pessoa que acredita. (...) Quando ela quiser ter outro filho (...) vai outra vez a essa *daia* e vira outra vez. Mas ela não acredita, por causa das doenças; pode haver problema no útero se *fila oan fatin*;

15 *Tana bada'e* (literalmente, "mão habilidosa") é um termo *makasae* usado para designar a parteira tradicional.

> pode haver hemorragia, pode haver tumores, também pode haver infecção (...) porque o útero tem uma posição em que ele tem que estar sempre aberto, onde a circulação do sangue tem que andar sempre. Se a gente *fila oan fatin*, vira o útero, isso fecha-se, e pode levar a complicações (Parteira, suco Vila Verde, Díli [Intérprete]).

> Tem pessoas que têm que fazer a massagem, encostar o ovário [útero], para virar, para evitar ter filhos, mas depois continua outra vez, e parece que está fora do ovário. Acontece que tem que fazer uma operação (…). Isto é perigoso. Depois eu evito isto, não faço isto. Há outras que fazem (Parteira tradicional *galolen*, residente no suco Bairro Pité, Díli).

Encontram-se referências a esta prática noutros países do Sudeste Asiático. Na Malásia, "um método mecânico de contracepção consiste em virar o útero através de massagens, pouco tempo depois de a mulher dar à luz. Assim, no futuro o esperma não terá um caminho directo para o seu destino" (Laderman, 1983, p. 78, tradução nossa). É referido que quatro ginecologistas americanos, ao darem a sua opinião, manifestaram dúvidas sobre o efeito contraceptivo deste método porque o útero é móvel após o parto, e não importando o quanto é movido provavelmente não permanecerá onde foi colocado.

Entre os *fataluku* é feita referência à prática do *mamunu*, que consiste em proferir palavras rituais, combinadas com a acção de soprar-cuspir (*falumé*), frequentemente a masca resultante da mistura de bétel e areca, nas partes do corpo afectadas, combinada com massagem[16]:

> Fazendo isto com o *mamunu* impede a gravidez. Aquelas mulheres que sabem, os homens que sabem aquele *mamunu*, depois da menstruação eles fazem aquilo para não ter, e pode não haver mesmo. Durante um certo tempo, se a gente quer outra vez é tirar novamente este *mamunu* para fora (Informador *fataluku*, suco Mehara, Tutuala).

Um estudo da autoria da HAI (2007) revela ainda que há, entre os *mambae* do distrito de Aileu, quem tire cinzas da fogueira (*ahi kadesan*) junto da qual permanece a puérpera e as coloque perto ou longe da casa, consoante queira assegurar que a próxima gravidez ocorrerá brevemente ou num futuro mais distante. Isto ocorre em simultâneo com o

16 Campagnolo (1979), Ferreira (1951a), Gomes (1972) e McWilliam (2008) fazem referência a esta prática curativa tradicional utilizada pelos *fataluku* em diversas situações.

ritual *fase matan* (“lavagem dos olhos”), que tem lugar durante a primeira semana de vida do recém-nascido.

Apresenta-se, no Quadro 19, uma síntese dos métodos contraceptivos tradicionais referidos por timorenses pertencentes aos diversos grupos etnolinguísticos:

Quadro 19. Métodos Contraceptivos Tradicionais

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Abstinência sexual pós-parto		✓	✓				✓	✓			
Aplicação de calor pós-parto (ingestão de água quente / banho com água quente / permanência da puérpera junto à fogueira		✓					✓		✓		
Medicamentos tradicionais à base de plantas	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		
“Viragem” do útero	✓			✓					✓		✓
Mamunu			✓								

2. Crenças, Atitudes e Práticas relativas à Gravidez

Segundo Helman (1990), todas as culturas partilham crenças sobre a vulnerabilidade da mãe e do feto durante a gravidez. Conceitos culturais sobre a fisiologia da gravidez são frequentemente invocados após o nascimento da criança, de forma a explicar *a posteriori* qualquer resultado da gravidez não desejado como uma criança deformada, incomodada ou mentalmente afectada. Em muitas culturas acredita-se que o comportamento da mãe – a sua dieta, a actividade física, o estado mental, o comportamento moral, o consumo de determinadas substâncias – pode afectar directamente a fisiologia da reprodução e causar danos à criança que vai nascer. Assim, alguns tabus e restrições que rodeiam a mulher grávida podem ser explicados como protegendo a mãe e o feto de danos físicos. No entanto, ao considerar-se que a mulher grávida também se encontra numa situação de vulnerabilidade e de ambiguidade social,

num estado de transição entre dois papéis sociais, o de mulher e o de mãe, os rituais e os tabus também servem para facilitar essa transição e dar significado à mudança de estatuto (Homans, 1994).

2.1. Diagnóstico da Gravidez

> Num belo dia, ao acordar, Biliban sentiu um desejo muito especial, uma coisa muito estranha. Veio-lhe um grande desejo de comer frutas azedas e ácidas como o *bilimbi*, *sarmalé*, frutos do género de carambola, de sabor muito acre, mangas verdes, frutos de tamarindo e limões, porque a boca enchia-se de saliva. Esses sintomas indicaram que Biliban estava grávida. (Sousa, 2007, p. 41)

Em Timor-Leste, a gravidez é vulgarmente designada em *tetun* pelo termo *isin rua*, que significa literalmente "dois corpos". Uma mulher reconhece geralmente que está grávida quando a menstruação não aparece, sendo o teste imunológico de gravidez mais frequente em meio urbano:

> Não podendo ir ao hospital, ficando só em casa, elas sabem que estão grávidas quando a menstruação pára; este é um sinal de gravidez (Mulher *fataluku* de 30 anos, 5 filhos, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

> Sabe que está grávida quando não tem menstruação durante dois meses. Agora, na vila, muitas senhoras vêm ao hospital fazer o teste, e dão a notícia à família (Parteira *fataluku*, Casa das Mães, Lospalos).

Outros sinais e sintomas de gravidez podem ser náuseas e vómitos, dores, aversões e desejos por alimentos particulares, habitualmente considerados normais:

> É quando ela sabe, sente que já não há menstruação, e quando vomita, já tem fecundação (Grupo de mulheres *fataluku*, Tutuala [Intérprete]).

> Para elas é uma coisa normal, as pessoas grávidas sempre têm esses sintomas. (...) Aqui na zona delas, há umas que têm vómitos, dores de barriga, há outras que não querem comer. Elas já sabem que isto é por causa da gravidez (Grupo de mulheres *bunak,* suco Debos, Suai [Intérprete]).

Entre os *fataluku* e os *makalero*, há quem atribua os vómitos ao crescimento do cabelo do bebé:

> Não se pode fazer nada quando uma grávida vomita porque é algo natural na barriga, o cabelo do bebé cresce, assim é esse o efeito nas mulheres que provoca os vómitos (Parteira tradicional *fataluku*, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

> Diz-se que o cabelo do rapaz tocou aqui no *fuan* [coração]. Quando a mulher quer comer alguma coisa mas não há, então há problema para a mãe. Algumas vomitam, e senão sentem muita fraqueza (Parteira tradicional *makalero*, suco Tirilolo, Iliomar [Intérprete]).

Em diversos grupos etnolinguísticos, as mulheres grávidas manifestam com frequência desejos especiais por frutos ácidos e outras substâncias, como a cal. Algumas atribuem este facto a uma necessidade do bebé, outras à própria mãe:

> Faz-se uma espécie de água e sal, põe-se o *balimbe*, o tamarido, cebola, pimenta, cebola e mistura-se. Quando as mulheres começam a ficar grávidas de um mês e têm gosto para comer, comem isto, ou senão manga. (...) Algumas comem cal. O bebé que está dentro do útero é que pede (Parteiras tradicionais *baikenu*, suco Naimeco, Pante Macassar [Intérprete]).

> Algumas gostam de mascar, outras só gostam de comer frutas, por exemplo manga, goiaba (Grupo de mulheres *tetun*, suco Suai Loro, Suai [Intérprete]).

> Algumas gostam de comer frutos ácidos como manga, tamarindo. A mulher é que precisa, só porque gosta (Casal *kemak* na faixa etária dos 40-50 anos, 11 filhos, suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete]).

> Quando já está a começar a gravidez (...) por causa ainda está a juntar com o sangue, por isso ela já não gosta de comer, só quer comer manga, *kailemu* [tamarindo]. (...) Quando a barriga já está grande (...) já pode comer à vontade. (...) No tempo dos portugueses aqui em Timor, uns não sabe ler e escrever, só saber isto (Informador *fataluku*, suco Lore II, Lospalos).

A gravidez implica várias mudanças físicas e psicológicas na mulher, sendo as náuseas e os vómitos bastante comuns no primeiro trimestre. Embora não se conheçam bem as

suas causas, as mudanças hormonais parecem explicar, em parte, a sua ocorrência (Cabral, 2002; Graça, 1996; Murkoff e Mazel, 2008). Além disso, também poderão estar na sua origem factores psicológicos (Cabral, 2002; Murkoff e Mazel, 2008).

Os desejos e as aversões também constituem manifestações peculiares da gravidez que podem ser atribuídas às alterações hormonais decorrentes da gravidez, uma vez que se manifestam mais no primeiro trimestre. Há teorias populares que tentam explicá-los, nomeadamente a que defende que se trata de sinais emitidos pelo corpo – indicando que quando se desenvolve uma aversão, se trata geralmente de algo prejudicial, e que quando surge o desejo por alguma coisa, se trata de algo necessário (Murkoff e Mazel, 2008). Existe a crença de que quando certo alimento desejado não é comido a criança fica prejudicada de alguma forma, frequentemente com alguma marca ou deformidade biológica, o que se tende a atribuir principalmente à "pica" (desejo compulsivo de comer substâncias estranhas), uma necessidade de compensar alguma deficiência nutritiva, sendo as alterações do paladar e do olfacto da gestante, que estão mais embotados, responsáveis pela sua atracção por alimentos de sabor e cheiro mais atractivos e picantes (Cabral, 2002).

2.2. Rituais Tradicionais

O nascimento é significativo não só pelo seu efeito no casamento e na família próxima, mas também porque ocorre no ponto de ligação entre gerações. Além do seu significado emocional para todas as pessoas envolvidas, possui um significado espiritual. Quando a veneração dos antepassados constitui a base de uma religião, estes estão intimamente envolvidos na concepção e na gravidez. O estado gravídico pode ser considerado um "estado ritual", de contínuo cumprimento de tradições e costumes passados de geração em geração. Nesta perspectiva, a futura mãe tem uma relação activa com a sociedade, que inclui o pai da criança, os familiares de ambos os lados, os antepassados e o ambiente cósmico representado pelos deuses. As cerimónias da gravidez têm assim uma importante função integrativa; elas ligam o presente ao passado, o humano ao divino, a terra ao céu (Kitzinger, 1992).

Em Timor-Ocidental, os *tetun* de Wehali (historicamente considerado o "centro ritual da ilha de Timor") solicitam os serviços de um xamã para a realização de uma série de rituais que visam assegurar uma gravidez saudável e um parto bem sucedido:

> Para promover o bem estar da futura mãe e do bebé que está para nascer, é convidado um xamã (*matdok*) para executar o rito chamado *kasu ai kanaer*, [que] significa literalmente "desamarrar a corda". O rito "*kasu ai kanaer*" tem em vista finalidades particulares: nomeadamente, organizar os movimentos do feto, assegurar uma gravidez saudável e assegurar um parto bem sucedido.
>
> De acordo com a crença, as gravidezes mais mal sucedidas derivam de uma falha nas relações sociais. Um aborto, por exemplo, é associado ao comportamento antipático da mulher e do marido perante os seus antepassados e outras pessoas. No caso em que o marido e a mulher sabem que há pessoas que não gostam deles por determinadas razões, têm a função de procurar o perdão e implorar pela "limpeza do caminho" (*hasori dalan*) do bebé que está para vir. No entanto, há outros possíveis factores que podem impedir uma gravidez bem sucedida (e o futuro parto): nomeadamente, o descontentamento dos antepassados e maldições desconhecidas lançadas por outras pessoas. Para combater estes "inimigos", é preciso solicitar uma pessoa com um conhecimento especial destas "forças invisíveis", que é o xamã.
>
> Para solicitar o xamã, espera-se que a família prepare determinados items necessários à "limpeza do caminho do bebé". Estes consistem num porco ou numa galinha, uma pequena quantidade de arroz de sequeiro, sete folhas de bétel, uma faca, uma tigela branca e a flor de sorgo ou um pequeno ramo de folhas usadas para espalhar líquido. Espera-se que o xamã, um perito com conhecimentos de medicina, liberte a futura mãe das maldições e a proteja de outras maldições que a possam afectar. Usando a faca preparada pela família, o xamã corta um dos dedos da pata direita da galinha. Gotas de sangue do dedo cortado são misturadas na água contida na tigela. Então, a flor de sorgo (*knar batar tasi*) é imersa nesse líquido. Tendo preparado o 'sangue frio', o xamã faz então balançar as folhas de bétel sete vezes em redor da cabeça da mãe na direcção contrária aos ponteiros do relógio para indicar que está a soltar alguma coisa. Usando as mesmas folhas de bétel, o xamã fricciona o corpo da mãe, começando na cabeça e descendo até ao abdómen. Com estes actos, o xamã usa o seu poder mágico para soltar o cordão umbilical que se supõe estar enrolado à volta do feto como resultado de maldições que a acometeram. Tendo finalizado os actos "de desamarrar", o xamã descarta as folhas de bétel na direcção do pôr-do-sol. Para arrefecer o corpo da mulher, o xamã apanha a flor de sorgo que tinha sido imersa no líquido e esfrega o corpo da mãe da cabeça ao abdómen. Esta flor também é descartada para oeste. Normalmente, não é citada qualquer fórmula após a fricção do corpo da mulher. No entanto, com a 'nova consciência' de que '*adat* e religião são um só', hoje em dia é frequentemente proferida [uma] (...) fórmula como oração (...). Nesta oração, as frases estão relacionadas com a clemência e o perdão traduzidos em

termos tradicionais. (Therik, 2004, pp. 188-190, tradução nossa)

Em Timor-Leste são referidos, pelos *bunak* e pelos *fataluku*, rituais executados na casa tradicional (*hadat*) quando uma mulher engravida. Entre os *bunak* de Fatululik, o ritual consiste em dirigir aos antepassados um pedido de protecção, para que a gravidez e o parto decorram sem problemas:

> Elas vão para esta casa de *hadat*, a pedir ajuda para os avós e bisavós para poder dar sempre um bom caminho, boa saúde, para que ela possa finalizar o parto em condição normal. A mulher pode ir lá sozinha, ou pode ser acompanhada com os velhos, os mais antigos, para poder dar exemplo. Toda a família tem casa *hadat*. Não vive na casa, mas quando chega o tempo de fazer o *hadat* toda a gente chega lá fazer a reunião. Há sempre uma pessoa, que é chamada a velha da casa, que fica sempre a guardar. Se não tem mulher, pode ser um homem. Entre todas as mulheres daquela casa, fazem uma espécie de eleição. Tem de ser uma mulher boa, que pode receber toda a gente, que não é nervosa, que é bocaleira, podemos dizer. Quando ela chega lá, se é para o pedido ser dirigido para uma avó, então ela leva lá esta coisa de pulseira, guarda aí com *tais*, depois levanta outra vez, depois leva (Informador *bunak*, natural de Fatululik, residente em Suai Vila).

Sousa (2010) refere que em Tapo, quando uma jovem *bunak* engravida, há a necessidade de efectuar um rito *no opi op* ("montanha serra" - reprodução da montanha sagrada, no centro sagrado do povoado): *bosok pele* ("aspergir o altar"), em que é feito "um pedido de 'frescura', não só para a gravidez em curso, mas para a vida reprodutiva da mulher, na qual se pressupõe que esta dê à luz sete vezes, o número considerado desejável" (p. 193).

Entre os *fataluku*, quando a mulher engravida são habitualmente efectuados rituais tradicionais para fazer a apresentação do futuro novo membro da família, agradecer e assegurar a "vigilância espiritual" daquela gravidez, o que ocorre geralmente junto à lareira sagrada (*aca kaka*[17]) da casa:

> Uma jovem, depois de casada, quando está grávida os pais ficam muito contentes, e levam essa

17 A *aca kaka* é um local sagrado instalado num canto do interior da casa, consistindo numa lareira encaixotada (*lafuru tei*) por meio da qual são realizadas pelo chefe de família masculino invocações sacrificiais à casa e aos antepassados do clã, para a protecção e a cura dos membros da família. É costume colocar objectos sagrados na *aca* kaka, que é distinta da fogueira em que são cozinhados os alimentos consumidos diariamente.

mulher para a *aca kaka*. (…) Em toda a zona de Lautém faz isto, apresenta na *aca kaka*. Vão os dois, a mulher e o marido. É uma cerimónia ali dentro, em cima da casa. O *katuas* é que vai falar, dizendo que a criança que está dentro da barriga pertence a esta casa. Portanto ali nasce, mas já não é da outra, é da própria família. Alguns matam um animal, com aquela alegria de ter filho. (...) Muitas vezes tem uma família rica, sempre há festas. Eles estão satisfeitos com esta criança, ainda está na barriga mas já é da nossa família (Informador *fataluku*, suco Mehara, Tutuala).

Fotografia 41.
Casa Tradicional *Fataluku*
(Parlamento, Lautém, 2006)



Fotografia 42.
Aca kaka* de Casa Tradicional *Fataluku
(Parlamento, Lautém, 2006)



A adivinhação é largamente praticada pelos *fataluku* em diversas circunstâncias, envolvendo habitualmente formas de sacrifício com adivinhação/augúrio em que se acredita estar traçada uma geografia interna dos distúrbios humanos nos órgãos internos de animais domésticos (especialmente frangos e porcos), fornecendo um diagnóstico projectivo das obrigações negligenciadas ou preventivas de contendas sociais. Esta prática pode comparar-se com a que é descrita por Hoskins (1993), em termos de interpretações adivinhatórias no contexto do sacrifício do búfalo na sociedade *kodi* de Sumba, na Indonésia. De acordo com McWilliam (2008), os praticantes *fataluku* têm maneiras idiossincráticas de realizar a adivinhação. O processo ritual geral envolve uma

série de fases que podem ser descritas como adivinhação, sacrifício-oferenda, partilha de refeições em conjunto e purificação. Uma das principais técnicas empregadas é a adivinhação/augúrio pela observação do fígado do frango (*aca foté*) e a adivinhação/augúrio pela observação do pâncreas do porco (*pae foté*). O pâncreas, o fígado e/ou outros órgãos internos do animal são analisados no que respeita à sua coloração, existência de manchas, linhas e outros sinais significativos. Nestas circunstâncias acredita-se que os órgãos internos do animal sacrificado proporcionam um mapa da esfera social de relações e permite a interpretação diagnóstica e acção reparadora onde há necessidade. Os órgãos são divididos em secções associadas a diferentes grupos de relações sociais. Manchas ou rupturas em diversas partes do fígado ou do pâncreas indicam conflito ou ameaça localizados no interior de grupos particulares de parentes. Para identificar a fonte específica do problema, é necessária adivinhação diagnóstica adicional.

Os *fataluku* recorrem com frequência a esta técnica de adivinhação por meio da análise do fígado ou baço do frango ou do porco, o que é geralmente efectuado junto à lareira sagrada (*aca kaka*), para prever o sexo e o estado de saúde da criança que irá nascer. Caso prevejam alguma situação desfavorável, executam novo rito:

> Quando um homem e uma mulher se juntam, casam, têm que fazer lareira, *aca kaka*. (...) A lareira demonstra a parte sagrada, o oratório sagrado de cada família, e eles têm a fé de que quando pondo isto já têm a vigilância espiritual, vigiar esta nova família em direcção ao futuro. (...) Quando estiver grávida já de três ou quatro meses, sabe que já tem um filho mais ou menos real, eles fazem outra cerimónia de agradecimento, mas feito só pelos homens, dentro da lareira. Quase dentro de uma aldeia 1% sabe. Eles aprendem a fazer isso com a experiência, e há uns que se calhar têm um talento acerca disto. Este evento tem o nome *upulalu fa'i,* podemos dizer em geral é agradecimento da família. (...) Fazem a cerimónia com um animal. (...) Eles abrem e tiram, se é o galo é o fígado, se é o porco o baço, e já sabem. Lêem no fígado do galo para saber se nascerá cheio de saúde ou não, ou terá de apanhar uma doença depois de nascer, se é rapaz ou rapariga. (...) Eles lêem isto, fazem as suas análises, e eles já sabem quando este bebé nascer, temos que sentar-nos juntos e fazer um *mininu*, outro evento enorme, para poder recuperar a saúde, para poder obter uma boa saúde a esta criança. Por exemplo, eu tenho as minhas faltas, eu matei qualquer sujeito, e eles têm que fazer este *mininu* para poder limpar-me estas minhas faltas perante Deus e perante os avós;

então é que eu posso viver[18]. É a fé desta tribo (Informador *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

Quando a criança ainda está no ventre durante o espaço de nove meses o pai e os avós (...) preparam um franguinho, (...) pegam no frango, passam à volta da mulher sete vezes[19] (...) esse velho (...) põe a saliva no bico da ave, corta-o e quando vem sangue deita-o na *aca kaka* sobre o pau que tem um bico levantado, mas antes levanta para Deus e pede ajuda para poder dar um sinal no fígado desta ave para que a mulher tenha uma menina ou um menino, e depois abre cuidadosamente o frango, rasga e o fígado sai. Então eles lêem o fígado, e quando mostra dois riscos dizem que é uma menina para ter caminho para ela quando for grande poder sair de casa e casar com outro homem. Se tiver só um risco então é menino, pois quando for grande não sai de casa quando casa, é dono da casa fica em casa. (...) Se virem que vai haver um desastre repetem o procedimento e pedem a Deus e às almas para não haver este acontecimento depois. Antes de abrirem outro frango devem reflectir sobre alguma contradição, alguma quezília entre famílias e fazem as pazes. Então, quando abrirem outro frango poderão já não ver essas coisas negativas. Em geral quem faz isso é o pai do rapaz que vai ter o filho. Agora ainda fazem, mas talvez daqui a dez, quinze anos só fique como história. Isto é feito quando casam, mas se depois de dois, três anos de estarem juntos não têm filhos, vão fazer este sacrifício de nome *acatu upai*. É uma maneira de rezar que fazem em diversas circunstâncias. Mesmo católicos, alguns ainda fazem; 5% já não fazem, mas 95% de toda a gente em Lospalos ainda fazem. (...) Quando a mulher está grávida vêem o fígado e adivinham: 'Ah! Este já é um rapaz'. Mas depois, na altura em que nasce é ao contrário, é uma rapariga. Então eles começam a mudar de palavras; 'Ah! É porque não fizemos bem isto ou aquilo e apareceu menina' (Informador *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

Aqui os costumes deste lado, quando a mulher já está grávida, eles fazem uma espécie de cerimónia na casa da mulher grávida (...). Os velhos é que sabem a tradição daquela família. Numa determinada família o mais velho daquela geração é considerando o *laficaru* da família. (...) É sempre homem; pega num frango pequeno e dá à volta da cabeça da mulher grávida sete vezes dois. Esta é a tradição, só o sete é que pode determinar, porque as palavras que profere são sete. (...) Antes de fazer as voltas sete vezes primeiro pedir a Deus para que dando um sinal no fígado. Quando abre o frango e não há nenhum sinal, o fígado é bem limpinho, então é rapaz, e se há qualquer sinal é rapariga. A importância o rapaz e rapariga é do mesmo nível, não há diferença, mas só para saber se é rapaz ou rapariga (Mulheres *fataluku*, Tutuala [Intérprete]).

18 O *mininu* aparenta tratar-se de um "rito de inversão", que consiste em reproduzir em sentido contrário o gesto ou o acontecimento julgado funesto a fim de abolir os seus efeitos (Maisonneuve, 1988).
19 O número sete (*fitu*) é o mais importante nas cosmologias culturais *fataluku*, representando a ideia de completamento ou totalidade (McWilliam, 2008). O sete também é um número significativo na magia e mitologia malaia, particularmente no contexto do nascimento (Laderman, 1983). O sete é um número carregado de simbolismo, é um número cósmico sagrado, comum a diferentes religiões, remontando a sua magia às eras pré-cristãs. Ele simboliza um ciclo completo, uma perfeição dinâmica; representa a totalidade do universo em movimento (Chevalier e Gheerbrant, [1969] 1982).

A análise das vísceras do animal para determinação do sexo da criança que irá nascer é por vezes realizada na campa dos antepassados:

> Vai para o cemitério, junto à campa do avô ou avó do homem ou da mulher, leva um frango, abre-o e vê no seu interior, o seu fígado, *ari toto*. De acordo com a tradição, esse homem pode adivinhar, pode ler ali o sexo da criança. Há um sinal de que o bebé é do sexo masculino ou feminino (Parteira tradicional *fataluku*, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

A adivinhação também pode ser efectuada através do corte em fatias do caule da bananeira (*mu'u fuka totole*). Esta técnica envolve a resolução de questões que são dirigidas a Deus (*Uruvacu*) e aos antepassados (*calu ho papu*), mediante o rápido corte do caule em fatias e a leitura da forma como as rodelas aterram no solo. As questões rituais são centradas no comportamento dos participantes e nos seus familiares próximos de forma a identificar transgressões ou obrigações sociais negligenciadas. O processo proporciona um guia para o desempenho bem sucedido do ritual e uma medida do seu sucesso (McWilliam, 2008). No decurso da gravidez, os *fataluku* também recorrem à adivinhação através do corte em fatias do caule da bananeira, o que pode ser conjugado com a técnica de análise das vísceras:

> Os velhos sentam-se juntos, com a faca muito bem afiada cortam o caule da bananeira [em *tetun* é *dikin*], e quando vêem que o caule senta-se bem, então dizem que isto é bom. Cortam outra vez, cortam outro; quando sentem muito bem, quando viram as mesmas faces então dizem 'Isto é bom'. Eles matam um galo ou pinto, abrem e vêem o fígado e, quando esta coisa está toda pronta, bebem o vinho e dizem que já não há nada, tudo há-de correr bem. Depois, a carne do pinto ou do galo só os rapazes é que comem, as raparigas e as mulheres não, porque é a própria maneira da tribo, da classe, é que é proibido para as mulheres[20]. Aqui em Lospalos é quase igual em toda a parte. (...) É igual a *lulik*. Isto significa que já é uma coisa que segue dos usos e costumes dos seus antepassados, (...) uma coisa sagrada, e que eles acreditam que durante o tempo de gravidez até ao

20 Trata-se, provavelmente, da *leura tei*, a carne sacrificial que vai "alimentar" (*fané*) os antepassados e constitui uma refeição comensal entre os antepassados e os participantes que são todos os membros do sexo masculino pertencentes à Casa. O direito à partilha no consumo da *leura tei*, que é preparada em todos os eventos mais importantes do ciclo de vida dos *fataluku*, é baseado no princípio da agnação (descendentes masculinos dos antepassados originais/parentesco de consanguinidade por linha masculina) e certas relações classificatórias agnáticas (pais, irmãos e filhos) que assenta em origens míticas comuns e histórias de colaboração. As mulheres e as raparigas são excluídas da participação porque isso poderia ameaçar a sua saúde (McWilliam, 2008).

parto não vai haver nenhuma dificuldade. Isto é uma espécie de preparação (Coordenadora de ONG de mulheres, Lospalos).

Um homem *fataluku* de Soiquili, aldeia do suco Parlamento, conhecedor do *mamunu* (*mamunu navare*), é por vezes solicitado por mulheres grávidas quando sentem dores abdominais ou têm outros problemas. Uma das técnicas utilizadas é o corte do caule da bananeira (*mu'u fuka*) (Fotografias 43 a 45):

Fotografias 43. 44. 45. Exemplificação da Técnica do Corte do Caule da Bananeira - *Mu'u fuka* (Parlamento, Lautém, 2006)



O parto é feito pelas mulheres, não pelos homens. Ele pode ajudar as mulheres grávidas; se elas tiverem problemas podem chamá-lo; quando têm dores na barriga podem vir ter com ele. Ele corta o caule da bananeira, *mu'u fuka*[21] com uma faca, e depende da posição; se o pedaço cai na primeira posição é mau, na segunda posição é bom. Antes de fazer isto deve primeiro perguntar a Deus, e depois aos nossos antepassados que morreram há mais de cem anos, e depois podem fazer isto. Esta é a nossa crença tradicional, de acordo com a nossa cultura (Homem *fataluku*, *mamunu navare*, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

Outra técnica utilizada pelo mesmo *mamunu navare* é designada, em *fataluku*, por *ulufetik* (Fotografias 46 e 47):

Ulufetik é algo especial que se faz a uma pessoa que está com dores, *panake,* de barriga[22]. Mas antes de fazer isto ele deve consultar os antepassados, os bons espíritos. O *ulufetik* é um mistério, um segredo que não se pode revelar às pessoas; se revelar a alguém perde o poder. Ele cospe na barriga; antes de cuspir masca, *mama*. Aqui é só ele. Também o chamam de Lospalos, vêm cá buscá-lo. Se alguém tem um problema na gravidez e o chama, primeiro ele deve pensar com

21 *Hudi dikin* em *tetun*.
22 *Kabun moras* em *tetun*.

cuidado e perguntar aos deuses e aos antepassados que morreram há muito tempo para lhe apontar uma maneira de resolver o problema. Vai para o cemitério falar com os antepassados, (...) mas não é aqui, é longe. Vai ao local onde estão enterrados os antepassados da pessoa que está doente ou que tem o problema. A mulher grávida será assistida. Se fizerem isso o bebé não morrerá, sobreviverá (Homem *fataluku*, *mamunu navare*, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

Fotografias 46. 47. Exemplificação da Técnica *Ulufetik*
(Parlamento, Lautém, 2006)



2.3. Hábitos de Trabalho e Repouso

Embora a gravidez seja considerada, na maior parte das sociedades, um estado ritual que liga a mulher e o bebé em formação simultaneamente à terra e aos deuses, não é tratada como uma doença. As mulheres camponesas continuam a desempenhar as suas actividades habituais e trabalham duramente nos campos e nas tarefas domésticas, tais como cortar lenha, retirar água do poço, esfregar e limpar, pelo menos até as contracções terem início, e normalmente durante parte do trabalho de parto. Na realidade, é frequente pensar-se que se uma mulher não se mantiver fisicamente activa o parto será difícil. Por todo o mundo, este tipo de actividades é considerado adequado à gravidez, desde que a mulher tenha o cuidado de respeitar os tabus que protegem a sua saúde e a do bebé (Kitzinger, 1992).

Segundo Martinho (1943), em Timor-Leste nem à criança, nem à mãe, são dispensados,

durante a gravidez, cuidados especiais. Existem algumas prescrições em relação a determinados alimentos, mas a mulher continua a desempenhar, como em período normal, as suas funções de dona de casa.

Carmo (1965) também refere, relativamente ao povo *mambae*, que a gravidez não é assinalada por quaisquer cerimónias ou rituais, não tomando a futura mãe grandes precauções em relação ao filho que irá nascer e mantendo as suas actividades habituais dentro de casa, na horta, na várzea, praticamente até entrar em trabalho de parto.

Verificamos, ao longo do presente estudo, que durante a gravidez muitas mulheres mantêm o seu ritmo de trabalho normal. Algumas têm a noção de que devem descansar mais e evitar trabalhos pesados, nomeadamente no primeiro trimestre de gravidez, receando que ocorra sangramento e aborto, sendo apoiadas pelos seus familiares. No entanto, para algumas delas, sobretudo as que vivem em zonas remotas, a necessidade de assegurarem a subsistência da família pode sobrepor-se às preocupações de saúde pessoais. Para outras a quantidade e o ritmo de trabalho dependem do que lhes é imposto pelos seus familiares. As parteiras também dão conselhos às mulheres relativamente à prática de exercício físico durante a gravidez. É frequente fazerem trabalhos pesados (transportar lenha, cestos carregados, subir e descer montes, agricultura) nos últimos meses de gestação, por acreditarem que isso facilitará o parto:

> No primeiro mês têm que trabalhar pouco. A partir de seis meses têm que trabalhar muito para não terem dificuldades na altura do parto (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobometo, Oesilo [Intérprete]).

> Há mulheres quando começa grávida trabalha menos. Quando trabalham muito, de vez em quando provoca o aborto. E, chegando aos sete, oito meses, começa a trabalhar muito porque já está preparado para nascer o bebé. Então ajuda também com a energia, de vez em quando, se no tempo do parto o bebé nasce com mais facilidade quando trabalha muito (Informador *bunak*, suco Fatuleto, Zumalai).

> Quando estão no primeiro trimestre trabalham pouco, têm medo de aborto, mas depois de oito ou nove trabalham muito para o parto ser mais fácil. Costumam andar até não poder (Casal *kemak* na faixa etária dos 40-50 anos, 11 filhos, suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete]).

Seis meses para cima trabalham mais. Dizem que é bom para elas, na hora do parto para não sentirem dores, e ser fácil (Chefe do suco Ililai, Lautém).

Aqui nós costumamos trabalhar durante todo o período de gravidez, e convém trabalhar muito mais já nos últimos meses para facilitar o parto (Mulheres *mambae*, Aileu).

A grávida, enquanto gravidez tem um mês, ou dois, três, quatro meses, não podem levantar pesos. Depois de estar perto para dar partos, tem de se levar pesada para o bebé poder nascer (Parteira tradicional *tetun*, Suai Vila [Intérprete]).

Quando a mulher está grávida, e como a família pensa que é normal, não descansam, trabalham na horta e levam muito peso no *leu*. O marido quase não ajuda; a grávida leva muito peso. Aqui, porque há *barlake*, a família do marido diz que é preciso trabalhar porque deram muito *barlake* (Parteira *fataluku*, Casa das Mães, Lospalos).

As mulheres aqui sempre trabalham, elas nunca descansam em casa (...) mesmo quando há aborto. Já no tempo dos avós diziam que não tem tempo para descanso. É que aqui há *barlake*. Uma senhora que casa com o marido também tem o dever de trabalhar, porque o marido já a comprou. (:..) Ela tem que servir o marido, os pais do marido, e a família toda. Agora há umas que não, (...) essas que andam na escola (Chefe do suco Gariuai, Baucau).

Em ligação à tradição as mulheres trabalham muito. (...) Numa situação grave elas também continuam a trabalhar. Os maridos deviam compreender a situação das senhoras. Há muitos que já compreendem, que vão à horta com a lenha e as mulheres ficam em casa, mas nem todos. Isto é uma ligação da tradição. Aqui em Iliomar as senhoras grávidas trabalham muito na horta, e depois que regressam da horta têm que levar lenha, milho e mandioca. Elas carregam muito peso nas costas, na cabeça (Parteira do centro de saúde de Iliomar [Intérprete]).

Durante a gravidez a mãe também deu conselhos para trabalhar, limpar chão, não pode dormir muito. As parteiras aconselharam fazer exercício antes de dormir, para o bebé nascer bem e não ter muita dificuldade. Quando foi à primeira consulta, as parteiras disseram para ela quando estar grávida um, dois meses não pode pegar coisas pesadas porque senão pode abortar. A partir do terceiro mês já pode trabalhar, já pode pegar coisas pesadas. E ela seguiu o que as parteiras disseram (Mulher de 21 anos, 2 filhos, natural e residente em Díli).

Quando já está com seis ou sete meses, a grávida tem de andar, fazer ginástica, tem de levantar coisas pesadas, lavar roupa, para o bebé ficar em boa posição, para a cabeça do bebé ficar em

> baixo não pode ficar em cima. Porque, se ela não faz nada, o bebé não pode mudar a posição (Parteira do centro de saúde bairro Formosa, Díli).

A prática de exercício físico moderado é, em geral, benéfica e recomendada à mulher grávida. No entanto, ao submetem-se a grandes esforços durante a gravidez, acreditando que isso irá facilitar o parto, as mulheres timorenses correm maiores riscos de aborto ou de parto prematuro.

2.4. Hábitos e Interdições Alimentares

O arroz, o milho, seguido da mandioca, constituem a base da alimentação dos timorenses, que praticam sobretudo uma agricultura de auto-subsistência. O consumo interno de carne é muito baixo. Tradicionalmente, os búfalos eram encarados como medida de riqueza dos indivíduos, os porcos associados simbolicamente ao sexo feminino e os galos criados para combate, sendo o abate de gado para consumo destinado, sobretudo às festas e cerimónias rituais. Com a ocupação indonésia, o gado sofreu uma grande redução, e apenas nos últimos anos se registou uma recuperação da pecuária. Houve, no entanto, um aumento do consumo de peixe devido ao grande incremento da pesca durante o regime indonésio. Por outro lado, o fabrico de lacticínios nunca foi tradição em Timor-Leste (Faculdade de Arquitectura – Universidade Técnica de Lisboa e GERTIL, 2002).

O estado nutricional de uma mulher tem grande influência na sua saúde e na dos seus filhos. A malnutrição nas mulheres resulta numa redução da produtividade, num aumento da susceptibilidade às infecções, numa recuperação da doença mais demorada, e aumenta o risco de problemas relacionados com a gravidez. Uma mulher malnutrida, possuido um baixo índice de massa corporal, anemia ou outra deficiência de micronutrientes, encontra-se em maior risco de ter dificuldades no trabalho de parto, de ter um recém-nascido com baixo peso, de produzir leite materno com menor qualidade, de falecer devido a hemorragia pós-parto, e encontra-se mais susceptível a diversas doenças, assim como o seu filho (DNE e ICF Macro, 2010).

A base da alimentação das mulheres participantes do nosso estudo é o milho (*batar*) e o arroz (*hare fos*), podendo ser complementados com tubérculos, legumes e frutos, de acordo com o que se encontra disponível em cada região: mandioca (*ai-farina*), batata (*fehuk-ropa*), batata-doce (*fehuk-midar*), feijão (*fore*), soja (*fore keli*), amendoim (*fore rai*), sagu (*akar*), pepino (*pipinu*), abóbora (*lakeru*), couve, inhames, papaia (*ai-dila*), banana (*hudi*), coco (*nuu*), melancia (*pateka*), etc. As proteínas animais, provenientes da carne, do peixe e dos ovos, são consumidas com menos frequência e dependem da capacidade económica das famílias.

O consumo de determinadas substâncias durante a gravidez, tais como as bebidas alcoólicas e a masca (*bua malus*[23]), pode ser prejudicial para o feto. Algumas mulheres timorenses ingerem bebidas alcoólicas; as que têm o costume de mascar continuam a fazê-lo durante a gravidez:

> Há algumas que gostam de mascar e outras que não gostam, conforme quando quer masca. Mascar de vez em quando, as novas (Parteira tradicional *tetun*, suco Suai Loro, Suai [Intérprete]).

> Há mulheres que bebem [bebidas alcoólicas], outras não, porque depende do costume. O *tua sabu*, há muitas que bebem (Antigo chefe do suco Estado, Ermera).

> No tempo da gravidez, depois de seis, sete meses, podem beber um bocado, mas dois, três, quatro meses não podem beber vinho (Parteira tradicional *makalero*, suco Cainliu, Iliomar [Intérprete]).

> Costuma beber vinho branco, *tua mutin*, e *tua sabu* (...) Perto do parto, depois de seis, sete meses sempre bebe. (...) Para a saúde do bebé, da mãe também, boa saúde (Mulher *makalero*, 5 filhos, suco Iliomar I [Intérprete]).

As recomendações quanto à alimentação são múltiplas e divergem de uma sociedade para outra. Caso a mulher grávida não as siga, qualquer problema ocorrido durante a

23 *Bua malus* é o termo *tetun* usado para designar a mistura do bétel (*Piper betle*) com a noz de areca (*Areca catechu*), a que adicionam cal, do que resulta a masca (*mama*), de cor avermelhada. Possui um efeito narcótico moderado. Um estudo efectuado por cientistas do Instituto de Investigação do Cancro em Gujarat, na Índia, alerta para a possibilidade de a masca de bétel poder causar danos genéticos que podem afectar os filhos dos utilizadores (Rooney, 1993).

gravidez ou o parto será atribuído ao seu incumprimento. Em diversos continentes, o ovo é um alimento frequentemente interdito às mulheres grávidas. Pela sua forma, natureza e evolução, o ovo evoca a procriação humana, pelo que é rejeitado, como se a sua casca, contendo também uma transformação, pudesse causar danos àquela que está em curso no ventre da futura mãe. Também é frequente a proibição da ingestão de iguarias de aspecto demasiado pastoso, pegajoso, pois poderá dificultar o parto. A relação que as populações estabelecem entre o aspecto físico de um animal que possa ser ingerido e a característica que possa transmitir à criança que vai nascer é também verificada. Além das crenças alimentares variarem bastante, as suas interpretações também podem variar de uma etnia para outra (Bartoli, 1998).

Durante a gravidez, verifica-se em Timor-Leste a existência de uma diversidade de tabus ou interdições alimentares, apresentando semelhanças e diferenças entre grupos etnolinguísticos. É frequente a proibição do consumo de ananás (*ai-nanas*), especialmente quando ainda não amadureceu, de piripiri (*ai-manas*) e de bebidas alcoólicas, sobretudo no primeiro trimestre de gravidez. Além destes alimentos, os timorenses também referem o limão (*derok)*, o vinagre (*tua-siin*), o tamarindo (*sukaer*), o pepino (*pepinu*), a papaia (*ai-dila*) verde e o tubérculo *sinkomase*[24] como potencialmente abortivos, pelo que o seu consumo é igualmente desaconselhado:

> Não pode comer ananás, papaia verde, *tua sabu* [aguardente], *sinkomase*, durante dois ou três meses; quando tem cinco ou seis meses não faz mal. *Chili*, *ai-manas* também não pode. Pode estragar o ovário (Parteira tradicional *uaima'a*, suco Caisido, Baucau [Intérprete]).

> Durante a gravidez não podem comer ananás, que pode provocar aborto. Ananases que são verdes mais bebidas alcoólicas, que podem também provocar aborto. (…) Tem muitos abortos quando estão de quatro meses, três meses, dois meses. Há certas senhoras que têm aborto por causa da alimentação; comem mal ou por causa desses alimentos proibidos (Parteiro tradicional *uaima'a,* suco Caicua, Vemasse [Intérprete]).

> Durante a gravidez só não pode comer ananás, às vezes provoca vómitos ou pode estragar o bebé, abortos. Principalmente o ananás, quando eu estar grávida um, dois, três meses não pode comer. (...) Vinho tinto também estraga, aborto (Mulher *mambae* de 54 anos, 10 filhos, suco Lihu,

24 Planta trepadeira de tubérculos comestíveis (*Pachyrhizus erosus*).

Railaco).

Não podem comer o ananás verde e não podem beber as bebidas alcoólicas porque provoca o aborto. Isto vem da geração dos avós (Parteira tradicional *fataluku* e outras mulheres, Tutuala [Intérprete]).

No primeiro mês não pode comer tamarindo, limão, vinagre, ananás. Provoca aborto (Parteira tradicional *baikenu*, suco Costa, Pante Macassar [Intérprete]).

Quando teve um, dois, três meses não come ananás verde, *matak*. Até seis, sete meses é que pode comer ananás, mas maduro, verde não pode; tem medo de abortar. A sogra é que lhe deu esse conselho (Mulher de 21 anos, 2 filhos, natural e residente em Comoro, Díli [Intérprete]).

Chili, ananás, papaia verde; o que é amargo não pode comer, pode provocar aborto (Parteiro tradicional *makasae*, suco Lelalai, Quelicai [Intérprete]).

Existe a crença de que a ingestão do ovo (*manu tolun*) e do "coração" da bananeira (*hudi dubun*) durante a gravidez podem provocar a obstrução do canal do parto[25], ou aquilo que designam por *horok feto*[26], pelo que estes alimentos também são proibidos às mulheres grávidas:

Ela sabe que é proibido comer ovos e *hudi dubun*, coração da banana, desde a gravidez até ao parto, porque podem provocar a doença *manu tolun ida*. São coisas tabu. Há umas que acreditam e outras que não acreditam. Nas pessoas que acreditam, na verdade se comerem isso acontece essa doença. As que não acreditam comem e, quando aparece essa doença, ela diz logo: 'Eu proibi para tu não comeres isso. Vocês comem, e agora acontece essa doença'. Esta é só uma doença, mas de três variedades: se sai pequena diz-se *manu tolun ida*, se sai um pouco maior, médio, diz-se *hudi dubun*, e se sai maior diz-se *nu'u dubun*. Quando a gente parte o coco seco, lá dentro ainda há uma espécie de bolinha, isso diz-se *nu'u dubun*. É proibido comer isso durante a gravidez. O nome geral que se dá à doença é *horok feto* (Parteira tradicional *tetun/bekais*, suco Balibo Vila [Intérprete]).

Durante a gravidez (...) proibem também o consumo do coração de banana (*hudi dubun*). O consumo desses alimentos pode provocar *horok feto* (Parteira tradicional *bunak* e outras mulheres, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

25 Na nossa opinião, pode tratar-se de prolapso uterino.
26 *Horok feto* é um termo utilizado para designar "doença de mulher", sendo usada em relação a vários problemas relacionados com os órgãos reprodutores femininos.

> Durante a gravidez não pode comer ovos, *manu tolun*, porque custa dar à luz, o parto é mais difícil. Hemorróidas na vagina, antes do bebé nascer; isto é que sai primeiro antes da criança (Mulheres *mambae*, suco Acumau, Remexio [Intérprete]).

> Durante a gravidez não podem comer ovos porque no dia do parto, antes de vir a criança, aparece uma coisa semelhante a um ovo, *buat ida manu tolun*. Dizem que está a impedir a saída da criança (Informadora *mambae*, Aileu).

> A sogra e a mãe também falou, quando está grávida proíbem de comer o coração da bananeira, *hudi dubun*, porque senão quando chega a hora do parto pode acontecer dificuldades, pode ter uma coisa que é redonda como o ovo, *manu tolun*, à frente, e o bebé não sai (Mulher de 21 anos, 2 filhos, natural e residente em Comoro, Díli [Intérprete]).

Há quem acredite que, se a mulher ingerir piripiri, o bebé não terá pestanas, sobrancelhas ou cabelo. Outras consideram que o piripiri e a folha de papaia prejudicam a mulher, podendo causar dores abdominais ou lombares:

> Quando comem *chili*, piripiri, quando a criança nasce não tem sobrancelhas, não tem cabelos. Algumas têm medo e não comem (Parteira tradicional *bunak* e outras mulheres, suco Debos, Suai [Intérprete]).

> Se durante o período da gravidez a gente come piripiri então a criança nasce mesmo sem cabelos, sem pestanas. Comem menos piripiri ou então não comem mesmo, só por causa dessa crença. Já vem dos nossos antepassados, as pessoas aqui da montanha seguem isso (Informadora *mambae*, Aileu).

> Durante a gravidez esteve proibida de comer folha de papaia e piripiri. Quando come esses alimentos pode ter dores de barriga e nas costas. Também pode afectar o bebé, pois ele pode nascer careca, sem cabelo (Mulher *fataluku* de 30 anos, 5 filhos, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

Também existem crenças relativas à papaia e ao coco. A ingestão de papaia e de coco verde pelas mulheres quando estão prestes a dar à luz é proibida por poderem provocar perda de muito sangue. A papaia pode causar uma placenta volumosa, e as folhas de papaia ou a papaia verde podem provocar dores abdominais, lombalgias e aborto:

> Quando a criança já está quase para nascer não pode comer fruta da papaia e coco verde; vem muito sangue (Parteira tradicional *uaima'a*, suco Bahu, Baucau [Intérprete]).

> É proibido comer a papaia, *ai-dila*, porque senão a placenta aumenta de volume. É uma crença antiga (Parteira do centro de saúde de Aileu [Intérprete]).

> Se comer muita folha de papaia pode provocar tosse ao bebé e estragar o bebé (Parteira tradicional *mambae*, suco Acumau, Remexio [Intérprete]).

A carne de cabrito e de cavalo e o *kumbili*[27] são proibidas por poderem causar alterações cutâneas no recém-nascido:

> Carne de cabrito e carne de cavalo não pode comer, porque senão depois do parto aquele bebé tem todo o corpo assim cascado, *feku*. Também não pode comer *kumbili*. É igual como cascado, o corpo do bebé está todo amarelo, está todo encarnado. Só estas três coisas é que não pode comer: *uhi*; carne dos cavalos, *kuda*; carne dos cabritos, *bibi*, também não pode (Parteira tradicional *tetun*, suco Beiseuk, Tilomar [Intérprete]).

A ingestão de peixe é interdita por poder provocar doenças na mulher, prurido e pele descamativa. O caranguejo por originar a saída de muita "saliva" no momento do parto:

> Por exemplo, peixe não podem comer, ovos também, diz que faz comichão. O caranguejo a mulher grávida não come, não consome, porque se come quando o bebé nasce sai muita saliva. Tem essa crença (Chefe Distrital de Saúde e coordenadora de SMI do distrito de Manatuto).

Alguns timorenses estabelecem uma relação entre o aspecto físico de um animal ou outro alimento que venha a ser ingerido e a característica que possa transmitir à criança que vai nascer, o que leva à proibição do seu consumo. Assim, existe a crença de que a ingestão da carne ou de ovos de tartaruga pela grávida leva a que mais tarde o seu filho, em vez de andar rasteje, à semelhança desse animal:

> E carne de tartaruga, senão a criança em vez de andar pode rastejar como a tartaruga, *kla* [*lenuk* em *tetun*] (...) Nos meses Janeiro, Fevereiro é que aparecem tartarugas em grande quantidade.

27 O *kumbili* (*Dioscorea esculenta*) é uma planta trepadeira com tubérculo/inhame amarelo avermelhado. Tem cinco espécies: *fehuk uehali*, *fehuk laku, fehuk hae, fehuk fui e uhi*.

Laleia e Vemasse também (Parteiro tradicional *uaima'a*, suco Caicua, Vemasse [Intérprete]).

É proibido comer os ovos de tartaruga durante a gravidez porque senão a criança não pode andar, igual à tartaruga (Parteira tradicional *makasae* e outras mulheres, suco Daudere, Lautém [Intérprete]).

A ingestão da semente de uma trepadeira (parecida com uma castanha) denominada *sei* (*kaliku* em *tetun*) é associada ao nascimento de uma criança com boca larga e pálpebras edemaciadas:

Não podem comer *sei* na altura da gravidez [porque] o bebé ao nascer tem a boca larga e as pálpebras inchadas, quase como se fossem chineses (...) porque o *sei* é redondo (...) muito grande e preto. (...) Quando a gente acredita acontece mesmo (Informadora *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

A interdição do consumo, pela gestante, de milho (*bátar*) e de alimentos ricos em gordura, tais como o amendoim (*fore-rai*), o coco (*nuu*) e a manteiga, destina-se a evitar que a criança, ao nascer, se encontre "suja", com muita gordura, ou seja, revestida de grande quantidade de *vernix caseoso*[28], que se crê dificultar o parto. Há mulheres *fataluku* e *kemak* que ingerem água de coco como medida preventiva:

Têm que evitar gorduras para quando a criança nascer não poder vir com sebo no corpo (Enfermeiros do centro de saúde de Atabae).

Na gravidez (...) amendoim não pode comer porque aumenta o bebé, aumenta *mina*, o óleo para o corpo do bebé e *too parto halo moras*, faz doer ao nascer. O coco é igual como o amendoim (Informador *tokodede*, Maubara).

O amendoim é que proibem de comer porque a criança quando nasce pode ter muita sujidade, o corpo não é limpo, está todo colado, ainda está coberto com aquela coisa branca (Informadores *tetun*, naturais de Fatumean e residentes em Suai Vila).

28 O *vernix caseoso* é uma substância gordurosa branca produzida pelas glândulas sebáceas, que recobre a pele do recém-nascido, desaparecendo geralmente após 24 horas de vida. É em geral produzido até à 38ª semana de gestação, tem um importante poder de impermeabilização durante a vida fetal e tem uma acção antibacteriana na pele do recém-nascido.

> Há só dois alimentos, o milho e a manteiga, que não pode comer durante a gravidez. O corpo do bebé fica muito sujo, *foer*, o bebé pode nascer envolvido por gordura, e é difícil dar o parto, porque é parecido com uma cola (Parteira, Díli [Intérprete]).

> Durante a gravidez não podem comer amendoim senão o bebé nasce com muita gordura, *vernix*, o que pode dificultar o parto. Quando comem amendoim têm de beber muita água de coco para lavar (Casal *kemak* na faixa etária dos 40-50 anos*,* suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete]).

> Para ela, grávida bebe sempre água de coco desde os cinco meses (...) para quando nascer bebé muito limpo (Mulher *fataluku* de 33 anos, 3 filhos, suco Fuiloro, Lospalos [Intérprete]).

Entre os *bunak* de Timor Ocidental também existe a crença de que o bebé nasce tanto mais sujo quanto mais a mãe comeu tubérculos, abóboras, milho frito e amendoins, pelo que as mulheres grávidas reduzem o consumo destes alimentos (Friedberg, 1982).

O receio de um grande desenvolvimento do feto que possa dificultar o parto leva à restrição da ingestão de leite ou de gorduras por algumas gestantes timorenses:

> Quando já tem pelo menos oito ou nove meses proíbe-se leite, porque as crianças podem ficar mais grandes na barriga (Chefe do suco Gariuai, Baucau).

> Em Ermera as grávidas não comem muito nem comem gorduras para o bebé não ficar grande (Antiga parteira do centro de saúde de Gleno, Ermera).

Pelo mesmo motivo, encontram-se em diversos distritos de Timor-Leste mulheres que não tomam os comprimidos contendo ferro e ácido fólico fornecidos na consulta pré-natal dos estabelecimentos de saúde (HAI, 2004; Van Schoor, 2003). Entre outros micronutrientes, o ferro é particularmente necessário durante a gravidez pelo risco associado à anemia, pelo que é recomendado um suplemento a todas a mulheres grávidas, habitualmente a partir do segundo trimestre[29]. Este comportamento, que é

29 Embora todas as mulheres grávidas sejam susceptíveis a desenvolver anemia, alguns grupos encontram-se particularmente numa situação de alto risco: aquelas que tiveram vários partos com curtos intervalos, as que vomitam muito ou ingerem pequena quantidade de alimentos devido a náuseas, e as que ao engravidar se encontram subnutridas. A ingestão diária de um suplemento contendo ferro pode prevenir ou atenuar a anemia (Murkoff e Mazel, 2008). A anemia pode causar aborto espontâneo, parto pré-termo e mortalidade materna (DNE e ICF Macro, 2010).

influenciado pelos familiares e pares, pode no entanto ser alterado após o fornecimento de explicações por parte das parteiras:

> Ela não quer tomar medicamentos, vitaminas, ferro. [Na primeira gravidez] recebeu mas não tomou. As colegas é que falaram nisso, foram juntas para o centro de saúde, receberam este medicamento, vitaminas, e depois elas é que falaram que quando tomam esta vitamina engorda o bebé dentro da barriga e ele não pode descer, e depois quando chegar a hora do parto não tem força porque o bebé é grande. Por isso ela ouviu e também teve medo (Mulher de 21 anos, 2 filhos, natural de Díli, residente no suco Comoro, Díli [Intérprete]).

> No princípio elas não querem, mas depois de terem uma explicação devida das parteiras elas tomam. As vitaminas não é para aumentar o bebé mas para ajudar o desenvolvimento do bebé, para facilitar o parto, e para evitar a hemorragia no momento do parto (Parteir do centro de saúde de Aileu [Intérprete]).

A literatura revela que na Malásia diversas mulheres manifestam o mesmo tipo de crença e comportamento, ao desperdiçarem as vitaminas fornecidas pela parteira oficial por as considerarem desnecessárias e possivelmente nocivas. O seu sabor amargo pode ser um indicativo do seu "calor", e a sua potência pode levar a um grande crescimento do bebé, causando lacerações ao passar pelo canal do parto (Laderman, 1983).

Apresenta-se, no Quadro 20, uma síntese de algumas interdições alimentares referidas por timorenses pertencentes aos diversos grupos etnolinguísticos, e respectivas crenças que lhes são associadas:

Quadro 20. Interdições Alimentares na Gravidez e Crenças Associadas

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Milho torrado: dificuldades no parto	✓										
Milho cozido inteiro: distúrbios abdominais e respiratórios		✓									
Tamarindo: aborto	✓										

Limão: aborto	✓										
Vinagre: aborto	✓										
Hortaliças c/ vinagre: aborto				✓							
Pepino: aborto				✓							
Sinkomase (*Pachyrhizus erosus*): aborto											✓
Ananás (especialmente verde): aborto	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓
Bebidas alcoólicas (sobretudo no 1º trimestre): aborto		✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓
Ovos: *horok feto*; obstrução do canal de parto; retenção da placenta		✓		✓				✓	✓		
Hudi dubun - "coração" de banana : *horok feto*; obstrução do canal de parto		✓							✓	✓	
Caranguejo: muita saliva no recém-nascido				✓							
Peixe: prurido; pele descamativa no recém-nascido; *horok feto*		✓		✓				✓			
Alimentos gordurosos; amendoim: recém-nascido coberto de gordura (*vernix caseoso*), dificultando o parto					✓			✓	✓	✓	
Piri-piri: ausência de pestanas, sobrancelhas ou cabelo no recém-nascido; dores abdominais; lombalgias; aborto		✓	✓	✓			✓	✓			✓
Sei (*kaliku* em *tetun*): pálpebras edemaciadas e "boca larga" no recém-nascido			✓								
Folha de papaia; papaia verde: dores abdominais, lombalgias e micções frequentes na mulher; aborto			✓				✓	✓			✓
Papaia: aumento de volume da placenta								✓			
Papaia e coco verde: perda de muito sangue na altura do parto											✓
Leite: grande crescimento do feto , dificultando o parto							✓				
Ovos e carne de tartaruga: a criança não anda, rastejando como a tartaruga							✓				✓
Carne de cavalo e de cabrito: alterações cutâneas no recém-nascido									✓		
Kumbili/Uhi: alterações cutâneas no recém-nascido									✓		

Os tabus ou interdições alimentares apresentam, entre os timorenses, uma grande diversidade. No entanto, alguns dos alimentos proibidos, tais como o ananás, a papaia,

os ovos, o piripiri e as bebidas alcoólicas são comuns a vários grupos etnolinguísticos, e, entre estes, encontram-se alguns referidos na literatura relativa a grupos culturais de outros países. Por exemplo, o ananás (isoladamente ou misturado com outras substâncias) também é considerado abortivo na Indonésia (Beers, 2001) e na Malásia (Laderman, 1983; Ngin, 1995; Wiart, 2000).

Embora seja muito importante a ingestão, pelas mulheres grávidas, de uma grande variedade de alimentos, de forma a assegurar a satisfação das suas necessidades nutricionais, em todos os grupos etnolinguísticos são referidas diversas crenças que estão na origem de interdições alimentares. Num país onde a maior parte das mulheres já não tem, habitualmente, acesso a uma alimentação muito diversificada, muitas delas apresentando anemia e mau estado de nutrição, evitar a ingestão de determinados alimentos pode prejudicar a sua saúde e o bom desenvolvimento fetal. O agravamento, pelos efeitos da gravidez, de situações pré-existentes, tais como a anemia, a malária e a malnutrição, também contribui para a elevada taxa de mortalidade materna existente em Timor-Leste.

É possível identificar aqui a presença de significados a partir de dois tipos de lógica: a sociocultural e o conhecimento científico. Embora cercada por uma racionalidade técnico-científica, sobretudo por meio do contacto com o discurso biomédico na assistência pré-natal, as crenças, os valores, as prescrições e as interdições alimentares têm grande importância para muitas mulheres grávidas timorenses, à semelhança do que se passa noutras culturas. Assim, o conhecimento científico, traduzido na prescrição dietética, e as práticas culturais, podem estar em oposição, o que coloca a mulher diante de duas lógicas distintas. Os preceitos científicos tornam-se impotentes diante de algumas interdições e prescrições, particularmente associadas aos valores culturais e ao simbolismo dos alimentos. Com isso, são suprimidos da dieta alimentos considerados perigosos para a saúde da mãe e da criança, também favorecendo a exclusão de alimentos o emprego do princípio da analogia (Baião e Deslandes, 2006).

2.5. Protecção dos Espíritos Malignos

> A velha Bissoi, mãe de Maloi, tendo conhecimento da condição da nora, preparou os materiais para proteger a criança. Contra os espíritos malignos, deu-lhe imediatamente um pente grande, feito de chifre de búfalo, e mandou-a colocar sobre a cabeça. Entregou-lhe uma tesoura, para ela trazer sempre consigo para onde se deslocasse. Estritamente a proibiu de sair de casa sem levar consigo o tal pente na cabeça e a tesoura na mão. O pente e a tesoura tinham o poder de evitar influência de coisas maléficas e, se houvesse algum milhafre a sobrevoar a aldeia, ela tinha que procurar todos os meios para se afastar ou meter-se dentro de casa, evitando influências maléficas do milhafre sobre a criança que trazia no ventre. (Sousa, 2007, p. 41)

Em Timor-Leste é frequente as mulheres grávidas transportarem, quando saem para o exterior da casa (sobretudo à noite), um objecto aguçado, para protegerem o bebé dos espíritos malignos. Antigamente colocavam no cabelo um pente feito de chifre de boi ou um espinho de palmeira. Actualmente podem usar um pente ou um prego no cabelo, ou transportar uma faca, um canivete ou uma tesoura, e por vezes também um terço ou outros objectos. Com excepção dos *makalero*, esta prática foi referida em todos os restantes grupos etnolinguísticos:

> Usei tesoura e prego no cabelo para afastar os maus espíritos, *buan*. Não pode sair à noite; quando sair usa tesoura. De dia não precisa (Mulher de 22 anos, 3 filhos, suco Motael, Díli).

> Quando a mulher sai de casa para a horta pendura no cabelo um prego (...) para defender o bebé que está lá dentro. Ou senão, fósforo ou um prego ou um canivete ou uma lâmina, para ver se aquela *pontiana*, os diabos, não podem atravessar a gravidez, o parto, para não fazer mal ao bebé. À noite a mulher grávida pode sair mas tem que acompanhar com aquele prego ou um fósforo assim na mão (Parteira tradicional *tetun*, suco Beiseuk, Tilomar [Intérprete]).

> Usava pregos e pentes (...) para não acontecer as coisas más com o bebé. Os maus espíritos afastam da criança, assim, para não tocar o bebé. Os maus espíritos às vezes costumam sair de noite, podem atacar a criança (Mulher *galolen* de 50 anos, 6 filhos, suco Aiteas, Manatuto [Intérprete]).

> É um prego [Fotografia 48]. Se não encontrarmos o prego temos que usar pente. [Todas costumam fazer isso] para não poder encontrar o demónio, *pontiana*; com a língua *baikenu* é *kursate* (Mulheres *baikenu*, suco Nipane, Pante Macassar [Intérprete]).

Fotografia 48. Mulher *Baikenu* Grávida, com Prego no Cabelo (Nipane, Pante Macassar, 2006)



Quando uma pessoa está grávida não pode andar quando o sol já é muito quente porque assim ela encontra o diabo. Altas horas da noite também não pode sair. Quando sai de casa usa um pente ou um prego no cabelo, ou levar uma faquinha na mão. Elas têm medo de maus espíritos, acreditam muito nas bruxas, *buan*, *diabu*. Se ela sair encontra-se com a pessoa, quando volta, chega em casa a criança pode morrer ou pode ter abortos (Mulheres *bunak*, suco Debos, Suai [Intérprete]).

Fotografia 49. Mulher *Bunak* Grávida, com Tesoura (Maliana, 2005)



Fotografia 50. Mulher *Bunak* Grávida, com Prego no Cabelo (Maliana, 2005)



À noite, quando saem, algumas levam prego, outras tesoura, de vez em quando faca. Quando andam longe sempre levam, para proteger do *buat aat*, *diabu* e *rai na'in*[30] (Casal *kemak* na faixa etária dos 40-50 anos, 11 filhos, suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete]).

Quando a mulher está em estado de gravidez e sai de casa para um local mais afastado, ela tem que levar uma faca na mão, ou um prego. Isto é para salvar as tentações espirituais. Há uns que sabem mais alguns medicamentos para defender a si próprio. Naquele tempo *ai kulit* [casca de plantas] é que eles costumavam usar, mas faca e prego, isto é verdade, ainda hoje usam (Informador *tokodede*, Maubara).

Quando estão grávidas, quando saem para fora, este é um costume. Usam mais prego, tesoura, também alfinete. (...) Aqui diz-se que *pontiana*, diabo, Satanás, pode tentar, pode estragar o bebé. Às vezes, quando nasce não tem dedos. Só meia-noite e assim é que pode encontrar (Mulheres *mambae*, suco Acumau, Remexio [Intérprete]).

Quando sai de casa à noite usa prego, pente, tesoura, terço, fósforo, é contra diabo, (...) uma *pontiana*. (...) História, *lenda mak ne'e, kuandu la usa buat sira ne'e, pontiana bele atrai labarik, (...), labarik moris la koalia*. Na altura do parto morreu. A alma dela (...) mau espírito forma *pontiana*. Pode fazer mal, pode atrair a mulher grávida, quando chegou o tempo do parto o bebé não fica normal, pode morrer ou nascer com defeito (Casal *uaima'a*, suco Caibada, Baucau).

Se andar de noite, pentes e pregos (...) para protecção dos espíritos malignos. Isto vem da origem. (...) Nós agora qualquer pente pode usar, mas os antigos usam pente de chifre do boi. Eu acho que terço mais forte. Antigamente os nossos avós, antes de serem católicos não punham terço, não tinha; usa só pente e aquelas palmeiras, (...) tiram aqueles espinhos e depois põem no cabelo. (...) A tesoura é que mais moderno, moderno indonésio (Auxilliar de parteira, maternidade de Riamare, Baucau).

As mulheres grávidas, quando querem deslocar para outro sítio põem prego ou qualquer coisa cortante dentro do cabelo para evitar que, por exemplo, há uns espíritos maus que querem estragar o bebé (...). Quando saem de casa, quase toda a gente faz isso. Em *fataluku* chamam de *muacu pepenu*. Em português, espíritos vagabundos que andam por aí. O povo é que sabe. Muita gente, mesmo os que andam na escola também ainda acreditam. Há certos estudantes que também já não acreditam, mas uns, não é todos (Informadora *fataluku*, suco Lore II, Lospalos).

Com o mesmo objectivo de protecção dos espíritos malignos, há mulheres *galolen* que

30 *Rai na'in* é um ente imaginário a que se atribui poder sobrenatural (Costa, 2000).

transportam a casca de *aidila tukan* (*Aegles marmelos*), e mulheres *tokodede* que usam a planta *kaikehi*. Algumas *makalero* e *fataluku*, ao saírem de casa, levam consigo ou passam por todo o corpo diferentes tipos de plantas:

> Durante a gravidez, ao sair de casa deve levar consigo *ete lari* [parte da planta], chamada *uanu-uanu*, para se defender dos maus espíritos, para que eles não possam matar o bebé (Mulher *fataluku* de 30 anos, 5 filhos, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

> Quando as mulheres grávidas saem de casa usam folhas especiais para limpar o seu corpo, para que o diabo, os maus espíritos não possam fazer mal ao bebé. Todas as mulheres fazem isso. O nome dessa planta é *cipileku asa* [Fotografia 51]. Passam em todo o corpo. É um espírito do tipo *acaru*, que é uma espécie de canibal, que come pessoas como bebés (Parteira tradicional *fataluku*, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

Fotografia 51. *Cipileku* (Parlamento, Lautém, 2006)



Há ainda mulheres *fataluku* que recorrem ao *mamunu* para afastar os espíritos malignos que possam causar danos ao bebé:

> É sempre aquela que sabe que faz isso ou então a mãe que sabe *mamunu* é que faz isso, ou senão, cuspindo o cal que masca e fazendo uma marca debaixo das mamas. Fazem uma de um lado, outra do outro e outra na barriga. É sinal para os espíritos maus não fazer mal ao bebé. É quando sai, quando desloca da casa para outro lado (Mulheres *fataluku*, Tutuala [Intérprete]).

Também com a finalidade de evitar problemas durante a gravidez causados por espíritos

malignos, entre os *tetun* de Fatumean realizava-se o ritual *sa'u fulan matan*[31], consistindo na matança de um leitão, cuja carne era cozinhada com arroz, colocada num cesto e deitada em redor da casa para "alimentar" o diabo ou *pontiana*; de seguida era consumida em conjunto pelos familiares:

> Antigamente em Fatumean fazem *sa'u fulan matan* (...) mais ou menos oito meses da gravidez. (...). Matam um porco (...). O arroz misturado com pedaços da carne de porco, põem num cesto redondo de palmeira, *tanasak,* e (...) um senhor velhote, *katuas*, o avô do bebé, da parte do pai (...) vai deitando à volta da casa dizendo que 'Este é o diabo. O diabo come esta carne. Não pode fazer mal para este bebé na barriga'. Dizem que essa comida é alimentação dos diabos, (...) uma mulher como *pontiana*, para ver se não pode atravessar o bebé que está dentro da barriga da mulher. O uso e costume é assim. Depois de dar comida aos diabos, os familiares comem juntos (Informadores *tetun*, residentes em Suai Vila).

Uma parteira natural e residente em Díli, conhecedora e praticante de medicina tradicional, além da utilização de objectos já mencionados revela outra forma de proteger a mulher grávida e o seu filho dos espíritos malignos (dos quais faz uma descrição), que consiste na ingestão do chá feito com a raiz de uma planta:

> Uma forma [de proteger] é tesouras, terços, pregos... Dentro da casa sempre põe o prego no cabelo. Se saem para fora há pessoas que (...) põem dentro de uma carteira e levam tudo, o terço, o prego e a tesoura. Aqui em Díli há muita gente que usa isso. (...) Para ela as mulheres não levam tesouras, não levam nada disso, mas tomam um remédio tradicional que se chama *ai abut*, raiz. Quando a mulher está grávida toma esse remédio e depois pode andar livre, porque esse remédio já a pode proteger até ao parto. Esmaga na água e depois faz-se como o chá. É só tomar uma só vez, no início da gravidez até ao parto. Se não proteger com esse remédio, esses *rai nai'n* e *pontianas* que existem podem estragar o bebé. Ela disse que também há *rai na'in tasi*. Se por exemplo acontecer problemas sobre isso, eles já sabem que se não protegerem podem acontecer abortos; então eles desconfiam logo que isso é efeito de *rai na'in*, é efeito de *pontiana*. Se o bebé nascer com o corpo todo azulado (tem variedades de cores: azul, vermelho ou preto), então isso não discutem mas acreditam que isso é do *rai na'in tasi*. Se o bebé nascer e morrer com essa cor de azul-escuro (*biru belau*), sabem que isso é do *rai na'in* do mar, *tasi*. Só dizem que é *rai na'in tasi ou rai maran,* que é da terra. (...) A *pontiana* vem em vários tipos; pode aparecer de ave, de tronco ou de outra coisa, mas quando vem à terra é uma mulher vestida de branco, mas nas costas dela tem um buraco cheio de plantas. Ela não gosta das mulheres, só gosta mais dos homens. Quando

31 *Sa'u fulan matan* significa "lua em quarto crescente" (tradução literal da nossa autoria).

> encontra com uma mulher grávida ela já pensa logo em matar essa mulher. Se essa mulher grávida não levar qualquer coisa a proteger-se a si própria ela pode matar essa pessoa, a mãe ou o bebé (Parteira, Díli [Intérprete]).

O termo *pontiana*, que Costa (2000) traduz como "ave nocturna e agourenta" (p. 279), é frequentemente utilizado pelos timorenses quando se referem a estes espíritos malignos, que associam a uma espécie de lenda. Encontramos aqui uma analogia com a designação *pontianak*, utilizada pelos *laujé* da região central de Sulawesi e conhecida na Indonésia em geral, referente ao espírito de uma mulher que morreu ao dar à luz (Nourse, 1999).

Na Malásia, *pontianak* é uma criatura semelhante a um vampiro que foi anteriormente uma simples mulher. Ela toma uma forma demoníaca após ter morrido ao dar à luz (Laderman, 1983). De acordo com alguns relatos (McHugh, 1959, cit. por Laderman, 1983) ela é estranhamente deformada. Não apenas o seu próprio comportamento se reverteu, passando do sustento de bebés à sua destruição, mas também o seu corpo sofreu uma reversão. Os seus seios deixaram a sua posição normal e estão agora localizados nas suas costas; por baixo deles encontra-se uma cavidade através da qual ela suga o sangue dos recém-nascidos. De acordo com outros (Skeat 1972, cit. por Laderman, 1983), ela é uma bela e sedutora mulher que pode facilmente levar um homem confiante a casar com ela. A sua face é linda, mas o seu longo cabelo preto oculta o terrível buraco. Um homem esperto pode transformar uma *pontianak* numa mulher humana se colocar um prego ou outro longo e pontiagudo pedaço de ferro ou aço no buraco. Após a sua inserção, o espaço fecha-se, não deixando marcas que revelem a natureza da *pontianak*. Este demónio do nascimento foi uma mulher que reverteu, ou não cumpriu, o seu papel normal. A *langsuir* ou *pontianak* foi mal sucedida em completar a sua tarefa feminina de dar à luz, tornando-se uma mulher vazia, cujo buraco é perigoso e ameaçador. Apenas pode ser controlada pela introdução de um objecto fálico na sua cova, voltando à humanidade pelo poder deste acto sexual simbólico. Em Merchang, na Malásia, o ferro e o aço são usados para a defesa contra influências sobrenaturais adversas durante a gravidez e o nascimento (Laderman, 1983).

O metal é um material também utilizado noutros países durante a gravidez, como é o caso da Guatemala e do Togo, devido às suas qualidades "protectoras" (Bartoli, 1998).

Apresenta-se, no Quadro 21, uma síntese de algumas crenças e práticas tradicionais para protecção de espíritos malignos durante a gravidez, nos diversos grupos etnolinguísticos.

Quadro 21. Crenças e Práticas Tradicionais para Protecção de Espíritos Malignos

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Ritual *sau fulan matan* ("lua em quarto crescente"), no final da gravidez									✓		
Transporte de objecto aguçado (faca, tesoura, prego, pente), terço e/ou outros objectos	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Ingestão ou transporte de medicamentos tradicionais/plantas			✓	✓		✓				✓	
Mamunu			✓								

2.6. Outras Crenças, Atitudes e Práticas

Há mulheres que deixam de usar colares quando estão grávidas por recearem que o bebé nasça com o cordão umbilical enrolado em redor do pescoço. Pelo mesmo motivo, algumas também não usam brincos e, menos frequentemente, anéis:

> Não podem usar colares no pescoço, senão o cordão do bebé enrola-se no pescoço. Não podem também usar brincos, só depois do parto (...) senão acontece qualquer coisa na hora do parto (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete]).

> Há mulheres quando estão grávidas não usam, por exemplo, pérola ou corrente no pescoço, porque quando bebé nascer o cordão umbilical enrola no pescoço. São usos e costumes já antigos (Informadora *fataluku*, Ililapa, suco Lore II, Lospalos).

> Quando estão grávidas não podem pôr corrente, o bebé pode nascer com o cordão enrolado ao pescoço (Parteiro tradicional *tetun*, suco Suai Loro, Suai [Intérprete]).
>
> Não podem usar corrente nem anel nem pulseira; se usarem o bebé pode nascer com o cordão à volta do pescoço (Casal *kemak* na faixa etária dos 40-50 anos, 11 filhos, suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete]).
>
> Elas não querem usar colares porque têm medo que o cordão vá para o pescoço do bebé. A gente quando não acredita nisto não toca, mas se voltar a acreditar pode tocar, pode surgir (Mulher *mambae* de 42 anos, 4 filhos, suco Comoro, Díli [Intérprete]).
>
> A corrente é que não pode usar, senão no dia do parto o cordão umbilical pode enrolar à volta do pescoço (Parteiro tradicional *uaima'a*, suco Caicua, Vemasse [Intérprete]).

Pelo mesmo motivo, os *bunak* e os *mambae* referem a proibição da mãe ou do pai usarem mala à tiracolo:

> Também quando está grávida não pode usar mala à tiracolo. A mãe e a tia acreditam (Mulheres *mambae*, suco Acumau, Remexio [Intérprete]).
>
> Aqui, quando as mulheres estão grávidas, os maridos quando vão sair não podem pôr a pasta assim [à tiracolo], senão o umbigo fica amarrado à criança dentro da barriga da mãe, à volta do pescoço quando nascer, depois pode morrer (Parteira tradicional *bunak*, suco Debos, Suai [Intérprete]).

Na maior parte dos grupos etnolinguísticos foi referido ser costume não cortar o cabelo durante a gravidez, embora muitas mulheres já não sigam esta prática. Algumas não cortam o cabelo por ser tradição, desconhecendo a crença subjacente; outras por recearem que esse acto cause o corte do cordão umbilical ou aborto, parto prematuro, hemorragia ou mesmo a morte da mulher:

> A irmã mais velha ensinou ela para (…) não cortar o cabelo. Ela queria cortar o cabelo mas a irmã ficou zangada com ela, porque senão a placenta pode rebentar. Cortar o cabelo é cortar o cordão da placenta (Mulher de 21 anos, 2 filhos, natural e residente em Comoro, Díli).
>
> Durante a gravidez não podem cortar o cabelo; se cortarem pode provocar aborto ou fazer

prematuro (Antiga parteira do centro de saúde de Gleno, Ermera).

É proibido cortar o cabelo com medo de provocar aborto (Parteira tradicional *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos [Intérprete]).

Não pode, *la bele* cortar o cabelo, *tesi fuuk*, no parto pode fazer hemorragia (Casal *uaima'a*, suco Caibada, Baucau).

Durante a gravidez as mulheres não podem cortar o cabelo, senão a gente morre. Depois do parto podem cortar o cabelo (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete]).

Também é referido que, para evitar a ocorrência de complicações no parto, nessa altura a mulher deve soltar o cabelo, tirar os colares caso os tenha usado até aí, e as portas devem ser abertas:

Na altura do parto soltam o cabelo, *sa'e asa*, para não fazer complicação (Parteira tradicional *makalero*, suco Tirilolo, Iliomar [Intérprete]).

Quando está grávida não pode cortar o cabelo, e no momento do parto se o cabelo for grande, muito comprido, tem de deixar solto, senão o cordão pode enrolar no pescoço e coisas assim; pode haver dificuldades no parto. (...) E na hora do parto as portas dos armários têm sempre de ser abertas. Mesmo que elas vão para o hospital eles já sabem, os irmãos que estão em casa têm de abrir as portas (Mulheres *bunak*, suco Debos, Suai Vila [Intérprete]).

Na hora do parto tem que tirar a corrente, tem que tirar também brincos, e a porta tem que estar aberta. *Kabaia* também não pode, só põe uma *lipa*. Tem que soltar o cabelo para o parto correr bem, sem dificuldades (Parteira tradicional *tetun*, suco Ogues, Maucatar [Intérprete]).

Durante a gravidez podemos usar colar no pescoço, mas quando se aproxima o parto deve abrir-se, tirar-se, para não dificultar ou atrasar o parto, para que o parto seja rápido (Mulher *fataluku* de 30 anos, 5 filhos, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

É ainda feita referência a outro tipo de crenças. Alguns timorenses *bunak*, *fataluku*, *kemak* e *makasae* consideram ser prejudicial para o parto, ou para a saúde do bebé, manter relações sexuais durante a gravidez. Há quem associe o *vernix caseoso* que reveste o recém-nascido com o esperma:

> Na base, existe a ideia de que a partir dos sete meses a mulher não pode ter relações com o marido (Mulheres *bunak* e *kemak*, Maliana [Intérprete]).
>
> Os velhos dantes sempre dão recomendações, a uma jovem que está grávida eles dizem 'Quando já têm tantos meses não podem ficar junto do marido, mas quando têm relações sexuais vocês podem ter mais sangue que fica ao lado da criança, e depois vai ter um parto difícil'. Então as raparigas começam com medo disso, e não se aproximam do marido. E às vezes os maridos que precisam das mulheres, eles ficam nervosos, ficam afastados da mulher e fazem outra vida. Antigamente parece que esta coisa há. Mas agora neste tempo, como percebem disto, já não fazem isso (Chefe do suco Gariuai, Baucau) [Intérprete].
>
> Não podem ter relações sexuais durante a gravidez. É o nosso costume. Também pode afectar a saúde do bebé (Mulher *fataluku* de 30 anos, 5 filhos, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).
>
> Há umas que dormem com o homem e há outras que não, mas elas também dizem que não se sabe. Mas nota-se que certos bebés, quando nascem, a gente vê todo o corpo esbranquiçado, branco... Talvez sempre houve relações e por isso a gente nota que depois o corpo do bebé cheio de uma coisa branca, de brancura. A meu ver, pode ser isso, mas não se sabe (Informadora *fataluku*, suco Lore II, Lospalos).

Laderman (1982) descreve uma crença idêntica na Malásia, sendo uma espessa camada de *vernix caseoso* revestindo o corpo do recém-nascido considerada uma acumulação de sémen, e um sinal de que o casal mantivera relações sexuais no final da gravidez, o que é considerado perigoso.

Ao analisar o Quadro 22, em que é apresentada uma síntese das crenças e práticas tradicionais associadas à gravidez, pode verificar-se a sua grande diversidade. Se algumas são comuns à maior parte dos grupos etnolinguísticos, tais como transportar objectos aguçados para protecção contra os espíritos malignos, não usar colares e não cortar o cabelo para prevenir complicações, outras são referidas com menos frequência e apenas em alguns grupos. Muitas destas proibições por costume reflectem crenças em magia imitativa, podendo sua negligência estar ligada a uma explicação pós-facto da razão pela qual ocorreu um acontecimento desagradável ou anormal.

Quadro 22. Crenças e Práticas Tradicionais na Gravidez

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Ritual executado na casa tradicional (*uma hadat*) para apresentação da gravidez e pedido de protecção aos antepassados		✓	✓								
Rituais "adivinhatórios" ou "preditivos" da saúde e do sexo do bebé			✓								
Ritual *sau fulan matan* ("lua em quarto crescente"), no final da gravidez, para evitar complicações no parto									✓		
Transporte de objecto aguçado (faca, tesoura, prego, pente), terço e/ou outros objectos, para proteger o bebé dos espíritos malignos (*buat aat*)/ diabo/demónio/*pontiana*)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Ingestão ou transporte de medicamentos tradicionais/plantas para protecção dos espíritos malignos			✓	✓		✓				✓	
Mamunu para proteger o bebé dos espíritos malignos			✓								
Não usar colares para evitar que o bebé nasça com o cordão umbilical em redor do pescoço	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓
Não usar brincos para evitar que o bebé nasça com o cordão umbilical em redor do pescoço ou outros problemas	✓								✓		✓
Não usar pulseiras e anéis para evitar que o bebé nasça com o cordão umbilical em redor do pescoço, barriga ou mãos		✓			✓						
Não cortar o cabelo por ser costume, poder causar aborto ou parto prematuro, corte do cordão umbilica, danos no bebé, lábio leporino, complicações no parto, hemorragia ou morte da mãe	✓	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓
Não usar mala à tiracolo (pai ou mãe) para evitar que o bebé nasça com o cordão umbilical em redor do pescoço		✓						✓			
Não ter relações sexuais nos últimos meses de gravidez por recear complicações no parto, prejudicar o bebé, recém-nascido coberto de *vernix caseoso* (associação com o esperma)		✓	✓		✓		✓		✓		
Ao tomar banho na ribeira, esfregar areia na barriga para o bebé não nascer "sujo" (c/ *vernix caseoso*)		✓									

2.7. Assistência Pré-Natal

O objectivo da vigilância pré-natal é prevenir problemas de saúde que possam interferir com a saúde da mãe e da criança. Permitem preparar a mãe para o parto e a maternidade e diminuir a morbimortalidade da criança e da mãe. A gravidez é o momento do ciclo de vida onde o maior número de intervenções preventivas se mostraram eficazes, a maioria das quais consiste em identificar um risco e aplicar o nível de vigilância apropriado.

Em Timor-Leste, o acompanhamento da gravidez nos serviços de saúde é preferencialmente feito por parteiras, nos locais onde estas se encontram disponíveis, mas também por enfermeiros e outros profissionais de saúde. Actualmente as parteiras não são suficientes para as necessidades da população, sendo inexistentes em muitos postos de saúde:

> Antes, nos postos havia enfermeiros e parteiras; por isso é que a Indonésia deu oportunidade para os timorenses continuarem os seus estudos na enfermagem. Os enfermeiros, até à data, são dois mil formados em Timor. No tempo da Indonésia muitos viviam mesmo nas montanhas, longe da cidade, da vila, só para fazerem assistência médica ao povo; mas agora, por falta de orçamento, são muito poucos. Os que vivem na montanha continuam a ser abandonados (Parteira-chefe, clínica bairro Pité, Díli).

> Existem muitas parteiras do tempo indonésio, só que devido à limitação do funcionalismo público é que nós não podemos recrutar mais. Há um número limite (Assessora para a Promoção da Igualdade, Díli).

Em Timor-Leste, pretende-se que cada mulher seja atendida, nos serviços pré-natais, pelo menos quatro vezes durante a gravidez, por um assistente capacitado (excluindo parteiras tradicionais formadas ou com cursos de reciclagem) (Ministério da Saúde de Timor-Leste; UNFPA; WHO, 2004). Das mulheres que deram à luz entre 2005 e 2007, 80,4% receberam cuidados pré-natais, na sua maioria prestados por enfermeiros ou parteiras (62,4%), tendo 39,7% recorrido a parteiras tradicionais, 20,4% a parteiras auxiliares e 16,4% a médicos (DNE, World Bank e UNICEF, 2008).

Na consulta pré-natal, a mulher é submetida a avaliação da tensão arterial, do peso, coloração da pele e edemas. São-lhe fornecidos suplementos de vitaminas e ferro. A partir do 7º ou 8º mês é avaliada a posição do bebé, a frequência cardíaca fetal e a altura do fundo do útero. A cada grávida é fornecido um boletim de saúde da mulher e da criança adaptado a Timor-Leste - *Dados saúde Inan ho Oan*, onde são feitos alguns registos. Não são habitualmente efectuados testes sistemáticos ao sangue, à urina e ao exsudado vaginal. Os centros de saúde não possuem ecógrafo, que só está disponível no hospital, e para aí são encaminhadas as mulheres quando há necessidade.

A vacinação anti-tetânica durante a gravidez é uma forma de prevenção da incidência do tétano neonatal, uma importante causa de morte nos recém-nascidos originada principalmente por más condições de higiene durante o parto. Segundo o protocolo estabelecido para Timor-Leste, as mulheres devem receber três doses da vacina respectivamente aos três, seis e nove meses de gravidez. Tenta-se que cada mulher grávida faça, pelo menos, duas doses antes do parto. Em 2008 a cobertura para todo o país foi de 38,7% para a primeira dose de vacina (TT1), 31,9% para a segunda (TT2) e 58,3% para três ou mais doses (TT2+) (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2008a).

Embora se verifique uma melhoria no que respeita à taxa de mortalidade materna, que era de 660/100 000 nados-vivos em 2004, tendo baixado para 557/100 000 em 2009-10, (DNE e ICF Macro 2010), ainda está longe da meta estabelecida nos ODM para 2015, que é de 252/100 000 (Governo da RDTL e UNDP, 2009). A mortalidade materna resulta sobretudo de complicações obstétricas, nomeadamente o parto prolongado e a hemorragia, e também ao agravamento, pelos efeitos da gravidez, de situações pré-existentes, tais como a anemia, a malária e a malnutrição.

> [Morrem muitas mães devido a problemas relacionados com a gravidez] e o parto. Muitas não fazem [vigilância durante a gravidez], mesmo aqui em Díli. E então se já estão nos últimos meses sempre vêm aqui e querem ser submetidas a ultrassonográfico para ver como é que está o bebé. (...) Os médicos não fazem por rotina a todas as mulheres grávidas, só àquelas que têm alguns sintomas relacionados (Director do Hospital Nacional Guido Valadares, Díli).

De acordo com estudos efectuados nos distritos de Aileu e Manatuto (HAI, 2004, 2005 2007), as mulheres compreendem em geral a importância dos cuidados pré-natais e os solicitam quando são razoavelmente acessíveis. Há mulheres que já recorrem à consulta pré-natal no primeiro mês de amenorreia, particularmente as que vivem nas capitais de distrito, que são geralmente as mais informadas. Estão a comparecer mais mulheres, nomeadamente primíparas, e quando têm sintomas de doença. Há uma impressão geral de que a frequência da consulta pré-natal aumentou significativamente desde a campanha nacional de "maternidade segura" realizada recentemente, e outras actividades de promoção da saúde. A falta de comparência deve-se, em parte, a dificuldades de acesso aos estabelecimentos de saúde relacionadas com factores de ordem geográfica ou económica, mas há outros aspectos a considerar. Por vezes elas não são autorizadas pelos seus familiares por terem de colaborar na agricultura ou nas tarefas caseiras, ou por ninguém se encontrar disponível para cuidar dos filhos durante a sua ausência. Algumas mulheres sentem-se confiantes sem a consulta pré-natal, particularmente as que não tiveram qualquer problema durante gravidezes e partos anteriores. Outras têm vergonha de expor o seu corpo perante estranhos. Há ainda as que não vão à consulta por acreditarem nos efeitos protectores dos remédios tradicionais.

É frequente as mulheres chegarem tarde à consulta pré-natal, podendo apresentar-se apenas no início do segundo trimestre, após o bebé começar a movimentar-se, quando elas "começam a mostrar", ou apenas no termo para a posição do feto ser verificada. Há mulheres que afirmam não reconhecerem que estão grávidas até estes estadios ou terem vergonha de ir mais cedo; algumas nunca vêm à consulta pré-natal, apresentando-se apenas quando estão em trabalho de parto; outras apenas comparecem se e quando têm um problema, como por exemplo sangramento, ou ausência de movimentos do bebé. No entanto, um número significativo de mulheres não faz consulta no centro de saúde, algumas consultam a parteira tradicional, outras ninguém (HAI, 2004).

De acordo com os resultados do presente estudo, a situação descrita é comum aos vários distritos e a diferentes grupos etnolinguísticos. Embora, nos últimos anos, o número de

mulheres que frequentam as consultas pré-natais tenha aumentado, mesmo para as mulheres cujos partos não se realizam nos serviços de saúde, muitas vezes as primeiras consultas só têm lugar no segundo trimestre de gravidez. As mulheres que recorrem mais a estas consultas são sobretudo as mais informadas, as que residem nos centros urbanos e as que têm à sua disposição estabelecimentos de saúde facilmente acessíveis:

> Para mim, por exemplo, de cem grávidas, oitenta por cento vão para o hospital, vinte por cento ainda confiam nos conselhos... nos remédios tradicionais, as que ficam longe do hospital (Informador *bunak*, suco Fatuleto, Zumalai).

> Aqui por exemplo temos uma campanha assim forte, estamos pedindo às pessoas para virem logo à consulta, ao centro de saúde quando ficam grávidas. Um problema que aqui ainda tem é que (...) vêm à consulta em geral cinco meses para cima. Podia ser mais cedo, primeiro mês, segundo mês pelo menos podiam já ter essa consulta, devia ser quatro vezes pelo menos. Elas vêm já no segundo, terceiro trimestre. Então mostra que as pessoas ainda não compreendem bem, precisam mais informação para virem mais cedo (Director de Saúde e coordenadora de SMI do distrito de Manatuto).

> A maioria das mulheres grávidas já compreendem a importância de ir à consulta, para elas próprias e para ver os bebés, mas infelizmente nos distritos talvez as pessoas precisem de mais educação, mais conselhos, para que estejam mais conscientes para poderem vir fazer consultas durante a sua gravidez. Mas é que muitas não dão importância para a vigilância de saúde (Parteira da CCT, Díli).

> Em Díli e talvez nos centros onde há hospital, onde as pessoas têm mais informação e mais acesso em termos de distância, as mulheres já vão recorrendo bastante às consultas, fazendo a vigilância da gravidez, e algumas até terem os partos no hospital. Pessoas que moram mais distantes já não vão às consultas nos centros de saúde. (...) Umas vezes, o facto da distância dos centros de saúde com a população. Outras vezes também é o horário das consultas, porque as mulheres a nível rural trabalham quase a parte da manhã toda. Além de cuidarem dos filhos também vão às hortas. Portanto, se o horário dos postos é só da parte da tarde, então é outra questão. Aí está a questão do género. Portanto, as mulheres não vão ter que usar os serviços da saúde a nível rural. No pacote da saúde básica, que é praticamente a saúde materno-infantil do Ministério da Saúde, temos feito essas recomendações para que, pelo menos, a nível rural adequassem o contexto rural à cultura e, se for possível, que fiquem vinte e quatro horas, usarem a parte da manhã e a tarde. Para além disso [é necessário] mais pessoal, tanto assim que estão a ser formados muitos médicos para responder a esta questão. Agora também há o apoio dos médicos cubanos. (...) Agora têm feito muitas campanhas a nível dos sucos, aqui mesmo de Díli, sobre essa questão da vigilância da

gravidez e ao mesmo tempo de se submeterem aos serviços de saúde. Foram feitas essas campanhas, a nível da televisão e no terreno, de sensibilização sobre a questão da saúde materna e da elevada taxa de mortalidade (Assessora para a Promoção da Igualdade, Díli).

Quando precisam de fazer consultas vão a Oecusse [cidade]. Não há transporte todos os dias; só nos dias do mercado, terça e sábado, custa 50 cêntimos. Se houver uma urgência podem chamar a ambulância, mas no tempo da chuva não podem ir a Oecusse porque a ribeira está cheia e a ambulância não pode passar. Para ir a Baqui também há uma ribeira. Não podem ir até ao posto de saúde de Maquelab porque é muito longe. Alguns têm motorizada. Há aqui duas camionetas, mas eles têm que fazer os trabalhos deles. Na altura da gravidez sempre elas vão daqui de manhã; quando chegam lá já é meio-dia ou 13 horas e o centro de saúde já está fechado, e elas voltam. Se tiver transporte elas podem chegar lá mais cedo. Quando é preciso uma, duas ou cinco pessoas tem de se pagar uma *mikrolet*, um carro, que custa 15 dólares para ir até Oecusse (Chefe do suco Lifau, Pante Macassar).

As parteiras dão conselho para se não vier a menstruação virem já à consulta, mas aqui habituam que estão grávidas com quatro, cinco meses é que vêm para a consulta. Acontece muito. (...) Durante esse tempo vêm as que ficam perto, ao redor deste posto; mas as que ficam ali em cima nas montanhas, Aidabsulala, Rairobo, Aidabaleten, essas não vêm à consulta. (...) Lá em cima, posto antigo, mais ou menos mais de duas horas de viagem. Não têm transporte (Enfermeiros e parteira do centro de saúde de Atabae).

As senhoras grávidas estão sempre aqui na consulta uma vez num mês; não todas mas a maioria. Eu acho que agora elas compreendem bem, e cada vez aumenta o número de consultas. Anteriormente, depois de 1999, algumas não compareciam aqui, mas agora sempre todas vêm à consulta quando estão grávidas. (...) O número de visitas demonstra que as senhoras grávidas de Iliomar compreendem o que é a saúde materna. Aqui só existe uma grande diferença, que é a distância. Há muitas senhoras que vêm à consulta, primeira, segunda e terceira visita, mas para a quarta visita diminui. Na terceira visita algumas vezes está no tempo do parto, por isso é que na quarta visita o número é menor. A primeira consulta algumas vezes já com idade de gravidez de vinte ou mais semanas, já é tarde, devido à distância da casa ao centro de saúde (Coordenador da saúde do sub-distrito e parteira do centro de saúde de Iliomar).

Algumas mulheres do distrito de Lautém, sobretudo as das zonas mais remotas, recebem cuidados pré-natais prestados por profissionais de saúde da clínica móvel que tem sido efectuada pela equipa da ONG portuguesa MdM.

> Quando esteve grávida nunca foi às consultas no centro de saúde ou no hospital. Na última gravidez foi consultada na clínica móvel dos MdM, porque estão mais próximos do que o centro de saúde. Segundo o nosso costume, ficamos em casa. Se tivermos algum problema podemos ir lá ao centro de saúde. (...) No tempo indonésio vinha aqui clínica móvel, mas só quando alguém estava doente; por causa da gravidez não. No tempo indonésio nunca vinham aqui, mas após a independência passaram a vir. Foi vacinada aqui pelos MdM durante a última gravidez, e também lhe deram comprimidos (Mulher *fataluku* de 30 anos, 5 filhos, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

Em Lospalos e Ermera, a oposição dos maridos também surge como factor que influencia a falta de comparência das mulheres à consulta pré-natal:

> No tempo dos indonésios talvez não viessem porque tinham medo das tropas indonésias, e também não tinham suporte da família porque ela não sabia a importância de vir ao hospital fazer tratamentos e partos. Havia pouca informação à comunidade. Agora vêm mais ao hospital. Das que ainda não vêm ao hospital, talvez não tenham dinheiro para o transporte, e talvez não saibam informações sobre a maternidade, e não tenham suporte da família. Aqui o chefe de família é que tem o poder de decisão, e as mulheres não têm nada. Quando têm compreensão às vezes a família dá apoio para vir à consulta do hospital. Quando o marido não quer, ela não vem. O marido não quer porque diz que ela 'precisa de trabalhar, e não de passear, vir ao hospital. A gravidez é algo natural, não precisa de fazer consulta, porque no passado não havia hospital, parteiras, e não tinha problemas para a família. Agora, vai ao hospital fazer o quê?' Mas quando vêm ao hospital com o marido e falam com as parteiras, com paciência, eles mudam (Parteira da Casa das Mães, Lospalos).

> Há muitas que foram ali fazer consultas [durante a gravidez]; muitas que não vão às consultas. Quase que a maior parte que não vai. Depende do seu marido também, se autoriza a ir lá para o hospital fazer as consultas também. O marido é que manda. Um chefe de suco não vai dizer 'agora você tem que ir levar a sua mulher para o hospital', não tem aquela coragem de falar isto à frente do marido. Por isso depende do seu marido; como 25% são analfabetos aqui em Timor, portanto... Há aqueles que levam as senhoras para o hospital porque compreendem mais ou menos, mas há muitos que não levam as mulheres lá para o hospital, é analfabeto. Não entendem, morre, vive, eles não se importam. O que interessa mais é... uma mulher. Usa aquela mulher como sendo....um pau, um nico qualquer (Antigo chefe de suco Estado, Ermera).

2.8. Cuidados Pré-Natais prestados por Parteiras Tradicionais

Em todos os grupos etnolinguísticos há mulheres que consultam a parteira tradicional quando têm algum problema durante a gravidez, para ela verificar se o bebé está em boa posição ou para determinar o seu sexo.

Determinação do sexo do bebé

Há parteiras tradicionais pertencentes aos grupos etnolinguísticos *baikenu*, *tetun/bekais*, *galolen* e *fataluku*, que afirmam conseguir identificar o sexo do bebé que vai nascer consoante a posição em que se encontra no útero materno: é do sexo feminino se estiver no lado esquerdo, do sexo masculino se estiver no lado direito:

> Elas sabem adivinhar, no momento da massagem, no fim da gravidez. Quando é uma menina está na parte esquerda, quando é um rapaz está na parte direita da barriga (Parteiras tradicionais *baikenu*, suco Naimeco, Pante Macassar [Intérprete]).

> Aos cinco ou seis meses, ao pegar na barriga ela já sabe se é menino ou menina, consoante a posição do bebé. Se for menina está com a cabeça para a esquerda e as pernas para a parte direita, deitada de costas, *toba haklenan* (Parteira tradicional *tetun/bekais*, suco Balibo Vila [Intérprete]).

> Isto é um pouco difícil. (...) Quando bebé menina dorme aqui assim, lado esquerdo da barriga; menino, direito. Mas de vez em quando falha, não é cem por cento (Parteiro tradicional *tetun*, natural de Soibada, residente em Manatuto).

> Essa mulher, parece o segredo dela, tem sinal. Antes de nascer ela já sabe, diz que, por exemplo, fica ao lado da direita aparecer menino, se vai aqui as pernas então diz que esta é menina (Mulher *fataluku* de 36 anos, grávida do sétimo filho, suco Fuiloro, Lospalos [Intérprete]).

Uma parteira tradicional *uaima'a* refere poder seleccionar o sexo do bebé consoante a preferência da mãe, antes da gravidez, mediante a "viragem do útero" para a esquerda (sexo feminino) ou para a direita (sexo masculino):

> Quando ainda não está grávida a mulher vem pedir para ter filho; se quer menino, então ela vira o

> ovário para a direita, para uma menina vira para a esquerda, então a criança nasce é menina. Se já estiver grávida já não pode fazer; é antes ou há um aborto. Várias vezes resultou, ela experimentou (Parteira tradicional *uaima'a*, suco Bahú, Baucau [Intérprete]).

A mesma técnica é utilizada por uma parteira tradicional *baikenu*, mas nos primeiros meses de gravidez:

> Uma senhora que tem muitos filhos e não tem meninas, veio pedir para dar um auxílio para poder virar o útero e ter uma menina. Depois aconteceu. Se a senhora que fica grávida quer uma menina tem que virar na parte esquerda; quando quer um menino tem que virar na parte direita. No primeiro ou no segundo mês de gravidez tem que fazer isto, quando três ou quatro já não pode virar (Parteira tradicional *baikenu*, suco Naimeco, Pante Macassar [Intérprete]).

Num estudo etnográfico da autoria de McWilliam (2002), efectuado em Amanuban, uma região de Timor Ocidental habitada por falantes da língua genericamente designada por *uab meto* (semelhante à língua *baikenu* de Oecusse), também é referido o recurso, durante a gravidez, aos serviços da parteira tradicional (*atusit*), considerada experiente na prestação de cuidados maternos. Antes do nascimento, algumas parteiras tradicionais determinam o sexo da criança consoante o lado do útero (*an balen*, "lugar da criança") onde o feto se situa. Se for no lado direito (*ne'u*), é anuncido um rapaz, se for no lado esquerdo (*li*), uma rapariga.

Encontramos nesta crença uma analogia com as teorias de Hipócrates e Galeno, que estabeleciam uma relação entre o lado do útero no qual se desenvolvia a criança e o seu sexo: no lado esquerdo o feminino, no direito o masculino. Galeno afirmava que um feto feminino raramente se encontra na cavidade direita do útero, pois esta é a dos fetos quentes. O sexo masculino era associado ao quente e ao seco, o feminino ao frio e ao húmido. Segundo esta lógica, beneficiando a matriz e o testículo direitos da proximidade do fígado, recebem mais calor e são melhor nutridos do que os do lado oposto, pelo que as partes direitas geram os machos e as partes esquerdas as fêmeas. Até ao séc. XVI, a teoria da oposição direito/esquerdo foi mantida por médicos e outros sábios (Barbaut, 1990; Gonzalès, 1996; McLaren, 1997).

Laderman (1983) também encontra semelhanças entre o pensamento actual malaio e a teoria medieval islâmica e europeia, ao considerarem que o feminino se desenvolve no lado esquerdo do útero e o masculino no direito. Num encantamento recitado por um *bomoh* (curandeiro) para aumentar a segurança da mãe e do filho, é referido que ao sétimo mês o bebé se curva para a direita se for um filho, e para a esquerda se for uma filha. Ao sétimo mês a parteira pode determinar o sexo do bebé verificando se o bebé está localizado principalmente no lado esquerdo ou direito do útero da sua mãe. O lado direito, associado à pureza e racionalidade, é o lado no qual se desenvolve o bebé do sexo masculino; o esquerdo, reservado às tarefas sujas relacionadas com a nossa natureza animal, é o lado feminino.

Encontram-se, na literatura, descrições de outras crenças idênticas a algumas das existentes em Timor-Leste. Barbaut (1990) refere que "os Árabes julgavam poder determinar o sexo, a partir da cor do mamilo: «se tende a ficar avermelhado», diz Rhazès, «será um rapaz; se tende a ficar negro, será uma filha»" (p. 94). Da mesma forma, uma parteira tradicional *baikenu* prevê o sexo do bebé consoante a coloração do mamilo da mãe:

> Ela sabe adivinhar o sexo do bebé antes de nascer. Quando a ponta do mamilo da mulher fica preta é menina, quando fica vermelha é um rapaz (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobometo, Oesilo [Intérprete]).

Outra parteira tradicional *fataluku* determina o sexo do bebé consoante a duração da gravidez, sendo maior se o bebé for do sexo feminino:

> De acordo com a sua experiência, se o bebé é do sexo masculino, ao sétimo mês ou oitavo mês nasce dentro de três semanas. Se a mulher tem oito ou nove meses de gravidez e faltam três semanas, o bebé é do sexo feminino (Parteira tradicional *fataluku*, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

Quanto a esta crença, encontramos uma possível analogia com a teoria de Aristóteles, em que defendia que os fetos fêmeas se formam sempre mais lentamente que os machos (Barbaut, 1990).

Há ainda quem relacione o sexo do bebé com o formato do abdómen da mãe:

> A forma da barriga. Quando a barriga sair em bico é um rapaz; quando fica assim, endireita assim, é uma rapariga (Parteira tradicional *baikenu*, suco Costa, Pante Macassar [Intérprete]).

Massagem abdominal, posicionamento do feto e administração de medicamentos tradicionais

Em todos os grupos etnolinguísticos há mulheres que, quando têm algum problema durante a gravidez e sentem dores, consultam a parteira tradicional. Esta costuma efectuar uma massagem abdominal com óleo de coco (*mina nu'u*), *kamii* ou outras substâncias, e verifica a posição do feto. Caso não seja favorável, pode ser corrigida mediante a realização de manobras externas:

> Durante a gravidez também a chamam quando há algum problema. A senhora leva nozes de *kamii* para pegar na barriga, fazer massagens. Mastiga primeiro o *kamii*, depois faz a massagem onde tem as dores. Quando já chega aos oito meses elas devem chamar a velha para fazer a massagem, é só esperar quando é que vai nascer a criança (Parteira tradicional *bunak*, suco Beco, Suai [Intérprete]).

> Oito meses quando precisava da senhora só para massajar a barriga com kamii, no momento quando sentia dor, e a criança talvez mal colocada. Sentiu bem (Mulher *galolen*, 50 anos, 6 filhos, suco Aiteas, Manatuto [Intérprete]).

> Quando a mãe cai ou quando a criança está partida, se a mãe está a sentir muita dor na barriga, quase a fazer aborto, vem ter com a senhora e ela só com a mão sabe quando a criança está mal posicionada ou está partida. Dois ou três meses ainda é sangue, o sangue está espalhado, ela pode palpar e pôr junto o sangue. Ela vê, ela junta, com as mãos só. Usa *kamii*, mastiga e depois põe dentro de um prato. Antigamente punham dentro de uma casca do coco, *kakun*, mas agora já põe dentro de um pratinho. Só mastiga e cospe dentro do *kakun* e põe um bocado de água, e depois põe na mão e passa na barriga (Parteira tradicional *makasae*, suco Sagadate, Laga [Intérprete]).

> Quando a mulher engravida, depois de três meses, quando fica mal, ela dá com *kamii* [*hai* em *makalero*] e então o bebé fica bem no seu lugar. Parte este *kamii*, tira o miolo, mastiga, mistura

com um bocadinho de água, passa com a mão na barriga e diz qualquer coisa. É um segredo dela (Parteira tradicional *makalero*, suco Caenlio, Iliomar [Intérprete]).

Quando estão grávidas e a criança está em má posição, elas trazem para ele endireitar a criança. Usa óleo de coco, aqui é fácil de encontrar (Parteiro tradicional *uaima'a*, suco Bucoli, Baucau [Intérprete]).

Há parteiras tradicionais que usam raízes e /ou cascas de plantas, piladas ou mastigadas, por vezes misturadas no óleo ou no *kamii*. Algumas acompanham estas massagens com orações especiais:

As parteiras tradicionais costumam agarrar a barriga da mulher para posicionar a criança. Usam medicamentos tradicionais à base de plantas, folhas, que dão à mulher. É segredo da *dukun*. Quando pegam na barriga rezam tradicionalmente. Têm orações próprias, e algumas vezes elas também usam óleo de coco. Neste suco há seis *dukun*; também há um homem. Umas ficam aqui e outras mais longe. As mulheres que procuram a *dukun*, muitas têm vergonha de vir aqui, e há também outras que não querem vir para cá, à parteira, mesmo morando perto. Habituam-se com isto (Chefe do suco Ililai, Lautém).

Aos sete, oito meses fui ter com senhoras, parteiras tradicionais que conhecem medicamentos naturais, que apalpam o ventre e vêem a posição. Dizem que se aos nove meses a criança já está atravessada ela vira-a para a cabeça ficar para baixo. Também usam remédios tradicionais, ervas, para ajudar (Mulher *kemak* de 53 anos, 12 filhos, Maliana).

Fotografia 52. Exemplificação de Massagem Abdominal para Posicionamento do Feto (Memo, Maliana, 2005)



Quando a mulher grávida sente dores na barriga ela vai buscar remédio, mastiga a raiz de uma planta e com a saliva esfrega na barriga e nas costas. A planta chama-se *kibu belis* em *bunak*, em *tetun kakuit lotuk* (Mulheres *bunak*, suco Suai Loro, Suai Vila [Intérprete]).

Quando estão com dores elas vêm fazer uma massagem para o bebé ficar com boa posição. Usa três medicamentos; um é casca de árvore e dois são raízes: casca de *bai buí* [árvore grande], raiz de *timon*[32] e raiz de *okleti* [planta rasteira que dá um tubérculo]. Mastiga-os juntamente com *kamii* e depois faz uma massagem (Parteira tradicional *baikenu*, suco Lifau, Pante Macassar [Intérprete]).

A senhora que está grávida fica nesta posição, sentada, e a parteira tradicional fica atrás [Fotografia 53]. Usa medicamentos tradicionais, duas qualidades, casca de árvore *nun-apan* [gondoeiro] e raiz da planta *ola-clete*. O nome em *tetun* é pepino *moruk,* amargo. Para ir buscar a casca de árvore temos de levar uns centavos, uma moeda. Chegamos lá temos de fazer uma raspagem com a faca no dinheiro, dali começamos a tirar a casca de árvore. Mastiga estes dois medicamentos juntamente com o *kamii*, põe dentro da casca de coco e faz uma massagem na barriga (Parteiras tradicionais *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete]).

Fotografia 53.
Exemplificação de Posicionamento do Feto por Parteira Tradicional (Bobocasse, Pante Macassar, 2006)



Fotografia 54.
Exemplificação de Posicionamento do Feto por Parteira Tradicional (Cunha, Pante Macassar, 2006)



Durante a gravidez, quando uma mulher tem problemas, tem uma dor ou quando o bebé não está

32 *Timon* é melancia em *baikenu*; *pateka* em *tetun*.

em boa posição para nascer, as senhoras que fazem partos sabem pôr em boa posição com as mãos. Quando a criança cabeça está cá em cima, ela tem que procurar meios com jeitinhos para virar outra vez a cabeça para baixo. Quando a cabeça está ao lado, ela também faz igualmente para a cabeça ficar com boa posição. Para passar na barriga, para ajudar, ela masca o *kamii* com a casca da árvore, põe na mão e depois é que pode fazer. Usa a casca de gondoeiro, *nun napan*, ramo de *coc-naba* e ramo de *usac-neno*. As duas fazem da mesma maneira (Parteiras tradicionais *baikenu*, suco Nipane, Pante Macassar [Intérprete]).

Quando a criança não está em boa posição ela também só usa estas duas plantas, a casca de *hau-kase pu'at* [papaia], misturada com *ekam kot-an* [ananás] (Parteira tradicional *baikenu*, suco Costa, Pante Macassar [Intérprete]).

Algumas parteiras tradicionais mascam areca, bétel e cal (*bua malus*) juntamente com as plantas, e com essa mistura massajam o abdómen e posicionam o feto. Também é frequente darem a ingerir à mulher grávida medicamentos tradicionais à base de plantas:

Sabem pôr uma posição para o bebé ficar no lugar. Mascam areca, bétel e cal juntamente com *kamii* e três plantas, *pmeo tuna* [só a ponta], casca de *kumah* e casca de *funfun*. Depois põem o medicamento na mão e fazem a massagem (Parteiras tradicionais *baikenu*, suco Naimeco, Pante Macassar [Intérprete]).

Por vezes quando estão com dores vão para o hospital. Se não curar vêm imediatamente aqui buscar o senhor. Dá medicamento tradicional, casca, *ai kulit*, da árvore *ai dik*[33]. Tira a casca, pila muito bem, depois põe ao lume, quando está muito quente tirar, e depois de estar frio dá a beber a água à senhora e põe também directamente na barriga. Quando têm dores na barriga o senhor masca, *mama*, bétel, areca e cal, e esfrega na barriga. (...) Diz que quando tem dores uns três, quatro, cinco meses, ele põe masca, mas de cinco para a frente ele já sabe que a criança já não dorme bem [não está bem posicionada], então ela começa a beber aquele remédio, aquela casca (Parteiro tradicional *tetun*, suco Suai Loro, Suai [Intérprete]).

Uma parteira tradicional *tokodede* refere prescrever uma decocção de *telimo* e casca de *ai solda* (*Plerospermum acerifolim*), que a mulher ingere uma vez por dia durante duas semanas entre os cinco e os sete meses de gravidez, para o bebé nascer sem problemas. Uma mulher *bunak*, que fez ela própria os partos dos seus seis filhos, refere mastigar a planta *chie giral* (*manu matak* em *tetun*) [Fotografia 55] com *malus* (bétel) desde os

33 *Erythrina* sp. - Árvore da família das leguminosas, com flores encarnadas.

dois meses até ao final da gravidez, para facilitar o parto:

Fotografia 55. *Chie giral*, mostrada por Mulher *Bunak*
(Maliana, 2005)



Em Memo Kraik, uma parteira tradicional faz a aplicação externa de um medicamento tradicional a uma mulher no sexto mês de gestação, com queixas de dores abdominais (Fotografia 56):

Fotografia 56. Mulher *Bunak* submetida a
Tratamento efectuado por Parteira Tradicional
(Memo, Maliana, 2005)



Em Memo Leten, uma parteira tradicional *bunak* descreve a sua prática, mantendo a composição dos medicamentos tradicionais em segredo:

> Durante a gravidez, a partir dos quatro meses e depois aos sete meses, até ao parto, tomam medicamento tradicional, a raiz, *ai abut*, de uma árvore. É proibido dizer o nome, é *lulik*; se disser o nome o dono do medicamento, que é agora um espírito, ficará zangado, e o medicamento não faz efeito. O remédio é para a criança ter boas condições durante a gravidez e para não haver tentações. (...) Quando a criança tem má posição, ela pode virar. Isto é feito a partir de quatro até aos nove meses de gravidez. Usa o mesmo remédio tradicional, *ai abut*, que é mastigado, e o corpo é massajado. A mulher que vai dar à luz tem que mastigar, e a pessoa que ajuda o parto também tem que mastigar.

Observámos o tratamento efectuado por esta parteira tradicional a uma mulher de 23 anos, grávida do quarto filho, cujo parto estava previsto para daí a aproximadamente uma semana (Fotografias 57 a 59). Ela massajou o abdómen da mulher para virar o feto e pô-lo em boa posição. Durante esta intervenção, mascou bétel e areca (*bua malus*) com um remédio tradicional cujo nome não revelou por ser secreto, e também o deu à mulher grávida para mastigar. De acordo com o que foi explicado, ela tem que estar todo o dia e toda a noite a dormir, e esse remédio surge no sonho. Também tem que fazer uma prática tradicional, que consiste na consulta aos espíritos dos antepassados (*mate bian*). Se não houver nada, algum problema, o parto é fácil. O chefe da casa (*uma ulun*), que tem poder nesta casa, é que faz isso. Acreditam mais no *uma ulun* do que no *matan-dook* porque este por vezes gosta, segundo dizem, de "caçar" o dinheiro.

Fotografias 57. 58. 59. Tratamento efectuado a Mulher Grávida por Parteira Tradicional *Bunak* (Memo, Maliana, 2005)



As mulheres *fataluku* também recorrem às parteiras tradicionais quando têm dores abdominais ou outros problemas durante a gravidez, sendo frequente a prática do *mamunu*:

> Às vezes recorrem também à *dukun* (...) porque a família, talvez todas, confiam na *dukun* porque elas já existem há muito tempo, antes dos portugueses. Agora muitas querem vir fazer consulta e partos no hospital talvez porque a *dukun* só faça a pesquisa para pedir dinheiro. Há dois tipos de *dukun*: a *ina haran* e a *mamunu navare*. A *ina haran* é uma *dukun* que não presta porque pede dinheiro. Por exemplo, quando as senhoras vão fazer pesquisa, a grávida pode ter malária, e a *ina haran* diz que ela não tem malária, mas diz que ela tem doença talvez porque tem *ema halo aat* [espírito mau] e pede dinheiro, porque quando vai para casa faz um ritual para o espírito mau não poder vir. A família do marido faz o ritual, mas a doença não desaparece. Depois, vai ao hospital. Isto acontece muito. Agora, na vida de Lospalos, pouco, mas na aldeia talvez muito. Às vezes o bebé morre na barriga e depois vêm aqui. Quando há abortos a mulher, a família dela ou a do marido dizem que é um *ema halo aat*. Depois de voltar à *dukun* tem uma mudança, por exemplo, a dor na barriga diminui, e por isso diz que por ir aí é saudável, mas um ou dois dias depois volta outra vez ao mesmo. Com a *mamunu navare* é diferente. Quando uma senhora sente que tem dores na barriga, ou na cabeça, precisa de consultar a *dukun*. Esta *mamunu navare*, depois de mascar *bua malus*, passa na barriga, quando dói a barriga, ou na cabeça, quando dói a cabeça. Ao mesmo tempo diz umas palavras, que são secretas. Às vezes, quando têm dores, a *ina haran* dá a raiz [*ete lari* em *fataluku*] de uma planta secreta a mastigar (Parteira da Casa das Mães, Lospalos).

> Tem também o medicamento tradicional, mas especialmente aquele *mamunu*. Cospe e põe lá a saliva na barriga. Há umas que mascam, mas há outras que não, é só cuspir. Antes de cuspir dizem umas palavras em *fataluku*, mas essas palavras elas nunca dizem em voz alta mas sempre em voz baixinha, para ninguém ouvir. É segredo. Elas aprendem *mamunu* da mãe, a mãe aprendeu da avó. Este *mamunu* proveio de geração para geração, passa de mãe para filho e assim sucessivamente. Quando a mãe sente problema na barriga, problema no bebé, então eles recorrem ao *mamunu* . (...) Mas só quando sentem dificuldades é que cospem e fazem aquele *mamunu*, quando não sentem nada não. É igual ao hospital, quando a gente vai ao hospital é porque a gente sente alguma coisa. (...) O *mamunu* da gravidez não é igual ao *mamunu* do estômago (…) porque as palavras que proferem são diferentes (Informadora *fataluku*, suco Lore II, Lospalos [Intérprete]).

> Sempre vem chamar essa parteira tradicional. Por exemplo, parece que a criança não está em boa posição e apanha a dor, então ela vem, faz assim, *mamunu navare*, e perdeu a dor. Esfrega na barriga. Quando faz isso ela fala sempre, não se pode ouvir o que ela diz (Mulher *fataluku* de 36

anos, grávida do sétimo filho, suco Fuiloro, Lospalos [Intérprete]).

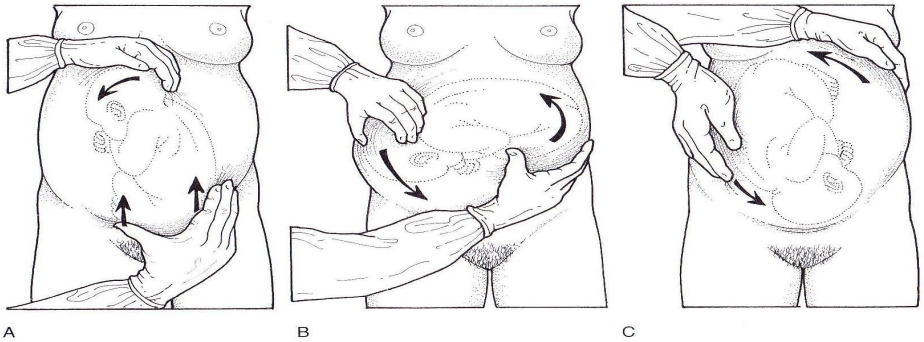
A prática do *mamunu* é exemplificada por uma parteira tradicional *fataluku* residente em Tutuala (Fotografias 60 a 62). Ela coloca-se por trás da mulher, aplica saliva nas mãos e realiza a manobra de viragem do feto, enquanto profere algumas palavras:

Fotografias 60. 61. 62. Massagem Abdominal para Posicionamento do Feto exemplificada por Parteira Tradicional *Fataluku* (Tutuala, 2007)



A manobra efectuada e descrita pelas parteiras tradicionais corresponde à que é designada por "versão cefálica externa", por vezes utilizada na prática médica, consistindo na técnica reproduzida na Figura 13:

Figura 13. Versão Cefálica Externa



Fonte: Yancey, 2002, p. 316

Segundo Yancey (2002), ao converter a apresentação fetal pélvica ou transversa numa apresentação cefálica, o recurso a esta manobra constitui uma alternativa segura e

razoavelmente eficaz ao parto por cesariana. No entanto, possui algumas contra-indicações, nomeadamente a placenta prévia, a gestação múltipla, a ruptura das membranas, anomalias uterinas, a implantação anterior da placenta, a obesidade materna, a macrossomia fetal, o oligohidramnios e o cordão na nuca. A altura ideal para a sua realização é o período compreendido entre as 37 e as 40 semanas de gestação. As possíveis complicações desta técnica podem ser o stresse fetal requerendo cesariana (<1%), a hemorragia (>6% dos casos) e a bradicardia fetal (em cerca de 20% dos casos, geralmente revertendo espontaneamente).

Os partos com apresentação pélvica podem resultar em graves complicações, especialmente quando o acesso aos serviços de emergência obstétrica não é fácil. A técnica da versão externa do feto no útero, utilizada por algumas parteiras tradicionais, pode necessitar de ser realizada, com efeitos benéficos se for feita de uma forma segura e atempadamente. O posicionamento transverso pode estar relacionado com outras complicações ou anomalias físicas, pelo que são necessários cuidados adicionais caso se recorra à massagem. As posições transversas devem assim ser, sempre que possível, referenciadas para assistência médica.

Por vezes também são solicitados os cuidados das parteiras tradicionais para outro tipo de situações surgidas durante a gravidez, nomeadamente a hemorragia, a infecção e os edemas. Os tratamentos efectuados podem consistir na ingestão de medicamentos à base de plantas, ingeridos ou aplicados externamente:

> Durante a gravidez, um mês, dois meses, às vezes aparece um corrimento, um sinal de sangue. Isto eu ajudo também através da massagem na barriga com *kamii* e esfregar com *taun*, com as folhas tenras daquela planta de que tiramos a raiz, *taun*. Só esfregar com *kamii,* e depois faz a massagem para levantar o útero para evitar o saída do corrimento do sangue. Às vezes por causa de mau jeito, ou coisas pesadas, isto pode acontecer. Depois é só fazer massagem durante três dias e ela ficar a descansar só, com as pernas levantadas. Geralmente acontece nos dois, três primeiros meses, às vezes quatro ou cinco também. Eu curei, ajudei muitas pessoas aqui, às vezes chegando sete meses também acontece essa hemorragia assim. Depois, quando fiz a massagem parou a hemorragia. Depois de fazer a massagem aconselhei para ir à consulta também, para ir ao médico para acompanhar com vitaminas; às vezes há falta de vitaminas ou qualquer coisa assim. Eu não posso fazer sozinha, sem medicamentos do médico (Parteira tradicional *galolen*, residente em Díli).

Inchada, tem aquela casca de *ai-dila tukun*[34][Fotografia 63]. Ela toma isto e depois desaparece aquele inchado nos pés (Parteira tradicional *galolen*, residente em Díli).

Fotografia 63. *Ai-dila Tukun*
(Lautém, 2006)



Aqui já morreram muitas pessoas que não querem ir ao médico depois de hemorragia. (...) Quando tem hemorragia ela tem aquela folha, pode fazer como chá, pode cozinhar junto com comida para comer. Elas costumam três noites sempre assim. (...) Quando a mulher tem esse corrimento branco (...) *ran mutin* (...) já têm outro remédio mas não bebem. Usam folhas de *ai manas ai leten*, tabaco *fuik* e casca de coco, *nu'u kulit*. Pode ser também milho depois de debulhar, *batar dadus* [carolo de milho]. Acende juntamente, (...) depois de ferver, está muito quente elas tiram (...). Com um pano cobrir bem (...) quando tem muito fumo, a mulher veste só uma *lipa* e põe isso por baixo, depois abrir, e o fumo entra na vagina. Três vezes também (Parteira tradicional *tetun*, suco Suai Loro, Suai Vila [Intérprete]).

Apresenta-se, no Quadro 23, uma síntese de alguns medicamentos tradicionais usados na gravidez e respectivas indicações:

34 *Ai-dila tukun* ou *ai-dila fatuk* (*Aegle marmelos*) também é conhecido pela designação "marmeleiro de Timor".

Quadro 23. Medicamentos Tradicionais usados na Gravidez

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Ingestão de água de coco nos últimos meses: para a "lavagem" do recém-nascido, para não nascer "sujo"(com *vernix caseoso*)		✓	✓		✓						
Aos 8-9 meses, a mulher mastiga raiz de *uki tanbaga mtasa*' - bananeira (banana grande, vermelha)*:* para a placenta não ficar grande e não ter dificuldade em sair na altura do parto	✓										
Aos 5-7 meses a mulher toma uma decocção de casca de *ai solda* e *telimo*, uma vez por dia durante duas semanas: para evitar problemas no parto										✓	
Chá de casca de *telimo*: anti-emético										✓	
Chá de raiz de *glarut buti*: para parar a hemorragia, quando há ameaça de aborto								✓			
Aos 8-9 meses, 1-2 vezes num dia, a mulher ingere *ira kela* (inhame sub-aquático), cozinhado com os alimentos: para prevenir complicações no parto						✓					
Desde os 2 meses até ao final da gravidez, a mulher mastiga a planta *chie giral* com bétel: para facilitar o parto		✓									
Chá de casca de *ai-dila fatuk* (*Aegle marmelos*) 1x/mês: para o bebé não ter problemas após o nascimento				✓							
Casca de *ai-dila fatuk*: para reduzir os edemas nos membros inferiores				✓							
Banho com *kamii* (*Aleurites moluccana*) e folha de *padumeta* (*Ahi oan metan* em *tetun*): para reduzir os edemas										✓	
Massagem abdominal com *mina nuu* (óleo de coco), *lis mean* (cebola vermelha) e arruda (*Ruta graveolens*), cozinhados: para posicionar o feto									✓		

Constatamos que muitas mulheres grávidas consultam frequentemente as parteiras tradicionais, sobretudo nas zonas rurais e remotas, e nelas têm uma forte confiança, pois são da sua própria comunidade, vivem geralmente perto e assistiram frequentemente outras mulheres que elas conhecem. Por esse motivo, a participação das parteiras

tradicionais nos cuidados da gravidez é benéfica; no entanto, elas podem não detectar complicações da gravidez e situações de emergência, ou não estar aptas a referenciar facilmente a mulher para outro tipo de assistência. Por outro lado, como a composição dos remédios tradicionais utilizados é muitas vezes desconhecida, alguns deles poderão ter efeitos prejudiciais sobre o feto. Quanto à realização de manobras externas para "virar" o feto caso este não se encontre em posição favorável, mesmo que sejam realizadas por pessoas com grande experiência não estão isentas de riscos.

3. Crenças, Atitudes e Práticas relativas ao Parto

3.1. Local de Realização do Parto

O Estudo Demográfico e de Saúde de 2003 (Ministério da Saúde e DNE, Timor-Leste et al., 2004), revela que 90% dos partos tiveram lugar em casa, 9% nos estabelecimentos de saúde do sector público e 1% do sector privado. Os partos domiciliários são mais frequentes nas zonas rurais, nas mulheres com idade mais avançada, com grande número de filhos e com baixa ou nenhuma escolaridade. Quanto às razões que levam a grande maioria das mulheres a dar à luz em casa, elas alegam que aí tiveram geralmente outros filhos e encaram o parto como um processo normal que não requer cuidados hospitalares. Além disso, referem dificuldade em chegar a um estabelecimento para realização do parto por várias razões, nomeadamente por não saberem a data exacta em que este deverá ocorrer, por o parto se desencadear muito rapidamente, especialmente nas mulheres multíparas, por não terem acesso a um meio de transporte público ou privado, por os meios de transporte afectos ao estabelecimento de saúde serem limitados ou por falta de acesso devido às estradas ficarem intransitáveis na estação das chuvas.

Do lado da oferta de serviços de saúde, embora estejam a ser tomadas medidas para aumentar a sua qualidade e quantidade, ainda há muitas limitações, quer em termos de recursos físicos quer humanos.

No período indonésio, todas as aldeias tinham um posto sanitário com uma parteira. Em 1999, o número de clínicas e de pessoal foi reduzido e as ONG tomaram conta dos serviços de emergência. Posteriormente foram efectuados mais cortes quando o governo timorense avaliou as limitações do seu orçamento e da capacidade de sustentação de funcionários públicos. No final de 2001 as ONG completaram os seus programas e a responsabilidade da gestão dos serviços de saúde foi transferida para o Governo, mas as ONG continuaram a dar apoio aos serviços de saúde reprodutiva, entre outros programas da saúde. Actualmente, verifica-se que estabelecimentos de saúde do Governo necessitam de ser melhorados. Alguns têm falta de água e de electricidade, casas de banho em mau estado de higiene e camas de pequenas dimensões. O equipamento electrónico é limitado devido a falta de manutenção ou de competência da equipa (Van Schoor, 2003).

Os resultados do presente estudo estão em consonância com estes factos. Embora as mulheres sejam aconselhadas pelas parteiras, na consulta pré-natal, a dar à luz nos serviços de saúde (especialmente quando se trata do primeiro filho, se uma mulher teve mais de 4 gravidezes ou se tem idade superior a 35 anos), a maior parte prefere ter o parto em casa. A ocorrência de partos no domicílio é, efectivamente, muito superior à de partos em estabelecimentos de saúde, o que é justificado por razões de diversa ordem. Comum a todas as respostas é o facto de o parto ser encarado com um acontecimento natural, que só carece de assistência num estabelecimento de saúde quando surgem complicações. Como o parto não é visto como uma ameaça ou doença, elas não vêem necessidade de recorrer ao hospital, que é associado a doença e a procedimentos de emergência, não a acções preventivas. Muitas mulheres acreditam que, se derem à luz o primeiro filho em casa e tudo correr bem, então é como que um "sinal" de que com os outros acontecerá o mesmo, e daí a sua relutância em recorrerem aos serviços de saúde:

> Aqui a maioria fica em casa, não vai ao hospital na hora do parto. Elas ficam em casa porque não andaram na escola. Elas são interessadas pelas parteiras tradicionais. O primeiro filho elas já é costume com a parteira tradicional, e dali não acontece nada, não tem problemas, e portanto quando vão ter o segundo filho também igualmente, não querem ir ao hospital, só em casa. Mas todos os meses vão à consulta, só na hora do parto é que ficam em casa (Mulher *baikenu*, suco Cunha, Pante Macassar [Intérprete]).

Cerca de 90% dos partos são em casa. Há muitas grávidas, algumas não vêm fazer o controlo pré-natal. Vêm aqui, parem e não têm nenhum registo da consulta. Há poucas que vêm para um parto normal. (...) Geralmente vêm quando o trabalho de parto em casa é mais demorado ou há mal apresentação, de pelvis ou pés. Porque elas confiam muito na parteira tradicional (Médico obstetra cubano do hospital de Oecusse)

Na minha visão, um problema é a ignorância, que ainda é alta. Para convencer uma pessoa para vir até ao hospital, não é fácil. Tem muita coisa, por exemplo os problemas de tradição, problemas de ignorância, muita coisa ali inclui.... mas, de tempo a tempo, a situação vai mudar. Aqui no hospital, nos dias de serviço na policlínica, vai até cento e cinquenta a duzentos pacientes para fazer tratamento. No internamento também está sempre pacientes para vir cá. O segundo problema é o problema dos partos. As pessoas sempre têm uma visão do parto como uma coisa normal, é natural. Eles sabem que os avós têm partos mas não é nos centros de saúde ou no hospital. Quando têm problemas de parto, então é que eles mandam para aqui, não para fazer um parto normal. Isto nas áreas remotas, mas aqui em Maliana, acho que toda a gente, a maior parte, sempre fazem parto aqui no hospital (Médico timorense, director do hospital de Maliana).

Sobre esta questão, o Ministro da Saúde de Timor-Leste tece as seguintes considerações:

O conceito de parto como um fenómeno, um acto natural de reprodução humana está aí, e é nesse sentido que do ponto de vista cultural, para um timorense ou uma timorense o parto não é uma doença que tem de ser feita no hospital, por exemplo, ou numa instituição de saúde. É minha percepção, na base da experiência que tive como médico nos anos passados, essa razão latente das pessoas sentirem aquela relutância de parto no centro de saúde ou hospital. É normal, parto é normal. Já assistimos às nossas mães, já ouvimos as histórias das nossas mães, das nossas avós, que isto é uma coisa normal; quando houver problemas, sim. Mas agora a questão está, ou melhor, o desafio está em fazer ver às pessoas de que sim senhor, é um fenómeno normal, mas é um fenómeno normal que está associado a riscos muito altos, particularmente à vida das mães e à vida dos bebés. E então é nesse sentido que a promoção da saúde tem de bater mais. E como compromisso do Estado, como compromisso do Serviço Nacional de Saúde, o ideal seria termos como política partos obrigatórios nas facilidades de saúde. Mas do ponto de vista da oferta vamos ter de melhorar os meios para podermos fazer isso. Também vai levar algum tempo. Portanto, eu creio que a questão de ser ou não confortável, mais confortável o parto efectuado em casa vem na sequência daquele conceito de que o parto é uma coisa natural. Só quando houver problemas então vamos aos especialistas nas áreas de saúde.

Em casa as mulheres estão seguras no seu ambiente, próximas dos seus familiares e do que prepararam, podendo seguir as práticas tradicionais. Há mulheres que se sentem desconfortáveis no hospital; algumas têm vergonha de expor o seu corpo:

> No momento do parto elas não vêm aqui, só ficam em casa. Aqui elas só têm confiança com as parteiras tradicionais, com as parteiras do hospital elas não têm confiança. Porque, quando as parteiras do hospital vão, nós ficamos sempre assim, as pernas têm que ficar aqui [abertas]. Quando são as parteiras tradicionais elas tapam com a *lipa*. Por isso elas têm vergonha de chamar, só quando têm problemas é que elas chamam, porque chegamos lá as *lipas* ou os *tais* temos que tirar. Quando elas fazem parto no hospital, num ano talvez duas pessoas (Parteira do centro de saúde de Passabe, Oecusse [Intérprete]).

> Muitas vezes, como habituam a dar partos em casa, elas gostam mais. O filho tem que nascer em casa, não querem ir ao hospital porque dizem que no hospital as senhoras ficam nuas quando vai dar parto, e depois dormem [deitam-se] em cima da cama, parece que não têm força para dar parto. Em casa elas sentam e põem uma corda, e depois dão parto em casa. Outras, os maridos não querem que vão fazer partos no hospital porque há doutores, muitas enfermeiras ou parteiras que ajudam, e têm vergonha disso (Enfermeira, membro da OMT, Maliana).

> O primeiro foi no hospital, o segundo já não, foi em casa com a avó [parteira tradicional]. A avó disse assim: 'no tempo de agora o primeiro é melhor ir para o hospital, e depois o segundo e o terceiro é que é em casa'. Ela foi para o hospital e o parto correu bem. Ela é que não se sentiu bem no hospital, ela não gosta porque não tem qualquer coisa para segurar como aqui ela tem. Ali no hospital é deitada. O filho quando nasceu foi no mês de Abril e houve muitos partos, por isso ela tem de ficar num quarto onde a caminha é muito pequenina. Por isso é que não se sente bem (Mulher *bunak*, 22 anos, grávida do terceiro filho, suco Debos, Suai [Intérprete]).

A distância a percorrer entre a casa e os centros de saúde ou hospitais e ao recurso a transportes também constituem problemas frequentes. Há locais de difícil acesso, não tendo grande parte da população forma de se deslocar. Embora as consultas e os medicamentos sejam gratuitos, os custos com o transporte ou os que têm de ser suportados pelos familiares para acompanharem as mulheres durante a sua permanência nos estabelecimentos de saúde podem estar fora do seu alcance. Associados à dificuldade com os transportes encontram-se os problemas de comunicação:

As mães vêm fazer tratamento pré-natal aqui no hospital mas, muitas vezes, quando já estão no tempo do parto, elas moram lá para partes longe, por exemplo, sete ou oito horas da noite, não tem comunicação, o que é que elas têm em casa ou em qualquer lugar tem que fazer o parto. O problema é a comunicação, e também temos o problema de transporte. Temos aqui uma ambulância, um Land Cruiser de múltipla função, e estamos sempre prontos para dar ajuda quando tivermos chamada. Temos rádio de comunicação mas nem todas as partes têm rádio. Quem pode dar comunicação aqui é a polícia, a dizer que numa parte tem algum doente, e a ambulância pode ir até ali (Médico timorense, director do hospital de Maliana).

Dizem que às vezes não conseguem ir ao hospital por causa das dores. Sentem dores e fazem o parto em casa. Querem ir ao hospital, e às vezes não há transporte. Também por dificuldades económicas; não há dinheiro para pagarem o transporte, não têm capacidade para alugarem um carro por cinco dólares. Há ambulância em Maliana, mas o problema é comunicação. Há na polícia de fronteira, mas é longe. Quando chegarem lá, o bebé poderá já ter nascido (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Na altura do parto, se tiverem dinheiro para pagar o transporte elas vão ao hospital, se não tiverem dinheiro elas ficam só em casa e chamam só a parteira tradicional (Chefe do suco Lifau, Pante Macassar).

Há gente que morre porque não há dinheiro para o transporte. Daqui para Baucau é um dólar. Nos tempos difíceis temos que alugar *mikrolete*, custa 10 dólares ou mais. Em Baucau há ambulância, mas às vezes já tem deslocação para outros sítios e não pode chegar aqui (Chefe do suco Gariuai, Baucau).

O problema das mulheres que não vão para lá [hospital] é por causa da economia. Falta de dinheiro, transporte, eles precisam de comprar isto e aquilo, então ficava aqui mais fácil para eles. Depois lá não há mesmo nada, as pessoas cada um é que fazem sua comida, aquecem a água quente para dar ao bebé e à mãe para tomar banho, água mesmo potável para beber, para tomar alguns comprimidos, é preciso ir comprar (...), até as roupas também, não muda a roupa, não muda os lençóis, mantém a mesma, os familiares do doente é que têm de fazer a limpeza, fazer aquilo tudo. (...) Por isso as pessoas às vezes não têm condições para nada. (...) Está previsto [um hospital novo] mas daqui a dois, três anos, neste momento ainda continua com aquele (Chefe do suco Bucoli, Baucau).

Algumas mulheres, quando já estão mesmo e sabem que o parto é difícil, então começam já a correr para o hospital. E acontece que, por causa dos transportes, as estradas e toda a economia, às

> vezes já não se consegue fazer nada porque, se mora longe do hospital e manda alguém chamar o carro, essa pessoa deve ir na *mikrolete*; se não há *mikrolete* tem que andar, e então é um atraso para a mulher. É por causa disso que a mortalidade das mães e dos bebés é grande (Informadora *fataluku*, Lospalos).

Apresenta-se, no Quadro 24, uma síntese dos motivos apresentados por timorenses pertencentes a vários grupos etnolinguísticos, justificando a sua opção pelo parto no domicílio:

Quadro 24. Motivos para a Realização do Parto no Domicílio

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Inexistência de complicações no parto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dificuldades c/ transportes; distância até um estabelecimento de saúde	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dificuldades económicas	✓	✓	✓				✓		✓		✓
Dificuldades na comunicação		✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Vergonha em expôr o corpo	✓	✓	✓	✓	✓		✓				
Maior conforto, mais comodidades, possibilidade de seguir práticas tradicionais		✓		✓	✓		✓		✓	✓	
Confiança nas parteiras tradicionais ou nos familiares		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓
Necessidade de cuidar dos restantes filhos			✓				✓				

Tradicionalmente, nas diversas sociedades o local do parto sempre foi o espaço da mulher, quer a sua própria casa, quer uma construção específica para esse fim no seio de uma comunidade (Kitzinger, 1992). A pessoa que procura realizar o parto no domicílio possui a crença de que a gravidez é um processo fisiológico normal e não uma doença. As mulheres que fazem esta opção acreditam que o corpo tem a capacidade de dar à luz uma criança sem intervenção técnica e que o processo do parto é facilitado por pessoas cuidadoras num meio íntimo, familiar (Anderson e Bauwens, 1982).

As crenças e as práticas tradicionais variam ao longo de um *continuum* definido pela existência de um conteúdo mais tradicional por um lado, e de um conteúdo mais

científico por outro. Idealmente, deveriam existir opções para experienciar um parto domiciliário em qualquer ponto do *continuum* entre o parto assistido por um membro da família e o parto assistido no hospital por um obstetra; isto é, entre o tradicional e o científico. No entanto, devido a um complexo sistema de economia, profissionalismo e costumes, parece existir mais uma dicotomia do que um *continuum*. Muitas mulheres que escolheram o parto no domicílio evitam ao máximo a hospitalização e apoiam-se no seu repertório de crenças pessoais e conhecimentos de assistentes locais como recursos para possíveis soluções para quaisquer problemas que ocorram durante a gravidez e o parto. Por vezes o preço a pagar pela mulher e/ou pelos bebés, em termos de intervenções tecnológicas e médicas necessárias, é elevado, devido à falta de integração entre os dois sistemas, o tradicional e o científico (Anderson e Bauwens, 1982).

Para que o parto ocorra em segurança não é necessário ter lugar num serviço de saúde, desde que esteja presente um assistente qualificado e que seja possível o rápido acesso a cuidados de emergência obstétrica. No entanto, uma série de constrangimentos limitam as escolhas dos timorenses e levam-nos a optar pelas práticas que melhor se enquadram no seu sistema sociocultural.

3.2. Assistência ao Parto

Segundo os resultados do Estudo Demográfico e de Saúde de 2003 (Ministério da Saúde e DNE Timor-Leste et al., 2004), a maior parte dos partos (61%) teve a assistência de familiares ou amigos, 19% de parteiras tradicionais e apenas 19% de profissionais de saúde.

Como o parto é encarado como um acontecimento normal, ocorre geralmente em casa, onde é assistido por familiares (marido, sogra, mãe ou uma mulher mais velha da família) ou por uma parteira tradicional. Por vezes são fornecidos às mulheres remédios tradicionais para facilitar o parto. Algumas das barreiras à assistência qualificada no parto[35] são o acesso geográfico difícil (especialmente à noite, estando as parteiras

35 Assistência efectuada por médicos, enfermeiros, parteiras ou auxiliares de parteira.

tradicionais mais próximas), a falta de transportes, o medo, a vergonha, a falta de autorização por parte dos familiares, a falta de confiança na parteira e nos serviços de saúde e a preferência por parteiras tradicionais. As parteiras são mais solicitadas quando surgem dificuldades durante o parto. Os problemas relacionados com o parto que levam os membros da família a chamar uma parteira a casa ou a transportar a mulher para um estabelecimento de saúde incluem a hemorragia, a má apresentação fetal, o trabalho de parto demorado, a retenção da placenta, a falta de energia da mulher para fazer força e um bebé excessivamente grande (Zwi et al., 2009).

Há mulheres que dão à luz sozinhas ou com a assistência da família, recorrendo à parteira tradicional quando surgem dificuldades no parto:

> Habitualmente sozinhas, com o marido ou com outra gente da família. Quando sente que o parto para ela é normal e quando sente umas dores e o parto é fácil não é preciso chamar *moco aca miri*; com o marido, ou com outra pessoa da família, pode dar o parto à vontade. Mas quando sente que o parto já é difícil, por exemplo dentro de duas horas, três horas o bebé não nasce, então tem que chamar a *moco aca miri* (Informadora *fataluku*, suco Lore II, Lospalos [Intérprete]).

As mulheres que dão à luz sozinhas são consideradas corajosas, possuidoras de grande experiência de partos, ou então muito envergonhadas. Por vezes, se uma mulher morre de parto após dar à luz sozinha, isso não é atribuído a ter feito algo arriscado mas a um problema de costume (*hadat*), a uma maldição ou ao facto de não ter sido cumprida a obrigação marital (HAI, 2005).

O recurso a assistentes de parto qualificados e a estabelecimentos de saúde para a realização do parto é baixo e mais frequente em meio urbano e, na maior parte dos casos, apenas quando surgem complicações.

> Aqui nesta aldeia, ou neste bairro, sempre costumam chamar as parteiras. Mas nas outras partes, só as parteiras tradicionais. Quando há problemas é que vêm chamar as parteiras do hospital (Parteiras do centro de saúde de Baki, Oecusse [Intérprete]).

> Elas dizem que as parteiras ou doutores são iguais como as parteiras tradicionais, mas elas já têm o costume, na hora do parto a parteira tradicional fica à frente e a parteira do hospital fica atrás. Se

> tiver problemas, dificuldades, a parteira fica à frente até ao parto. Não querem ir ao hospital, porque desde os avós são os costumes (Mulheres *baikenu*, suco Lalisuk, Pante Macassar [Intérprete]).

Numa tentativa de diminuir as situações de risco têm sido desenvolvidas, ultimamente, algumas acções de sensibilização para a importância do parto realizado em condições de segurança:

> Têm os seus filhos em casa, sem saberem os riscos do parto. Só quando há problemas é que vão ao hospital e são as parteiras tradicionais ou os familiares que ajudam e às vezes até estão sozinhas. (...) Agora têm feito muitas campanhas para isso. Começaram com campanhas a nível dos sucos, aqui mesmo de Díli, sobre essa questão da segurança, da vigilância da gravidez e ao mesmo tempo de se submeterem aos serviços de saúde. Foram feitas essas campanhas, a nível da televisão e no terreno, de sensibilização sobre a questão da saúde materna e da elevada taxa de mortalidade (Assessora do Primeiro-Ministro para a Promoção da Igualdade, Díli).

A Parteira Tradicional

> Abundam em todos os sucos as parteiras experientes, as *tana badae*[36], sempre prontas a prestar o seu concurso, quando alguem, nas redondezas, se estorce nas dores da maternidade. Nessa altura, o processo reduz-se a uns frutos oleosos de *saé*[37], que se esmagam entre as mãos ou se moem sôbre uma pedra molhada com agua, e depois se fazem passar na barriga da parturiente, procedendo-se devagar á tarefa de se pôr a criança a geito para fazer a sua entrada na via pública... A mãe, entretanto, parece uma supliciada. A um dos travessões do tecto ou a um dos prumos da parede da casa, amarram-se as duas pontas de uma corda negra e aspera, entrançada com fibra de gamuteira.
>
> Um homem ou mulher, parente ou visinha, prende entre as mãos a cabeça da vitima, outra ou outro, segura-a pelos sovacos. A malaventurada senta-se em riba duma pedra rasa, agarra-se á corda, dobra e desdobra o corpo, encolhe-se e retesa-se, fazendo finca-pé no solo, dez, vinte vezes, só suspendendo essa ginástica fatigante, para se entregar ás fricções da *tana badae*. Esta torna a rezar a cantilena ritual, dirigindo-se á criança que tarda em sair:
>
> - Se é homem, sáia já para fora, com azagaia, rodela e espada, alavanca e parão, para as fainas másculas a que está destinado. *Assucai dáua, ni oro, ni aba, ni si, ni di'a, ni sita, gafo rá issa!*
>
> Continua a esfrega do ventre. E a parteira insiste, renova as interpelações, usando frases centenarias, as velhas frases pitorêscas e saborosas, que já presidiam ao nascimento das antigas

36 Termo *makasae* usado para designar a parteira tradicional. *Tana* significa "mão"; *badae* significa "operário".

37 *Saé* é uma árvore de frutos oleaginosos (*Aleurites moluccana*), o mesmo que *kamii* em *tetun*.

gerações timoras, de antes do Descobrimento:

- *Tufurai dáua, ni quida, ni lalode, ni nuba, ni ati, ni serucai, gafo rá issa!* 'Se é mulher, traga a roca, o cesto do pó, o tear com o seu pau para esticar os panos, e a pele de carneiro com que as tecedeiras amparam os quadris!

É assim que o timorense é fadado para a vida agricola ou doméstica que o espera, conforme o sexo que *Uru Uato* lhe deu. (Corrêa, 1935, pp. 15-17)

Em Timor-Leste a parteira tradicional é aquela que assiste a mulher durante o parto mas sem reconhecimento oficial. É designada por *daia* (em *tetun*), *dukun* (termo indonésio), ou por outros termos, próprios de cada língua de Timor. Não há dados disponíveis sobre o número de parteiras tradicionais existentes no país e quantas mulheres assistem por ano. São frequentemente mulheres mais velhas, embora também se encontrem alguns homens a exercer a função. Não são provenientes de linhagens especiais e, embora consideradas corajosas, não lhes são conferidos privilégios especiais devido ao seu trabalho. As suas aptidões e experiência representam uma valiosa fonte de conhecimentos e assistência ao parto, mesmo que não sejam reconhecidas como prestadoras formais de cuidados de saúde. A clientela destas parteiras tradicionais é geralmente limitada à sua comunidade, sendo a proximidade e a confiança nelas depositada factores que as favorecem:

> Para elas os usos e costumes nossos, timorenses, aproximar mais dessa senhora, a parteira tradicional. Mais próxima e mais de confiança, porque na altura que elas vivem na montanha, elas precisam mais e elas também têm mais confiança. Não quer dizer que não têm confiança também com o hospital, mas a mais aproximada é a parteira tradicional. Não há diferença; se há mais perto eles vão chamar, se normalmente não tem tempo, chamam a parteira tradicional (Chefe do suco Bene Ufe, Nitibe, Oecusse).

Na Indonésia os *dukun* são, em sentido lato, curandeiros tradicionais, possuidores de conhecimentos especializados de natureza esotérica. Podem possuir diversas aptidões, nomeadamente como massagistas, manipuladores ósseos, parteiras, ervanários e xamãs. Podem ser de ambos os sexos, consoante o tipo de especialização e a organização das funções relacionadas com o género em grupos culturais particulares, e são, na sua maioria, iletrados. São geralmente pessoas respeitadas pelos restantes membros das comunidades locais, podendo ser chamados quando surgem doenças ou outros

problemas. O início das suas práticas pode ter lugar através da aprendizagem com os mais velhos e experientes; também pode estar relacionado com um período de doença ou distúrbio psíquico que é interpretado como um sinal da esfera sobrenatural que aponta para essa vocação. Contam habitualmente com donativos como pagamento, em dinheiro ou géneros, embora em algumas zonas urbanas as suas práticas se tenham tornado muito comercializadas. As comunidades que ainda possuem práticas religiosas tradicionais mantêm o *dukun* como um mediador entre o mundo natural da vida humana e a esfera sobrenatural dos deuses, antepassados e forças do além. Estas funções também se encontram em grupos das regiões próximas da Malásia e das Filipinas, sugerindo que existe uma base comum austronésia nestas práticas religiosas locais ao longo de todo o Sudeste Asiático (Connor, 1998).

Em Timor-Leste, as parteiras tradicionais podem distinguir-se dos *matan-dook*, que são curandeiros ou xamãs, geralmente do sexo masculino, que podem ver acontecimentos quer no passado quer no futuro. Eles praticam a adivinhação, sugerem a prática de ritos e alguns fornecem substâncias herbáceas com fins terapêuticos. No entanto, muitas parteiras tradicionais também recorrem a medicamentos tradicionais, e algumas possuem características e recorrem a práticas típicas do xamanismo. Encontram-se ainda homens parteiros que são simultaneamente xamãs:

> Como é *tana bada'e* [parteiro tradicional], ele primeiro palpa, e quando não há problema ele é que dá parto; mas quando há problema diz para elas; se elas dizem que querem ficar então podem ficar, se querem ir para o hospital vão para o hospital. O tio diz que também é *mosa*, (...) há um espírito que está atrás, por isso é que ele pode saber. Vem da origem. O pai quando morre deixa para o filho mais velho, depois este morre e deixa outra vez. Isto é segredo, vem dos espíritos. Quando a placenta custa ou a criança custa a sair, o espírito que está atrás, o *mosa*, o tio limpa a mão e pode pôr a mão dentro e tirar. Há vizinhos que quando recorrem a ele, ele vai. Quando não recorrem a este senhor vão para o hospital. Quando ele vai dar partos aqui costumam fazer *hadat*; então no tempo do *neli*, a primeira colheita da várzea ou do milho, ele não pede nada mas dão-lhe qualquer coisa, ele diz 'vocês trazem um frango para dar de comer ao costume, ao *hadat*; para oferecer à *uma lulik'*. Depois dessa oferta é que comem. Eles só cumprem nessa altura da colheita, têm de agradecer aos espíritos dos avós, bisavós, para dar sempre força e poder sempre dar partos. Em 2005 ele deu parto a oito pessoas aqui na aldeia, no total mais de dez, em 2006 só duas pessoas (Parteiro tradicional *makasae*, suco Lelalai, Quelicai [Intérprete]).

À semelhança de outras regiões de Timor-Leste, entre os *fataluku* os partos (*moco vale*) são em grande parte realizados por praticantes locais (*moco aca mire*), geralmente mulheres mais velhas, por vezes familiares da parturiente. Algumas recorrem à prática designada por *mamunu*:

> Existem muitas parteiras tradicionais, *moco aca mire*. Os familiares também ajudam, mas muitas vezes são estas mulheres. *Manunu navare* são as velhas que sabem medicamentos tradicionais e ajudam as mulheres grávidas. Dizem umas palavras secretas, mascam, põem em água e passam na barriga. (...) Em geral fazem o parto tradicional e também fazem a cura de qualquer doença (Informador *fataluku*, suco Fuiloro).

> Isso vem da parte dos avós que sabiam, ensinavam os filhos a fazer assim, e seguiam isso. A *mamunu navare* diz umas palavras, cospe na mão e depois esfrega na barriga com as mãos. (...) A avó é que a ensinou. Essas palavras são secretas, se disser a outra pessoa perde a força, já não faz efeito. Enquanto for jovem não diz, quando estiver velha é que passa para as filhas. Não usa medicamentos tradicionais, é só isto. Muita gente chamava-a como parteira. Ainda faz quando a chamam (Parteira tradicional *fataluku*, suco Rasa, Lospalos [Intérprete]).

> Há dois tipos de pessoas. Essa, que cospe na água, é *mamunu*. Para tratar a doença, ou qualquer coisa que dói, passam com a água, uma espécie de massagem, esfregam, dizem umas palavras. Às vezes põem só assim, depende da maneira de cada pessoa que dizem que é *mamunu*. Agora aquelas parteiras, em *fataluku*, costumavam chamar por *moco aca mire*. Elas não têm um nome próprio, costumavam dizer: 'Vai chamar a velha que sabe *moco aca mire*'. Então elas vão chamar. *Moco* quer dizer 'criança, bebé'; *mire* quer dizer 'sentar atrás', 'ajudar para a mulher dar o parto'. Algumas não mostram os seus medicamentos, elas próprias ficam a utilizar e ninguém sabe disso. Elas vão buscar sozinhas, metem na água ou então mastigam e depois cospem na barriga ou então nas costas. Fazem a masca, *bua malus*; com isso, com a saliva, fazem uma massagem na parte que dói ou então na barriga, depende das maneiras de cada um. Dizem umas palavras, cospem na água, e depois a pessoa tem que beber. Nesta parte a tradição ainda é dominante, ainda há pessoas que acreditam, mas já não é tanto (…) porque agora há muita informação e há certas doenças contagiosas. Também há pessoas que quando vão a isso também não dá resultado. Quando a pessoa acredita muito talvez, às vezes dá resultado; se a gente não acredita, não dá. Penso que, com a evolução do tempo, começa a desaparecer pouco a pouco. No tempo português era muito, depois da Indonésia também, mas nos anos 95, 96 e 97 diminuiu. Agora no tempo 2000, nas áreas rurais e nas aldeias ainda existe isso, mas nas vilas ainda há certas pessoas que acreditam nisso mas diminuiu (Informadora *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

Algumas parteiras tradicionais aprenderam a fazer partos e a usar os medicamentos tradicionais com as mães, avós, outros familiares ou outras parteiras tradicionais; algumas por si próprias; outras em sonhos:

> Ela aprendeu aquilo por meio de sonhos. O sonho diz que pedir para ajudar uns aos outros mas não pode pagar. Os medicamentos que ela sabe é também por meio de sonhos (Parteira tradicional *bunak*, suco Debos, Suai Vila [Intérprete]).

> Quando era solteira não sabia, mas quando teve três filhos teve um sonho. Ela nem conhecia os avós dela, mas ela viu uma senhora morena, cabelos brancos, bonita, alta, que disse 'Quando uma pessoa tem parto este remédio, quando tem sangue este remédio, quando a placenta toma este remédio'. Aquela senhora é que ensinou todos os remédios por meio do sonho (Parteira tradicional *tetun*, suco Ogues, Maucatar [Intérprete]).

> No tempo português já começou a dar partos a mulheres chinas, que havia muitas naquele tempo, e também timorenses. Diz que é uma sorte dela, é o caminho de Deus, *Maromak nia dalan mak hatudu ba ha'u sai nune*. O caminho de Deus é que mostra que ela saia uma mulher assim, que pudesse curar uma pessoa. Aprendeu sozinha (Parteira tradicional *tetun/bekais*, Balibo [Intérprete]).

> No tempo português, quando a mulher está a sentir para dar parto, ele dá sozinho parto à mulher, e depois no tempo da Indonésia já deu às outras pessoas. Tem oito filhos. Ele é que deu sozinho, como já tinha aquela experiência. Ele não aprendeu com ninguém, isto vem do espírito (Parteiro tradicional *makasae*, suco Lelalai, Quelicai [Intérprete]).

> Usam plantas mas nunca mostram estas plantas, é segredo. Eles dizem que se mostrarem à pessoa imita ou descobrem o seu segredo, e então não querem. Às vezes tiram a raiz ou qualquer coisa e sempre escondem. Esta espécie de raiz ou caule das plantas, quando eles apanham têm que pôr ao sol, e quando já está muito seco eles já não descobrem qual a origem daquela planta. Eles aprenderam desde os antepassados até à presente data, porque é assim: há certas famílias que, por exemplo, a mãe sabe distinguir o medicamento, sabe este nome; então a mãe, quando já é velha e sente que vai morrer, ela tem que transmitir para a filha, porque esta origem deriva de mãe para filha, passa para os descendentes. Há certas pessoas que sonham e dizem que velhinhos ou velhinhas é que dizem para eles; então estes nunca contam para os outros, quando em sonhos é proibido contar, guardam esse segredo. Há certas pessoas que sonham e a velha ou aquela gente mostra um caule ou uma coisa que cura isto; há outras que sonham e certas pessoas falam com eles

em *mamunu*, dizer a esta pessoa mas com palavras. Então esta pessoa ao acordar deve lembrar o que viu naquele acontecimento. Por exemplo, ela fala em palavras e esta capta, e de manhã, antes de lavar a boca, ela deve imitar ou tornar a dizer o que aquela pessoa disse para ela. Com estas palavras, cospe na água, pode curar alguém. Há outras com folhas, com raminhos, com caules e raízes, mas há outras em palavras, também acontece. Nunca dizem a ninguém, é segredo para elas. Quando está na velhice, então tem que dizer à sua filha ou a qualquer membro da família para não esquecer, porque esta é uma coisa importante que ela viu em sonhos (Informadora *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

As parteiras tradicionais costumam receber uma compensação directamente da família da mulher que dá à luz, não estabelecendo geralmente o seu valor. De acordo com os meios da família, recebem um *fase liman* ou "lavagem das mãos" sob a forma de dinheiro, alimentos, animais, *tais*, *lipa* ou outros bens:

O nosso costume de Oecusse, depois de quatro noites é que podemos lavar as nossas mãos, a sujidade, é que elas podem pagar (Parteira tradicional *baikenu*, suco Costa, Pante Macassar [Intérprete]).

Se tiverem *tais*, dão *tais*; se tiverem um leitão ou um porquinho, podem dar; se não tiverem, podem dar dinheiro. Conforme o que a senhora tem (Parteira tradicional *baikenu*, suco Lifau, Pante Macassar [Intérprete]).

Por vezes o dinheiro é considerado necessário para "dar força" ao medicamento tradicional:

Há certas pessoas que é com dinheiro. Por exemplo, eles cospem na água e certa pessoa bebe, ou cospem na barriga ou em qualquer parte do corpo que dói; depois de três dias ou depois de um mês, que a ferida ou a dor diminui, ou então o parto deu-se bem, ela diz para pagar, e tem que pagar. É uma coisa que dá para fazer com que este *mamunu*, este medicamento, tenha mais força. Se não dá o dinheiro ou alguma coisa, então o *mamunu* ou o medicamento não tem força. Há pessoas que não querem dinheiro, e há pessoas que querem mas não é muito, por exemplo, um dólar ou cinquenta cêntimos. Há certas pessoas que é com moedas, e há certas pessoas que querem com notas, mas há umas pessoas que sempre sete, e outras pessoas que não. O sete dizem que é um critério que devem seguir, o autor ou o dono do *mamunu* que ele viu em sonhos que dava sempre isso. Agora usamos o dólar e então, por exemplo, dez cêntimos conta dez até sete, dá setenta cêntimos (Informadora *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

> Só quando a criança pode sair da casa é que tem de dar um bocadinho de dinheiro para ela. Depois de *fulan ida*, o primeiro filho um mês, já pode sair. Os outros pode ficar até três semanas, depois pode sair. Então quando sai é que pode receber alguma coisa. Conforme a possibilidade, eles já sabem o valor do dinheiro. Prenda também, dá dinheiro e uma *lipa*. Se não tem muito pode dar só uns 10 centavos, 20 ou assim uns 50, mas tem de dar. Se não der nada o valor do remédio já não dá nada, já não faz efeito (Parteira tradicional *bunak*, Suco Debos, Suai Vila Covalima [Intérprete]).

> Diz que nunca recebeu, mas quando já está complicado, muito complicado, às vezes a senhora dá partos difíceis, então ela pede trazer um *lipa*, ou qualquer coisa, para cumprir o remédio. Aqui para ir tirar *ai-tarak*, espinhos, tem de ir deitar dinheiro, e depois disto tem de ir cumprir. Ela deita dinheiro e só diz que este remédio é para arrancar aquela placenta para fora (Parteira tradicional *makasae*, suco Gariuiau, Baucau [Intérprete]).

Embora não exista certificação formal, algumas parteiras tradicionais frequentaram um curso de formação durante o período indonésio, sendo designadas por *dukun terlati* para se distinguirem das restantes. As que completaram a formação foram registadas no hospital e receberam uma caixa com material (luvas, tesouras e Betadine). Actualmente não há treino oficial ou registo para as parteiras tradicionais, e os seus papéis e competências não são reconhecidos pelo sistema médico vigente. Algumas parteiras tradicionais trabalharam juntamente com parteiras e enfermeiras em comunidades remotas, trocando experiências e informação. Outras apenas se têm baseado nos seus conhecimentos e materiais locais. Muitas parteiras tradicionais são conhecidas por parteiras dos serviços de saúde, especialmente as que receberam treino e apoio durante a administração indonésia:

> Conheço parteiras tradicionais em Díli. Normalmente, quando começa o tempo da Indonésia, dar treinamento para ajudar os partos e pode esterilizar materiais para ajudar partos. Não só, mas tem que usar luvas para atender os partos. No tempo da Indonésia nós tínhamos livros para dar treinamento e depois, quando tem partos, tem de fazer um registo para saber quando tem problemas ou não. As parteiras tinham que registar na clínica que fica perto para saber a condição da mãe e do bebé. Começou esse treino nos anos 80. Durante três meses nós demos treino, numa semana uma vez, teoria e prática. Os chefes de suco iam buscá-las às aldeias. Também davam uma caixa com material. Quando o material acabava, como álcool e luvas, vinham buscar mais. (...) Em 99 não há mais treino, até agora não há nada. (...) Eu acho que precisa continuar a fazer mais

> treinamentos [às parteiras tradicionais] para quando têm partos, depois vêm para ver mais condição da mãe e do bebé. Senão, talvez aconteçam alguns problemas, não sabem quantos morrem e quantos vivem (Parteira - chefe do Hospital Nacional Guido Valadares, Díli).

A formação e a partilha de experiências levou à modificação de algumas práticas por parte destas parteiras tradicionais, mas também proporcionou a algumas parteiras do sector formal outro tipo de conhecimentos. Uma parteira residente em Díli refere ser também detentora de conhecimentos sobre medicamentos tradicionais:

> Esse curso das *daias*, antes era aprovado pela Indonésia. Essas *daias* podiam dar partos às pessoas, e também costumavam ajudar nos partos mais difíceis. A experiência que ela teve foi assim: uma pessoa dá partos, se vai ao hospital os médicos ou as enfermeiras intervêm se não há abertura. Então sempre dão as horas, 'o bebé daqui até uma hora vai nascer'. Mas essas *daias* que vêm e vêem, então esfregam um remédio tradicional na barriga e nasce o bebé. Ela viu isso e na realidade acredita nisso. As *daias* ensinaram mas ela diz que é *lulik*, não pode dizer, acredita que dizendo o nome isso não faz efeito. Isso é uma sorte, não é da tradição, não veio da família. Fez uma novena a Nossa Senhora do Desterro e essa sorte veio em sonhos. Ela já tinha essa sorte, essa experiência, já tinha isso antes mas não era assim tão forte. Depois da morte do filho em 2005, então teve esse sonho e aumentou a capacidade dela de curar essas pessoas. Ela tem a sua profissão como enfermeira parteira mas também tem essa profissão de *dukun beranak*, de *daia*. Ela aprendeu dessas duas maneiras. O problema é: as *daias*, se houver dificuldades sobre o bebé, elas não sabem como podem atender esse problema, mas sobre a teoria dela, mesmo que ela tenha essas duas profissões, ela sabe atender se houver problema ao bebé. Por exemplo, se num parto houver uma pequena rasgadura na vagina, geralmente nos hospitais sempre cosem, e as *daias* não fazem isso. Água quente, bem fervida, põe numa toalha e depois *hanas*, fazer uma compressão na vagina da mulher com água quente. Isso é o que as *daias* fazem. A senhora já não faz isso, cose. Recebeu isso no tempo da Indonésia. Tem uma pequena maleta com material completo. Antes davam duas malas, uma para as *daias* e outra própria para as parteiras. A das parteiras tem tudo completo, a das *daias* só tem ligaduras, duas tesouras, luvas, duas pinças de *clamp* para o cordão antes de cortar, álcool, um fio para atar e também a ligadura para depois proteger o cordão. Em 1992 houve uma formação de três meses para as *daias*, em Díli. Foi esta senhora que deu essas formações às *daias*, na clínica do Bairro Pité. Isso é para que as *daias* possam ir para aqueles locais rurais onde as parteiras não pudessem ir até lá. Também vieram dos treze distritos, aqui de Díli eram dezoito pessoas (Parteira, Díli [Intérprete]).

Actualmente os decisores das políticas de saúde a nível central, seguindo as directivas

provenientes de organizações internacionais como a OMS, tendem a tomar medidas que levem as parteiras tradicionais a deixarem de assistir a partos e passem a actuar como dinamizadores comunitários e elementos de ligação, levando as mulheres grávidas a realizarem os partos nos centros de saúde e nos hospitais, e a serem assistidas por parteiras qualificadas. No entanto, actualmente o número de parteiras em exercício é insuficiente para as necessidades da população, sobretudo nas zonas rurais, e as parteiras tradicionais continuam a estar disponíveis e a ser solicitadas pela população:

> Também temos de comparar o número de parteiras que temos agora. Há muitas parteiras que também não querem ir lá na aldeia. No tempo da Indonésia uma aldeia tem de ter uma parteira, tem de viver lá juntamente com a comunidade, chamamos a *bidan desa*, parteira da aldeia. Em todo o lugar e em todas as aldeias, e elas recebem um salário porque é um funcionário do governo. [Apesar disso, as pessoas continuavam a recorrer às tradicionais] porque (...) de vez em quando a parteira vem de outra área, e elas ainda não se adaptaram bem à cultura da comunidade local. E segundo, tem as parteiras tradicionais lá que já são muito conhecidas e toda o comunidade acredita nelas, e se a idade ainda é menor e depois também ainda é nova, de vez em quando as comunidades não acreditam 'Ah, será que ela pode fazer um parto bom ou não?'. É isso é que elas consideram, por isso é que para fechar absolutamente a parteira tradicional (...) temos de balançar bem. Porque é que não fazemos lá um parceiro, ensinamos elas para fazer um parto bom, mas porque elas também já têm muita experiência para dar partos. Não podem dar partos mas a comunidade acredita nelas, isso é um problema. (...) Durante estes anos, a parteira nova a parteira que está formada nunca esteve aqui, mas a parteira tradicional dá partos para muitas pessoas, o que na realidade não tem problema nenhum; por isso é que criam uma confiança que a parteira tradicional dá partos bem. Se vamos fechar absolutamente isto também é um problema. A solução é isso, é melhor é dar formação em crescer a capacidade, e também se for possível fazer ela a nossa parceira. E geralmente as parteiras tradicionais também já têm muita idade, já são velhas, e para a outra geração eu acho que quando a parteira formada já está em todas as áreas, aí é que podemos dizer 'agora já não vamos ter mais a parteira tradicional' (...), mas por outra parte as parteiras formadas muitas que não querem ir lá na aldeia. Ainda não tem esse programa. (...) Por isso é que o número de mortalidade materno-infantil aqui em Timor, comparado com a outra Ásia ainda é muito alto (Parteira, coordenadora do sector da saúde da OXFAM, Díli).

O importante papel das parteiras tradicionais no que respeita à assistência ao parto é

reconhecido pelo Ministro da Saúde, que tece algumas considerações sobre a qualidade dos serviços de saúde, que necessita de ser melhorada para que as mulheres os solicitem com mais frequência:

> No passado e no presente, como constatou, elas têm um papel importante, eu não diria na área da saúde reprodutiva no seu todo, no ciclo de reprodução da mulher timorense no seu todo, mas algum papel importante particularmente na assistência dos partos, mas mais nisso. Em minha opinião, vai continuar no futuro, particularmente se o sistema formal não providenciar os meios necessários para convencer os utentes de que esta seria a melhor alternativa, e de que o sistema formal estaria a providenciar os serviços seguros e confortáveis. Portanto, é nesse sentido que o Serviço Nacional e o Sistema de Saúde no seu todo vai ter de apostar. Na formação de quadros e na habilitação desse serviço e desse sistema nacional com meios para que esses quadros possam providenciar um serviço que ao mínimo seja percebido particularmente pelos utentes como um serviço de qualidade e de alguma confortabilidade para os utentes. Neste momento nós temos de reconhecer que em termos de qualidade os serviços não estão no patamar desejado. Vai levar muito tempo, quadros, meios, mudança de mentalidade também, e portanto o plano estratégico nacional que vai cobrir o período 2008-2012 contém políticas e estratégias que vão melhorar primeiro a cobertura dos serviços para toda a população, ou para o maior número possível de utentes, e melhorar a qualidade. Enquanto isto não for acessível, as mulheres, as mães timorenses vão continuar a recorrer a essas parteiras tradicionais, particularmente nas áreas mais remotas, embora tenho de reconhecer que mesmo nas áreas citadinas, como Díli, recorrem muito a isso. (...) E do ponto de vista técnico eu pessoalmente penso que o facto de uma mulher ter ou não ter confiança numa parteira depende da percepção da qualidade do serviço, também da confortabilidade. O relacionamento entre o utente e o prestador de saúde, se a pessoa não se sentir confortável com aquela pessoa que está a prestar o serviço, a percepção de confiança não está aí. E é nesse sentido que o Serviço Nacional de Saúde e o sistema têm de apostar ainda mais. Vai levar muito tempo. (...) Alguns peritos insistem na possibilidade do melhoramento do nível educacional das mulheres vir a ter uma influência negativa na utilização das parteiras tradicionais. Mas nas áreas urbanas, não tenho os dados, mas eu tenho a impressão de que alguma parte ou um certo número de utentes dessas parteiras tradicionais são pessoas com algum nível de educação. Portanto, a questão da confiança joga muito nisso. Eu penso que a confiança tem a ver com a percepção sobre a qualidade e a percepção sobre o relacionamento humano (Ministro da Saúde de Timor-Leste).

3.3. Posição da Mulher no Parto

> Quando as dores de parto se tornam muito excessivas, ou se julga ter passado já o dia previsto para dar à luz, chama-se um "lafitcharu" que mastiga um pausito de certa árvore e o cospe, seguidamente, num recipiente de água. Passando depois as mãos por esse unguento, faz massagens sobre a barriga da parturiente para endireitar a criança que pode ter "caído de lado" ou até estar morta. De toda a maneira, a qualquer parturiente costuma atar-se-lhe os pulsos com cordas presas à parte superior do compartimento, de forma a ficar com o tronco erecto, facilitando assim a pressão do nascituro sobre o baixo-ventre... E possibilitando, além disso, que um familiar, colocado por trás, lhe comprima os flancos entre os dois joelhos, expulsando a criança para o exterior. (Gomes, 1972, p. 109)

Estudos recentes realizados em Timor-Leste revelam a adopção, pela mulher, de várias posições para a realização do parto. Thomas (2005) refere que as mulheres de Soibada identificam o agachamento (de cócoras), a posição horizontal (deitadas) e a genuflexão (ajoelhadas). Livermore (2002) e van Schoor (2003) também encontraram, respectivamente em Aileu e Viqueque, uma série de posições usadas pelas mulheres. A utilização de uma cama de bambu ou madeira na qual a mulher se deita é descrita como comum. Uma corda amarrada ao telhado pode ser agarrada pela mulher agachada, auxiliando a sua capacidade de fazer força eficazmente. Van Schoor (2003) descreve o uso de um pedaço de madeira usado como apoio, no qual a mulher coloca os seus pés para apoiar quando faz força.

Segundo os participantes do nosso estudo, quando o parto é realizado no domicílio as posições da parturiente variam entre a posição sentada (*tuur*), ajoelhada, de cócoras e deitada (*toba*). Ao sentar-se, a mulher pode encostar-se à parede ou ter outro tipo de apoio. A parteira tradicional pode colocar-se à frente ou atrás da mulher. Se o seu marido ou outro familiar estiver presente, ele pode colocar-se por trás dela para dar apoio e pressionar as suas costas. Algumas mulheres agarram uma corda:

> É mais fácil sentar. Ela senta-se num banco pequeno ou pedra; quando já está na hora para o parto ela pode ajoelhar e pegar. Podemos pôr uma corda e ela pode pegar, ou senão podemos agarrar na cama e fazer força. Quando tem duas senhoras ela fica à frente e a outra senhora fica atrás para poder ajudar nos ombros; quando ela sozinha ela só fica atrás para aguentar com o ombro e na

barriga. Se ela chegar lá e o marido não está, ela só com a senhora; se o marido estiver, ela fica com o marido, pode ajudar. A mulher está tapada com uma *lipa*, até à cintura (Parteira tradicional *baikenu*, suco Costa, Pante Macassar [Intérprete]).

Conforme a posição que a senhora escolhe. A senhora deita-se, põe os braços atrás do pescoço, esforça, estica os pés nos joelhos da parteira e pode começar a esforçar [Fotografia 64]. Às vezes deitam-se, com os joelhos encolhidos, só com a posição deitada na cama. Ou ajoelhar, e pega a corda [Fotografia 65]. Outras vezes, se não tiver corda, tem de esforçar com as mãos nos joelhos [Fotografia 66] (Parteiras tradicionais *baikenu*, suco Naimeco, Pante Macassar [Intérprete]) .

Fotografias 64. 65. 66. Exemplificação de Posições da Mulher no Parto (Naimeco, Pante Macassar, 2006)





Na altura do parto (...) aqui é costume sentar no chão de joelhos e pegar numa corda para fazer força. Segurar atrás da senhora e ajudar (Parteira tradicional *mambae*, suco Acumau, Remexio [Intérprete]).

Na hora do parto aqui ela faz à vontade da paciente. Se quer dormir, dorme, se quer sentar, senta, se quer pegar na corda também pode. O melhor é com os joelhos no chão (Parteira tradicional *tetun*, suco Suai Loro, Suai Vila [Intérprete]).

O parto é sentada, não fica deitada, quer dizer, nós que vamos ao hospital tem que deitar, mas aqui não, fica só sentada e dá parto. Senta, põe uma pedra lisa ali em cima do *lanten* [em *makasae* é *rese*], e depois a gente ata a corda. (...) Quem quer agarrar na corda pode agarrar na corda, quem não quer, quem tem força, pode pegar só assim nas pernas. A senhora costuma fazer partos tem de

ficar nas costas, atrás, e depois com as mãos ajudar a mulher a fazer esforço (Parteira tradicional *makasae*, suco Gariuai, Baucau [Intérprete]).

Preparam duas cordas ou senão, põem um pau à frente, pegam na corda, na posição sentada [Fotografias 67 e 68] (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Fotografias 67. 68. Exemplificação de Posições da Mulher no Parto (Memo, Maliana, 2005)





Numa exemplificação da posição da mulher *fataluku* no parto, esta está sentada, com os pés presos a uma trave ou a um móvel à sua frente. A parteira tradicional coloca-se por trás, masca, faz *mamunu* proferindo umas palavras, e passa na barriga da parturiente, que também pode agarrar uma corda suspensa no tecto (Fotografias 69 e 70):

Fotografias 69. 70. Exemplificação de Posição da Mulher no Parto (Lore II, Lospalos, 2006)





> Quando está perto para dar o parto, quando rebenta a bolsa da água, elas começam a dizer: 'Esforça, esforça'. Então a mulher tem que esforçar. Às vezes atam as pontas de uma corda num pau qualquer para a mulher pegar na corda e esforçar. (...) Sentadas no chão, depois a parteira sentada atrás, a dizer: 'Força'. Então, ela com os pés empurra uma pedra, para dar apoio para ela poder expulsar a criança para fora (Informadora *fataluku*, Lospalos).

Algumas parteiras referem ter detectado problemas com mulheres que começaram a fazer força muito cedo, quando a dilatação não está completa, acabando com o colo do útero edemaciado ou a não terem força suficiente para o impulso final. Elas são grandes críticas da posição vertical com apoio da corda, referindo que o seu uso esgota a mãe e pode favorecer complicações:

> O hábito daqui é as pessoas põem-se de cócoras; punham uns panos por baixo; quando têm dores puxam a corda. Esta maneira eu acho que não é muito favorável. Pode ser, mas quando tiver contracções é que puxa; ao mesmo tempo faz força e pode ajudar. Mas elas como não têm curso, ao sinal de parto esforçam muito cedo, quando é a altura do parto já não tem força. (...) Já assisti. Quando é para resolver problemas chamam as parteiras. Quando a parteira chega lá, têm a corda pendurada, tem a *daia* mais dois ou quatro. Era a mãe, era a sogra, era a avó... estavam lá ao lado a obrigar a esforçar. (...) Mandava deitar. Depois de observar, vejo que não está na altura e dou um calmante para descansar. Mando repousar e espero umas duas horas. (...) Quando estava edemaciado a gente mandava para o hospital porque já não é favorável para ajudar a nascer em casa (Parteira reformada, suco Bairro Pité, Díli).

> Algumas penduram numa corda, mas assim eu não sei ajudar. Eu mando deitar, abrir as pernas, ponho a mão na perna para poder esforçar, puxar esta perna para cima, levantar um bocadinho a cabeça para olhar para a barriga. Quando a gente vê que o bebé não tem movimento, faz um bocadinho de massagem, e ajuda com a mão. (...) Vi muitas vezes, às vezes aqui em Díli também. Quando me chamam para ir a casa, eu chego e já vi pendurarem numa corda, amarrada lá em cima no telhado e a senhora na posição de joelhos, agarrada à corda. Mas assim eu não quero, eu quero deitada. Se não tiver cama não faz mal, mas tem esteira no chão, depois põe lençóis ou qualquer pano, deita-se e então eu ajudo. (...) As *daias* costumam ajudar com amarrar corda, ou sentar em cima da pedra. Depois, há algumas que deram partos, e ainda não está na hora para o bebé sair e esforçaram, até ficou toda inchada, e chamaram-me a mim. Eu fiquei zangada com esta senhora, a *daia*. Eu observei e disse: 'Ainda não chegou a hora. Ainda faltam tantos centímetros, não pode esforçar, senão logo quando chegar a hora ela quer mexer-se e já não tem força'. E, depois disso,

ela esforçou-se e o bebé saiu e ficou todo azulado, e ela não sabia o que fazer. Pediu ajuda, e foi por isso que eu vim. Eu só peguei em água fria e fiz massagem no peito do bebé, depois misturar água fria com água fervida e fazer morna, dar banho a este bebé e depois enrolar, e depois ficou normal (Parteira do centro de saúde Bairro Formosa, Díli).

As parteiras tradicionais que receberam formação no tempo da Indonésia passaram, geralmente, a fazer os partos com a mulher na posição horizontal:

As *daias*, antes da formação davam os partos com essa posição, agarrada a uma corda, de joelhos. Depois de terem a formação do hospital, então já dão os partos deitadas. A explicação foi que o parto com a corda é muito perigoso para a vida da mãe e também do bebé porque a mãe pega a corda e dá um grande esforço, então a mãe fica fraca e não pode dar bem o parto. Da outra maneira pode também... o bebé cai no chão e pode bater com a cabeça no chão. Também pode obrigar o bebé e a placenta... *kotu*, quer dizer, a ligação do bebé à placenta pode-se partir, ou a placenta pode rasgar. Isto tudo por causa da força que ela faz. Aceitaram e começaram a dar os partos da maneira como no hospital, *toba*, deitadas e puxa as pernas para cima (Parteira, Díli [Intérprete]).

Naquele momento só ensina deitada (...) porque sentada talvez elas têm corda assim, e depois vamos puxar e isso tem perigos para ela, isso não pode, só deita. Porque quando elas puxar muito esta *tali,* depois do bebé nascer o *porcio* uterino sair para fora, prolapso; porque ainda não chegar tempo elas vão puxar muita força e fazer perigos (Parteira do centro de saúde Bairro Pité, Díli).

Antigamente, antes dela participar num curso no tempo da Indonésia, o parto era feito na posição sentada, de joelhos, agarrada na corda. Nessa posição, a parteira está à frente para receber a criança. Mas, depois de participar no curso, passou a ser feito na posição deitada. Depois desse curso é que ela começou a receber materiais do parto. (...) É a mesma coisa para mim, posição sentada ou deitada, mas os instrutores disseram que é melhor usar a posição deitada (Parteira tradicional *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Antes ela sempre ensinou com a posição de ajoelhada. (...) Depois da formação é que aprendeu assim. (...) A posição da mulher é deitada, com os joelhos para cima, sempre ajudada por alguma coisa. Pode pegar na cabeceira da cama, ou pode pegar numa corda, se houver corda, ou não, pegando na cabeça segura no pescoço, com as mãos atrás da cabeça, e faz força. Depende, qualquer posição que a mulher quer. Ela tem que ver uma cama que esteja em condições para o parto, se for no chão também tem que ter uma coisa para pegar. A experiência dela, a princípio, antes de ter formações, no tempo português quando dava parto a si própria era na posição de joelhos, quando teve os primeiros filhos. Sentada, com um joelho para baixo e este para cima. No

> campo, naqueles sítios longe de Balibó, ainda usam essa posição (...) De joelhos no chão, agarram a corda. Diz que o parto nesta posição é um pouco difícil para o bebé nascer (...) porque o nariz do bebé pode rasgar a vagina da mulher ao fazer esforço (Parteira tradicional *tetun/bekais*, Balibo Vila [Intérprete]).

No Quadro 25 são apresentadas as posições utilizadas no parto domiciliário por mulheres pertencentes a diferentes grupos etnolinguísticos. Quer o decúbito dorsal (mais frequente quando o parto é realizado por parteiras oficiais ou por parteiras tradicionais que receberam formação), quer a posição com o tronco erecto, em que a mulher se senta ou ajoelha agarrando uma corda (posição tradicional), são comuns a todos, sendo também referidas posições verticais em que a mulher utiliza outro tipo de apoio:

Quadro 25. Posição da mulher no Parto Domiciliário

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Deitada (decúbito dorsal)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ajoelhada		✓							✓		
Sentada, segurando os joelhos, ou de cócoras	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sentada ou ajoelhada, agarrando uma corda suspensa no tecto	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

As posições para o parto têm sido largamente examinadas e comparadas. As posições verticais (erectas), e também a lateral inclinada, apresentam maiores vantagens do que a dorsal (Murkoff e Mazel, 2008; WHO, 1996, 2003). A posição em decúbito dorsal é provavelmente a forma menos eficaz de dar à luz, quer por não ter o apoio da gravidade, quer pelo risco de provocar a compressão dos principais vasos sanguíneos, e consequentemente poder interferir com o afluxo de sangue ao feto (Murkoff e Mazel, 2008). Durante o trabalho de parto, a mulher deve ser encorajada a colocar-se na posição em que se sentir mais confortável, e a mudá-la sempre que o desejar. Quer a mudança frequente de posição, quer a movimentação da parturiente, não só aliviam o seu desconforto como podem acelerar o processo: o útero contrai-se mais eficazmente, as dores diminuem, o fluxo sanguíneo através da placenta para o bebé aumenta, e o

trabalho de parto é mais rápido (Kitzinger, 1992). Ter uma parede por trás para se apoiar ou uma pessoa para a amparar e ajudar é benéfico para a parturiente. Além das vantagens físicas, podem resultar benefícios psicológicos pelo facto de o marido ter um papel activo no nascimento do seu filho.

3.4. Procedimentos com o Cordão Umbilical

Segundo Van Gennep ([1909] 1981), entre os ritos destinados especialmente à criança encontram-se os ritos de separação, o primeiro dos quais se exprime pela secção cerimonial do cordão umbilical (com a ajuda de uma faca de pedra ou de madeira, etc.), em que a criança é separada do seu meio anterior, a mãe, seguindo-se os ritos relativos ao pedaço de cordão que, dessecado, cai ao fim de alguns dias.

Recorrendo à mesma tipologia de classificação dos ritos, Hicks (1976) descreve simbolicamente o corte do cordão umbilical no momento do nascimento como um rito de separação em que se dá a passagem do recém-nascido do mundo sagrado, quando se encontrava no útero da mãe, para o mundo secular, e a forma como é mantida a sua ligação aos espíritos ancestrais:

> Embora reúna elementos de união e de separação, o ritual do nascimento é sobretudo um ritual sagrado, expressivo. Tal como o casamento e a morte, tem início na casa. Dentro da casa, estendendo-se do solo ao telhado no meio da metade traseira do compartimento, encontra-se um espesso pilar central. Chama-se "pilar ritual". Aqui se unem os espíritos e os seus parentes humanos. Circundando o pilar, a cerca de cento e vinte centímetros de altura do solo encontra-se o altar da casa, ou estante ritual, um objecto de madeira com poucas polegadas de diâmetro. Num canto do aposento encontra-se uma lareira rectangular que consiste em três pedras redondas colocadas em tripé no centro de um tabuleiro coberto de cinza. Os alimentos são cozinhados numa fogueira que arde entre as pedras ou num pote aí colocado. Uma esteira entrançada com folhas secas de palmeira cobre o chão da bambu fendido. Nesta esteira, algures entre o pilar e a lareira, uma mulher grávida dá à luz.
>
> Uma mulher mais velha e experiente actua como parteira. A sua perícia é criticamente observada por tantas mulheres da aldeia quantas o compartimento pode comportar, e a parteira corta o cordão umbilical deixando aproximadamente três polegadas pendendo do abdómen. Este cordão é

> conhecido pelo mesmo nome que aquele que denota um grupo de descendência (*cain*), que também significa "pedúnculo" ou "caule". As três polegadas soltam-se na altura própria. No seu útero materno, a criança viveu no mundo sagrado representado de uma forma simbólica, e os espectadores deste acontecimento interpretam o acto de cortar o cordão umbilical como equivalente à ruptura do laço que une a criança à sua existência espiritual. Doravante, até à morte, este ser humano será uma criatura do mundo secular. A necessidade de manter o contacto (ritual) com os habitantes do mundo sagrado é simbolizada pelo que se segue. A parteira deposita a parte do cordão que cortou numa pequena bolsa que o pai do recém-nascido fez previamente entrançando folhas de palmeira. Ela adiciona-lhe as secundinas, e amarra a bolsa ao pilar ritual, num ponto ligeiramente acima do altar. Coloca as roupas do parto manchadas e outro material sujo na própria estante ritual. Como uma "ponte" entre dois mundos, o pilar ritual é um local adequado para estes símbolos dos benefícios produtivos que derivam dos humanos e dos espíritos ancestrais ao unirem-se. (pp. 30-31, tradução nossa)

Em Timor, tradicionalmente o cordão umbilical é cortado com uma "faca" ou pedaço de bambu afiado (Carmo, 1965; Friedberg, 1982; Renard-Clamagirand,1982; Sousa, 2007). Actualmente, nos partos domiciliários realizados em Timor-Leste as técnicas para cortar o cordão umbilical variam. O bambu continua a ser utilizado no presente, sobretudo em zonas remotas. No entanto, o contacto com outros grupos culturais, nomeadamente portugueses e indonésios, levou à sua substituição progressiva por outros instrumentos. Actualmente usa-se mais a faca, a tesoura ou a lâmina, sendo frequente a utilização de objectos não estéreis, ou mesmo sem serem previamente lavados. Habitualmente, o cordão umbilical (*husar-talin*) é cortado após a expulsão da placenta, pois se isso for feito antes receiam que a placenta "suba", podendo causar danos, ou até provocar a morte da parturiente ou do recém-nascido. A medida para o corte do cordão, desde o abdómen do bebé, é geralmente a de duas ou três falanges do dedo indicador. Os extremos do cordão podem ser atados ou deixados livremente, por vezes após a expressão do sangue em direcção ao recém-nascido:

> É o sistema tradicional, mas também conforme a situação em que eles se encontram. Isto ultimamente (...) talvez nos locais em que não conseguem arranjar tesoura ainda acontece, e há pessoas que elas próprias é que preparam o bambu para cortar aquilo, e confiam mais no bambu do que na própria tesoura que nós cedemos a eles. Se lhes cedermos a tesoura eles preferem o bambu, porque já estão habituados a utilizá-lo, e estão convictos que o bambu é mais cortante do que a tesoura. As pessoas arreigaram-se naquela mentalidade típica da tradição, (...). É a ligação; se não

fizerem assim isso é considerado uma violação da tradição. Em Díli, eu quando na altura já era funcionário, ainda se utilizava [o bambu], mas às escondidas. A saúde naquela altura já estava um bocadinho avançada, e vai até à base. (...). No tempo português (...) éramos levados a não sermos arrastados naquela mentalidade da saúde indígena. Aquilo era proveniente dos delegados de saúde portugueses (Técnico ajudante de farmácia, natural e residente em Díli).

Dantes, para eles cortar o cordão não é com tesoura, eles cortam com bambu. Então às vezes infecção... Mas a gente ensina, vai com tesoura, passando com álcool e depois corta. Dantes poucos recursos então eles usam (...) o bambu, usa lâminas, mas agora já não, agora eles já sabem usar a tesoura. (...) Porque este modo para cortar com bambu tem duas pessoas, outra aqui e outra aqui, e depois puxa, e demora muito para cortar, e faz sangue, nunca pára, mas a gente ensina a usar a tesoura, elas concordam porque tão depressa, assim corta logo, eles contente (Parteira, residente em Liquiça).

Ela usa bambu, espécie de uma faca. Tem que esperar a placenta sair. Se cortamos o cordão antes da placenta sair a senhora morre, porque a placenta sobe outra vez para cima. Se a placenta não sair faz mal para as mulheres que dão parto. A medida do cordão é duas falanges do dedo indicador. Não ata; não põe nada na ponta do cordão (Mulher *baikenu*, suco Usi Tasae, Oesilo [Intérprete]).

Fotografias 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81.
Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteiras Tradicionais e Outras Mulheres *Baikenu* (Oecusse, 2006)

Netuna - Abani, Passabe



Netuna - Abani, Passabe



Sifin - Usi Tasae, Oesilo



Bubneo - Bobocasse, Pante Macassar



Baqui - Naimeco, Pante Macassar



Nopai - Cunha, Pante Macassar



Umenoa - Cunha, Pante Macassar



Oetulo - Costa, Pante Macassar



Ulas - Taiboco, Pante Macassar



Oemolo - Lifau, Pante Macassar



Beneufe, Nitibe



Faca e bambu usavam no tempo português. Depois, no tempo da Indonésia, também continua com bambu mas menos; já utilizaram faca e tesoura. Agora também continua a usar faca e tesoura. Não passam com álcool nem nada. Quando cortar, esperar que a placenta cai e corta. Tem medo de cortar antes, o cordão pode entrar outra vez, pode subir. Diz que no hospital elas cortam primeiro mas sempre tem qualquer coisa para segurar para não entrar. Por isso aqui, como eles não sabem não querem (Parteira tradicional *bunak*, suco Debos, Suai Vila [Intérprete]).

A placenta eu digo *ka'an*; aqui a placenta é *labarik fatin ki'ik* em *tetun*, em *bunak é mea gol golo etan oen tia oen* [*etan*=placenta; *gol*=pequeno; *tia*=grande]; significa há uma placenta grande e outra pequena. A tradição de *bunak* é assim: enquanto a placenta ainda não saiu não se pode cortar o cordão do bebé, depois da placenta sair é que se pode cortar. (...) A medida é assim [tamanho de duas falanges]. Antigamente usavam bambu [em *tetun* é *fafulu*, em *bunak* é *lep*]. Quando elas nasceram os avós usaram bambu, mas agora elas usam tesoura ou lâmina, mas põem sempre uma areca [*bua*] em cima do cordão do bebé para não ferir o cordão. A tesoura ou a lâmina é sempre fervida. (…) Quando o bebé nasce no hospital o cordão é atado, mas quando nasce em casa não atam, é só tapar com as fraldas (Mulheres *bunak*, Tunu Bibi, Maliana [Intérprete]).

Há espaço onde ela tem que cortar o cordão. Este espaço é visível para ela, e o corte é feito de acordo com a medida do dedo. Tem de ter cuidado com o corte do cordão. A placenta liga a respiração entre a mãe e o bebé, por isso tem de saber primeiro se ainda há respiração na placenta ou não. Se é cortado quando a respiração ainda está em circulação, pode provocar a morte do bebé. Só é cortado depois da placenta sair. Ela tem um jeito de palpar a respiração da mãe e do bebé. (...) Ela disse *iis*, que é a respiração e a circulação do sangue. (...) Corta com tesoura, antes era com bambu. No tempo dos portugueses usaram bambu, e no tempo da Indonésia usaram tesoura. Não desinfecta a tesoura, não utiliza álcool ou água quente. (...) Nunca ata o cordão. (...) Não há problema, o sangue não sai (Parteira tradicional *bunak*, suco Tapo/Memo [Intérprete]).

Costuma atar o cordão e depois corta. Esta medida, a distância até ao umbigo [Fotografia 82]. Corta o cordão com tesoura.. (...) Antes de usar a tesoura não costuma passar com algum produto, como água ou álcool. Não usa nada. Corta só quando a placenta sai. (...) Não pode cortar antes, quando ainda não acaba de descer pode morrer. (...) Quando demora a velha mete as mãos e depois tira a placenta (Parteira tradicional *bunak*, suco Beco, Suai [Intérprete]).

Fotografia 82. Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteira Tradicional *Bunak* (Beco, Suai, 2006)



Nessa época usava *usu usu*, bambu. Tem outro nome, *curufuka*, (...) esse instrumento de bambu com dois nós inteiros que antigamente usavam (...) para separarem o grão do algodão [*curu* = comprimir, para separar do algodão; *fuka* = idêntico aos paus das escadas]. Punham em cima do peito da tartaruga, empurravam e os grãozinhos saíam sozinhos. (...) Na altura em que nasce uma criança dentro da casa, (...) como têm sempre ao lado, então tiram esta parte e cortam o cordão. (...) Nos anos 80 começou a usar tesoura. Ela corta o cordão, separa o bebé do cordão, mas a tesoura continuamente agarrada no cordão que ainda está ligado à placenta lá dentro do ventre, e depois espera um momento, até meia hora; se ela não vem então ela ajuda a empurrar, dá uma massagem para que a placenta saia para fora. Já na altura da Indonésia foram lá ao hospital e deram essa instrução. Antigamente, quando a placenta já está toda fora é que elas cortam o cordão. Depois da formação elas cortavam antes da placenta sair do ventre, separam da criança mas a tesoura fica lá agarrada ao cordão (Parteira tradicional *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos [Intérprete]) .

É sempre depois da saída da placenta porque acontece que nós aqui, se não seguirmos isso, o cordão umbilical pode correr acima e afecta lá o coração e morre. Pode ser o *usu usu,* um pedaço de bambu, ou então lâmina, senão usa tesoura (...) para cortar o cordão umbilical. Se o sangue não correu muito então não é preciso atar, mas se o sangue sai muito então é preciso atar. Pode ser um pedacinho de pano para atar, ou pode ser uma linha qualquer. Seguindo a nossa tradição, os nossos usos e costumes, deixa ficar assim, mas agora seguindo os regulamentos dos médicos, então usa-se qualquer coisa para tapar (Mulher *fataluku* de 42 anos, 8 filhos, suco Lore I, Lospalos [Intérprete]).

Fotografia 83. Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteira Tradicional *Fataluku* (Fuiloro, Lospalos, 2006)



Fotografia 84. Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteira Tradicional *Fataluku* (Lore II, Lospalos, 2006)



Fotografia 85. Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Mulher *Fataluku* (Lore II, Lospalos, 2006)



Corta o cordão quando sair a placenta. Não corta antes por ter medo de que a placenta suba para cima. Quando é difícil a saída da placenta, às vezes porque a placenta demora, então corta lá o cordão umbilical mas sempre pondo uma coisa pesada na ponta para evitar que suba para cima. Tesoura é já no tempo moderno, nos tempos mais antigos só usa bambu. No tempo português

também ainda se usava, no tempo indonésio também, e neste momento também pode usar ainda, dependendo se o objecto está perto e se afiado pode cortar. (...). No tempo moderno é que, com as orientações das parteiras, dizem que deve atar a ponta do cordão. No tempo dos avós cuspindo com o *mamunu*, não ata. A distância do umbigo é duas falanges, é com o médio. (...) É uma espécie de grão aí dentro do cordão umbilical, então espreme para cima e para baixo também, e no meio já é vazio, daí é que se corta. (...) Tem que espremer para evitar sangrar. Ainda faz isso. Atar demora, mas se não atar é só três dias já cai. Melhor não atar, eles preferem não atar. (...) Não tapa, não põe nada (Parteira tradicional *fataluku*, suco Tutuala, [Intérprete]).

Antigamente usavam o bambu, *fafulu* [*ulo* em *kemak*]. (...) Amarram com linha, e depois é que corta. (...) Cortam ao meio, depois erguer, depois a parte de baixo, um bocadinho. [Fotografias 86 a 88]. A gente quando vai cortar é assim. [Primeiro corta o bambu, *fafulu*, ao meio; depois afia as duas metades.] Depois a gente corta o cordão assim...Antes, no tempo de Portugal, todos usavam o *fafulu*. Quando os indonésios entraram há certas pessoas que ainda usam, mas depois de as parteiras e os enfermeiros chegarem não, começam com tesouras, *kateri* (*Matan-dook kemak*, suco Sanirin, Balibo [Intérprete]).

Fotografias 86. 87. 88. Técnica de Preparação do Bambu utilizado no Corte do Cordão Umbilical demonstrada por *Matan-Dook Kemak* (Sanirin, Balibo, 2006)





Usou tesoura para cortar o cordão, depois de espremer o sangue na direcção da criança até ficar tudo branco. Lavou [a tesoura antes de cortar]. No tempo dos pais é que usavam bambu, no tempo dos filhos já não. Esta [foi a medida do cordão] [Fotografia 89]. Amarrou com linha e limpou a ponta com água quente. Cortou o cordão depois da placenta sair. Se cortar antes tem medo que haja hemorragia e que a placenta suba para cima, para dentro, e provoque a morte da mãe. O costume é sempre assim. (...) Essa [parteira tradicional] usa lâmina [para cortar o cordão umbilical] (Casal *kemak*, Suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete]).

Fotografia 89. Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Homem *Kemak* (Aidabaleten, Atabae, 2006)



Depois da placenta sair toda é que começam a cortar o cordão. Conforme os avós, o bebé quando nasce depois de sair tem de esperar a placenta, porque cortar primeiro então eles têm medo que a placenta entre outra vez para o útero. Se *alin monu kleur* [a placenta demora muito a sair], também não pode cortar; espera até a placenta sair toda. (...) Dantes, os antepassados, os avós ainda usam fafulu; mas quando o enfermeiro dar parto, então usam tesoura. [Quando a senhora fazia partos às outras mulheres] usava a tesoura, *kateri*. Antes de cortar esfrega álcool, depois é que usa para cortar o cordão. Antes de cortar atava com linha (Parteira tradicional *tetun*, natural de Fatumean e residente em Suai Vila [Intérprete].

Fotografias 90. 91. Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteiras Tradicionais *Tetun* (Suai, 2006)





Cortam *ulikai*, com bambu. Duas falanges [distância do umbigo]. Atam com linha. Tapam com a fralda (Parteiras Tradicionais *makalero*, Iliomar [Intérprete].

Depois da placenta, *roman*, sair é que corta o cordão. Segundo a experiência dela, às vezes demora um bocado, então quando sai a placenta é que corta o cordão. Só corta depois da saída da placenta. Agora, no tempo moderno, alguns usam tesoura, mas no tempo dos bisavós usavam o bambu mais fino para cortar o cordão, *ulu'u*. No tempo português ainda usou bambu, no tempo indonésio já não. Ela diz que é a mesma coisa, mas agora no tempo indonésio já tem tesoura, então usa a tesoura. No tempo da avó ainda não havia tesoura. Ela diz que aquele bambu também é muito afiado. Quando vê a tesoura que já está limpa cortar assim: pega no cordão e espreme-o para um lado e para o outro, e depois corta-o. Mede com o dedo assim [Fotografia 93], depois tira o sangue para dentro, e corta no meio. Deixa assim, não ata (Parteira Tradicional *makalero*, suco Caenlio, Iliomar [Intérprete].

Fotografias 92. 93. Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteiras Tradicinais *Makalero* (Iliomar, 2006)

Iliomar II, Iliomar (2006)



Cainliu, Iliomar (2006)

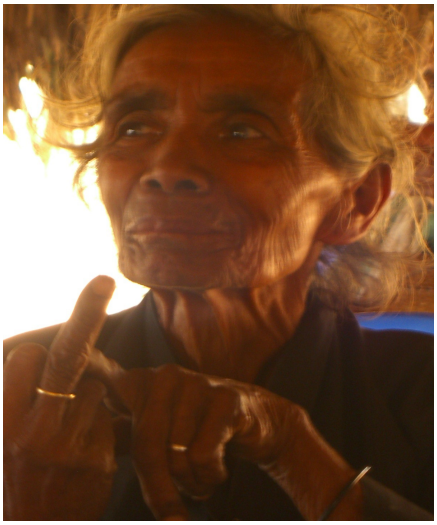


Depois de bebé nascer dá colo, depois pega no cordão, corta o cordão e deita a criança em cima do pano. Se tiver tesoura corta com tesoura, se não tem tesoura corta com faca. (...) Depois de cortar o cordão, esta faca tem de guardar bem e não pode usar. Só depois do cordão estar seco, a ferida estar boa, é que pode usar aquela faca para cortar outras coisas. (...) A placenta sai tudo para fora é que corta. (...) A medida do dedo [Fotografia 96]. Com uma linha ata, depois não põe nada (Parteira tradicional *uaima'a*, suco Bahu, Vemasse [Intérprete].

Não tem tesoura nem faca. Com bambu, *ae*, faz como se faz uma lâmina, afiado nos lados, espécie de uma faca. Corta o cordão, depois a ponta do cordão para a criança amarra com linha para não sair o ar. O sangue e o ar também porque quando a criança respira, se não amarrar a ponta do cordão, pode sair também o ar e então prejudica, mata a criança. (...) O tamanho, primeiro amarrar com a corda aqui, a linha, depois corta-se aqui [Fotografia 97]. Os pais da criança guardam bem [o bambu] em casa. Por exemplo, as casas como aquela ali tem ripas para prender as folhas, então é no meio daquelas ripas (Parteiro tradicional *uaima'a*, suco Caicua, Vemasse [Intérprete].

Fotografias 94. 95. 96. 97. Medida para o Corte do Cordão Umbilical demonstrada por Parteira(o)s Tradicionais *Uaima'a* (Baucau, 2006)

Kotalale - Caibada, Baucau



Bahamore - Ostico, Vemasse



Maukale - Bahu, Baucau



Bamori - Caicua, Vemasse



Quando nasceu cortou com isto, *ulu mata*. É bambu. Quando a senhora faz outro parto, usa sempre esta, guarda para saber quantos filhos quer, e corta outra vez outro novo. A faca está guardada dentro da casa. (...) Limpa primeiro. Nunca costuma atar cordão; ela pega só no cordão, espreme assim. Este é três falanges do dedo indicador, o tamanho do dedo, mas ela tem de deixar este para o corpo da criança, e corta (Parteira tradicional *makasae*, suco Gariuai, Baucau [Intérprete]) [Fotografias 98 e 99].

Fotografias 98. 99. Bambu (*Ulu mata*) usado no Corte do Cordão Umbilical (Gariuai, Baucau, 2006)





Quando a expulsão da placenta está demorada, por vezes o cordão é cortado e a ponta amarrada a um coco ou ao dedo do pé da parturiente:

No tempo da Indonésia houve um caso destes: a placenta, *inoko*[38], demorou a sair, então cortaram o cordão e amarraram-no a um coco ainda verde com um cordel, e depois esperaram a placenta sair. O coco substitui a criança que está ligada à placenta, e espera-se até a placenta sair. Quando demora ela cospe, *tafui* (Parteira tradicional *fataluku*, suco Rasa, Lospalos [Intérprete]).

Em montanha, depois de placenta vai sair é que corta. Eles têm medo que a placenta volte outra vez para dentro, eles dizem assim. Então eles cortam, eles amarram com um paulito ou qualquer coisa, para ela não volta para trás. (...) Senão, eles amarra com uma fruta de coco muito pesado, e vai com a corda e depois amarra aqui, perto do cordão. Mas agora já não (Parteira, residente em Liquiça).

38 *Inoko* significa "irmão mais novo", o mesmo que *alin* em *tetun*

Algumas ainda usam o bambu, mas ultimamente a maioria usa faca. Algumas cortam o cordão antes, e amarram o cordão ao dedo do pé; algumas cortam depois da placenta sair. Têm medo que a placenta suba (Parteiras tradicionais *makasae*, suco Ililai, Lautém [Intérprete]).

Corta primeiro o cordão, põe a criança noutro lado, e depois é que a placenta sai. Antigamente usava bambu; agora, como o bambu já está dentro da casa *lulik*, então traz o bambu só para fazer exemplo, cultura. (...) Para quem nasce em casa, até agora o senhor faz na mesma. Isto vem da origem, antes os avós, bisavós. Com a faca é que corta, e depois de tocar o sangue que está ali na faca toca no bambu, para dizer que é com o bambu que se corta o cordão. Tem que fazer uma faca de bambu, no sentido que os nossos avós antigamente sempre cortaram com o bambu [Fotografia 100]. Corta o cordão, e ata o cordão ao pé da senhora com uma corda, *tali*, de *akadiru* [Fotografia 101]. Tem de atar para não entrar dentro, senão a mulher pode morrer. (...) Quando a criança nasce e não chora, ele não corta ainda o cordão; ele manda a mãe falar muito até a criança chorar, para a inspiração entrar outra vez na criança por meio do cordão. (...) Se cortar directamente, se desligar o fio, pode morrer. Depois de cortar o cordão e da placenta sair, o senhor pega no bambu, toca na faca e guarda ali na casa *lulik* como *lulik*. Três ou quatro dias depois, quando o cordão seco está solto, o pai da criança que nasceu põe juntamente com este bambu e a corda que estava a atar o cordão ao pé da mãe, e leva tudo junto para a ribeira ou uma nascente e põe dentro da lama (...) porque já vem do bisavô, da origem, porque a água é que nos faz nascer, a gente veio da água e a água faz o nosso corpo fresco (Parteiro tradicional *makasae*, suco Lelalai, Quelicai [Intérprete]).

Fotografia 100. "Faca" de Bambu (Lelalai, Quelicai, 2006)



Fotografia 101. Técnica de Ligação do Cordão Umbilical ao Pé da Parturiente com *Akadiru*, demonstrada por Parteiro Tradicional *Makasae* (Lelalai, Quelicai, 2006)



> Segundo a tradição só depois da placenta sair também é que pode cortar o cordão. Quando a placenta demora muito tempo para sair, aqui as *daias* cortam já o cordão, e depois a parte que está ligada à placenta elas atam ao polegar do bebé, da mãe ou então a um pau pequeno e ficam à espera que a placenta saia, porque têm medo que entre outra vez (Parteira do centro de saúde de Aileu [Intérprete]).

No Quadro 26 podem comparar-se algumas práticas relacionadas com o corte do cordão umbilical, nos diversos grupos etnolinguísticos:

Quadro 26. Práticas relacionadas com o Corte do Cordão Umbilical

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Atado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Não atado	✓	✓	✓			✓	✓	✓			✓
"Mungido" para deixar de sangrar		✓	✓		✓	✓	✓				✓
Corte efectuado após a expulsão da placenta (se for antes a placenta pode "subir" até ao coração/a mulher ou o bebé podem morrer)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Corte efectuado antes da expulsão da placenta quando esta demora a sair; para acelerar o processo o cordão é amarrado a um coco, pau, garrafa ou ao dedo grande do pé da mulher			✓				✓	✓		✓	✓

O momento para cortar o cordão umbilical tem sido alvo de alguns estudos. Embora o corte precoce seja mais utilizado em meio hospitalar, foi demonstrado que o corte tardio do cordão umbilical é o processo fisiológico, acrescentando uma quantidade de ferro apreciável às reservas do bebé ao favorecer uma drenagem máxima de sangue da placenta para o seu corpo. Não parece, por conseguinte, que o corte do cordão efectuado após a expulsão da placenta possa ser prejudicial, tratando-se de um parto normal (WHO, 1996, 1999). Quanto à prática, existente em grande parte dos grupos etnolinguísticos, de deixar o cordão livre após o corte, sem o atar, pode ser prejudicial se causar um sangramento excessivo (WHO, 1999).

Ao compararmos, através do Quadro 27, os instrumentos utilizados no corte do cordão

umbilical nos diversos grupos etnolinguísticos, constatamos que a tesoura e o bambu são referidos em todos, sendo a lâmina e a faca também mencionados pela maioria:

Quadro 27. Instrumentos utilizados no Corte do Cordão Umbilical

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Tesoura	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Faca	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓
Lâmina	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Bambu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tradicionalmente, em Timor-Leste o cordão umbilical é cortado com um bambu afiado, à semelhança de outros povos do Sudeste Asiático e da Oceania (Barclay et al., 2005; Condominas, [1954] 1974, 2003; Hart et al., 1965; Hunter, 2002; Jolly, 2002; Laderman, 1982; Leininger, 2002b; McWilliam, 1998, 2002; Mead, [1928] 1943, [1930] 1942]; Morton, 2002; Nydegger e Nydegger, 1963; Vincent-Priya, 1991; Whittaker, 2002). Actualmente, a tesoura e a lâmina são os instrumentos mais frequentes, e por vezes a faca, embora o bambu ainda seja utilizado, sobretudo nas zonas remotas.

Assegurar um corte do cordão umbilical em boas condições higiénicas é essencial para evitar a infecção. Tesouras ou lâminas estéreis são o ideal, mas nem sempre se encontram disponíveis. Nesses casos, recomenda-se que os instrumentos utilizados sejam previamente fervidos. No entanto, constatamos que em muitos dos partos domiciliários são usadas facas de cozinha, lâminas e tesouras de uso corrente, sem cuidados de assepsia. Quanto ao bambu, em muitas zonas remotas está facilmente disponível e é geralmente usado uma única vez. Na opinião de uma parteira profissional da Samoa, que se depara com o mesmo tipo de problemas, é mais seguro utilizar o bambu do que lâminas de barbear não estéreis, causadoras de muitas complicações (Barclay et al., 2005). Há, até, segundo Priya (1992), indícios de que o bambu poderá ter algumas propriedades antissépticas naturais.

3.5. Medicamentos Tradicionais Utilizados no Parto

> O tempo foi passando até que se completaram os nove meses e Biliban sentiu dores de parto. (...) O lugar do parto foi no *Uma Timor*, uma casa tradicional timorense (...). A velha Bidauk, a parteira tradicional da aldeia, foi chamada. Ela fez-se acompanhar de outras mulheres da sua «equipa médica» (...). Para atender ao parto da Biliban, a velha Bidauk mandou preparar água quente, os frutos oleosos de camim, uma corda que depois seria amarrada a um dos travessões do tecto e a uma laje. Biliban sentar-se-ia sobre a laje com as mãos agarradas à corda e executaria o exercício de torcer o corpo durante umas dezenas de vezes, a fim de forçar a criança a sair do útero. Os frutos oleosos do camim, após extraída a parte dura exterior, eram esfregados sobre uma pedra com água, constituindo uma pasta que depois se aplicava sobre a barriga da parturiente, tornando-a macia, a fim de facilitar o parto. Lenha suficiente era preparada para uma lareira que, durante um período de tempo, iria aquecer Biliban e o seu bebé. Ambos deveriam estar dentro, sem poder conhecer o sol. (Sousa, 2007, pp. 42-43)

Ao analisarmos os resultados da nossa investigação constatamos que, nos cuidados à parturiente, as parteiras tradicionais recorrem frequentemente à massagem abdominal com óleo de coco ou *kamii* para facilitar a expulsão do feto e/ou da placenta. Por vezes usam preparados à base de plantas, para facilitar o parto ou quando surgem complicações, tais como trabalho de parto prolongado, retenção da placenta, prolapso e hemorragia. Algumas revelam a composição dos medicamentos tradicionais, outras não o fazem por recearem que as suas receitas sejam usurpadas ou que a revelação do seu conteúdo e propriedades cause a perda da sua eficácia:

> Quando a placenta ainda não saiu usa *kamii* e faz uma massagem na barriga até a placenta sair (Parteira tradicional *baikenu*, suco Cunha, Pante Macassar [Intérprete]).

> Essa senhora sabe medicamentos tradicionais. Usou raiz de *kabas*, algodoeiro. Também se pode usar a folha [Fotografia 102]. Primeiro ferve com água, e depois come (...) para ajudar a contracção. Mais dois medicamentos. (...) *Tufailhoa*, uma planta rasteira, em forma de trevo [Fotografia 103] e *cirkoli*, um arbusto [Fotografia 104]. (...) Estes dois só com folha, juntamente com a raiz. Mastiga e engole o sumo com água. Com estes três medicamentos o parto foi fácil, depressa. (...) Primeiro, para ir buscar esta planta tem de deitar dinheiro. Ela fala um pouco, para poder tirar aquele remédio e trazer para aqui.(...) Também faz partos. A avó [é que a ensinou], era *daia* (Mulher *mambae* de 44 anos, 5 filhos, suco Acumau, Remexio [Intérprete].

Fotografia 102. *Kabas* (Remexio, 2006)



Fotografia 103. *Tufailhoa* (Remexio, 2006)



Fotografia 104. *Cirkoli* (Remexio, 2006)



Quando a placenta demorava muito tempo para sair usava o remédio tradicional, da planta, a casca de *barut malakan*[39]. *Barut* tem muitas formas; esta é branca [Fotografia 105] Pode-se mascar sozinha ou (...) juntamente com *bua malus* [bétel, areca e cal]. Depois de mascar põe nas mãos, depois reza. Depois diz uma palavra assim: *Matiha ain hun ona*. Significa 'cai depressa para baixo', 'rapidamente sair'. É uma palavra que os avós usam para ajudar. Cospe, põe nas mãos, (...), põe as mãos na barriga, depois abana a barriga para cima, carrega para baixo (Parteira tradicional *tetun*, natural de Fatumean e residente em Suai Vila [Intérprete]).

Fotografia 105. *Barut Malakan* (Suai Vila, 2006)



39 Purgueira [*Jatropha curcas*]. *Ahi oan mutin*, em *tetun*.

Quando a placenta demora, usa um remédio tradicional para ajudar que a placenta saia. *Gibubu* são as folhas mais novas, uma planta que nome é *kaikobe*, em *makasae* é *iubu*. Tem de tirar sete folhas do *iubu*, mete dentro da mão, depois põe a mão em cima da cabeça da mulher e sopra na cabeça, nas mãos, no ombro. É só soprar, não diz nada. (...) Ela esfrega nas mãos e depois na barriga [Fotografias 106 a 114] (Parteira tradicional *makasae*, suco Gariuai, Baucau [Intérprete]).

Fotografias 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114.
Forma de Utilização da Planta *Iubu* no Parto demonstrada por Parteira Tradicional *Makasae* (Gariuai, Baucau, 2006)



Além destes medicamentos, as parteiras tradicionais podem recorrer a outras práticas para facilitar o parto e quando surgem complicações. Entre os *fataluku* e alguns *makasae* do distrito de Lautém, é frequente recorrerem ao *mamunu*:

O primeiro que a senhora fez parto a criança teve complicações, na altura do parto. Usou

> medicamentos tradicionais, *mamunu*, um medicamento juntamente com oração dirigida a Deus, *Uruwatu*. Depois que leva esse medicamento, juntamente àquilo esfrega na mão e passa na barriga. Esse medicamento é uma planta trepadeira (...) de nome *sinatui*. Não é folha, mas a ponta da folha, onde nascem as folhas novas, (...) tira-se sete pontas. Isso dá-se a comer com a canja, quando essa senhora está perto do parto. Para ser mais fácil, não existem complicações. Usa medicamento, faz *mamunu*, e depois cospe na barriga; passa na barriga e depois empurra (Parteiras tradicionais *makasae*, suco Ililai, Lautém [Intérprete]).
>
> Se a saída da placenta é difícil fazem um *mamunu*, cospem na água e esfregam na barriga. Há uma doença, *ulu leru*, talvez os restos do sangue, os restos do parto que estão dentro. (...) No tempo indonésio não houve mudanças porque os usos e costumes tradicionais sempre mantém, mas com a entrada dos indonésios, quando o parto é difícil, é só a operação (Mulher *fataluku*, suco Lore I, Lospalos [Intérprete]).

Para ajudar as contracções finais e a expulsão da placenta é por vezes induzido o vómito. A parturiente também pode ser levada a soprar para o interior de uma garrafa, prática que, segundo Kitzinger (1992), é quase universal nas sociedades rurais quando ocorre retenção da placenta:

> Às vezes elas dão partos mas a mãe já e velha, não tem nutrição, tem fraqueza, a placenta custa a sair e há hemorragia. Então elas dão remédio de Timor e sopram na cabeça, na testa, nas mãos e nos pés. Depois do parto esta senhora que dá parto fica de pé, dá força para dentro da garrafa, e bate assim com os pés para a placenta sair (Informadora *makasae*, suco Gariuai, Baucau).

Quando ocorrem prolapsos externos (*horok feto; moras feto*), por vezes recorrem à massagem ou à aplicação de compressas medicinais para desobstruir o canal do parto:

> Quando já está perto para dar parto as pessoas vêm chamar ele, ele leva o remédio, depois dá na cabeça, girar sete vezes na cabeça, depois leva, põe no oratório, acende a vela ali, e depois ele espera para dar parto. Se é difícil e ele vê, por exemplo se ela tem a doença da mulher, espécie de um ovo à frente, prolapso, então ele tem de mastigar o remédio. É uma fruta, põe este remédio juntamente com sete frutas de *kamii*, [*sae* em *makassae*]. Tem de ser sete, *fitu*, porque já vem da origem, (...) e ainda junta mais outros dois. É tudo frutos, *giam*. (...) O nome é *gora* [Fotografia 115]. Este é *fuik*, selvagem, não se pode comer. Este é preto, e ainda tem outro de nome *gora*, um é branco e outro é vermelho. Depois de esmagar tudo aquece ao lume, pôr na bacia com água e põe-se por baixo da mulher. Quando o parto é muito difícil, (...) se vê que o prolapso sai ele dá este

remédio, e se vê que o prolapso volta para o lugar então a criança pode sair à vontade. Depois com um lenço vermelho, limpo, por cima do remédio, ela senta ali em cima, depois o senhor mete para dentro, empurra com este lenço. Há muitas pessoas que às vezes não têm filhos porque têm esta doença, *moras* feto; aqui diz sempre *likur* em *makasae*. Vem da origem pôr dentro do pano vermelho, porque o nosso sangue é vermelho (Parteiro tradicional *makasae*, Baucau [Intérprete]).

Fotografia 115. *Gora*, mostrada por Parteiro Tradicional *Makasae* (Baucau, 2006)



Na literatura sobre Timor encontram-se algumas referências a medicamentos tradicionais usados para facilitar o parto ou quando surgem complicações. Entre os *bunak* de Lamaknen, em Timor Ocidental, Friedberg (1982) recolheu as seguintes informações junto da filha de uma parteira tradicional:

> Caso em que o parto tem boa apresentação: É preciso arrancar a casca de *zaloq*, *Pipturus argenteus* (Forst. f.) Wedd., indo de alto a baixo de forma a que a criança desça depressa; fazendo isso, a seiva que escorre ao longo do caule lá onde a casca foi arrancada; da mesma forma, espera-se que o interior da mulher seja escorregadio, facilitando assim a saída da criança. Com esta casca

que se faz macerar na água, massaja-se o ventre da parturiente. É preciso também cortar a casca de *tilon* (a maior parte das vezes será *tilon lotu* (*Caesalpinia decapetala* (Roth..) Alston), mas esta só pode ser utilizada se cair sobre o solo com a face interior virada para cima. A parteira deve então mastigar esta casca com bétel e, com esta masca, massajar as costas da parturiente começando pela coluna vertebral, seguindo-se as costelas com o polegar e o indicador; para estes gestos é-se reputado de proceder a uma abertura das entranhas como o fariam as espinhas recurvadas de *tilon*, de forma a que a criança saia rapidamente. (...) No parto normal, é a cabeça da criança que se deve apresentar primeiro. Aliás, os bunak acusam esse facto para dizerem que o termo *gubul*, "a cabeça", é a flexão de *bul*, "a base". (...) A má apresentação da criança é atribuída à presença de uma doença que pode descer ao mesmo tempo que a criança. Existem três espécies de doenças deste tipo: *me tolon*, do nome da protuberância que se forma quando um *Amorphophallus* (*me*) germina e que se manifesta por um tumor redondo; *moq tobuq*, que é um tumor que tem a mesma forma da inflorescência masculina da bananeira (*tobuq*); e por fim *sale warak* (*warak* é um termo que significa "muito", e *sale* significa "convidar a"), que é um tumor contendo numerosas ramificações. Enquanto ela efectua a viragem da criança, a parteira mastiga as três plantas seguintes: a casca de *tilon* recolhida na direcção do sol nascente para que a doença suba novamente; folhas de *uluk*, *Barleria prionitis*, de onde foi arrancada uma planta com a raiz tendo o cuidado de não a cortar a fim de que a doença também seja arrancada, e de forma a que os seus espinhos e as suas folhas espinhosas quando são esmagados, separem a criança da sua doença; enfim da raiz de *zul*, *Albizia procera* Benth., apanhada em direcção ao poente, de forma a que a doença desapareça como o faz o sol em cada noite. A mãe também pode mastigar estas três plantas. (...) Quando a mulher sofre muito durante o parto, pode utilizar-se *kalan*, *Phyllantus reticulatus* Poir., em aplicação externa. Com efeito, pensa-se que estes sofrimentos se devem à acumulação de sangue nos locais dolorosos, aplicando-se esta planta que é considerada como muito quente e assim capaz de fazer de alguma forma derreter o sangue que tinha coagulado. (pp. 1079-1080, tradução nossa)

Constatamos a existência de uma grande diversidade de medicamentos tradicionais usados quer para facilitar um parto normal, quer para prevenir e tratar complicações nos três estadios do trabalho de parto. Muitos deles não foram revelados pelos seus utilizadores, outros foram designados nas línguas locais, o que dificultou a identificação de algumas plantas. Consoante cada grupo etnolinguístico apresentamos, nos Quadros 28 a 37, alguns medicamentos tradicionais e respectivos efeitos, apurados na realização do presente estudo:

Quadro 28. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Baikenu* no Parto

Medicamentos tradicionais	Efeitos
Casca de *hau-kase po'at* (papaia) e de *ekam kot-an* (ananás), mascadas pela mulher no momento do parto	Facilitar o parto
Massagem abdominal com óleo de coco misturado com *kamii*, casca de *hau-kase po'at* (papaia) e de *ekam kot-an* (ananás)	Facilitar o parto
Massagem abdominal com *kamii* (*Aleurites moluccana*) mastigado com casca de *nunuh-apane* (gondoeiro), ramo de *kok-naba* e de *usak-neno*	Colocar o bebé em boa posição e facilitar o parto
Massagem abdominal com casca de *nunuh-apane* (gondoeiro) e raiz de *ola-klete* (pepino amargo), mastigadas juntamente com *kamii* (*Aleurites moluccana*)	Facilitar a expulsão da placenta
Massagem abdominal com *kamii* (*Aleurites moluccana*), que pode ser misturado com raízes	Facilitar a expulsão da placenta
Ramo ou folha de *ut-kapas*[40] e folha de *uta-tika*, mastigadas e ingeridas pela mulher	Facilitar a expulsão da placenta
Decocção com casca de *apnas*, ingerida pela mulher	Desencadear a saída dos lóquios

Quadro 29. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Bunak* no Parto

Medicamentos tradicionais	Efeitos
Massagem abdominal com *kamii* (*Aleurites moluccana*)	Facilitar o parto
Ingestão de água onde foi demolhado *ai-fau* (*Hibiscus tiliaceus*) descascado	Facilitar o parto quando surgem dificuldades
Massagem abdominal com *peo* (milho painço) [41] pilado, cozido em água. Também pode ser ingerido	Facilitar o parto
Massagem abdominal com decocção de casca de *kos*[42]	Facilitar o parto
Massagem abdominal com rabo de *tuna* (enguia) seco	Facilitar o parto
Raiz de *geselbe*, mastigada e engolida	Colocar o bebé em boa posição e facilitar o parto
Usu kai (termo indonésio)	Facilitar a expulsão da placenta

40 *Babasa* em *tetun*.
41 *Tora* em *tetun*.
42 *Malakan* em *tetun*.

Quadro 30. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Fataluku* no Parto

Medicamentos tradicionais	Efeitos
Folhas de *venu* cozinhadas com uma maçaroca de milho– antes do parto, durante sete dias, à uma hora da noite, sendo comidas de seguida	Evitar as dores no parto
Parte interior da *venu* colocada dentro de água fria e ingerida juntamente, quando se dá a ruptura da bolsa de água	Facilitar o parto (para ser rápido)
Decocção de *cipituala*, ingerida à noite	Diminuir as dores no parto
Chá de folhas - *asa* de *urufofonu*	Facilitar o parto
Chá de folhas - *asa* de *koikoi*	Facilitar o parto e abrandar as dores
Mamunu (Consiste em mascar, proferir umas palavras específicas e secretas, cuspir - *tafui* na água e esfregar no abdómen)	Colocar o bebé em boa posição e facilitar o parto
Mamunu com folha de *piri paku*, cuja ponta é aquecida e inserida na vagina	Tratar o prolapso uterino
Mamunu	Facilitar a expulsão da placenta

Quadro 31. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Galolen* no Parto

Medicamentos tradicionais	Efeitos
Massagem abdominal com *kamii* (*Aleurites moluccana*)	Facilitar o parto
Chá de casca de *idila mutuk*[43] (*Aegles marmelos*) 2x/dia, antes do parto	Facilitar o parto
Raiz de *taun* (*Indigofera* sp), mastigada e engolida	Facilitar o parto
Rebentos (*dikin*) de *isale goa* e *isale hato*[44] mastigadas, esfregadas nas mãos e usadas em massagem abdominal	Facilitar a expulsão da placenta

Quadro 32. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Makalero* no Parto

Medicamentos tradicionais	Efeitos
Rebento (*dikin*) de *elu*, colocado no topo da cabeça da mulher na altura do parto. Também pode ser cozinhado com os alimentos	Ajudar as contracções

43 *Ai-dila tukun* ou *ai-dila fatuk* em *tetun*.

44 Duas espécies de algodoeiro. A raiz do algodoeiro (*Gossipium herbaceum*) era uma das substâncias mais vulgarmente utilizadas na medicina do séc. XIX como oxitócicas para ajudar o parto (Brodie, 2001). Brandão et al. (2009) faz referência, a partir de diversas fontes, ao uso tradicional da raiz do algodoeiro como emenagogo e em situações de dismenorreia, metrorragia e outros distúrbios femininos.

Quadro 33. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Makasae* no Parto

Medicamentos tradicionais	Efeitos
Água com banana vermelha	Facilitar o parto
Sinatui (planta trepadeira), usada em massagem abdominal e acompanhada de *mamunu*; também cozinhada com canja e ingerida pela parturiente	Facilitar o parto quando há complicações
Gema de ovo, ingerida pela parturiente	Acelerar a dilatação do colo uterino
Ai lia - gengibre (*Zingiber officinale*), mastigado e ingerido pela parturiente	Facilitar a expulsão da placenta
Sete folhas de *Iubu*[45], esfregadas no abdómen da mulher e sopradas sobre a mulher	Facilitar a expulsão da placenta
Gora preto e sete nozes de *sae* (*kamii*), esmagados. A mistura é aquecida, tapada com um lenço vermelho e a mulher senta-se por cima	Tratar o prolapso uterino (*likur*)
Raiz de *wai sole*[46] cozinhada com canja de arroz vermelho	Parar a hemorragia

Quadro 34. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Mambae* no Parto

Medicamentos tradicionais	Efeitos
Raiz ou folhas de *kabas* - algodoeiro (*Gossypium*), juntamente c/ *tufailhoa* e *cirkoli*	Aumentar as contracções; facilitar o parto
Gertu (o mesmo que *hoi* nahar/*koko du*)	Curar o *horok boot* (sai antes do bebé, impedindo-o de nascer - prolapso?)
Tubérculo e/ou folha de *muer isin,* cozinhado e ingerido pela mulher	Dar força à mulher quando o parto é difícil
Tomate bravo, aquecido, colocado no canal do parto	Dilatar o canal do parto
For de *bermau lulun* esfregada nas mãos, usada em massagem no abdómen e nas costas da parturiente / folha esfregada, misturada num copo de água e ingerida	Colocar o bebé em boa posição em caso de apresentação pélvica
Café forte, ingerido pela mulher	Facilitar a expulsão da placenta
Óleo de coco, ingerido pela mulher	Facilitar a expulsão da placenta
Raiz ou casca de *kiso hui*, fervida	Tratar a hemorragia pós-parto

45 *Kaikobe* em *tetun*.
46 *Ran fakar* em *tetun*.

Quadro 35. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Tetun* no Parto

Medicamentos tradicionais	Efeitos
Folhas de *kabura* (*Achrosticum aureum*), cozinhadas e ingeridas pela mulher	Facilitar o parto
Folhas tenras de *kamutik*, cozinhadas com *sasoro* - canja, ingeridas pela mulher	Facilitar o parto
Folha de *babotek* (*Datura fastuosa*), *mamunus dikin* e *tali kubus* (Folha terminal de *Corypha utan*) mastigadas e usadas em massagem abdominal	Facilitar o parto
Decocção com casca de *ai dik* (*Erythrina sp.*), pilada, ingerida pela mulher	Colocar o bebé em boa posição e facilitar o parto
Folha de *klotuk* misturada c/ bétel e mascada, colocada na testa da parturiente	Facilitar o parto quando surgem dificuldades
Sal muito forte misturado com água fria, para a mulher beber. Depois de mastigar o rebento (*dikin*), da planta *ai fau* com a saliva, esfrega no cordão.	Facilitar a expulsão da placenta
Casca de *barut malakan* - Purgueira (*Jatropha curcas*) mastigada (isoladamente ou com *bua malus*), usada em massagem abdominal	Facilitar a expulsão da placenta

Quadro 36. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Tokodede* no Parto

Medicamentos tradicionais	Efeitos
Infusão com três ou sete folhas de *maria moe dor* - maria envergonhada (*Mimosa pudica L.*), ingerida e usada em massagem abdominal	Facilitar o parto
Pó de café sem açúcar dissolvido em água, ingerido pela mulher	Expulsar a placenta
Casca de *kahahi* mastigada pela mulher	Facilitar a expulsão da placenta

Quadro 37. Medicamentos Tradicionais usados pelos *Uaima'a* no Parto

Medicamentos tradicionais	Efeitos
Sete rebentos de folha de abóbora, *aimora lei-o*[47] ou sete rebentos de *direloti*[48] (*Zizyphus mauritiana*) cozinhados com canja, comidos pela mulher no momento do parto	Facilitar o parto
Folhas de *ran mare* (*ran maran*), cozinhadas com caldo de *fos mean* (arroz vermelho), comidas pela mulher até a hemorragia parar	Tratar a hemorragia pós-parto
Decocção de raiz e casca de *badu klua*	Colocar o bebé em boa posição e facilitar o parto

47 *Lakeru dikin* em *tetun*.
48 *Kabura dikin*, em *tetun*.

3.6. Outras Práticas Tradicionais

> Sucede, porém, ás vezes, que a criança se recusa a sair das entranhas maternas, por mais intimativas que lhe dirija a parteira. Esta, num dado momento, com as mãos untadas, verifica que o petiz se instalou defeituosamente, com a cabeça para cima, e não há forma de o virar ao contrário. Caso este complicado, e para o qual não bastam as sabenças daquela perita, aliaz já muito treinada em matéria de obstetricia indígena.
>
> Há que matar-se um frango e consultar-lhe o fígado, para se encontrar a explicação do mistério. O fígado poderá dizer, entre outras coisas maravilhosas: ou que a mulher, já depois de barlaqueada, teve relações sexuais com outro homem, que não o marido; ou então, que existe juramento encoberto. Fazem-se esses juramentos quando um homem é amante incógnito duma mulher solteira, e, não podendo barlaquear com ela, a convence a permanecer celibatária. Ambos, com os dedos, traçam uma cruz no chão, põem na cabeça um pouco de terra, e pedem em voz alta que pela terra seja comido aquele dos dois que venha a barlaquear. O arúspice dá conta á mulher do resultado das suas observações, e ela, por fim, não tem remédio senão confessar. Em tais circunstancias, mentir seria provocar castigos sobrenaturais, inclusivamente a morte, não só da mãe, mas do filho que se lhe contorce no ventre. Segue-se o pedido de perdão ao *faluno*. Pai e mãe da parturiente dirigem-se ao sítio do juramento ou da traição conjugal, levando um carneiro, uma vela, que tem de ser de cera, e a metade duma casca de coco (*tau coro*), com água dentro. Aí chegados, acendem a vela, matam o bicho, comem-no, deixam uns tassalhos para o *faluno* e apagam a vela no *tau côro*. Volvido a casa, o pai preside a esta cena edificante com que se completa o estilo: entrega á filha duas folhas de bétel, a outro homem, que faz de comparsa, outras duas, e a ambos um fruto de areca. Diz o marido: '*Sôbu oho, lolíni oho, hai goba lissána, hai goba laquene boe; ere malu, ere tia!'* O que, em versão libérrima, pode traduzir-se assim: 'Falaste; a tua palavra tudo confessou; afastemos o passado, como afastadas se encontram estas duas folhas de bétel e estas arecas'. Em seguida, mascam as arecas e as folhas; o *faluno* já não tem razão de queixa, e a *tana badae* recomeça as suas experiências, certa agora de que será bem sucedida. (Corrêa, 1935, pp. 19-21).

Quando surgem dificuldades durante o trabalho de parto, muitos timorenses atribuem a situação a problemas familiares, que podem ser querelas, problemas por resolver ou incumprimento de rituais tradicionais. Em Marobo, no distrito de Bobonaro, Renard-Clamagirand (1982) descreve o parto do primeiro filho de uma jovem mulher *kemak* que ainda não tinha sido "chamada", residindo por isso em casa dos seus pais:

> Na véspera à noite, ela perdeu as águas, «águas quentes» *bea banas*, a criança desceu, está no

«local para sair» *raen atin*, mas «o caminho está fechado», *sala meri*. Para aliviar as suas «dores nas ancas» *mgaran da idamar*, o marido pressiona os joelhos contra as ancas da sua mulher, que se encontra agachada perto da porta de casa, devendo a criança nascer «ao pé da porta» *nito pun*. Entre as contracções, ela descansa deitando-se de lado e colocando a cabeça sobre um apoio em madeira. Quando as contracções se tornam mais fortes, ela levanta-se e com as mãos «agarra-se a uma corda», *kibi tali,* fixada no tecto atrás da porta. Embora não haja parteira reconhecida, algumas mulheres são conhecidas pela sua habilidade. Como a criança não parece querer sair, é chamada uma delas. Ela instala a jovem mulher sobre a plataforma exterior da casa e massaja-lhe o abdómen com um «medicamento» *eman*, folhas da planta *lual* molhadas humedecidas com água, depois a mulher volta a entrar em casa; o tratamento parece não ter tido nenhum sucesso. À medida que o tempo passa a assistência vai aumentando; os irmãos mais velhos-irmãos mais novos vêm fazer concorrência e interrogam-se sobre as causas de tais dificuldades. Eles decidem entrar em negociações com os aliados, «falar aos aliados» *toek baen*, para traçar o caminho à criança. Isto parece tanto mais necessário quanto a casa do marido, Bere Boten, está numa relação de casa irmãos mais velhos - irmãos mais novos com a casa da sua mulher, Dasi Ubun Anan Nera. O casamento só se pode fazer graças a uma aliança «que segue» *beibei*, passando pelo intermediário do dador oficial de Bere Boten, a casa Abo Ubun que adopta a jovem mulher para a «desposar» de seguida em Bere Boten. Os tecidos são reunidos e dados em troca dos discos e dos búfalos que a casa do marido se compromete a dar. O dono da casa Abo Ubun serve intermediário; ele masca o bétel e sopra sobre a jovem mulher dizendo:

1. *Kau aun, au ta posi da Bere Boten*,	1. 'Meu filho, depositei-te em Bere Boten;
2. *tau lau salan*,	2. que o caminho se alargue;
3. *ua sole dau don*,	3. que ele (a criança) ande sem parar;
4. *mtura no brau au teha*,	4. recebi os discos e os búfalos;
5. *sole dau don*,	5. anda sem parares;
6. *au te mai ni' igio sai*,	6. vim até aqui;
7. *sala loson sai.*	7. o bom caminho está traçado'.

Ele insufla-lhe de seguida sobre as mãos:

1. P*ua mai sole da sala go*.	1. 'Vem, anda no caminho'.

Mas «a criança tem medo, ela recusa sempre comprometer-se». A mãe está de novo em pé e agarra-se à corda atrás da porta, ela cantarola suavemente num tom queixoso:

1. *Ina kai baipila greati*	1. 'Mãe' 'quando' 'despacha-te'

A assistência responde:

2. *Dau don*.	2. 'Em frente'.

A criança ouve a sua mãe a gemer e apressar-se-á a nascer. É a irmã mais velha que pressiona agora as ancas da jovem mulher entre os seus joelhos e segura os seus ombros nas mãos para ajudar a criança a sair. Perante o fracasso de todas estas tentativas, o pai da parturiente e o seu irmão aconselham-se, há algum tempo que um diferendo os antagonizava há algum tempo e que

tinham deixado de se falar. É uma falha grave, porque os irmãos estão mantidos por uma grande solidariedade e devem resolver os seus conflitos amigavelmente. Assim, eles decidem, perante o aspecto dos acontecimentos, reconciliar-se, porque as consequências da conduta correm o risco de ser suportadas pela sua filha que se encontra precisamente numa situação de fragilidade. Ela é de novo instalada sobre a grande plataforma ao pé do poste masculino. Uma oferenda de bétel é feita aos antepassados, folhas de bétel e pedaços de noz de areca são depositados nos sacos de bétel dos mortos recentes da casa (...). Bétel e areca são de seguida mastigados e o pai sopra sobre a sua filha, dirigindo-se aos antepassados: 'Eu reato o vínculo, tudo está aplanado, os irmãos cometeram uma falta, a criança não sabe nada'. É de seguida enlaçada uma corda à volta do ventre da mãe como «remédio», dizendo: 'Instala-te no lugar certo' e o laço é desfeito para simular o parto. O dia prolonga-se, sendo ainda tentadas diversas massagens de plantas misturadas com *kami* pilado, a criança acabará por nascer pela noite fora... O parto terá lugar, mas menos de uma semana mais tarde a jovem mulher morrerá, a criança viverá e será alimentada pela irmã mais velha. A morte da jovem mulher será imputada, mais ou menos abertamente, à querela existente surgida entre o pai e o irmão do seu pai. (pp. 131-133).

Actualmente, mantém-se o mesmo tipo de crenças quando surgem dificuldades durante o parto. A falta de cumprimento dos costumes ligados à casa tradicional, *uma hadat*, aos antepassados, ou problemas familiares, são situações que podem levar à morte da mãe ou do filho, caso não sejam resolvidas. Algumas parteiras tradicionais referem ter um pressentimento quando ocorre um caso destes:

Isso é uma sorte dela. Antes de ir dar o parto a uma mulher, ela já tem um pressentimento se pode ou não. Se este parto é fácil e não há-de haver nada, ela sai e vai dar o parto, mas se no caso ela sabe em si mesma que este parto vai ser difícil, um deles tem que morrer, então ela não vai. Ela pode ir, pode ajudar, mas diz logo à senhora a quem vai dar o parto: 'Se não cumprirem a vossa promessa, o parto há-de ser difícil, e um de vós há-de morrer. Se fizerem tudo o que eu mando, o parto há-de ser fácil'. Então, eles fazem tudo o que ela diz. Essas pessoas têm que seguir. (...) É tradição de casas tradicionais, *uma lisan*, temos que seguir tudo o que os avós deixarem. Têm que visitar sempre a casa, todos têm que seguir um ritual tradicional. (...) Têm que levar lá *bua malus*, animais... tudo o que a gente promete. Por exemplo: eu estou grávida, eu não faço tudo o que a minha *uma hadat* diz, então eu tenho dificuldades no parto. Então, eu tenho que lá levar *bua malus*, se pedirem uma cabeça de búfalo tenho que levar. Em *tetun* isso diz-se '*halo tuir ne'be mak lia na'in husu*'. Isso é o que os *lia na'ins* pedem, tenho que cumprir tudo isso; se eu não cumprir a morte é certa. Pode haver dificuldades no parto, se não houver dificuldades o nascimento é normal mas um dos dois tem que morrer, a mãe ou o filho. É alguma coisa que já está decidida, dos

antepassados (Parteira tradicional *tetun/bekais*, Balibo Vila [Intérprete]).

> Um parto é difícil quando há um problema familiar; e se não acreditarem que existe o problema familiar, pode provocar a morte da mãe ou do bebé. A parteira tradicional acredita no remédio que usa, que todas estas mulheres aqui têm confiança nela. Quando outras pessoas vêm chamar a senhora para ajudar um parto, ela já sabe o que vai acontecer. Ela já tem pressentimento em relação ao parto, quer a dificuldade durante o parto, quer a longa duração das dores que a mulher vai sofrer. Ela pode saber através do remédio tradicional que está a usar. Então, quando uma pessoa vai dar à luz um filho, vêm chamar e ela já pressente e diz que não pode ir. Se tiverem algum desentendimento familiar, antes de tudo, ela manda resolver o problema para haver paz na família, e depois é que ela vai ajudar o parto. Se não fizerem as pazes, ela não dá o parto (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Segundo Friedberg (1983), aos olhos dos *bunak*, a vida das pessoas e dos grupos sociais está submetida à influência de forças múltiplas agindo no mundo: as dos homens, as dos outros seres vivos, e as de todos os seres do além sob a dependência dos quais se encontra o universo. Para os *bunak* nenhum acontecimento é fortuito, havendo uma causa para tudo. Cada um pode actuar sobre o curso da sua existência e sobre a dos outros, seja directa ou indirectamente, pedindo protecção e ajuda aos seres do além e, em particular, aos antepassados, que são sempre os interlocutores privilegiados. Há também todos os *gomo*, "senhores" dos diferentes elementos e dos altares e pedras que constituem os locais privilegiados de comunicação com o além. A intervenção dos antepassados é solicitada periodicamente por ocasião dos rituais sazonais, ou quando têm lugar as diferentes etapas da vida do indivíduo e das Casas, com a finalidade de eles velarem pelo bem-estar dos seus descendentes. De uma forma geral, é necessário ter o cuidado de não ofender os seres do além, especialmente cumprindo os rituais quando é necessário e como deve ser, respeitar os interditos e as promessas. Mas podem ser cometidos erros sem querer, e pode também ser-se vítima da vingança dos seres do além relativamente ao grupo ao qual se pertence, Casa ou aldeia, devido à acção de um dos seus membros, o que pode ter tido lugar num passado relativamente antigo. Os *bunak* estão portanto atentos a todos os sinais do além e à sua interpretação. Assim, todos os sacrifícios constituem ocasiões para a leitura dos augúrios no baço e no peritoneu. Os sonhos são também frequentemente solicitados e não é raro que de manhã ao acordar cada um conte o seu. São os presságios nefastos que impelem os homens à acção e em

particular a cumprir os rituais mas, frequentemente, porque as oferendas são dispendiosas, aguardam que os factos se instalem, como por exemplo em caso de surgir uma doença, para actuar. Se o mal, ou a doença, parece perturbar um indivíduo ou uma família, procurar-se-á então saber a causa, praticando-se um dos métodos adivinhatórios que permitem *hik sagal*, "procurar o caminho", convocando geralmente um guardião das tradições, um "senhor da palavra" para o efectuar. Existem vários métodos que permitem encontrar a solução mediante um sistema de questões sucessivas pedindo uma resposta por sim ou por não, mas nas quais o campo das respostas possíveis é induzido pelas questões. O exame do baço e do peritoneu de um porco sacrificado para essa finalidade pode igualmente permitir conhecer o porquê de um mal; trata-se então de interpretar os sinais cujo significado é fornecido por um código conhecido por todos. Em todos os casos observados, as pesquisas faziam-se logo na direcção de um ritual não ou mal cumprido e, na maior parte das vezes, do descontentamento de um antepassado ou do dono de um altar cujo sustento por meio de oferendas terá sido negligenciado. Por vezes, todos entram logo em acordo quanto ao ser do além que é necessário honrar e inicia-se a série de rituais reparadores mediante o sacrifício de um porco que lhe será em parte destinado; o baço e o peritoneu são então examinados para determinar, se os presságios forem bons, se podem parar por aí, ou, se forem maus, em que direcção é necessário prosseguir as cerimónias reparadoras.

Este tipo de práticas subsiste em diversos grupos etnolinguísticos. Os *fataluku* referem o recurso a *ina-haran* (curandeiros) e a *navarana* (outras pessoas conhecedoras de práticas tradicionais) para detectarem, através da análise do fígado de um animal e do *mu'u fuka* (corte do caule da bananeira), as situações familiares que deram origem a complicações no parto, e reverterem-nas por meio daquilo que alguns designam por *mininu*:

> Às vezes, problemas entre familiares é que causam as dificuldades no parto. Então chamam o *navarana*, e ele tem que matar um animal para analisar o fígado de um franguinho, e se há ali um problema tem que fazer o *mininu*. Se o fígado continua a manter a posição de acusar, torna-se a procurar. Esta é sua culpa, tem que resolver isto. Depois o processo do *navarana,* mata-se isto ou fazer qualquer coisa para esta culpa ficar sem efeito, para apagar. Acompanha *mu'u fuka*, depois de *mu'u fuka* vai abrir o frango para ver o fígado, depois o fígado é que vai amostrar os sinais; se

bom, ok, está, se continua na mesma torna-se a procurar a causa, e têm que resolver ali. (...) O *ina-haran* tem alguns segredos, este tem outro sentido. Na altura, se quando em posição de perigo é que a gente vai ao *ina-haran* para poder resolver. O *ina-haran* adivinha as causas praticadas pela pessoa, anteriores da pessoa. Ele diz tudo, depois aquele *navarana* é que vai fazer esse *mu'u fuka*, e depois daquilo é que vai fazer uma matança de qualquer animal para fazer a limpeza da causa. Nesta altura já sabe mais ou menos os sinais dentro dos fígados, a causa daquilo. O *navarana* é que lê o fígado; o *ina-haran* tem a missão de adivinhar as causas praticadas pela pessoa. Agora, o *navarana* é aquele que vai fazer com que essa causa pode desaparecer faz o *mininu*. Durante este *mininu* é que eles matam um frango, um animal, para poder ver o resultado do fígado, *leura ari ura*. (...) Pode ser diabo, pode ser os espíritos daqueles que não estão bem controladas, mas sempre acontece qualquer coisa daquilo, essa coisa de *rai na'in*, os espíritos da terra, os donos da terra, ou as almas dos bisavós que ficam mal com aquilo. Isto acontece muitas vezes, e com isto também eles sempre procuram meios para fazer a limpeza daquelas causas. A gente pode dizer que é devido à saúde ou fraqueza, mas eles não, eles têm que procurar saber qual é a causa; se não encontrar então quer dizer que é próprio da saúde. Muitas vezes demora, mas se está em perigo eu tenho que fazer à pressa, mesmo ali, na casa da mulher, ou fazem num sítio sossegado. Muitas vezes salva. Depois do bom resultado ele tem que trazer para dar à mulher a água do coco, ou *vata ira,* é água benzido pelo *navarana*, pelo resultado desse *mininu*. Depois do resultado estar feito é que vem aquele *mamunu* para cuspir dentro da água do coco, *vata ira*, e a gente vai benzer, assim como os padres fazem. Algumas vezes o *ina-haran* só adivinha, só diz, não é *navarana*, mas há muitos *ina-haran* que ao mesmo tempo é *navarana*. Ele sabe, analisa, observa, e ele próprio também fazer, por isso é que pode *ina haran* ou *navarana*, ao mesmo tempo (Informador *fataluku*, suco Mehara, Tutuala).

Em Balibo, um *matan-dook* (curandeiro) é por vezes chamado para proceder a práticas tradicionais, tais como fazer uma oração, dirigir um *hamulak* (oração) aos antepassados, usar um medicamento tradicional e analisar as vísceras de um animal para saber a causa do problema:

Quando há dificuldades nos partos costumam chamar, então ele vai lá com *hamulak*, procurar qual é o motivo que faz com que haja dificuldades no parto. Com *hamulak* pode haver conhecimentos espontâneos, com um sonho, alguém que diga, por causa de procedimentos desta maneira é que pode haver partos difíceis. Primeiro é rezar a Deus, *Maromak*, para dar força ao remédio, segundo pedir aos outros espíritos, dos que já morreram, dos antepassados, *abo sira matebian*. Esse *hamulak* é proferido ao pé da senhora. É segredo, é em voz baixa. Depois de rezar mastiga a casca de árvore, *ai kulit*, juntamente com areca, bétel e cal, e esfrega na parte de baixo, nas costas, na barriga, para o bebé nascer. Não pode dizer o nome da árvore. (…) O que ele sabe não foi

aprendido, parece que foi um sonho. O seu pai também era *matan-dook.* Dois anos depois do pai morrer, em 1990, ele encostou-se no *lanten* e dormiu, *dukur*, desde as 5 horas da tarde até às 5 horas da manhã. Depois de acordar, isto que o pai tinha feito já estava tudo gravado. Mas enquanto o pai estava vivo ele não acompanhava isso; é sinal da nossa geração, desde o avô até agora. Este é um dom que não pode ensinar, só depois da morte é que é uma transmissão automática. Uns anos depois transmite para o filho, que pode estar longe do pai, sem acompanhar nada. Depois da morte o espírito do pai vem comunicar directamente o que é que há-de fazer para esta doença, para aquela, é assim. (...) Ele gosta do trabalho porque pode ajudar outras pessoas, e a recompensa, se podem dar qualquer coisa ou não, ele aceita sempre, depende daquele que foi tratado. (…) Às vezes a parteira trabalha juntamente com ele nos partos difíceis. A parteira está a fazer o parto; o senhor está presente, pega no bétel e na areca, faz o *hamulak* e aplica o remédio tradicional. (...) Depois promete qualquer coisa, por exemplo: 'se der bom resultado nós matamos frangos'. (...) Mata o animal, depois disso é que lê as vísceras, ou o fígado. As vísceras do animal indicam, todos podem ver, isto está bem, está limpo, ou se não está limpo. Se não está bem, então ele tem que procurar descobrir o que é, e depois pergunta à família: 'É assim ou não?' Problemas como por exemplo: os filhos não se dão bem com os pais, os pais zangam e depois desprezam os filhos, então isso pode provocar partos difíceis. Pode ser o genro ou a filha. Ou então, por exemplo, há promessas: 'Eu vou consertar, reconstruir a campa do meu avô'; se não reconstruir é outro erro. Neste caso, é como se o espírito do avô estivesse a cobrar uma promessa. Muitas vezes a dificuldade no parto também pode acontecer por infidelidade da mulher. Se houver casos desses, ele acha, e depois pergunta: 'É verdade que é assim?' Pergunta à mulher na presença da família. Ela está à porta da morte, tem que confessar a verdade. Isso já aconteceu aqui muitas vezes. Depois de confessar, a criança nasce, *labarik moris*. Já aconteceu o problema não se resolver, ou a mulher não confessar, e morrer. E quando se descobre que houve uma infidelidade conjugal, depois da mulher confessar, a família das duas partes, da mulher e do marido, tem que aceitar porque ela está numa situação de perigo, tem que prometer para não haver problemas (*Matan-dook kemak*, suco Sanirin, Balibo [Intérprete]).

Por vezes é um *katuas* (pessoa mais velha) da família quem dirige o *hamulak* aos espíritos dos antepassados, na casa tradicional da família (designada por *uma hadat*, *uma fukun* ou *uma lisan*), para que tenha um bom desenlace.

Dentro dum cesto próprio chamado *koba* eles põem betel, areca e cal, e leva para a *uma hadat*. Põem o cesto no chão ao pé da coluna no meio. Eles pedem às almas dos avós que já morreram para ajudar, para a criança não morrer, para que o parto seja bom. Depois de falar *hamulak* trazem de volta bétel, areca, mascam. Depois *hamulak*, levanta outra vez, tem que ficar ao pé da pessoa que vai ter parto, mascar aquilo, sopram e dizem: 'Vem com cuidado. Nós já pedimos tudo'. Põem

na cabeça da mulher e deixam ficar assim até que a criança nasça. Só quando o parto é difícil é que eles fazem. Um velho ou uma velha, pode ser um tio ou avô, sopra na cabeça e dizer este *hamulak*:

Abo hamulak ne'e	Avó esta oração
ba uma lulik	para a casa sagrada
ba o nia bein oan atu	para o teu neto
moris halo didiak	nascer em boas condições
halo mai ona	e nascer já
ba abó santo matebian hothotu	para todas as almas dos antepassados
fo o nia bein oan ne'e	pedir para que a criança
mai halo didiak.	nasça bem.

(Parteira tradicional *tetun*, Suco Ogues, Maukatar [Intérprete])

Uma pessoa quando o parto está com perigo, os *katuas*, *lia na'in*, a pessoa que já sabe, mandam falar na casa *lulik* para conversar com o espírito, para que o espírito possa salvar a nascença do bebé. Cada família tem uma casa, *uma fukun*. (...) Normalmente é um homem que vai fazer o pedido aos espíritos na *hima bul*, a coluna principal dentro da casa, (...) fala directamente e agarrando a coluna. E depois de falar, quando a situação vai avançando, fica grave ou fica perigo, já começa a usar *tais*, areca, bétel, *malus*, e depois oferece ao espírito para reforçar a primeira conversa com o espírito, e depois se não fica melhor, aumenta mais *bua*, *malus*, *tais*, carne... matam um animal, um porquito, ave, frango... (Casal de informadores *bunak*, Zumalai).

O facto de algumas famílias recorrerem, em primeiro lugar, ao curandeiro e às práticas tradicionais quando surgem complicações no decurso do parto, e só em último caso aos serviços de saúde, é criticado pelos profissionais de saúde:

As pessoas que vivem na montanha têm mais pobreza, mais problemas. Tem de se ter um posto sanitário aqui, ou sendo aqui a clínica móvel, mas cada vez a gente chega lá e eles não têm interesse, não aparecem. E eles vai à cultura, com *sunu lilin*, *hamulak*. E de cada vez nós temos problemas deste permissão, e quando está grave eles vêm para o centro de saúde ou hospital e exigem para ser cura. Isto acontece mesmo com os católicos, fazem este *hamulak*. Primeiro recorrem ao tradicional, usam muito medicamentos tradicionais, e depois quando não conseguem resolver vão ao hospital. Cada vez que acontece com parto (Chefe do serviço distrital de saúde de Oecusse).

Quando há um problema durante a gravidez ou o parto elas chamam o *manane*, *matan-dook* em *baikenu*. Tem que ver a cultura do marido ou da mulher. Ele não faz nada, usa só a mão. Tem que

> mascar alguma coisa, pôr na mão é que podemos falar. Costuma pedir dinheiro. Elas confiam nele. Antes de ir ao hospital, cultura de Timor, temos que chamar este *matan-dook* para ver, e depois vamos para o hospital (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobmeto, Oesilo [Intérprete]).

As práticas curativas tradicionais podem ter aspectos positivos, actuando quer a nível psicológico quer neurobiológico, podendo alterar as respostas bioquímicas e fisiológicas da mulher em trabalho de parto e facilitar o processo. No entanto, a falta de reconhecimento de situações que podem pôr em risco a saúde e até a própria vida da mãe e do filho por parte dos familiares da mulher e de outros intervenientes, incluindo a parteira tradicional, e a relutância em recorrer atempadamente aos serviços de saúde, conferem um carácter negativo a estas práticas.

4. Crenças, Atitudes e Práticas relativas ao Período Pós-Parto (Puerpério)

Considera-se que o período pós-parto ou puerpério tem início no final do parto, após a expulsão da placenta, e dura seis semanas (WHO, 1998). Em muitas sociedades, o parto e o período pós-parto são fases em que a mãe e o filho são considerados vulneráveis. Além disso, é frequente a família, ou mesmo a própria comunidade, encontrarem-se também numa situação de "perigo ritual". Para lidar com as incertezas e os perigos associados a este período, as comunidades tendem a desenvolver um conjunto de crenças e práticas interdependentes, que se enquadram num determinado contexto cultural (Jordan, 1993).

4.1. Formas de Aplicação de Calor e outras Práticas Tradicionais

Em muitas sociedades de tradição médica "humoral" são postas em prática restrições comportamentais e alimentares para proteger a saúde da mulher quando ocorre um parto, encontrando-se esta numa situação de vulnerabilidade, não só física como também "mágica". Numa forma popular e tal como é actualmente observado, o

principal aspecto desta tradição é a classificação do corpo e dos alimentos em quentes e frios, sendo a saúde mantida por meio de um equilíbrio. O parto altera esse balanço humoral, retirando calor ao corpo da mulher e tornando-a especialmente vulnerável ao frio. Este pode impedir a circulação sanguínea, dificultar a saída dos lóquios, atrasar a recuperação da puérpera ou causar-lhe doença e até mesmo a morte. São então tomadas medidas restritivas, sendo a mulher confinada à sua casa e frequentemente a um quarto fechado durante quatro a seis semanas. Durante este tempo é agasalhada, a água do banho é preparada com ervas e especiarias quentes, e a sua dieta inclui apenas alimentos, bebidas, remédios e ervas classificadas como manifestamente quentes. É frequente, nas sociedades do Sudeste Asiático, fornecer calor externamente para "secar o útero" (Manderson, 2003).

Em Timor-Leste, o calor também é um elemento essencial após o nascimento. As mulheres costumam agasalhar-se após o parto e o contacto com o frio é evitado. O recém-nascido também deve ser mantido afastado do vento e do frio. Encontram-se, na literatura referências a práticas tradicionais de aplicação de calor no período pós-parto, que incluem a ingestão de bebidas quentes, o banho à puérpera com água quente e a sua permanência junto da fogueira:

> À parturiente, no aposento em que deu à luz, é dado banho em água muito quente, por mãos experientes de mulheres mais idosas, que vão lavando e fazendo pressão. Junto do *lanten*, onde a parturiente repousa, é acesa fogueira com lenha de determinadas árvores de presumidas virtudes especiais para o caso. A temperatura interior eleva-se rapidamente, auxiliando a acção do banho quente, na limpeza e secagem daquela. As janelas, se o aposento alguma tem, conservam-se fechadas. A atmosfera torna-se irrespirável devido à combustão de ramos verdes. A fumarada irrita os olhos. A parturiente se é fraca ou teve parto doloroso, não suporta semelhante purgatório, e tem contínuos delíquios. A criança é, por vezes, vítima também daquele ambiente, donde não sai sem que se tenham observado determinadas cerimónias gentílicas: É a chamada «descida do *lanten*», que dá ao recém-nascido a segurança do exterior contra os maus espíritos. (Martinho, 1943, pp. 191-192)

> Quando têm lugar as primeiras dores do parto, arma-se na palhota um *lantém* especial, o chamado *malobe*, sobre o qual a mulher permanece durante dias, sob o calor e a fumarada duma lareira, a *ata lia*. Esta é feita com uma grade de ramos, acadiro ou coqueiro, sobre a qual se colocam lages,

terra e pedras redondas, queimando-se galhos de *ate lémi* (tamarindo) e *caidáua*, árvores consagradas para aquele fim. Entretanto, a parturiente vai ingerindo xaropes quentes (*sari*), compostos de água onde se pôs a ferver, durante um quarto de hora, a raiz de certa árvore, e coloca, sobre o baixo ventre, panos molhados em água tépida. (Corrêa, 1934, p. 17)

O parto tem sempre lugar em casa. A mulher coloca-se de cócoras sobre o *lantém* (cama ou, mais pròpriamente, a tarimba nativa), junto do qual o marido acende uma fogueira que servirá para aquecer tanto a água com que a mãe e filho serão lavados, como o próprio ambiente (não esqueçamos que a região, dada a sua altitude, é bastante fria). A fumarada que se espalha pelo interior da cabana torna-se quase insuportável, havendo numerosos casos em que o bebé e até mesmo a mãe chegam a morrer asfixiados. Isso não os impede, porém, de continuarem a manter o uso, mesmo até em regiões de clima quente, como Díli ou Manatuto, onde a temperatura já o não justifica (é, de resto, um costume espalhado por quase toda a ilha). Os informadores a quem interrogámos sobre o assunto, para saber se haveria nisto qualquer intenção de carácter sobrenatural, não nos souberam responder. De uma maneira geral, neste e em muitos outros assuntos (...), limitam-se a apelar para a tradição, dizendo: «Foi sempre assim; já os pais dos nossos avós assim faziam; etc.». (Carmo, 1965, pp. 34-35)

Ingestão de Água Quente

Em Timor-Leste, a ingestão de água quente (*emu be manas*) pelas puérperas é uma prática muito frequente e generalizada em todos os grupos etnolinguísticos. As suas principais finalidades são favorecer o estado de saúde da mulher, facilitar a produção de leite e a expulsão dos lóquios, e evitar que "o sangue branco suba à cabeça" (*ran mutin sa'e ulun*), situação descrita como aquela em que uma mulher adoece e pode ficar louca ou morrer. Também há quem considere que pode prevenir a gravidez:

Tomam água quente durante muito tempo. Há mulheres que bebem até dois meses, outras mulheres tomam durante mais tempo. Quando já não toma água quente, ela pode ficar grávida rapidamente por causa de ainda estar...em *tetun* diz-se *ran sei nakonu* [estar cheia de sangue, o sangue ainda está na barriga]. Isso evita a gravidez, porque se não tomar água quente ainda é produtiva, *subur. Be manas* é também para ajudar o leite do bebé, para limpar os restos do sangue que estão na barriga, e também para evitar o *anin aat* [vento mau] (Parteira tradicional *tetun/bekais*, Balibo Vila [Intérprete]).

Depois do parto, beber água quente serve para aumentar leite da mãe, e para ajudar a remover os

restos do sangue coagulado, e para evitar que o corrimento suba à cabeça, *ran mutin sae ulun* (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Esse costume de depois do parto tomar água quente já é uma descendência, já vem de longe. Então nós, nos hospitais, no tempo da Indonésia, nem que seja uma enfermeira ou uma parteira, temos essa tradição e fazemos isso em prática. Se não tomar isso dizem que *ran mutin sa'e*. Bebem água quente até seis meses, sete meses, um ano. Ela também não pode tocar em água fria durante quarenta dias. É um costume que se mantém até agora (Parteira, Díli [Intérprete]).

Bebem água quente, *oe maputu*, durante dois ou até três meses. É bom para nós, para fazer fortes, para limpar a sujidade que está dentro do útero, e também para ajudar o leite da mãe (Parteira tradicional e outras mulheres *baikenu*, suco Lifau, Pante Macassar [Intérprete]).

Depois do parto todas as senhoras timorenses sempre tomam água quente, não é água gelada. Elas dizem que não é só por causa do leite, mas também têm que tomar água quente para que os restos de sangue do parto possam sair. Todas tomam água quente porque têm a crença que com a água quente podem melhorar a saúde, com água quente aumenta o leite, e com água quente pode-se crescer (Chefede saúde do sub-distrito de Iliomar).

Ingestão de Bebidas Alcoólicas

Thomas (2005) refere que, em Soibada, a ingestão diária, pela mulher, de três colheres de sopa de vinho no primeiro mês após o parto é considerada, por alguns, como promotora da recuperação e boa saúde da mãe, mas "não demasiado senão o bebé ficaria embriagado" (p. 100). Também são identificadas, em todos os grupos etnolinguísticos estudados, mulheres que ingerem bebidas alcoólicas após o parto, para "aquecer", "dar força" e facilitar a saída dos lóquios:

Quem é de Díli, da cidade, tem *whisky*, ou têm *tua sabu*. *Tua sabu* é destilado. Dizem que têm que beber para expulsar os restos do parto (Parteira reformada, Díli).

Elas dizem que beber vinho, *tua*, é bom para fazer limpeza no útero (Mulheres *baikenu*, suco Naimeco, Pante Macassar [Intérprete]).

Agora a mãe está a beber vinho, álcool. *Tua ulu*, aguardente simples, de Timor, vem da palmeira. Para ver se o resto de sangue que está dentro do corpo, da barriga, sai tudo. Meio copo pequeno,

> três vezes por dia, durante um mês inteiro (Mulher *bunak*, cerca de 38 anos, recém-mãe do 6º filho, suco Lalawa, Tilomar [Intérprete]).

> É costume beberem água quente e *tua* forte, vinho forte até quarenta dias. Um cálice por dia a cada refeição para aquecer e para limpar os restos do parto (Chefe do suco Samalari, Baucau [Intérprete]).

Algumas mulheres apertam a *lipa* sobre as mamas quando ingerem álcool, acreditando que dessa forma este não passa para a criança quando é amamentada:

> Quando bebe álcool, tem de atar a *lipa* ou o *tais* e aperta na mama, para o álcool não poder entrar dentro do leite para o bebé não tomar. Duas horas depois de beber pode tirar. Como aqui na montanha não tem remédio, ele pode servir de remédio (Parteiro tradicional *makasae*, suco Lelalai, Quelicai [Intérprete]).

> Depois do parto tem de beber *tua arak, tua sabu*, mas é forte. É para limpar a barriga. Tem de atar a mama com uma *lipa,* aperta a mama duas horas de tempo é que bebe o vinho, para não pode entrar na mama, para a criança não beber, porque a criança ainda é muito mole, pode estragar a barriga e pode estragar a criança. Um pouco, um copinho duas vezes só; de manhã, depois de tomar banho com água quente, e à tarde, depois de tomar banho, durante 40 dias (Parteira tradicinal *uaima'a*, suco Bahu, Baucau [Intérprete]).

Uma bebida alcoólica indonésia específica para o período pós-parto, *Anggur Beranak*, também designada por *Anggur bersalin*, é ingerida por algumas puérperas timorenses:

> Algumas senhoras tomaram um vinho da Indonésia que se chama *Anggur bersalin* (é um tipo de vinho próprio para depois do parto). Depois do parto, dizem que há normalmente hemorragia, que perdem muito sangue, e há esse vinho para restabelecer, para dar mais força (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Por vezes são adicionadas outras substâncias ao álcool. Uma parteira tradicional *tokodede* e a sua cunhada, residentes no suco Dato, em Liquiça, referem a utilização de uma bebida composta por vinho de palma (*tua sabu*), banana criança (*hudi labarik*), ananás e açúcar, que vai ao lume até o açúcar caramelizar. Durante um período de quarenta dias, podendo estender-se até três meses após o parto, a mulher toma um copo

duas vezes por dia, pois, segundo dizem, "faz o corpo leve, *isin kamán*, dá vontade de trabalhar".

Banho com Água Quente

O banho da puérpera com água quente (*harís be manas*) constitui outra forma de aplicação de calor frequente após o parto, cujos objectivos são idênticos aos da ingestão de bebidas "quentes". Normalmente, a puérpera é ajudada por outra mulher, que pode ser a parteira tradicional ou um membro da família, que lhe dá o banho usando um pano embebido em água quente, e com ele vai exercendo pressão no abdómen e noutras partes do corpo. O cabelo não pode ser lavado nos primeiros dias após o parto pois pode provocar "o sangue branco subir à cabeça" (*ran mutin sa'e ulun*):

> As senhoras dizem que depois do parto sentem frio e têm que tomar banho com água quente, *harís be manas*, umas até seis meses, outras até um ano. Depois do parto só lavam o cabelo com água morna passados três dias, uma semana. Têm medo que o sangue suba à cabeça, *ran sae ulun*, e a mulher fique muito pálida. Até agora continuam (Homem *kemak*, suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete]).

> Depois do parto não consomem remédios tradicionais mas bebem água quente, tomam banho com água quente, fervida. Põe toalha dentro da água bem quente, espreme nas costas, e carrega com a toalha na barriga. Chama-se *hanas feto nia isin* em *tetun*, aquecer o corpo da mulher. É para o útero da mulher voltar ao normal, para fazer os restos de sangue coagulado, que dizem que é sangue mau, *ran maten,* sair da barriga, e dar espaço à gravidez também (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

> Depois de nascer a criança, a mãe toma banho com uma toalha pequenina, mete dentro de água quente, passa na barriga, nas costas, nas pernas, no peito, para que a mãe continue a ter boa saúde; e lavar a sujidade que a mãe tem dentro da barriga; e para que o leite continue a ser quente para a criança beber. Com uns pachos quentes, durante dois ou três dias quando eles vêem que ainda tem sujidade. Depois, se já não tem toma banho normal, mas tem de ser com água quente (Parteira tradicional *tetun*, suco Ogues, Maukatar [Intérprete]).

> Depois do parto é logo um banho com água quente, *be manas*. Usam a toalha e põem água quente para pôr aqui na barriga para poder tirar o resto do sangue. Não podemos mexer na água fria

(Parteira tradicional *mambae*, suco Lihu, Railaco [Intérprete]).

Quando dá à luz, tem que se usar água quente, este é o principal para elas. Eu também quando dantes partos, toma banho com água quente, compressas, aqui, barriga...Isso é para ajudar a tirar os restos do sangue. [Se usarem água fria] o resto de sangue não sai, e pode ficar também com essa doença, *uliras*, dor de cabeça. Quando apanha *uliras* não cura, pode ficar maluca, *bulak*, ou pode morrer. Dizem que a água quente é medicamento, remédio. Bebem também água quente. Ainda hoje fazem isso (Parteira, Liquiça).

Bebem água quente durante dois ou até três meses. É bom para nós, para fazer fortes, e também para limpar a sujidade que está dentro do útero. E também para ajudar o leite da mãe. O banho com água quente, igualmente com a água quente que nós bebemos. Depois do parto, uma senhora é que pode dar-nos banho para carregar. Até uma semana, depois de uma semana só a mãe sozinha (Parteira tradicional *baikenu*, suco Lifau, Pante Macassar [Intérprete]).

Temos que tomar banho de água quente três, até quatro meses. É com um pano ou uma toalha grande, carrega na barriga. A parteira é que dá banho à mulher que faz parto. É bom para fazer força no corpo inteiro [Fotografias 116 a 118] (Mulheres *baikenu*, suco Nipane, Pante Macassar [Intérprete]).

Fotografias 116. 117. 118. Demonstração de Técnica do Banho à Puérpera (Nipane, Pante Macassar, 2006)



Toma banho com água quente, há umas que leva até 30 dias. Não pode lavar a cabeça, só depois de 40 dias é que lava com água quente. Porque quando ataca, porque nós ainda estamos de sangue, a cultura diz que aqui não se pode pôr, a barriga ainda está tudo ferida, não pode tocar água fria, nada, nada, nem lavar os cabelos, senão pode acontecer o mau vento, diz que *anin aat*, *ran sae ulu* (Parteiro tradicional *uaima'a*, suco Caicua, Vemasse [Intérprete]).

O *kamii* é por vezes utilizado no banho ou em massagens:

> Durante três ou quatro semanas, quatro vezes por dia, o banho com água quente e *kamii*. A mãe tem que ser com água quente, não pode ser com água fria porque apanha uma doença (Parteira tradicional *tetun*, suco Beiseuc, Tilomar [Intérprete]).

Os *fataluku* também recorrem ao *mamunu*, reforçando o efeito do banho:

> Sempre tomam banho com água quente. Segundo os usos e costumes dos avós, com o sal de Laga, cospe e faz um *mamunu*, depois põe dentro de água quente e usa isso, esfregando na barriga para baixo para que os restos do parto saiam (Mulher *fataluku*, 42 anos, 8 filhos, suco Lore I, Lospalos [Intérprete]).

Permanência junto à Fogueira

A permanência da puérpera junto a uma fogueira é comum a vários povos de países do Sudeste Asiático (Barbaut, 1990; Hanks, 1963; Hart et al., 1965; Laderman, 1983; Manderson, 2003; McWilliam, 2002; Poulsen, 2007; Teljeur, 1994). De acordo com Manderson (2003), o fornecimento de calor externamente serve para "secar o útero". Segundo Laderman, 1983, esta prática é consonante com os princípios da patologia humoral. Barbaut (1990) refere tratar-se de um rito de purificação cuja não realização pode levar a que se abatam sobre o recém-nascido diversas infelicidades.

Esta prática é observada em Amanuban, região de Timor Ocidental habitada pelo povo *Atoni Pah Meto*, de língua *dawan* - sendo o *baikenu* um dos seus dialectos, de acordo com Hull (2004). Após o nascimento, mãe e filho sentam-se numa plataforma de bambu denominada de "assadora", aí permanecendo inicialmente durante quatro dias e noites, transpirando profusamente. A lareira é mantida acesa durante todo o tempo, para aumentar a temperatura da casa, e vão sendo colocadas pelo marido brasas quentes sob a plataforma. Este período, considerado crítico para a segurança de ambos, simboliza claramente a transição que o bebé faz do útero para a esfera exterior da sociedade. Numa interpretação local, o propósito deste sobreaquecimento é a remoção do "sangue morto"; caso contrário, poderia espalhar-se através do corpo da mãe causando febre e infecção. Além disso, se a mulher descer da plataforma durante este primeiro período, a

sua saúde e a da criança podem ficar comprometidas. Passado esse tempo podem então descer e tomar banho em água quente, mas durante os quarenta dias que se seguem ao parto o bebé deve permanecer dentro de casa, na plataforma (McWilliam, 2002).

Entre os *tetun* de Wehali, em Timor Ocidental, durante os primeiros dias do pós-parto e até o coto umbilical (*husar*) se desprender do abdómen do seu filho recém-nascido, a mulher costuma permanecer no local onde deu à luz (*ai lala'o*) "para aquecer e limpar o seu corpo de costas viradas para a fogueira " (Therik, 2004, p. 192, tradução nossa). O termo usado para designar esta prática é *hatuka ha'i*, considerada, pela população, uma forma de limpar o "sangue morto" que ficou no seu corpo, de restabelecer as forças da mulher perdidas no trabalho de parto, de recuperar a "linha" e de favorecer a produção de leite materno. Embora a importância simbólica do *hatuka ha'i* nem sempre seja clara, há quem dê uma explicação relacionada com o mito da origem, que Therik (2004) descreve, classificando esta prática como um rito de passagem relativo à mãe e ao filho:

> De acordo com o mito, após o nascimento de Ho'ar Na'i Haholek, a sua mãe disse-lhe:
>
> | | |
> |---|---|
> | *baa hatuka ha'i iha lolo leten baa* | (eles) vão aquecer o seu corpo junto à fogueira no mundo de cima |
> | *wai matan natene, wai oan natene* | (para) serem criados e se tornarem instruídos |
>
> Neste mito, é narrado que a mãe e o bebé foram para o mundo de cima para aquecer as costas da mãe viradas para a fogueira. Ambos ficaram em isolamento durante um período de tempo 'para serem criados e receberem conhecimentos sobre a vida'. Para detalhar mais a finalidade simbólica deste ritual de aquecimento, disseram-me que, após o nascimento, a mãe e o bebé são ritualmente 'quentes' e 'selvagens'. O ritual de aquecimento é então uma fase limiar entre o ritual aquecido/selvagem e frio/domesticado. Ao serem pessoas 'aquecidas' e 'selvagens', representam um perigo para a vida e devem por isso ser isoladas. Durante o período de isolamento, o calor da fogueira torna-os ritualmente 'frios' e 'mansos', ou seja 'serem criados e tornarem-se instruídos' tal como está estabelecido no mito. Assim, quer a mãe quer o bebé são descritos como passando por um processo de domesticação durante o qual eles passam de pessoas selvagens e ignorantes para pessoas mansas e instruídas.
>
> (...) Assim, além das razões práticas para a limpeza do próprio corpo, aquecer-se é também uma categoria de rito que marca a passagem de uma mulher de pessoa selvagem para mansa. Para o bebé, o período de isolamento é também uma fase limiar entre o nascimento físico da criança dentro da casa e o nascimento social da criança fora da casa. (pp. 192-193, tradução nossa)

Traube (1986) faz uma analogia entre esta prática e ritos de transição associados à agricultura e à antiga mitologia *mambae*. De acordo com esta mitologia de origens comuns, todos os povos do mundo descendem das divindades masculina e feminina ancestrais e são parentes de seres não humanos. Em Timor, onde os vários povos se consideram como autóctones ou imigrantes, os *mambae* consideram-se os filhos mais velhos da Terra e do Céu, pelo que herdaram deveres rituais inalienáveis. O desempenho ritual é para os *mambae* o símbolo dominante da sua cultura. A actividade paradigmática, culturalmente definida, é a promoção da fertilidade e da prosperidade, que são desigualmente distribuídas, podendo a produtividade agrícola ser interpretada em termos de modelo antropomórfico da terra:

> Os *mambae* evidenciam a extinção do fogo da terra como o principal elemento dos ritos. O mesmo acto é realizado quando uma mulher dá à luz. Ambas as observâncias têm significado mitológico, e é frequentemente salientado que a Terra Mãe deu à luz a sua prole à Noite. A Fogueira é associada à separação da Noite do Dia, pois o fumo do Fogueira da Mãe torna o olho do Céu saltar da sua órbita para se tornar o globo do sol. Assim a extinção do fogo da terra no momento do nascimento das plantas e dos seres humanos sugere uma recreação das origens. Os Mambai dizem sobre ambos os actos: "Nós seguimos a Nossa Mãe", ou "Nós seguimos a terra". (p. 158, tradução nossa)

Ao analisar os mitos e os ritos dos *bunak*, Friedberg (1980, 1982) faz uma analogia entre a terra e a mulher: aos olhos dos *bunak*, a terra não poder ser fecunda a não ser que tenha sido queimada pelo sol e pelo fogo dos homens, e o facto de as mulheres, após terem dado à luz, terem de permanecer junto à fogueira como se esta fosse necessária para que elas venham a encontrar-se de novo fecundas. Observa ainda que a fertilidade da terra também provém da sua "cozedura" através da conjunção do calor e da chuva; no caso da mulher, para que se dê o retorno à fertilidade ela também deve ser "cozida". Assim, durante o *hoto tuka*[49] são pressionados, sobre o corpo da mulher, panos embebidos em água a ferver. À semelhança do os rituais agrícolas dos *bunak*, em que o

49 Quando uma mulher dá à luz, o seu marido prepara a madeira que servirá para alimentar a fogueira da qual ela não se deve afastar durante vários dias (antigamente eram, segundo consta, 28 dias). A esta prática dá-se o nome *hoto tuka*, "arranjar a fogueira" (*tuka* significa mais exactamente colocar a madeira entre as três pedras da lareira). Os *bunak* justificam-na explicando que "tal impede impede que o sangue sujo, dizem uns, coagulado, dizem outros, que permaneceu no interior da mãe, lhe suba à cabeça, o que seria extremamente perigoso" (Friedberg, 1982, pp. 445-446, tradução nossa).

masculino e o feminino envolvem uma distinção entre as categorias "cozido" e "assado", Friedberg (1980) estabelece um paralelo entre a terra e a mulher, que se expressa nos rituais que se seguem ao nascimento:

> Tal como noutras populações do arquipélago e do continente asiático, uma mulher Bunaq deve permanecer junto de uma fogueira preparada pelo seu marido. Mas o fogo não é suficiente; a parte superior do corpo da mulher deve ser pressionada com panos embebidos na água que é mantida permanentemente na lareira. Para restabelecer a sua fertilidade – ou seja, para renovar as sementes femininas – uma mulher Bunaq deve ser "cozida". Da mesma forma, a terra é "cozida" quando, superaquecida pelo sol e pelo fogo do homem, recebe as primeiras chuvas que se evaporam na sua superfície.
>
> A associação da água e do fogo é o atributo da mulher. A carne cozida é o alimento de um casal de esposos. Um solteiro apenas come carne que foi assada ou tostada. O homem lida com o fogo; o marido prepara a lareira para a sua mulher quando ela dá à luz; ele acende o carvão; ele vagueia ao longo de todo o dia no calor do verão para caçar porcos selvagens para que a aldeia possa recolher sementes masculinas. Mas o seu sémen é frio. As sementes masculinas são as que nasceram da metamorfose do ser sacrificado no altar do campo, pois estas são as sementes que são introduzidas na terra. Como tal, elas não podem ser cozidas, tal como indica o episódio da cobra. A evocação de lágrimas e especialmente de humidade e muco é clara. O que está de facto envolvido é "esperma" para a terra, e a chuva é meramente um aspecto deste esperma. No entanto, deve ser realizado um novo ritual no altar de cada campo para arrefecer outra vez as sementes com o sangue de um porco. (p. 281, tradução nossa)

Para Friedberg (1982), a vinda ao mundo de um novo ser humano e o parto de uma mulher são dois aspectos claramente distintos nos rituais do nascimento, embora muitas vezes tratados simultaneamente, dos quais o mais visível é o que diz respeito à mulher, que se manifesta por *hoto tuka*:

> Quanto aos rituais associados que seguem um nascimento, eles são perturbados devido ao facto de actualmente a duração do *hoto tuka* estar consideravelmente encurtado, o que leva a condensar numa só cerimónia os rituais outrora estendidos no tempo. (...) Também observei variações sensíveis de uma cerimónia para outra, quer se tratasse de variações locais, quer de circunstâncias particulares em cada parto (...). A placenta (...) é colocada numa pequena marmita de terra com bétel , e devem ir pô-la num gondoeiro (*pur*), quer dizer, numa árvore "fria", na noite a seguir ao parto, antes que o galo cante. De seguida, faz-se entrar em casa *hotel por*, que significa a madeira que o pai preparou para *hoto tuka*. Trata-se obrigatoriamente de achas de *hur* (casuarina) porque se

> considera que esta essência fornece a chama mais quente. Juntar-se-ia também madeira de *ziek* (*Pittosporum moluccanum*) destinada também sem dúvida ao aquecimento da mãe porque esta árvore é qualificada de *molok*, quer dizer, muito amarga. (...) Parece que na lenha de *hotel por* se encontra um ramo de *Psidium guajava* [goiabeira] (*goigaq*) que é queimado para que, segundo me disseram, a criança venha a ser robusta e cheia de saúde como este arbusto. Poderia no entanto considerar-se que esta utilização da *goigaq* estaria ligada ao facto de esta árvore ser considerada como uma das metamorfoses de *mura*, o *citrus*, considerado estando na origem dos *bunak*. Traziam-se sete folhas de gondoeiro (*pur*) que se dispunham debaixo da esteira onde se encontram a mãe e a criança. (...) Fazem também parte desta primeira etapa os rituais destinados a que o fogo não incomode nem a mãe nem a criança. Também anotei um ritual *hoto buk hasage*, "fazer subir as flores do fogo", ou seja, as faíscas. Para este fim sacrifica-se um pequeno porco e recita-se um *diol tota* para pedir *huruk o bulas*, "o frio e a humidade", que é um ritual de fertilidade destinado a que as faíscas não atinjam a mãe e o filho, mas também que este seja "frio", que significa nas melhores condições de crescimento apesar da proximidade do fogo. (...) Um outro ritual do mesmo tipo consistiria em fazer grelhar bananas, a fim de transportar simbolicamente o fumo assim produzido num pano até ao exterior da casa, com a intenção de mostrar ao fumo produzido por *hoto tuka* que ele devia sair da casa, não incomodar o bebé, e em particular não atingir os seus olhos, de forma a que estes não inchem. (pp. 932-937, tradução nossa)

De acordo com Sousa (2010), entre os *bunak* de Tapo, no sub-distrito de Bobonaro, o período pós-parto também é marcado pelo recolhimento e pelo aquecimento da mãe e do recém-nascido:

> Durante este tempo, a mulher e o recém-nascido são objecto das mais diversas atenções. A reclusão da mulher é feita na cozinha, integrada na casa, ou em anexo próprio, onde vai estar, durante cerca de um mês, um tronco da árvore *pu*, designado *oto po*' – fogo sagrado. Este foi recolhido pelo pai da criança, como preparativo para o parto, ou por um irmão deste – traduzindo-se, portanto, numa tarefa própria da Casa do marido, que dessa forma vai "aquecer" a mulher e o recém-nascido. Ambos serão sujeitos a banhos de água quente, para recuperar o corpo, no caso da mulher, e formar o do recém-nascido. Restabelecer o calor da mulher, que corre o risco de ficar "fria", devido ao sangue que perdeu, é, ao mesmo tempo, um acto propiciatório para que o corpo do seu filho ganhe a força de viver. (p. 195)

Os timorenses consideram que após o nascimento as mulheres e as crianças se encontram vulneráveis ao frio e às doenças, e o ritual "sentar junto à fogueira" (*tuur ahi*) protege-as e contribui para o seu bem-estar. Excepto entre os *makalero*, em todos

os restantes grupos etnolinguísticos abrangidos pelo presente estudo é referida esta prática durante um período de tempo variável após o parto. Em grande parte do território, sobretudo na região central e ocidental, observámos puérperas junto da fogueira, juntamente com os seus filhos Além das zonas remotas e/ou montanhosas (onde a temperatura é mais baixa), também se verifica esta prática em locais mais próximos de centros urbanos:

> Vai ficar acesa até um mês. De noite é que põem por baixo da cama. Não pode ficar com frio e dá também força, com o auxílio desta; igualmente como a água. [Fotografia 119] (Mulher *baikenu* com cerca de 30 anos, 3 filhos, suco Lalisuk, Pante Macassar [Intérprete].

Fotografia 119. Mulher *Baikenu* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Lalisuk, Pante Macassar, 2006)



> Está deitada numa esteira, *hala'*. Fica ali com o bebé e o marido dorme no chão, com os filhos, para poder ajudar com a fogueira. Vão ficar com a fogueira por baixo da cama durante três meses, que à noite fica mais forte, porque de dia faz mais calor. A fogueira torna-a mais forte, e ajuda a sujidade a sair da barriga [Fotografia 120] (Mulher *baikenu*, 22 anos, 3 filhos, suco Nipane, Pante Macassar [Intérprete]).

Fotografia 120. Mulher *Baikenu* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Nipane, Pante Macassar, 2006)



A mãe também fica ao lado de fogueira, durante um mês. A mãe e o filho ficam em casa, não saem. Tomam banho lá dentro, comem lá dentro, tudo lá dentro. O impacto disso é: se apanharem vento lá fora, o bebé e a mãe podem ficar doentes. Têm medo de apanhar o vento, dizem que o vento entra no corpo e circula lá, e então o bebé mama e fica logo doente; pode estragar o leite materno, dar dor de barriga (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Fotografia 121. Mulher *Bunak* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Memo, Maliana, 2005)



Os costumes desde o princípio tradicional já é assim, o parto tem que ser em casa, tem que acompanhar com fogueira e com panela de água quente. É sempre assim durante um mês inteiro [Fotografia 122] (Mulher *bunak*, cerca de 39 anos, 6 filhos, suco Lalawa, Tilomar [Intérprete]).

Fotografia 122. Mulher *Bunak* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Lalawa, Tilomar, 2006)



Para ela não chega a um mês, uma ou duas semanas manda tirar a fogueira, ela não quer. É muito quente...No tempo dos avós faziam; agora mandam fazer e ela faz só, não pergunta; os avós sabem que tem que fazer mesmo. É para ter boa saúde, para não ficar doente [Fotografia 123] (Mulher *bunak*, 22 anos, 3 filhos, suco Debos, Suai [Intérprete]).

Fotografia 123. Mulher *Bunak* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Debos, Suai, 2006)



Um mês, fica junto da fogueira. Para não entrar frio, para o bebé não ficar doente. A senhora também [Fotografia 124] (Mulher *mambae*, 28 anos, 2 filhos, suco Acu Mau, Remexio [Intérprete]).

Fotografia 124. Mulher *Mambae* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Acumau, Remexio, 2006)



Depois do parto continua com fogueira. Depois de cortar tudo, o bebé está tudo trocado, toma banho, então põe uma fogueira ao lado da mulher com uma panela grande, sempre com água fervida, depois faz massagem com uma toalha ou um pano, e depois mascar aquelas frutas de *kamii*, põe dentro daquele pano e mete dentro de água quente para depois fazer massagem de ponta a ponta do corpo, para ver se resto de sangue de dentro da barriga não pode deixar ficar lá dentro. Fazem isto durante três ou quatro semanas (Parteira tradicional *tetun*, suco Beiseuc, Tilomar [Intérprete]).

Fotografia 125. Mulher *Tetun* com Recém-Nascido, junto da Fogueira (Beiseuc, Tilomar, 2006)



Entre os *fataluku* a fogueira é menos frequente, e muitas vezes a sua finalidade é o aquecimento do recém-nascido, efectuado de forma especial:

A mulher tem que sentar perto da fogueira (...), senta assim e põe o bebé aqui no colo, pega num farrapo qualquer, aquece ao lume, aquece a cabeça, as orelhas, testa, todo o corpo do bebé. Faz isso porque, por exemplo, às vezes a criança quando nasce tem boca, lábios largos, então tem que aquecer bem, o seu nariz é chato mas é curto, então tem que fazer assim para o rapaz ter um bonito jeito. (...) Fazem isso três dias seguidos, depois disso já não, a fogueira já não precisa. Do bebé e da mãe também (...) É bom para a mãe para o resto do sangue sair (Informadora *fataluku*, suco Lore II, Lospalos [Intérprete]).

Aqui fazem uma fogueira com um pau seco, que em *tetun* dizem *ahi-tukan* e em *fataluku* diz-se

> *acapata*. (...) Antigamente, no tempo de Portugal é que faziam. Dizem que, quando o filho nascer, têm que fazer esta fogueira sempre põem ali os paus secos. Todas as noites o pai tem que ter um espinho para pôr lá. É uma própria tradição. O espinho significa que é para defender o bebé dos espíritos maus. Eles tiram os espinhos do mato mas isto agora já fazem pouco. De manhãzinha a mãe, com um pano, aquece na fogueira e aquece aqui...na testa do bebé, e a própria mãe também na barriga para evitar os riscos. A fogueira é feita dentro em casa, na cozinha, não é junto à cama. Ali em Baucau é que fazem junto à cama, aqui não. Aqui a fogueira não serve para aquecer a mãe, é só para o bebé e, se a mãe quiser, pode aquecer aqui, na barriga. É só até ao sétimo dia (Informadora *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

Livermore (2002), num estudo relativo a práticas relacionadas com o nascimento em Aileu (população *mambae*), considera prejudicial a permanência de mães e recém-nascidos junto à fogueira após o nascimento, em ambientes cheios de fumo, causando frequentemente tosse e olhos lacrimejantes. A autora também exprime preocupação quanto aos efeitos da elevada temperatura ambiental numa criança recém-nascida, devido à sua reduzida capacidade para regular a temperatura corporal.

O mesmo tipo de críticas a esta prática é tecido pela HAI[50], referindo que a inalação de fumo é prejudicial à saúde e está associada a um risco aumentado de problemas respiratórios tais como tosse e respiração ofegante, causando irritação nas vias aéreas. Este risco aplica-se quer à mãe quer, sobretudo, ao filho. O fumo também provoca lacrimejo e irritação ocular, e pode causar secura da pele. Também existe o risco de escladões ou mesmo queimaduras por meio de quedas acidentais ou da permanência demasiado próxima das chamas. Embora o recém-nascido deva ser mantido num ambiente aquecido, evitando o seu arrefecimento e as correntes de ar, se a fogueira estiver muito quente ou muito próxima pode levar ao sobreaquecimento, em particular do bebé, devido à sua fraca capacidade de regulação da temperatura corporal, o que pode originar febre e sonolência.

Outras Práticas Tradicionais

Comprimir o abdómen da mãe após o parto é uma prática que tem como finalidade

50 Informação contida no documento não publicado intitulado *Cultural Practices and Beliefs Relating to Pregnancy, Birth and the Post-partum Period*, fornecido pessoalmente pela equipa da HAI em 2006.

levá-lo a retomar o seu tamanho habitual e ajudar os órgãos a voltarem ao seu lugar. Tradicionalmente, é utilizada uma "corda" de folha terminal da palmeira (*tali dikin*) entrelaçada, apertada com várias voltas em redor do abdómen. Actualmente muitas mulheres usam uma cinta elástica ou uma faixa de tecido proveniente da Indonésia (*gurita ibu*):

> Depois do parto ela toma banho com um pano no corpo todo, e depois elas têm uma coisa para pôr na barriga para a barriga depois do parto não ficar grande. É uma espécie de ligadura, uma cinta. Aqui quase todas, se não têm compram uma espécie de cinta chamada *gurita* em *bahasa* Indonésia. Ela usa para a barriga continuar a não ficar grávida, depois logo de tomar banho põe aquilo (Mulheres *bunak*, suco Debos, Suai [Intérprete]).

> Depois do parto a mulher tem de atar uma corda à cintura, até quatro noites. Chama-se *tain tune* em *baikenu*, *tali dikin* em *tetun*. Quando toma banho tira, depois de tomar banho volta a amarrar a *tain tune* outra vez, por baixo da *lipa*, em cima da barriga [Fotografias 126 a 131], A cultura dos bisavós. É para a barriga não ficar grande, para voltar ao normal, porque ela não usa cinta. Depois de quatro noites a placenta vai sair para a árvore, e ela também aproveita para tirar isto (Parteira tradicional *baikenu*, suco Cunha, Pante Macassar [Intérprete]).

Fotografias 126. 127. 128. 129. 130. 131. Demonstração de Técnica para Envolvimento do Abdómen com *Tain Tune* (Cunha, Pante Macassar, 2006)



Apresenta-se, no Quadro 38, uma síntese das práticas tradicionais referidas durante o puerpério por timorenses pertencentes aos grupos etnolinguísticos estudados, e no Quadro 39 os fundamentos apresentados para cada uma delas:

Quadro 38. Práticas Tradicionais no Puerpério

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Banho de água quente, geralmente com panos embebidos pressionando o abdómen/outras partes do corpo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Banho de água quente misturada com folhas de *dotik/roti*, pressionando o abdómen e outras partes do corpo									✓		
Banho/massagem com *kamii* (*Aleurites moluccana*)		✓							✓		
Massagem abdominal com gengibre - *ai lia* e *ai manas ai leten* (*Piper subpeltatum*)			✓								
Massagem abdominal com sal de Laga diluído em água quente e *mamunu*			✓								
Aquecimento de uma casca de coco - *tau koro*/*kakun* ao lume, embrulhado numa toalha para massajar o abdómen da mulher							✓				
Lavagem do cabelo interdita durante 4-7 dias	✓	✓		✓	✓						
Lavagem do cabelo interdita durante 20-40 dias							✓	✓	✓	✓	✓
Ingestão de água quente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ingestão de bebidas alcoólicas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Permanência no interior da casa, bem agasalhada				✓				✓	✓		
Permanência junto à fogueira	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Uso de corda- *rota* ou ligadura/*gurita* atada em redor do abdómen/cintura	✓	✓				✓					

Quadro 39. Fundamentos das Práticas Tradicionais no Puerpério

Práticas	Fundamentos
Banho com pachos de água quente, exercendo pressão no abdómen e outras regiões do corpo	Expelir os lóquios ("sangue morto"- *ran mate*) Evitar dores abdominais Favorecer a involução uterina Ajudar a produção de leite materno Manter o leite materno quente, prevenindo doenças no recém-nascido Fortalecer a mulher Prevenir a gravidez Prevenir doenças (Por ex.: Reumatismo) Evitar a "entrada de ar" (*anin aat*) Evitar que o "sangue branco [leucorreia] suba à cabeça" (*ran mutin sae ulun*) e provoque cefaleias/*uliras* [sépsis puerperal ?] Substituir os fármacos
Banho/massagem com *kamii* (*Aleurites moluccana*), mastigado e demolhado	Expelir os lóquios "Amolecer" o corpo
Massagem abdominal com *ai lia* - gengibre e *ai manas ai leten* (*Piper subpeltatum*)	Expelir os lóquios
Massagem abdominal com sal de Laga diluído em água quente e *mamunu*	Expelir os lóquios
Aquecimento de um *tau koro*/*kakun* - casca de coco ao lume, embrulhado numa toalha para massajar o abdómen da mulher	Aliviar as cólicas abdominais
Lavagem do cabelo interdita durante um determinado período após o parto	Evitar tonturas Evitar que o "sangue branco suba à cabeça" (*ran mutin sae ulun*)
Ingestão de água quente	Expelir os lóquios Evitar dores abdominais Favorecer a involução uterina Ajudar a produção de leite materno Manter o leite materno quente, prevenindo doenças no recém-nascido (Por ex,: constipação; gripe) Fortalecer a mulher Prevenir a gravidez (se não tomar água quente ainda é produtiva, por o sangue ainda estar na barriga - *subur hela*) Evitar a "entrada de ar"(*anin aat*); prevenir doenças (por ex.: constipação (*inus metin*) Evitar que o "sangue branco [leucorreia] suba à cabeça" (*ran mutin sae ulun*) e provoque cefaleias/*uliras* Substituir os fármacos
Ingestão de bebidas alcoólicas	Expelir os lóquios Fortalecer a mulher
Permanência no interior da casa, bem agasalhada	Aquecer a mulher Evitar a "entrada de ar" (*anin aat*); prevenir doenças

Permanência junto à fogueira	Expelir os lóquios Fortalecer a mulher Aquecer a mulher e o recém-nascido Prevenir doenças Prevenir a gravidez Aumentar a produção de leite materno Substituir os fármacos
Uso de corda - *rota*, ligadura ou *gurita* atada em redor do abdómen/cintura	Reduzir o volume abdominal, voltar ao tamanho normal

As infecções puerperais, pela sua frequência e complicações, são causas importantes de mortalidade materna em muitos países em desenvolvimento. Quando não conduzem à morte, podem causar problemas de saúde a longo prazo como a doença inflamatória pélvica e a infertilidade. A melhor medida preventiva consiste em assegurar adequadas condições de higiene no parto e no puerpério, sendo a administração de antibióticos o principal tratamento (WHO, 1998).

A endometrite (infecção do endométrio, membrana que reveste internamente a cavidade uterina) é, provavelmente, a forma mais comum de infecção puerperal. Nos primeiros dias do puerpério as bactérias presentes no canal de parto podem penetrar no local onde a placenta se encontrava inserida e a infecção propaga-se pelo útero. Por este motivo, os lóquios (descarga uterina durante o puerpério) tornam-se purulentos, muitas vezes com cheiro fétido, a puérpera fica febril, tem dores pélvicas, pode ter cefaleias e anorexia, e a involução uterina é retardada (Cabral, 2002; Graça, 1996). Se não for tratada pode evoluir para septicemia, uma situação grave em que a mulher pode apresentar calafrios, confusão ou delírio, choque, e ter como consequência final a morte.

Muitos timorenses utilizam em língua *tetun* a expressão *ran mutin sae ulun*, que se traduz por "o sangue branco subir à cabeça", provavelmente para designar o aspecto purulento dos lóquios numa situação de endometrite. Segundo a HAI[51], esta situação também pode estar relacionada com a psicose puerperal, uma doença do pós-parto que afecta o cérebro e que se caracteriza por palidez, fácies edemaciado, vertigens, dores abdominais, e cefaleias, evoluindo posteriormente para um estado de psicose, delírio,

51 Informação contida no documento não publicado intitulado *Cultural Practices and Beliefs Relating to Pregnancy, Birth and the Post-partum Period*, fornecido pessoalmente pela equipa da HAI em 2006.

comportamento violento e morte.

Em Timor-Leste, as fracas condições socioeconómicas associadas aos maus cuidados de higiene em que são realizados muitos dos partos domiciliários; os partos prolongados; a falta de cuidados de saúde pós-parto e a maior vulnerabilidade de algumas mulheres, incluindo as que estão anémicas e/ou malnutridas, são factores que favorecem a ocorrências de infecções puerperais.

A aplicação de calor sob diversas formas constitui prática comum entre as puérperas timorenses, sendo frequentemente justificada por considerarem que tal favorecer a expulsão dos lóquios, muitas vezes designados em *tetun* por *ran mate*, que significa "sangue morto" ou "sangue coagulado", e cuja retenção é considerada prejudicial. Efectivamente, o calor produz vasodilatação e tem um certo efeito anticoagulante, e nesse sentido pode ter algum fundamento na medida em que pode tornar o fluxo vaginal mais fluido. Quanto à prevenção de infecções puerperais, não foi encontrada na literatura consultada qualquer ligação com a aplicação de calor.

4.2. Alimentação da Puérpera

Após o parto, as mulheres timorenses costumam seguir um regime especial, verificando-se diversas prescrições e interdições alimentares, não apenas por causa do seu corpo mas também porque acreditam que aquilo que comem pode afectar o seu filho. Embora os alimentos básicos sejam semelhantes em todas as regiões, outros dependem da tradição familiar e local. A canja (*sasoro*) e o caldo (canja com frango) são os alimentos mais recomendados nos primeiros dias após o parto, aos quais pode ser adicionado gengibre (*ai lia*) ou *ai manas ai leten,* por "aquecerem" e facilitarem a saída dos lóquios, ou "sangue sujo" (*atu fase ran foer*). Também podem ser adicionados cebola, alho, açafrão, folhas de determinadas plantas, entre outros. O sal é geralmente proibido até ocorrer a queda do coto umbilical do recém-nascido, por acreditarem poder dificultar a cicatrização do local e desencadear tosse no bebé:

> Fazem o caldo para as mulheres tomarem. Gengibre - *ai lia,* põem na sopa de frango e dão de comer. Ajuda para poder limpar o ovário (Informador *fataluku*, Lospalos).

> Não pode pôr sal, faz mal ao bebé, quando vai mamar tem tosse, e também estraga o cordão, tem pus. Aqui só comem canja, arroz e milho pilado, durante dois meses (Mulheres *baikenu*, suco Lela Ufe, Nitibe [Intérprete]).

O milho cozido, geralmente pilado, é muito utilizado por, segundo dizem, favorecer a produção de leite materno. Outros alimentos, como o amendoim, também são referidos pelas suas propriedades galactogogas:

> Depois de quatro noites é que comem arroz ou canja, mas o principal é o milho pilado, cozinhado, depois do parto. A cultura desta parte, depois do parto têm que comer milho pilado, para ter muito leite (Mulheres *baikenu*, suco Cunha, Pante Macassar [Intérprete]).

> Passa a vida a comer caldo. Água e depois com frango, juntam pimenta, cebola, alho, amendoim - *fore rai*, gengibre também usam. É para a saúde da mãe e também para ter bom leite (Parteira tradicional *bunak*, suco Beco, Suai [Intérprete]).

Além do sal, são desaconselhados diversos alimentos, nomeadamente o piripiri (*ai manas*), a papaia e certos tipos de peixe, como a sardinha, por poderem provocar uma doença pruriginosa que por vezes é designada como *uluiras* ou *uliras*:

> Nos primeiros dias após o parto comeu caldo com arroz, frango, cebola, alho, gengibre. Às vezes se não havia frango, faz só canja com gengibre, pimenta, cebola de alho, mas sem sal. Conforme os conselhos das irmãs, dizem que não pode pôr sal senão tem infecções no cordão do bebé. Quando o cordão caiu ela continuou a comer com sal. Depois do parto peixes, espécie de sardinhas, não podemos comer porque vai fazer comichão, senão tem infecção na vagina. Não se pode comer papaia, só quando já está madura é que podemos comer, senão o bebé tem tosse. Piripiri, *ai manas*, também não podemos comer (Mulher *baikenu*, 24 anos, um filho, suco Cunha, Pante Macassar [Intérprete]).

> Em algumas partes, o peixe é proibido elas comerem depois do parto. Se comerem vão apanhar uma doença de comichão, *uluiras*. O corpo da pessoa torna-se assim seco e a pessoa mantém-se pálida durante muito tempo se não se preocupar em tomar qualquer medicamento. Quando aparece elas recorrem a medicamentos tradicionais (Mulheres *mambae*, Aileu).

Existe a crença de que alguns alimentos, nomeadamente certos legumes e frutas, devem ser ingeridos pela mulher com moderação, caso contrário o bebé, através da amamentação, pode ter cólicas abdominais ou diarreia:

> Depois de dar o parto tem limitações de comida, em geral. Por exemplo, hortaliças verdes, frutas assim não maduras, verdes, é proibido comer porque diz que faz diarreia ao bebé. Manga verde não pode ser, não come. Quando a criança atingir aí cinco meses ou seis meses pode comer (Informador *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

Apresenta-se, nos Quadros 40 e 41, uma síntese dos alimentos recomendados e interditos durante o puerpério, e respectiva fundamentação, apresentada por timorenses pertencentes aos grupos etnolinguísticos estudados:

Quadro 40. Recomendações Alimentares no Puerpério

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Sasoro (canja): o melhor alimento para a digestão	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Canja c/ frango (caldo)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Caldo c/ gengibre: facilita a saída dos lóquios; aquece	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓
Lis – cebola ou *lis mean* - cebola roxa adicionada ao caldo com gengibre	✓	✓		✓	✓			✓			✓
Pimenta - adicionada ao caldo com gengibre		✓		✓							
Alho - adicionado ao caldo com gengibre	✓	✓			✓			✓			✓
Açafrão - adicionado ao caldo com gengibre		✓	✓						✓		
Ai manas ai leten (*Piper subpeltatum*) – adicionado à canja c/ gengibre: aquece; facilita a saída dos lóquios; "cura a ferida dentro do útero"		✓					✓	✓	✓		✓
Kukus - frango cozido ou cozinhado em banho-maria com aguardente ou outras bebidas alcoólicas: facilita a saída dos	✓				✓			✓			

lóquios											
Café forte: facilita a saída dos lóquios								✓			
Folha de *uru fofonu*, adicionada à papa de milho: facilita a saída dos lóquios			✓								
Folha de *uru kafa*, adicionada ao caldo: facilita a saída dos lóquios							✓				✓
Casca de *ai solda* (*Pterospermum acerifolium*): um pedacinho misturado c/ 3-4 frutos de baunilha, macerados durante 3-4 dias: ajuda a recuperação física										✓	
Padumeta (*ahi oan metan* em *tetun*) adicionada à canja: aumenta a produção de leite materno										✓	
Água do milho cozido: aumenta a produção de leite materno			✓				✓				
Milho cozido, geralmente pilado – *batar fai*: aumenta a produção de leite materno	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Folha ou flor de papaia cozinhada com milho pilado ou outros alimentos: aumenta a produção de leite materno	✓	✓									
Folha de *baria* - adicionada à canja: aumenta a produção de leite materno										✓	
Fore rai - amendoim: aumenta a produção de leite materno	✓	✓	✓	✓			✓		✓	✓	
Fore mungu (feijão mungo) adicionado à canja ou ao milho: aumenta a produção de leite materno	✓		✓			✓					
Fore keli (feijão de soja) adicionado ao milho: aumenta a produção de leite materno		✓	✓					✓	✓		
Fore tali (feijão de Timor) adicionado à canja: aumenta a produção de leite materno							✓		✓		✓
Folha da árvore *Kulu kama/ kulu lobas* (fruta-pão) misturada com milho: aumenta a produção de leite materno							✓		✓		

Quadro 41. Interdições Alimentares no Puerpério

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Sal (até à queda do coto umbilical): dificulta a cicatrização do umbigo ; provoca infecção; tosse no bebé	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓
Sardinha e outro peixe pequeno; peixe seco: pode fazer mal ao útero; prurido; infecção vaginal; *uliras*; tosse	✓	✓		✓			✓	✓		✓	✓
Tomate: provoca tosse no bebé	✓										
Milho inteiro cozido: Provoca cólicas ou diarreia no bebé	✓										
Piripiri: provoca tosse ou dores abdominais ao bebé; infecção uterina; lombalgias/infecção urinária na mãe	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓			✓
Carne de vaca e de porco: "faz mal" ao útero; provoca tonturas; *uliras*; cólicas no bebé	✓					✓	✓				✓
Carne de cabrito: provoca tonturas e convulsões no bebé, "faz mal" ao útero	✓						✓		✓		
Tamarindo e *balimbe*: provocam cólicas no bebé	✓										
Manga, papaia e outras frutas "frias": arrefecem, prejudicam a mãe; provocam diarreia ou tosse no bebé; *katar* - prurido na mãe e no bebé	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Folha ou flor de papaia: Provoca cólicas e choro constante no bebé			✓			✓				✓	
Hortaliça verde: provoca cólicas ou diarreia no bebé		✓	✓	✓	✓			✓			
Lakeru tahan - folha de abóbora: atrasa a queda do coto umbilical						✓					
Uhi/sinkomase: Seca o leite; causa *uluiras;* tosse seca; faz mal ao bebé				✓					✓		

Verifica-se a existência de uma grande diversidade de recomendações e interdições alimentares à puérpera. Grandes restrições na dieta podem, no entanto, resultar em deficiências nutritivas, quer na mãe quer no filho. A mulher deve ter uma alimentação equilibrada e normal, ou mesmo reforçada, para o seu restabelecimento e para facilitar a produção de leite, não tendo geralmente necessidade de eliminar alimentos específicos enquanto amamenta, a não ser que o bebé apresente ocasionalmente sensibilidade a

algum alimento em particular (Murkoff e Mazel, 2008).

4.3. Procedimentos com a Placenta

> Um saco com cinzas foi imediatamente preparado para colocar a placenta, que depois seria colocado no topo de uma árvore ou de um coqueiro que, a partir daquele momento, ficaria a pertencer à criança recém-nascida de Biliban. No dia seguinte, uma caravana constituída por várias pessoas levou o saco contendo a placenta para ser colocada no topo de um coqueiro, o que tinha o poder sobre a criança de a ligar sempre à sua terra natal. O coqueiro, a partir daquele momento, passou a pertencer ao recém-nascido. A caravana era constituída por uma jovem, algumas crianças e um rapaz. A prima de Maloi foi indigitada para levar o saco da placenta coberta com um *tais*, saindo pelo caminho principal para o local estabelecido com respeito e veneração à primeira morada de um ser humano. Pelo caminho não podiam falar nem entre eles nem com alguém que eventualmente encontrassem pelo caminho. Teriam que ir em silêncio absoluto. Pelo caminho havia gente que, ao olhar a procissão, se apercebeu de que Biliban tinha tido uma criança. Chegados ao pé do coqueiro, um primo de Maloi pendurou o saco da placenta no ombro, trepou ao coqueiro e colocou-o no topo, amarrando-o muito bem contra os ramos. (Sousa, 2007, p. 45)

À semelhança de outros povos, existe entre os timorenses a crença de que o que suceder com a placenta irá repercutir-se sobre a criança (Barclay et al., 2005; Condominas, [1954] 1974, 2003; Cosminsky, 1982; Enning, ([2003] 2010); Hanks, 1963; Harris, 2002; Hart et al., 1965; Laderman, 1982, 1983; Nourse, 1999; Pont-Hubert, 1995; Poulsen, 2007; Whittaker, 2002). A placenta (*ka'an*), que é frequentemente designada como "o irmão mais novo da criança" (*labarik nia alin* ou *isin alin*), é assim tratada com especial cuidado pois, ao dar-se a sua separação física do recém-nascido após o corte do cordão umbilical, acreditam que se mantém entre ambos uma estreita relação:

> Existe uma ligação psicológica do bebé com a placenta, porque normalmente quando está na mãe dá vida para a criança. Então temos que tratar também como irmão, *alin*, e não se pode deitar fora (Informador *tetun*, natural de Viqueque e residente em Díli).

> Não podem deitar fora a placenta da criança; se deitarem fora pode acontecer que, de noite, o bebé não pode dormir, ele chora, assusta-se. Porque durante nove meses, a placenta é uma coisa que agasalha, que guarda ele no lugar. Consideram a placenta como uma companheira do bebé.

> Costumam chamar à placenta *isin alin*: *alin* é irmão, *isin* é corpo; quer dizer que estão sempre juntos (Parteira tadicional *galolen*, residente em Díli).

> Esta senhora diz que no ano de 2000 havia ali em baixo uma árvore *hali boot* [gondoeiro] onde tinham posto uma placenta em cima. Umas pessoas foram lá, cortaram esse pau grande da árvore e a placenta caiu. Então o bebé cuja placenta esteve na árvore, que estava em casa, começou a ficar doente e a assustar. Como já tinham dito que tinham cortado a *hali*, os familiares foram procurar a placenta do bebé. Quando a encontraram fizeram uma pequena cerimónia familiar, tiveram que pôr mais um *bua malus* e enterraram a placenta. O bebé curou-se logo. Consideram-na como irmão do bebé. O bebé é *maun*, o irmão mais velho, a placenta é *alin*, o irmão mais novo. Por isso, se as pessoas perturbaram, se mexerem no *alin*, na placenta, então o irmão mais velho fica logo doente (Mulher *bunak* de 41 anos, 5 filhos, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Quando o parto tem lugar no hospital, a placenta é geralmente colocada num saco e entregue à família, que a leva para casa, onde é submetida a determinado ritual:

> As pacientes que vêm fazer parto têm que levar a placenta para casa. Nunca deitam fora, não pode, precisam de cuidar também. Levam para casa e depois põem num *kalen* [lata] e *hakoi* [enterram], e algumas põem na árvore (Parteira-chefe, maternidade do Hospital Nacional Guido Valadares, Díli).

Em todos os grupos etnolinguísticos, a forma tradicional mais frequente de depositarem a placenta é numa panela de barro (*sanan rai*), num cesto ou num bambu (actualmente também num plástico, numa lata ou num balde), frequentemente coberta de cinza (*ahi-kadesan* ou *akudesan*) para não libertar fluidos e mau odor, e suspensa numa árvore de grande porte como o gondoeiro, *ai-hali* (*Ficus*), tamarindeiro, *sukaer* (*Tamarindus indica L.*) ou *ai-daak* (*Schleichera oleosa*). Há diversos significados atribuídos a esta prática:

> Embrulham a placenta, *roman*, num plástico e põem na árvore, numa numa *kaidava* [*ai-daak* em *tetun*] ou *ai* lemi [sukaer em *tetun*]. O pai da criança é que põe na árvore. (…) Vem dos antepassados. Tem dois significados. Pôr na árvore significa que a criança, quando homem, pode subir na árvore. (...) É para a criança não poder apanhar doenças. Se deitarem a placenta fora a criança não tem força (Parteiras tradicionais *makalero*, suco Iliomar I [Intérprete]).

> No hospital também, quando o bebé nasce, a placenta é metida num plástico, levam a placenta e vão pendurar lá numa árvore mais alta, de vários ramos, grande. Põem dentro de um cesto feito de palmeira e penduram. (...) Por exemplo, a placenta do primeiro filho, se pendura naquela árvore, então a placenta do segundo filho deve também pôr naquela árvore. Se não põem junto, então essas crianças quando crescerem não se davam bem, estavam sempre em contradição. Outros dizem que é melhor pendurar porque, se enterrar e algum animal comer, a criança deve encontrar dificuldades na vida (Informadora *fataluku*, Lospalos).

> Depois de nascer, põem o *goló* [*ka'an* em *tetun*] numa panela ou bambu, e enterram ou guardam em cima de uma árvore grande, em *tetun*, *hali*, em *bunak*, *pú*. O costume *bunak* é em cima da árvore; os que enterram, agora só alguns. Em Díli, na capital, porque na cidade não há árvores grandes perto da casa, a maioria enterram. Põem a placenta numa panela ou bambu, depois o pó do lume, a cinza, põem juntamente com a placenta. Há quem diga que com a panela tapada o bebé não fica bom. A cinza é sinal que, depois, o bebé fica com boa saúde. Porque nós ainda vivemos na terra, e por isso quando todo e qualquer bebé nasce, pôr em cima da árvore significa que propriamente ele ainda está em cima da terra a viver (Casal de informadores *bunak*, Zumalai).

Segundo Sousa (2010), entre os *bunak* de Tapo, em Bobonaro, também é costume a placenta ser colocada numa árvore, no dia que se segue ao parto:

> No dia seguinte, de madrugada, o esposo ou o pai da mãe, no caso do primeiro filho, leva numa panela de barro (ou de plástico) a placenta, para a colocar numa árvore *pu'*, árvore considerada fresca. Durante este percurso, não deve falar nem cruzar o seu olhar com ninguém, nem temer subir à árvore em questão, de forma a que a criança não tenha medo. (p. 195)

Sendo menos frequente, ainda subsiste em Díli a prática de colocar a placenta numa árvore. Visitámos um casal jovem, na faixa etária dos 20-30 anos, naturais e residentes em Díli, pais de uma criança nascida em casa no dia anterior. A placenta encontrava-se por baixo da cama do casal, num recipiente de plástico, coberta com cinza. Por cima desta encontrava-se uma folha de papel de caderno e lápis (Fotografia 132). Observámos, no jardim da casa, a árvore (mangueira) onde se encontrava a placenta do primeiro filho, junto de uma outra (Fotografia 133). Dois dias depois, às 7h30, o recipiente com a placenta foi transportado para uma árvore situada em frente à casa, e colocada entre os seus ramos (Fotografias 134 a 137):

Fotografias 132. 133. 134. 135. 136. 137. Recipiente contendo Placenta de Recém-Nascido, e sua Colocação numa Árvore (Díli, 2007)








Durante o trajecto para a árvore, ou no regresso a casa, são por vezes seguidos determinados procedimentos tradicionais. Na literatura sobre Timor, Castro ([1943] 1996) apresenta a seguinte descrição do ritual da placenta na região de Manatuto:

> Uns sete dias após o parto vão convidados da parentela masculina e feminina (com o nome ocasional de *âman-úri* e *íman-úri*, os pais-*úri* e as mães-*úri*), levar num acompanhamento de batuque as secundinas, conservadas em cinza e cal, até uma certa mangueira grande do *suco*; e ali as deixa depositadas num *cóhè*, em uma pernada das mais altas, um dos convidados, que por isso

toma o nome de *amatula*. Voltam todos dançando até à casa da puérpera, e atirando-se uns aos outros os lindos frutos alaranjados e de casca lenhosa do *Aegle marmellos*, ou da *Feronia elephantum* (...). O pai do recém-nascido espera os convidados no limiar da casa e espalha grãos de arroz sobre todos. (p. 167)

Corrêa (1935) faz referência ao mesmo ritual na região de Manatuto, apresentando algumas diferenças em relação ao anterior[52]:

Terminado o período dos 30 dias (...) é outra mulher quem conduz a panela das placentas até á arvore sagrada, deixando-a suspensa entre dois ramos. Atraz dela, segue um magote de homens que vão todo o caminho a arremessar paus para as duas bandas, como se fossem azagaias. Tal jogo é de bom agouro, porque o garôto, assim fadado, virá a tornar-se num valente.

Ha na mesma região certas localidades em que os páreas são transportados para a arvore com menos demora: 10 ou 12 dias após o nascimento. Dois homens servem-lhes de escolta, um na deanteira, outro na rectaguarda. Tornados a casa, vão buscar a creança, trazem-na para a rua e mostram-na aos convidados. É nesta conjuntura que estes desatam a alvejar-se com frutos, mãos cheias de cinza e cascas de banana. (p. 207)

De forma pormenorizada, Corrêa (1934) também descreve o ritual entre os *makasae*:

A corda de que se serviu a parturiente para facilitar a ejaculação da criança, se esta é macho, depõe-se no lode do pai, se é fêmea no saquitel (*na'a*) de folhas de palapeira ou aquediro, que a mãe, normalmente, costuma trazer suspenso dos hombros - , mas num ou noutro com cinza por baixo e demistura com os páreas do bambino. Sete dias depois realisa-se o estilo do nascimento, o *mucu data*. De manhã, ao romper d'alva, uma mulher e um homem, parentes mais chegados do casal, dirigem-se a um *ai dac* ou tamarindo[53] das proximidades. O homem leva um parão pendurado á cintura, a mulher segura na mão direita um dos tições da *ata lia*, e na esquerda sustém o *lode* ou *na'a* com a placenta, levando-o embrulhado num pano timor que lhe dá a volta ao pescoço. No trajecto, o silêncio é de regra. Chegados que são á árvore, o homem marinha pelo tronco, encarrapita-se e equilibra-se numa pernada, recebe o cesto da mulher, tira de dentro a corda e com esta amarra-o a um dos galhos. Em seguida, com o parão, arranca um dos ramos à árvore, e desce. Nessa altura, se a criança é varão, põe-se o homem a bailar, agitando a catana, para que o miudo seja valente e bom dansarino, se fêmea, é a mulher quem dansa, á laia de batuque,

52 Descrição baseada no *Relatorio sobre usos e costumes indígenas da circunscrição civil de Manatuto*, da autoria do Tenente Manuel Jesus Pires (1933).

53 Em Fatu Maca, as arvores escolhidas são: *mome* e *cai dàua*. O pai é que é o portador do cesto e depois de dar duas voltas, dansando, atira uma pedra para longe, como que dizendo: 'O meu filho, quando fôr grande, há-de ser corajoso e bom atirador'.

simulando com os dedos o tamborilar da *tiba*[54]. Falar, continua a ser proibido. Se se trata dum primeiro parto, é costume, quando estes dois personagens voltam do estilo, matar-se um carneiro, que o pai oferece e que todos comem, com a parentela, sem mais cerimónia. Antigamente, na ocasião desse regresso, os parentes esperavam à porta da casa do recém-nascido, e entre eles e os que vinham do estilo travava-se uma batalha renhida, de frutos, marmelos, maçarocas, etc. (pp. 18-19)

Embora, ao longo do tempo, certos rituais relacionados com a placenta tenham sofrido transformações, no distrito de Baucau há famílias *makasae* e *uaima'a* que mantêm grande parte das suas práticas ancestrais:

Se é rapariga põem dentro do *na'a*, *tetun* é *bote*; e se é rapaz põem dentro do *lode*, *tetun* é *kohe*. Antigamente, no tempo português, dos avós, ainda usa cinza, mas no tempo da Indonésia para a frente, põe primeiro o papel para o sangue não poder sair do cesto, e depois tapa com um papel. Nunca costumam lavar a placenta. Se aqui a criança nasce de dia, guarda para de manhãzinha cedinho é que leva. Já vem da origem, cada qual com o seu costume. Uatoua tem o seu *muku data*, e Bahamori tem o seu *muku data*, o seu costume. Os de Bahamori levam a placenta, uns que querem dançar ou fazer um batuque por baixo da árvore, para a criança quando fica crescida dança muito e faz também batuque. Alguns fazem a horta quando é rapaz e põem lá em cima, para a criança quando fica crescida saber fazer a horta. Aqui em Uatoua, de madrugada leva a placenta e põe em cima da árvore chamada *kaidaua* em *makasae, tetun* é *ai-daak*. Na volta, o pai ou o avô que foi pendurar tem de trazer um tronco daquela árvore, e é com aquele tronco que faz o primeiro lume. Depois do cordão cair, põe dentro do *na'a* com o resto do tronco que está aceso, leva na nascente e põe debaixo, para a criança estar sempre fresca, gosta de ir tomar banho sempre (Parteira tradicinal *makasae*, suco Gariuai, Baucau [Intérprete]).

Depois a placenta põem em cima de uma árvore, em Quelicai é *mome*. Não lavam mas põem um bocado de ácool, vinho forte, *tua*, para ficar seco, senão as moscas podem ficar em cima e voltar para a criança. Depois metem num *lode*, *kohe*, com cinza por cima da placenta. (...) Pode ser o pai ou o avô da criança que leva a placenta. Para eles só pode ser um homem, mulher não pode. Nunca pode enterrar, é *lulik*, porque já vem da origem. Só quando está morto é que pode enterrar. Se é parto de manhã, à tarde tem de levar para a árvore; se o parto é à tarde tem de levar de manhãzinha. Leva a placenta, e quando já está pendurada atira terra à placenta e fala com a placenta: 'Tu fica aqui, brinca em cima da terra, e não podes ir outra vez para casa para empurrar o

54 Tambor afunilado, talhado e escavado de banda a banda, num bocado de tronco de tamarindo ou pau rosa, e tapado num dos lados com pele de carneiro. É o instrumento ao som do qual se executam as danças indígenas por todo o Timor. Em tétum, chamam-lhe *baba*. Tocam-no as mulheres, suspendendo-o do ombro esquerdo por um barbante.

teu irmão, não podes fazer a criança chorar, deixa ela descansar'. Ao pôr a placenta, antes de voltar tem de cortar dois troncos de *kaidaua*, *ai-daak*, e leva os dois para casa. É manhã muito cedinho, ou à tarde, e ele não pode pôr ainda luz; depois traz os troncos de *ai-daak* e põe no lume. Não pode pôr os troncos em paralelo, mas sobrepostos. Quando eles põem assim é para mostrar que o cordão da criança ainda não está solto, quando alguma pessoa vier pedir lume, arroz ou qualquer coisa dentro da nossa casa, não pode pegar; só depois do cordão estar solto, depois de cair é que pode (Parteiro tradicional/*matan-dook makasae*, natural de Quelicai e residente em Baucau [Intérprete]).

A placenta quando sair entregou para família, e depois ensinar a lavar. Depois pôr numa lata com (...) se mulher, agulha, pano, pó, o que é que a mulher precisa; homem, sabão, sabonete, pente, espelho e parão para poder trabalhar a terra (...). Agora já é moderno e o mundo aberto, por isso é que põem lápis e caderno para as crianças terem de estudar, terem inteligência e depois terem convivência com todos. (...) Antigamente não usavam lata, usavam panela de barro (...). Depende da cultura de cada pessoa; a maioria põe na árvore, por cima da gondão, (...) da mangueira ou tamarindo. Aqui quando nasceu todos vão pôr ali; é um gondoeiro [Fotografia 139]. Não é directamente, tem de pôr uma noite, depois de manhã cedinho, ninguém acorda, quando sai de casa ninguém pode ver. Se vê, então a criança dois dias não descansa bem. A nossa tradição é assim. (...) Quando levar a placenta para a árvore o pai ou o irmão tem de cantar, dançar, assobiar, para a criança quando crescer ser um cantor, dançarino, bailarino. Ao voltar tem de levar um ramo do gondão para casa. (...) Algumas pessoas enterram a placenta. Isso é o significado, a cabeça da criança mole como terra, inteligente. Diz que quando põe em cima da árvore, o vento quando sopra depois assusta quando dorme. Na terra a criança nunca assusta (Auxiliar de Parteira, actualmente assistente de partos na antiga Maternidade de Riamare, Baucau).

Fotografia 138. Maternidade de Riamare (Baucau, 2006)



Fotografia 139. Lata contendo Placenta, suspensa num Gondoeiro (Baucau, 2006)



Costumam pôr em cima de duas espécies de árvore, tamarindeiro ou *ai-daak*. Depois do corte da placenta pôr num saquito, num cesto com as cinzas, e deixar debaixo da cama da mãe da criança. Se a criança é menina, depois de duas noites é que podem pôr em cima da árvore; se a criança é menino, então três noites. É costume tradicional, se não cumprir aquela recomendação a criança mais tarde pode sofrer a consequência, ou fica doente ou traquino. Às 4 horas, de madrugada, aquele que vai levar a placenta para pôr em cima da árvore só ele é que sabe, ninguém pode ver. Se cruzar com alguma pessoa não pode atravessar, não pode falar. A pessoa não pode saber para onde vai, o que é que ele vai fazer, se perguntar também ele não pode responder. Segundo os velhos, dizem para não falar, mas se alguém pergunta e depois ele responder, a criança sofre a consequência. Para levar a placenta para cima da árvore, são os pais ou familiares que vão escolher qualquer pessoa que eles vêem que é trabalhador, inteligente, que não seja preguiçoso ou bandido, senão depois mais tarde a criança pode ser preguiçoso e bandido também. Se é pessoa trabalhadeira, a criança mais tarde também é trabalhadora, ou inteligente, como aquele que levou a placenta para a árvore. Pôr entre os galhos, depois prende-se com uma corda, para que se houver ventania não pode cair. [Fotografia 140] Depois de deixar a placenta em cima da árvore, ele tira um raminho da árvore, regressa e entra no quarto onde está a criança e a mãe, ajuntar aqueles troncos e pôr na fogueira, depois é que ele sai. Antes, durante estas duas ou três noites, quando a placenta ainda está debaixo da cama, por exemplo, se a casa do vizinho precisa de lume, eles não podem tirar da fogueira onde está a senhora. Depois de deixar lá a placenta e trazer aquele raminho, pôr na fogueira, então aqueles vizinhos se quiserem lume já podem vir tirar. Segundo a condição dos velhos, se não cumprir esta recomendação, a criança recém-nascida pode sofrer a consequência (Parteiro tradicional *uaima'a* e chefe do suco Caicua, Vemasse [Intérprete]).

Fotografia 140. Cesto contendo Placenta, suspenso numa Árvore (Caicua, Vemasse, 2006)



Entre os *makasae* de Ililai as práticas variam: alguns colocam a placenta na árvore, outros enterram-na, por vezes com objectos relacionados com o que desejam para a criança no futuro, e outros atiram-na ao mar:

> Alguns enterram, e outros põem em cima das árvores. O pai ou outra pessoa qualquer (...) põem dentro de um saco, alguns dentro de um cesto, e amarram na árvore. É um costume antigo. Eles querem que os filhos têm a maneira de ser, por exemplo, como um tio, então eles dão para este tio ir lá pôr na mangueira ou no tamarindeiro; esse filho um dia pode ser forte e alto como essa pessoa. Antigamente só punham na árvore, dizem que para serem fortes como a terra. (...) Há uns que enterram e põem com um caderno, um lápis, com catana. Tem a ver com o que eles desejam para a criança. E se for uma menina, saber materiais que as mulheres usa, por exemplo costura, a agulha, eles põem juntamente. Há uns que põem cinza e juntam esses artigos. Quando enterram é no sítio que eles querem, junto da casa. Vai só um familiar, a pessoa que eles entendem como exemplo. Vão pôr antes do sol nascer para ter a força que eles querem. Não podem deitar fora; a placenta é como se fosse a criança, irmão. (...) Outros têm outro diferente costume, põem a placenta dentro de um cesto ou de um saco e atiram para o mar. Dizem que é para essa criança que nasce um dia fale como as ondas do mar. Quando deitam a placenta no mar dizem orações, dizem umas palavras: 'Esse meu filho, quero que ele fale como homem do mar, ou cante como ondas do mar, ou tenha força, ou seja rico'. O pai, o tio ou o avô é que deita no mar. (Chefe do suco Ililai, Lautém).

Alguns *fataluku* residentes em meio urbano enterram a placenta, mas a maioria continua, como tradicionalmente, a colocá-la numa árvore. Podem juntar-lhe alimentos ou vários tipos de objectos, com diferentes finalidades:

> Aqui todos põem a placenta na árvore, porque é um costume muito antigo dos avós. Põem na árvore e a placenta vai secar aí em cima, significa que se por exemplo o rapaz ou rapariga quando crescer se deslocar para outras nações, para uma terra muito distante, nunca se esquece da sua terra natal, onde ele nasce. A placenta, se rapariga pôr aqui neste cesto ou *leu-moko* e pendurar em cima do gondoeiro [Fotografias 141 e 142]. Se é rapaz a placenta é pôr no *ulu-lita*, o cesto é diferente. (...) É porque o gondoeiro não morre, não seca; é uma árvore que dura muitos anos (Mulheres *fataluku*, Tutuala [Intérprete]).

Fotografias 141. 142. Cesto contendo Placenta, suspenso num Gondoeiro (Tutuala, 2006)





> Depois de cortar, põe o cordão e a placenta num cesto e leva para pendurar numa árvore grande, longe de casa. Pode juntar-se milho, *batar*, à placenta, a semente da abóbora, *tau kafu* [*lakeru musan* em *tetun*], e um pedaço de roupa da mãe, *faru afarika*. De acordo com a nossa tradição, a placenta é um espírito bom, é parte do bebé. Pôr a roupa da mãe, *faru afarika*, junto da placenta, é útil para o espírito da placenta, *inoko*, para que o bebé não se assuste, *hatauk*, não chore. Juntam-se as sementes de abóbora e o milho à placenta para que, quando se dá alimentos ao bebé, ele não vomite. *Inoko* é a placenta depois de ser colocada na árvore, é diferente, e por isso tem um nome diferente. Põem a placenta na árvore para que o bebé tenha saúde, para que quando crescer seja diferente dos de outras regiões. É importante pôr na árvore para a saúde do bebé, é o costume que vem dos nossos antepassados (Parteira tradicional *fataluku*, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

Em Soiquili, no suco Parlamento, muitos *fataluku* decolocam as placentas num local afastado, sob um rochedo [Fotografias 143 e 144], para ficarem protegidas da chuva e dos maus espíritos:

> Colocam as placentas tão longe para os espíritos não poderem fazer mal ao bebé, à placenta. É o mesmo espírito do bebé que nasceu. O da placenta é um bom espírito, mas o outro é um mau espírito, por vezes pode matar o espírito do bebé. Puseram-nas aqui para estarem mais protegidas

da chuva. Noutros sítios puseram-nas em árvores, mas as desta aldeia estão todas aqui, desde 1997 (Homem *fataluku*, suco Parlamento, Lautém).

Fotografias 143. 144. Cestos contendo Placentas, pendurados sob um Rochedo (Parlamento, Lautém, 2006)





Num estudo sobre o povo *mambae*, Carmo (1965) refere que a placenta é colocada num bambu ou numa panela, que penduram numa estaca ou numa árvore nas traseiras da casa:

> Quanto à placenta e secundinas, depois de expulsas, são guardadas pelo marido num bambu ou panela de barro e levadas para as traseiras da casa; aí, o homem pendura o recipiente com o respectivo conteúdo numa estaca ou numa árvore e lá ficam até apodrecer. (p. 36)

Observamos que actualmente alguns *mambae* envolvem a placenta de forma semelhante, colocando-a numa estaca de bambu ou numa árvore (Fotografias 145 a 147):

> Põe a placenta numa lata com cinza, que é envolvida em capim (*du'ut*) e amarrada à árvore. Tem de embrulhar, senão os pássaros estragam. O marido é que fez. Os usos e costumes são assim, não pode deitar fora a placenta porque faz parte da criança, do corpo do bebé. Se deita fora a criança pode chorar todos os dias, pode ficar doente [Fotografia 145] (Mulher *mambae*, 28 anos, 2 filhos, suco Acu Mau, Remexio [Intérprete]).

Fotografia 145. Recipiente contendo Placenta envolvido em Capim, amarrado a Árvore (Acumau, Remexio, 2006)



Fotografia 146.
Recipientes contendo Placentas envolvidos em Capim, amarrados a Estaca de Bambu nas Traseiras da Casa de Casal *Mambae* (Comoro, Díli, 2005)



Fotografia 147.
Panela contendo Placenta, em Estaca de Bambu, nas Traseiras da Casa de Casal *Mambae* (Darulete, Liquiça, 2007)



Actualmente, também grande parte dos *baikenu* se mantêm fiéis às práticas tradicionais provenientes dos seus antepassados. A placenta não é geralmente lavada, sendo depositada num recipiente com cinza que tem a função de evitar o mau odor, e nas primeiras noites costuma ficar junto à mãe, sob a cama ou na cabeceira para maior vigilância, de forma a que não seja danificada:

> Põem numa panela de barro, numa bacia, numa lata ou num balde, misturada com cinza, e põem em cima da cabeceira da mãe [Fotografias 148 e 149]. Porque desde o tempo dos avós, bisavós, têm o costume deles, porque têm medo do cão, dos gatos e das crianças que são pequeninas e não sabem o significado desta coisa, e podem comer ou estragar. Têm que guardar a placenta num lugar para não poderem estragar, senão o bebé fica doente (Mulher *baikenu*, recém-mãe, suco Usi Tasae, Oesilo [Intérprete]).

Fotografias 148. 149. Placenta coberta de Cinza, junto de Mulher *Baikenu* com Recém-Nascido (Usi Tasae, Oesilo, 2006)





Fotografias 150. 151. Placenta coberta de Cinza, junto de Mulher *Baikenu* com Recém-Nascido (Lalisuk, Pante Macassar, 2006)





Quando é utilizada uma faca de bambu para cortar o cordão umbilical, esta também pode ser colocada junto da placenta. Ao fim de quatro ou oito noites (consoante o costume da família do pai da criança), a placenta é transportada de manhã cedo para o exterior, por uma ou mais pessoas, e suspensa entre os ramos de uma árvore de grande porte (*tasaeb liana in oli*), que pode ser o gondoeiro (*nunuh*) ou a *ai-daak* (*usapi*):

Fotografia 152. Panelas de Barro contendo Placentas, suspensas numa *Ai-daak* (Bobocasse, Pante Macassar, 2006)



Durante o trajecto entre a casa e a árvore, e no regresso, são habitualmente postos em prática determinados procedimentos:

> Põem numa panela de barro, lata ou num balde juntamente com as cinzas. (...), uma ou duas pessoas. O pai é que vai pôr em cima da árvore, gondoeiro ou *ai-daak*, cedinho para não poder encontrar pessoas no caminho, senão elas vão fazer uma troça. Se voltarem depois de deixarem a placenta em cima da árvore, nós ficamos em casa e preparamos a casca, o carolo do milho, e atiramos para os que vêm da árvore, espécie de uma brincadeira. Ficamos satisfeitos porque já veio um menino novo (Parteiras tradicionais *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete]).

> Para seguir a cultura eles põem o bambu juntamente com a placenta do bebé, dentro da panela de barro, *na'i-naiján*. Põem primeiro cinza, depois a placenta com a faca de bambu, e depois mais cinza em cima para não poder cheirar. Põem em baixo da cama; até quatro noites ou oito noites é que podemos pôr a placenta em cima da árvore, em *baikenu usapi*, em *tetun ai-daak*. Tem de ficar perto da casa. O rapaz primeiro, depois a rapariga atrás leva um *tais* pendurado ao pescoço com a placenta lá dentro, e põe um *tais* novo por cima. No momento para levar a placenta, as crianças vão atrás para levar um caderno com um lápis ou uma lapiseira. Ao chegarem lá, o rapaz põe em cima da árvore e a rapariga dá a placenta, e as crianças ficam lá em baixo a escrever ou a brincar, para o bebé quando ficar grande ele ter que saber para ir à escola. Começaram no ano de 2000 até agora com o caderno, o lápis e a lapiseira, mas antes não usavam. Eles já ouviram muitas pessoas a contar, porque agora nós ficamos sozinhos e os nossos filhos têm que estudar. Os antigos só usam a nossa cultura, agora é que eles vão aumentar isto. Para levar a placenta temos que fazer um *tebedai* lá em baixo da árvore, com o *babadók*, um batuque. Põem uma espécie de campainhas no pé, depois tem que vestir camisa e *tais* novo, tem aqui catana. Os homens assim. Isto era antigamente; até agora eles ainda estão a usar, conforme a cultura do marido. Depois o homem desce e vão para casa. Chegam lá, começam outra vez com o *tebedai*, e comem juntos com a família (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete]).

> Depois do parto, põem a placenta dentro de uma panela de barro, um balde ou uma bacia, juntamente com a faca, o sangue, e cinzas. Depois vão pôr a placenta em cima da cama, na cabeceira, durante quatro noites. Eles têm medo de pôr em baixo da cama, senão um cão ou um gato ou uma criança que vai pegar. Conforme a cultura do pai, depois de quatro, oito ou sete noites é podem pôr em cima de um gondoeiro, *nunuh*. Um rapaz e uma rapariga é que vai pôr na árvore; o rapaz vai à frente e a rapariga fica atrás. Se o bebé é uma menina, a rapariga é que vai dar o colo à placenta, e chega em baixo do gondoeiro, ela tem que fazer o gesto de fazer um *tais*, como se

estivesse a fiar. Quando o bebé é um menino, é o rapaz que faz os gestos de trabalhar na horta. Antes de sair da casa, começamos com *tebedai* até ao gondoeiro. A situação que está preparada, para quando o rapaz ou a rapariga for grande ele tem que fazer igualmente como os pais, os tios, os avós. Fazem isto de manhã, muito cedinho. Depois de deixarem a placenta lá em cima eles voltam, e dali a senhora que faz parto pode tomar banho. Aqueles que ficam em casa cozinham a banana, o arroz e depois fazem o caril. Só aqueles que vão deixar a placenta em cima da árvore é que comem com a mãe em cima da cama, a mulher que dá o parto não pode descer. Os outros também comem mas em separado, em baixo; vai estender uma esteira e depois é que sentamos. Para comer não podemos usar colher, só a mão, porque o bebé há bocado nasceu e não levou nada, somente o seu corpo. Prepara uma bacia com água, lavamos as mãos, e depois é que podemos comer. O pai fica fora, só fica na cozinha a controlar o que eles preparam para comer. (…) São três pessoas, têm três nomes. Primeiro (...) aquele senhor ou aquela parteira tradicional que corta o cordão tem o nome de *alefit*. O segundo, o que vai levar a placenta em cima da árvore, tem o nome de *uri*. E o terceiro, que dá colo ao bebé para levar do quarto para fora, tem o nome de *fafo*. Estes são no mesmo dia (Parteira tradicional *baikenu*, suco Teboko, Pante Macassar [Intérprete]).

Entre os *baikenu*, assim como noutros grupos etnolinguísticos, sobretudo os de filiação patrilinear, a família do marido exerce uma forte influência sobre as práticas tradicionais associadas ao nascimento. Uma mulher natural de Díli, com formação em enfermagem, casada com homem *baikenu*, conta-nos a sua experiência:

A placenta, *oli*, é considerada um irmão do bebé. Em *tetun* (*ka'an*) chama-lhe *bebé nia alin*, e tomam conta dela cuidadosamente. Após o parto no hospital, verificam se está completa ou partida; depois disso a parteira põe-na num saco e levam-na para casa. Quando o cordão seca e cai, põem-no juntamente com a placenta, que foi guardada com cinza, *ahi-kadesan*, num saco de plástico. Oito noites após o parto, muito cedo às 4 ou 5 horas da manhã, escolhem um homem e uma mulher para irem colocar a placenta na numa árvore. A minha sogra veio depois de Oecusse para Díli para me ajudar. Nessa altura tínhamos uma nova casa em Comoro, e não tínhamos uma árvore onde pôr a placenta. Eu não enterrei a placenta porque disseram-me que devia levá-la para Oecusse; se enterrasse a placenta o bebé morreria. Nessa altura eu estava em Díli e e as mulheres ajudaram-me a tomar conta do filho e da casa. Quando eu saí do hospital a placenta foi guardada em casa. A minha sogra veio depois. Ele [marido] não disse nada; não quer argumentar com a família. Ela disse que se não procedesse assim com a placenta o bebé não teria bom futuro; se pusesse no mar seria uma boa pessoa, seria um bom estudante e teria um elevado desempenho; mas, se o pusesse na terra seria um bandido. [Este terceiro filho] nasceu em Oecusse, há três semanas. A placenta também foi colocada numa árvore, após oito noites, por um homem e uma mulher jovens. A mulher levou a placenta, e durante o trajecto não devia cruzar-se com ninguém. A

> distância um pouco longe, cerca de cinco ou seis casas, até à árvore onde toda a minha família coloca as placentas, e tiveram de ir cedo, cerca das 5 horas (...), para não se encontrarem com ninguém na rua, caso contrário a criança não terminará os seus estudos, *eskola la hotu*, *eskola la diak*. Não sei se é verdade, mas acreditam nisso. Se tiver nascido uma menina, a mulher leva a placenta, *ka'an*, se for um menino é o homem. Na minha família eu tenho de estar pronta em casa com o bebé para a primeira saída, *hasai bebé*, e fazer o *fase matan*. Quando o homem e a mulher chegam a casa devo oferecer-lhes algo, como *bua malus*, para mascar, *mama*. Também convidamos outros familiares para virem conhecer o bebé. Depois eu e o bebé podemos sair.

Embora se verifiquem algumas diferenças, há pormenores destes rituais *baikenu* que apresentam aspectos semelhantes aos descritos na literatura que reporta à época colonial portuguesa. No dia em que o recém-nascido é levado pela primeira vez para fora da cabana, a placenta é depositada numa panela de barro, sendo esta transportada por uma mulher vestida à homem, designada por *fafo*, *e* colocada entre os ramos de uma árvore. Servem-lhe de ajudantes um homem e uma mulher (*uri*), esta igualmente vestida com roupas masculinas. No regresso a casa, encontram-se com um grupo de parentes e vizinhos, travando-se, entre gritos e algazarra, um combate no qual são utilizados como projécteis espigas de milho e diversos frutos. No final vão todos, em grande animação, participar numa festa onde não falta a *tua sabu*. Entretanto, a *fafo* pegou na criança, levou-a para o terreiro e com ela aí permanece por uns instantes, no seu primeiro contacto com a vida exterior. Só nesta altura é que se procede à nominação do recém-nascido (Correia, 1934; King, 1963).

Em Amanuban, região de Timor Ocidental habitada por falantes de *dawan* - sendo o *baikenu* considerado por Hull (2004) um dos seus dialectos, é referido por McWilliam (2002) que o cordão umbilical e a placenta são cuidadosamente embrulhados e enterrados no chão da casa, o que tem como finalidade evitar que os porcos ou os cães danifiquem os subprodutos do nascimento. Antigamente, as secundinas eram colocadas num cesto feito de palmeira entrançada (*sokat*), o qual era pendurado num gondoeiro (*usapi*), e aí ficavam a secar até à sua desintegração. Actualmente, por insistência da igreja protestante, esta prática encontra-se grandemente abandonada.

Em Timor-Leste, foi sobretudo após a ocupação pela Indonésia que a placenta passou a

ser enterrada (*hakoi ka'an*) com mais frequência. Algumas famílias iniciaram esta prática por não encontrarem nas proximidades árvores "grandes" como o gondoeiro; outras foram aconselhadas a deixar de colocar a placenta em cima da árvore, e passaram a enterrá-la. Há quem acenda uma vela no local, e há quem coloque objectos junto à placenta, de acordo com aquilo que desejam que a criança venha a ser no futuro:

> Quando o bebé nasceu no hospital eles dão a placenta para trazer para casa. Eles lavam, põem num plástico, numa lata, e enterram ao pé da casa. Tanto bebé masculino ou feminino, eles põem sempre um lápis, um caderno ou um papel branco, para que essa criança quando for grande possa ser inteligente. Os dois primeiros filhos foi o pai que enterrou, mas pode ser qualquer pessoa. Se a criança ficar doente eles regam a placenta. Eles chamam-lhe sempre irmão, está zangado por isso é que rega um bocadinho, que ele está com calor. A placenta [do filho recém-nascido] está ali à entrada, com umas pedras por cima [Fotografias 153 e 154]. Veio de cortar, e o tio enterrou logo. Não lavou; pôs no plástico e enterrou com lápis e caderno. Primeiro eles acenderam a vela e pediram aos avós que já morreram para ajudar, para a criança nascer bem. (...) Os pais, o marido, a mulher, a família toda. Depois de nascer onde está a vela acendida é que eles põem a placenta (Mulher de 22 anos, 3 filhos, marido *bunak*, suco Debos, Suai Vila [Intérprete]).

Fotografias 153. 154. Local de Enterro da Placenta de Recém-Nascido *Bunak* (Debos, Suai Vila, 2006)





A placenta é lavada, limpa, e põem dentro de um plástico com uma folha de caderno e uma lapiseira, e depois que mete dentro de um cesto é que foi enterrar [Fotografias 155 e 156]. E depois a rapariga, ela vai ser inteligente, uma boa rapariga. Algodão de Timor, *kabas*, isso é antigamente, tempo de bisavó. Depois é que começaram a pôr o caderno e o lápis, porque as crianças agora já vão à escola. Antigamente não, ainda não conheciam o que é a escola. (...) Antigamente é que punham em cima da árvore, uma árvore grande chamada *hali*, mas agora tempo da Indonésia, aqui começaram a enterrar no chão, diz que 'então põem em cima de alguma árvore, e depois vem o vento grande, a árvore cai e depois aquela coisa está tudo por aí, por isso é que a placenta tem que ser enterrada no chão, na terra'. Daí então os timorenses (...) começar a enterrar. De vez em quando a bebé chorava sempre, não consegue dormir, é uma provocação; então daí é que acenderam uma vela aqui em cima da pedra. Faz uma 'em nome do pai', uma Avé Maria (Mulher *bunak*, cerca de 39 anos, recém-mãe do sexto filho, suco Lalawa, Tilomar [Intérprete]).

Fotografias 155. 156. Local de Enterro da Placenta de Recém-Nascido *Bunak* (Lalawa, Tilomar, 2006)





Quando a placenta sai lava com água quente até ficar limpa, depois põe num cesto e leva para fora. Antigamente punham num cesto e depois em cima de uma árvore, *hali*. Isso é passado, tempo português. Já é habitual desde os bisavós assim, então desde a geração também, igual como desde o princípio. Conforme, se encontra com cesto, ou é uma panela, ou pedaço do bambu; depois de lavar até limpo, põe dentro e leva logo directamente para cima da árvore, *hali*. Procura uma pessoa ou um homem que é bom elemento, um trabalhador, um que não é roubador, não é bebedor, para ver se a criança quando for crescida não ser ladrão. Para levar a placenta para cima, a rapariga tem que ser uma mulher boar, uma trabalhadora; o menino tem que ser um homem bom. (...) O homem ou a mulher que leva a placenta para cima da árvore, regressa para casa, chega aqui à frente da casa e diz :'*Uma na'in*!'. Dá um cumprimento e diz 'Bom dia! Já regressar da árvore para cá?' 'Já!' Então entra e depois dá cigarro, bétel, areca, sentam-se a fumar, a mascar. É o uso e costume, é

igual como uma cerimónia. Já desde bisavó assim, então geração também tem de ser assim. A placenta põem na árvore, e fica para sempre, nunca se mexe mais. (...) Enterrar é já no tempo da Indonésia, diz que pôr de cima da árvore é uma ideia que não está boa. Então toda a população tem que ser assim, porque já é uma coisa que vem da Indonésia; enterrar juntamente com um caderno, uma lapiseira. Na árvore também tem que se pôr um *tais* na boca da panela se for uma rapariga; se for menino, depois de pôr a placenta de cima da árvore aquele homem tem que cortar lenha ou com aquela alavanca tem que fazer limpeza. Faz isso para ver se aquele menino, depois de dezoito para cima, tem que ser um bom elemento. O caderno e o lápis já são mais recentes, já é tempo da Indonésia. (...) Depois de enterrar, tapar com uma pedra [Fotografias 157 e 158]. Se aquela criança, o menino ou a menina, chorava sempre, então com água vai deitar por cima da pedra para ver se aquela criança não chora mais, para não acontecer uma doença (Parteira tradicional *tetun* e chefe da aldeia Foho Lulik, suco Beiseuc, Tilomar [Intérprete]).

Fotografias 157. 158. Local de Enterro da Placenta de Recém-Nascido *Tetun* (Beiseuc, Tilomar, 2006)





Alguns *baikenu* e *bunak* referem enterrar a placenta junto de um coqueiro ou de uma bananeira para a criança, ao crescer, estar sempre "fresca" (saudável):

Tem que enterrar perto de um coqueiro ou de uma bananeira, e todos os dias temos de regar para quando a criança ficar grande para ela poder ficar feliz ou fresca (Mulheres *baikenu*, suco Nipane, Pante Macassar [Intérprete]).

Meteu a placenta dentro dum plástico, enterrou, e plantou um coqueiro em cima da placenta. O símbolo é para não esquecer que enterraram a placenta em baixo do coqueiro, e para se desenvolver como um coqueiro. Se for menina, plantam um coqueiro e, se for menino, plantam

uma bananeira em cima do local onde enterraram a placenta. Os avós disseram que a bananeira é fresca. Assim, a criança cresce frescamente como a bananeira, está sempre fresca (Mulher *bunak* de 36 anos, 3 filhos, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Apresenta-se, no Quadro 42, uma síntese de alguns procedimentos com a placenta, nos diversos grupos etnolinguísticos:

Quadro 42. Procedimentos com a Placenta

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Colocada num plástico, panela, balde, bambu ou cesto, por vezes com cinza, e suspensa numa árvore de grande porte	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Colocada numa panela de barro, bacia, balde ou lata com cinza (*ahi-kadesan*), na cabeceira ou por baixo da cama da mãe durante 4 ou 8 noites; de manhã cedo é levada num *tais/lipa* por uma mulher jovem, e colocada entre os ramos de um gondoeiro – *ai-hali* (*Ficus*) ou *ai-daak* (*Schleichera oleosa*). Alguns fazem *tebedai* e/ou simulação de trabalhos femininos ou masculinos, consoante o sexo do recém-nascido	✓										
Colocada num recipiente com cinza sob a cama durante 4 noites; de manhã cedo é enterrada pelo pai frente à casa ou junto a um coqueiro/bananeira	✓										
Colocada numa panela de barro tradicional (*sanan* rai) ou num bambu, pendurada numa estaca ou numa árvore, nas traseiras da casa								✓			
Colocada num plástico / panela / balde, por vezes com cinza, e enterrada, geralmente à frente da casa		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Enterrada junto de/sob um coqueiro ou bananeira	✓	✓									
Colocada num cesto masculino ou feminino, sob um rochedo			✓								
Colocada num cesto ou saco e deitada ao mar							✓				

Segundo Jones e Kay (2003), os procedimentos com a placenta reflectem, com grande

probabilidade, valores culturais mais amplos relativamente aos papéis desempenhados pelos homens e pelas mulheres numa determinada sociedade. Alguns sistemas de uma cultura encontram-se particularmente relacionados com sistemas de crenças, pelo que aquilo que as pessoas sabem e em que acreditam sobre o seu mundo deve reflectir-se no que dizem e fazem com a placenta. Quando esta é investida de poder, os rituais que envolvem a sua disposição podem demonstrar valores sociais e ser funcionais para a cultura, representando esforços para proteger o grupo ou o indivíduo. O poder da placenta pode, aqui, ser entendido como "mágico", aplicando os conceitos de Frazer (1922), Malinowski ([1925] 1954) e Mauss ([1902-1903] 2002). Neste sentido, a placenta possui uma natureza espiritual e é imbuída de capacidades mágicas ao causar ou prevenir um acontecimento específico. Assim, os timorenses consideram importante dispor a placenta de forma apropriada, caso contrário poderão sobrevir consequências indesejáveis que se reflectem no seu "irmão", a criança da qual foi fisicamente separada no momento do corte do cordão umbilical, mas com a qual subsiste uma relação especial. O local ou a forma como a placenta é disposta pelos timorenses, ou ainda os objectos que por vezes são colocados junto dela, revelam a crença numa "relação mágica contagiosa".

4.4. Cuidados de Higiene ao Recém-Nascido

> (...) O choro de uma criança feriu os ares. Todas as mulheres que estavam a assistir ao parto procuravam ser as primeiras a gritar lá para fora, anunciando de que sexo era a criança. (...) Imediatamente as mulheres tiraram a água morna numa vasilha de barro no lareiro, o oleoso camim, e lavaram o menino, untando o corpo do recém-nascido, e deram-lhe o primeiro banho com água morna. (Sousa, 2007, p. 44)

Num estudo efectuado nos anos 1970 sobre as práticas rituais dos *mambae*, Traube (1986), refere-se ao banho do recém-nascido, que é dado com água quente ao longo de vários meses, como um rito de passagem de um estado frio para quente:

> Os seres humanos passam através de um ciclo de estados frios e quentes, marcados em ritos de passagem privados. Uma criança recém-nascida é classificada como "fria". Ela deve ser

> ritualmente aquecida dentro de casa, através de uma série de banhos quentes que duram pelo menos sete meses. No final dos banhos, a criança é considerada quente, mas continua vulnerável ao calor extremo do Pai Céu. Então as crianças lactentes estão simbolicamente confinadas à casa ”quente e sombria” e não se aventuram no exterior até que o seu calor pessoal aumente. O calor pessoal atinge o seu apogeu nos anos reprodutivos, após o que é considerado como declinando gradualmente. A anciania encerra o ciclo, e as pessoas mais idosas são descritas como “frias”, assim como as crianças recém-nascidas. (Traube, 1986, pp. 176-177, tradução nossa)

Em Soibada, Thomas (2005) observa que, nas primeiras semanas após o parto, a mãe e a criança só são lavadas com água quente. Para algumas mulheres o banho é um ritual importante, sendo dado um “banho especial” à mãe e ao filho no final da primeira semana. Quando este termina, a água é vertida sobre o local de enterro da placenta.

Os resultados do nosso estudo mostram que, quando o parto tem lugar no domicílio, após o nascimento é costume dar logo banho ao recém-nascido com água quente ou morna, sendo frequente a utilização do fruto oleaginoso de *kamii* como substituto do sabão ou como produto de massagem corporal. A utilização de água morna é referida com mais frequência, seguindo-se a água quente e, mais raramente, a água fria. Quando o parto é assistido por uma parteira tradicional, pode ser esta a dar o primeiro banho. Tradicionalmente, é dado banho ao bebé em cima das pernas esticadas. Actualmente é utilizada com frequência uma bacia de apoio, como recipiente para a água ou servindo de banheira. Durante ou após o banho é por vezes efectuada uma massagem no corpo do bebé. As substâncias utilizadas podem ser óleo de coco ou óleo para bebé (grupos etnolinguísticos *baikenu*, *bunak*, *fataluku* e *tetun*), *kamii* (Fotografias 159 e 160), previamente mastigado e/ou espremido[55] (grupos etnolinguísticos *baikenu*, *bunak*, *galolen*, *kemak*, *makasae*, *tetun* e *uaima'a*). Por vezes aplicam pó de talco (grupos *baikenu*, *makasae*, *mambae* e *uaima'a*):

> Depois do bebé nascer ela dá-lhe logo banho. Não tem bacia, é só nos pés. (...) Agora, depois do parto a senhora é que dá banho ao bebé (...) com água morna e sabonete. Masca o *kamii*, põe na água para ajudar o corpo do bebé, para o bebé poder ficar fresco (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete].

55 Menezes (2006) refere que o *ai kamii* (*aleurites mollucana*), de cujo fruto se extrai um óleo aromático, é aplicado externamente em regiões doridas do corpo e para facilitar massagens manuais.

Fotografia 159. *Ai Kamii* (Árvore e fruto) (Suai Loro, Covalima, 2006)



Fotografia 160. *Kamii* (Fruto) (Acumau, Remexio, 2006)



Põem a criança deitada em cima das pernas, depois é que se põem água com sabão para lavar. (...) O *kamii* usam em toda a parte; dizem que é um bom remédio para as crianças. Assim que acabou de cortar o cordão a criança logo o primeiro banho com água morna (...) em cima das pernas. Passam com água por cima, limpa tudo o que tiver, depois um bocadinho sentado para limpar todas as costas. (...). Para o cordão cair depressa o bebé toma banho três vezes, de manhã, à tarde... A criança nunca toma banho com água fria; *be* morna. Esfrega o *kamii* no corpo da criança embrulhado num pano. (...) Dão sempre banho com *kamii* e esta folha de *ai bada* [Fotografia 161]. Quando não têm bétel elas mascam, *mama*, com *ai bada*; mastigam junto com *kamii*. De vez em quando elas vão para horta, levam também a criança, mesmo pequenina de dois, três meses; chega lá volta outra vez, a criança cansada, corpo todo...por isso é que põe isto (Parteira tradicional e outras mulheres *bunak*, suco Debos, Suai [Intérprete]).

Fotografia 161. *Ai bada* (Suai Loro, Covalima, 2006)



A criança toma banho com água morna. Antigamente põe a criança aqui deitada, depois com a mão, com a casca do coco pode tirar a água para tomar banho. No tempo da Indonésia para cá já usa a bacia, já é moderno (Parteira tradicional *uaima'a*, suco Ostico, Baucau [Intérprete].

Quando o bebé nasce dão banho com água morna. Aqui a senhora costuma, quando dá parto da criança, primeiro ela tem que entornar água fria por cima da criança, depois é que dá banho com água morna. Ela dá primeiro água fria, para a criança poder habituar para um dia não apanhar doença (Parteira tradicional *makasae*, suco Gariuai, Baucau [Intérprete].

Para lavar o bebé é só com água quente. (...) Esta fruta, *kamii*, é como troca do sabão (...). A criança acaba de nascer, e o costume dos pais, dos timorenses, é: tira a casca, dentro o miolo é para comer ou pilar, põem num pano, depois dentro de água quente, e depois esfregam no corpo do bebé. Para a cara não ficar inchada, a cabeça também. Quando acaba de nascer, dizem que os bebés às vezes têm uma cabeça grande ou comprida, depois os avós usam este miolo para fazer assim nos olhos, no nariz…(...) até seis meses, oito meses. (...) Ainda usam, mas agora usam também sabão de bebé, champô de bebé. Mas, no tempo dos antepassados, o costume do timorense desde os bisavós é só com isto, o tradicional de Timor. Em Suai também é assim. (...) Em Fatumean, Fatululik, Fohorem ainda utilizam esses remédios, como o *kamii*, *sekun*, a *kanua*... na montanha porque é longe da vila, dos hospitais. (...) Óleo também tiram do *kamii* ou óleo de coco (Informadores *tetun*, naturais de Fatumean e residentes em Suai).

Fotografias 162. 163. Exemplificação de Técnica do Banho a Recém-Nascido *Tetun* (Ogues, Maucatar, 2006)





Fotografias 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175.
Banho e Massagem a Recém-Nascido *Bunak* (Memo, Maliana, 2005)



Para prevenir a hipotermia no recém-nascido, actualmente é recomendado dar o primeiro banho ao recém-nascido apenas 24 horas após o nascimento (DNE e ICF Macro, 2010). Quando o parto é assistido por parteiras nos estabelecimentos de saúde, habitualmente só é dado banho ao recém-nascido pelo menos seis horas após o parto:

As parteiras não dão logo banho ao bebé, só no dia seguinte é que dão banho. Elas dizem que a criança sai da nossa barriga e está ainda quente. Ora sai da barriga, está quente, não pode ir pôr logo dentro da água, senão o frio entra de repente por esta criança e de vez em quando morre. A criança pode ficar fria (Parteira do centro de saúde de Aileu [Intérprete]).

Não dão banho ao bebé, só limpam. Depois de banhar tem de limpar muito bem, secar bem. Pode dar banho, só depois de seis horas de tempo ou no outro dia pode dar. Secar bem (Parteira do centro de saúde de Atabae [Intérprete]).

Após seis horas o bebé toma banho. A família dá banho ao bebé. (...) A água não é boa para o cordão (Parteira da maternidade do hospital de Baucau).

O bebé também tem que tomar banho todos os dias. Aqui na maternidade, dão o primeiro banho ao bebé depois de seis horas de tempo. Com água, na banheira (Parteira-chefe da maternidade do Hospital Nacional, em Díli).

Apresenta-se, no Quadro 43, uma síntese de alguns cuidados de higiene prestados ao recém-nascido por timorenses pertencentes aos diversos grupos etnolinguísticos estudados:

Quadro 43. Cuidados de Higiene ao Recém-Nascido

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Banho com água quente	✓		✓			✓	✓		✓		
Banho com água morna	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Banho com água fria			✓	✓		✓	✓				
Massagem com óleo (óleo de coco; *minyak telon*; *mina baliu*)	✓	✓	✓						✓		
Massagem com *kamii*	✓	✓		✓	✓		✓		✓		✓
Massagem com *kamii* mastigado com *ai bada*		✓									
Aplicação de pó de talco	✓						✓	✓			✓

4.5. Procedimentos relativos ao Coto e à Cicatriz Umbilical

Procedimentos com o Coto Umbilical

Após o corte do cordão umbilical é referido, com frequência, não haver cuidados especiais com o coto até ao momento em que se desprende do abdómen do recém-nascido. No entanto, com a finalidade de evitar hemorragia, infecções ou para secar mais rapidamente, nele são por vezes aplicadas diversas substâncias, tais como cinza, *kamii*, cal ou pó de talco:

> Põe o *kamii* num pano e tira só a água para pôr na ponta do cordão. É para ficar seco depressa, mas nunca leva mais de três dias (Parteira tradicional *tetun*, suco Suai Loro, Suai Vila [Intérprete]).

> [Na ponta do cordão põem] um pó, cinza, que tiram do lume e põem na ponta. É para evitar infecção, para não sair o sangue (Informadores *bunak*, Zumalai).

> Depois de cortar, eles põem cal na ponta, e o sangue não sai. Secou, três dias vai cair já (Parteira tradicional *mambae*, residente em Díli [Intérprete].

> Antigamente só põe *kamii*. (...) No tempo da Indonésia já não usa *kamii*, usa só pó da criança (Parteira tradicional *uaima'a*, suco Ostico, Vemasse [Intérprete]).

Por vezes ocorrem, em Timor-Leste, infecções no recém-nascido que são atribuídas a maus cuidados de higiene na região umbilical:

> Os filhos pequeninos, o que fazem ao umbigo tem muitas causas, mas o principal é a higiene, não limpam bem. Não há muitos, mas há, às vezes antes, às vezes depois da queda do cordão (Médicos cubanos do centro de Saúde de Atabae, Bobonaro).

As infecções do cordão e o tétano neonatal contribuem significativamente para o aumento da mortalidade neonatal nos países em desenvolvimento. Estas infecções podem ser prevenidas e reduzidas mediante técnicas de parto e de corte do cordão umbilical higiénicas, evitando práticas nocivas e aumentando a cobertura vacinal anti-tetânica (WHO, 1999; Williams, Baumslag e Jelliffe, 1994). Os padrões actuais de

cuidados ao cordão baseiam-se nos princípios da assepsia, cuja finalidade é a diminuição da probabilidade de infecções, e resultam de estudos efectuados em meio hospitalar nos países desenvolvidos. Algumas destas recomendações não se aplicam a países em desenvolvimento onde os recursos são escassos, tendo a maior parte dos partos lugar em casa, e onde são frequentes práticas tradicionais que incluem a aplicação de substâncias conspurcadas no coto umbilical. Actualmente, é preconizada a não aplicação de qualquer substância (incluindo o álcool, que pode atrasar a cicatrização e o destacamento do coto), tendo o cuidado de manter o coto limpo (usando apenas água e sabão) e seco (WHO, 1999).

As parteiras oficiais e as parteiras tradicionais que receberam formação na época da Indonésia costumavam aplicar álcool ou Betadine (solução antisséptica, à base de iodopovidona) no coto umbilical. Embora não seja recomendado, por vezes ainda é colocada uma ligadura ou *gurita*[56] a envolver o abdómen do recém-nascido:

> Cortam o cordão umbilical e não podem contactar com água durante um dia para não infectar. No tempo da Indonésia a parteira atava, punha Betadine ou álcool e põem um pano - cinta, *gurita* à volta (Parteira da Maternidade do Hospital de Maliana [Intérprete].

> Antes, no tempo da Indonésia, punha-se Betadine ou álcool [no coto]. Depois do treino *Safe Motherhood*, não. (...) No tempo da Indonésia punham *gurita*, agora não (Parteira da Maternidade do Hospital de Baucau).

> No tempo indonésio dar Betadine mas depois de agora nós frequenta o treinamento lá em Díli, em 2003, não precisa (...), só fazer limpeza. Lavar mas não pode molhar; quando molha talvez que fica com infecção. (...) As mães que vem com o filho nós chamar aqui e depois dar informação. (...) No tempo indonésio usar *gurita*. Agora na Indonésia também já não fazem assim, porque dizem que a técnica internacional mudou (Parteira da Consulta de Saúde Materno-Infantil do Hospital de Baucau).

> A *gurita* é usada depois da nascença do bebé, para proteger o umbigo e o cordão do bebé. A *gurita* não se enrola, tem uns pedacinhos de pano, aqui, que se atam. Para o bebé usa-se até quarenta dias. Limpam, põem Betadine e uma pequena ligadura, e depois é que se põe a *gurita* por cima. Isso é

56 *Gurita* significa "polvo" em *bahasa Indonesia* (*kurita* em *tetun*). *Gurita bayi* é o termo usado para designar um tipo de ligadura especial para o recém-nascido, proveniente da Indonésia.

para evitar as infecções. Depois seca e o cordão cai (Mulher indonésia, natural de Sumatra, casada com timorense e residente em Díli).

Fotografias 176. 177. *Gurita Bayi* e sua Utilização em Recém-Nascido *Bunak* (Debos, Suai, 2006)





Apresenta-se, no Quadro 44, uma síntese das substâncias aplicadas no coto umbilical após o corte do cordão, nos vários grupos etnolinguísticos estudados:

Quadro 44. Substâncias aplicadas no Coto Umbilical

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Nenhuma	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓
Cinza da fogueira		✓									
Kamii (*Aleurites mollucana*) mastigado, colocado dentro de um pano e espremido sobre o cordão		✓							✓		✓
Cal								✓			
Água quente					✓						
Pó de talco	✓	✓			✓						✓
Álcool ou Betadine (iodopovidona); por vezes cobertura com ligadura/*gurita*			✓		✓			✓		✓	

Substâncias Aplicadas na Cicatriz Umbilical

Quando o coto umbilical seca e se destaca do abdómen do recém-nascido podem ser aplicadas diversas substâncias na cicatriz umbilical, tais como cinza, pó de bambu, mistura de bétel e areca, *kamii* ou, mais recentemente, pó de talco.

Os *baikenu* aplicam cinza da fogueira, a fuligem produzida pelo fumo da fogueira (*anus*) que se deposita nas traves do tecto e no milho que se encontra suspenso, e a fuligem retirada do fundo da panela de barro, produzida pelo calor da fogueira:

> Três qualidades: a cinza da fogueira, a sujidade debaixo da panela de barro, espécie de um carvão, e também, uma vez que acontece quando o milho está pendurado lá em cima, tem ali uma espécie de preto. Isto é que podemos usar no umbigo (Parteiras tradicionais *baikenu*, suco Teboko, Pante Makassar [Intérprete]).

> Tiram cinzas em cima do milho [e põem no umbigo do bebé quando o cordão cai]. Às vezes a gente vai pendurar o milho ali, o vapor da fogueira é que faz isto, chama-se *anus* [Fotografia 178] (Informadora *baikenu*, suco Bobometo, Oesilo).

Fotografia 178. Milho suspenso sobre a Fogueira (Bobometo, Oesilo, 2006)



Quando o cordão umbilical cair isto é o melhor, põem uma espécie de cinzas. Com o calor da fogueira é que podem tirar [da trave do tecto] [Fotografias 179 a 182] (Mulher *baikenu*, mãe de recém-nascido, suco Usitasae, Oesilo [Intérprete]).

Fotografias 179. 180. 181. 182. Mulher *Baikenu* com Recém-Nascido e Pormenor do Tecto da Casa (Usitasae, Oesilo, 2006)



Alguns *baikenu* queimam a folha de jaqueira na fogueira e utilizam a cinza resultante:

Quando o umbigo cair, temos que pôr o calor da fogueira, ou (...) cinza da folha da jaca, *jac no'o*. Queimam na fogueira, espécie de cinzas e põem aqui (Parteira tradicional *baikenu*, suco Lalisuk, Pante Macassar [Intérprete]).

A cinza de folha de mangueira queimada é utilizada pelos *makalero* e pelos *makasae*.

Estes últimos, bem como os *uaima'a*, também recorrem à cinza da folha de *akadiru* (*Borassus flabellifer*) e de bambu. A *bua* (*Areca catechu* C.)[57] é outra substância utilizada pelos *uaima'a, makasae* e *galolen*, podendo ser mastigada ou pilada:

> Depois do cordão cair o nosso costume é tira a folha de mangueira, põem ao lume e tiram a cinza. Isto é que põem no umbigo. É para ajudar a ficar melhor, para não fazer ferida (Parteira tradicional *makalero*, suco Cainliu, Iliomar [Intérprete]).

> A folha da *lolerasa* e a folha da mangueira, depois de assar, tira a cinza e pôr no umbigo do bebé depois do cordão cair. As duas ao mesmo tempo pode, uma só também pode (Parteiras tradicionais *makasae*, suco Ililai, Lautém [Intérprete]).

> Antigamente faz com *akadiru tahan*, aqui falam *alasa*, depois queima e leva a cinza e põe em cima. No tempo da Indonésia para cá já usa *bua*, areca. Mastiga *bua* (Parteira tradicional *makasae*, suco Gariuai, Baucau [Intérprete]).

> Quando o cordão, depois de cair, se não tem infecção não põe nada, se tem infecção põe remédio timorense. Põe areca, *bua*. Pode mastigar para cuspir lá dentro, *bua tuku*, ou pode pilar, *bua maran*, tem de ser seco. Depois põe lá dentro e mais a folha do bambu, depois de queimada. Porque há pessoas que cortam o cordão sempre dá infecção, mas ela quando corta nunca tem infecção, a mão é mole. (...) Bambu seco é para depois de queimar. Se tiver usa-se a folha de bambu, cinza. Ou põe uma coisa ou outra, não pode misturar. Experiência que usou areca é melhor (Parteira tradicional *uaima'a*, suco Bahu, Baucau [Intérprete]).

> Quando o coto cai põem areca no umbigo durante dois ou três dias (Parteira tradicional *galolen*, suco Ailili, Manatuto [Intérprete].

O pó do bambu ou o pó/resíduo produzido pelo caruncho (*fuhuk ten*), bem como o *kamii*, que é mastigado, colocado dentro de um pano e espremido, são substâncias utilizadas pelos *tetun* na cicatriz umbilical:

> O pó do bambu é que põe no umbigo (Parteira tradicional *tetun*, suco Beiseuc, Tilomar [Intérprete]).

57 Menezes (2006) refere que a raiz de *areca catechu*, mascada com folhas de bétel e cal, serve para curar feridas.

> Quando já está seco põe a cinza, o pó de um pau, *fuhuk ten* (Parteira tradicional *tetun*, suco Suai Loro, Suai Vila [Intérprete]).

> Depois de cair o cordão, dar banho à criança, depois pôr o óleo de *kamii*. Deixa assim só, não usa nada (Parteira tradicional *tetun*, natural de Fatumean e residente em Suai [Intérprete]).

Alguns *baikenu* e *bunak* referem ainda aplicar pó de talco na cicatriz umbilical:

> Só põe pó de talco, depois do cordão cair, para não cheirar e para ficar seco (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete]).

> Depois de cair e ainda não está muito bom eles põem pó. No tempo indonésio ensinaram a pôr Herosin, um pó, espécie de talco, ou pó das crianças, pó de talco (Informador *bunak*, suco Ogues, Maucatar [Intérprete]).

Na literatura sobre Timor-Leste é feita referência à utilização, pelos *mambae*, da mistura de bétel e areca como desinfectante, mas apenas quando a cicatriz umbilical ameaça ou já está infectada (Carmo, 1965).

Apresenta-se, no Quadro 45, uma síntese das substâncias aplicadas na cicatriz umbilical do recém-nascido, por timorenses pertencentes aos diversos grupos etnolinguísticos:

Quadro 45. Substâncias aplicadas na Cicatriz Umbilical

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Cinza da fogueira	✓										
Pó de *fuhuk ten* (caruncho)									✓		
Cinza da casca de areca (*Areca catechu*) queimada		✓									
Cinza da folha de jaqueira queimada	✓										
Cinza de folha de mangueira queimada						✓	✓				
Cinza da folha de *akadiru* (*Borassus flabellifer*) queimada ou de bambu							✓				✓
Fuligem produzida pelo fumo da fogueira (*anus*) nas traves do tecto e no milho	✓										

suspenso											
Fuligem retirada do fundo da panela de barro, produzida pelo calor da fogueira	✓										
Pó de bambu		✓							✓		✓
Areca (mastigada ou pilada)				✓			✓				✓
Kamii mastigado, colocado dentro de um pano e espremido									✓		
Pó de talco	✓	✓									

Quando o coto umbilical seca e se destaca do abdómen do recém-nascido, verificam-se alguns procedimentos especiais por parte dos pais. Uma prática comum a todos os grupos etnolinguísticos é a sua deposição, depois de embrulhado, num local resguardado (Por exemplo: uma mala, o cestinha da masca (*koba*), ou um armário), como recordação, para proteger a criança de doenças, para dar sorte, ou com outros fins:

> Guardam, como recordação, mas também tem outro sentido. No caso de o bebé chorar sempre, então sempre vão lá e fazem o *hamulak*, dizem umas palavras, 'Isso é o cordão que sai do Pedro, tens que proteger o teu irmão que está sempre a chorar, que está sempre doente'. Depois põem junto ao bebé (Parteira, Díli [Intérprete]).

> Põe juntamente com pó de bebé dentro da mala ou do armário. Põe juntamente com o pano que colo ao bebé. É misterioso, *lulik***.** Não podem deitar fora, guardam; se deitarem a criança fica sempre doente (Parteira tradicional *bunak*, suco Beco, Suai).

> Guardam dentro onde se guarda a areca, depois o *malus*. (...) O cesto da masca que os avós costumavam usar, fica aí, porque o avô quando morre o lugar onde se põe a masca passa a outra pessoa, que é a filha ou o filho. (...) Isto passa de mão em mão, fica sempre dentro da família. Isto é a mesma coisa que, não é ouro, mas é património. (...) Quando uma mulher tem muitos filhos juntam-se (Informador *bunak*, Zumalai).

> Isto tem que guardar num saquinho feito de palmeira, *poka*[58], dentro da mala, porque quando o bebé crescer, quando for grande ser inteligente, também para não ser zangado ou nervoso (Parteira tradicional *makalero*, suco Iliomar II [Intérprete]).

> Guarda bem, não pode perder. Se não guarda bem e perde, então o rapaz fica malandro. Guarda bem juntamente com os dos outros filhos, para as crianças se estimarem umas às outras (Parteira

58 *Luhu* em *tetun*.

tradicional *makalero*, suco Tirilolo, Iliomar [Intérprete]).

Em Suai, alguns *bunak* guardam o coto umbilical, que mais tarde é levado, juntamente com as unhas e um pouco de cabelo que é cortado à criança, para a casa sagrada (*lulik*) da família:

> O primeiro filho só sai de casa ao fim de um mês; os outros pode ser duas semanas, três semanas. (...) Depois chega o tempo em que cortam o cabelo, juntando o cabelo com as unhas, com o cordão, levam para a casa *lulik* deles (Mulheres *bunak*, Suco Debos, Suai Vila, Covalima [Intérprete]).

Entre os *bunak* e os *tetun* de Suai também é descrito o costume, actualmente menos frequente, de atar o coto a uma ponta da *lipa* da mãe:

> Quando o cordão cai, ou guardar ou atar na ponta da *lipa*. Se cair sem querer não há problema. (...) Se nós deitarmos fora a criança pode morrer (Mulher *bunak* de 22 anos, 3 filhos, suco Debos, Suai [Intérprete]).

> Guardam. Naqueles tempos depois de cair eles amarram aqui a ponta da roupa, na ponta da *lipa*; agora (...) já é moderno, já não amarram (Parteiro tradicional *tetun*, suco Suai Loro, Suai [Intérprete]).

Em Viqueque, Van Schoor (2003) observou que, uma vez destacado, o cordão é guardado para no futuro ser usado com fins medicinais/terapêuticos, ou então colocado junto da placenta. Além dos *tetun*, verificamos que noutros grupos etnolinguísticos também guardam o coto umbilical, utilizando-o mais tarde quando a criança tem febre ou cólicas abdominais:

> Guarda dentro da mala ou no cesto, mas quando o bebé está sempre a chorar, está com dores na barriga, tira outra vez o resto do cordão seco, põe dentro da água, depois usa água em que o cordão está dentro, e depois esfrega na barriga da criança. Só pôr na barriga para passar a dor (Parteira tradicional *tetun*, natural de Fatumean e residente em Suai Vila [Intérprete]).

> Até agora guarda bem. A função é assim, por exemplo, depois este menino, amanhã ele tem a cabeça muito quente, então mete esse cordão na água, e depois a água põe por cima para (...) baixar a temperatura, para arrefecer (Mulher *fataluku* de 33 anos, 3 filhos, Lospalos [Intérprete]).

> Eles guardam bem dentro da mala, armário. Quando a criança está com dor de barriga ou febre, o pai ou mãe põem dentro de água e passam na barriga. Quando a criança já está grande e vai à escola põem o cordão dentro de água e esfregam na cabeça para poder ser inteligente. Depois voltam a guardar o cordão (Casal *kemak*, 11 filhos, suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete]).

> Todas as mulheres quando cai guarda. Se deitarem fora o bebé pode ficar doente. Quando dói a barriga à criança, põe dentro de água e dá para a criança beber (Mulheres *mambae*, suco Lihu, Railaco, Ermera [Intérprete])

> Deixa ficar guardado aí e não mexe mais. Depois, quando a criança começa a chorar… de vez em quando a criança está com dores de barriga, vão buscar o resto do cordão seco e usar na barriga. Põem num copo com água, e depois com água é que faz massagem na barriga da criança (Mulher *bunak* com cerca de 38 anos, 6 filhos, Salele, Tilomar [Intérprete]).

Uma prática comum a diversos grupos etnolinguísticos consiste em colocar o coto umbilical numa árvore, geralmente um coqueiro, um algodoeiro ou uma bananeira:

> Quando o cordão cai ao fim dos três dias, primeiro guardam metem lá dentro. Se é homem põem em cima do coqueiro, *wata*, se é mulher põem no algodoeiro (Parteiras tradicionais *makasae*, suco Ililai, Lautém [Intérprete]).

> Alguns guardam e alguns põem na *dikin*, ponta, aquela parte vermelha da bananeira (...) para a criança ficar sempre de boa saúde. Vem do tempo dos bisavós, (...) é costume de cada família. Quando põem na folha de bananeira não tem medo de vento e qualquer coisa que faça encontrar a doença (Parteira tradicional *makalero*, suco Cainliu, Iliomar [Intérprete]).

Alguns *uaima'a* colocam o coto umbilical num coqueiro, outros em cima de um búfalo, que passa a pertencer à criança:

> Quando cai o cordão da criança, põem em cima do búfalo ou em cima da árvore. Põem em cima do búfalo, *tau ba karau leten*, e este búfalo pertence a esta criança; e em cima do coqueiro, este coqueiro pertence a esta criança. Depende da pessoa que tem búfalo põe aí. Dá para o pai ou avô é que leva, depois põe em cima do búfalo, se cai não interessa, este búfalo já pertence à criança (Chefe do suco Ostico, Vemasse [Intérprete]).

Num estudo dedicado aos *fataluku*, Gomes (1972) descreve o ritual a que é sujeito o cordão umbilical:

> O cordão umbilical conserva-se dentro dum cestinho fechado, feito com fibras vegetais e que se denomina *katuba*. Uns conservam-no em casa como preciosa relíquia. Quando a criança chora, insistentemente, é costume deitar-se essa *katuba* dentro da água em que, de seguida, se banha a criança. E assim ganhará optimismo, boa disposição. Mas a maioria dos povos dependuram essa *katuba*, em que introduzem também cinza, nos ramos de árvore alta, normalmente o coqueiro ou o embondeiro. Assim, a criança, quando crescida, subirá com agilidade às árvores. Este acto é, em algumas zonas, bastante cerimonioso...Chamam-se três mulheres parentes, bem expeditas e tagarelas que ao levar a *katuba* para a árvore têm de envergar trajes masculinos. Estas se encontram alguém pelo caminho, mesmo que se trate de pessoa importante, deverão dirigir-se-lhe descarada e até arrogantemente. Podem mesmo usar dos mais baixos insultos e calúnias. É até lícito dirigir-se a um indivíduo, tirar-lhe as roupas e deixá-lo nu sem que ele deve reagir. Tem que compreender e respeitar aquele uso que lhe não é desconhecido. Depois de suspender a *katuba*, regressam a casa e, no interior desta, travam, sozinhas, uma luta demorada em que quase tudo é lícito, incluindo o desnudamento. Em todos estes gestos transparece a intenção ou propósito de, magicamente, proporcionar à criança uma força, agilidade e personalidade que a levem a impor-se aos outros e a façam guerreiro indomável, hábil como o macaco. (pp. 110-111)

Actualmente, os *fataluku* mantêm o costume de colocar o coto umbilical num saquinho ou cestinho (*ulu lita*), pendurando-o numa árvore ou então guardando-o com cuidado:

> Coloca-se o coto umbilical, *vili-vili*, com um pouco de cabelo do bebé num saquinho feito de *tua metan* [Fotografia 183]. Se o bebé for do sexo masculino o pai do bebé coloca-o num coqueiro para o bebé quando crescer poder trepar ao coqueiro; se for do sexo feminino colocam-no num algodoeiro, *kabas* [*kaisala* em *fataluku*], para que quando for crescido saiba fazer *tais*. Juntam o cabelo para que, quando o bebé crescer, possa sair para todo o lado. Se não fizerem isto, ele fica só em casa. Isto foi ensinado pelos nossos antepassados (Mulher *fataluku* de 30 anos, 5 filhos, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

> Fazer o seu lugarzinho e coloca o cordão dentro, *ulu lita* [Fotografia 184]. O cordão desta menina ainda está dentro, tem seis meses. Esta quando cortar os cabelos e pondo dentro disto é que vai pendurar. Se é uma menina (...) vai pendurar no algodoeiro, para que a menina depois saiba fazer tear, fazer *tais* e (...) todos os serviços, trabalhos caseiros que pertencem à mulher. Se é rapaz pendurar no coqueiro para que o rapaz saiba subir ao coqueiro e também saiba fazer todos os trabalhos do homem (Mulher *fataluku* de 34 anos, 2 filhos, suco Lore II, Lospalos [Intérprete]).

Quando o cordão cai não deita fora. Fazer uma espécie de cestinho pequenino, de palmeira. O *vili-vili* é para pôr a ponta do cordão já seco (Fotografia 185). Se é rapaz vai-se pôr em cima do coqueiro para que o rapaz, o homem, deve saber fazer os trabalhos do homem, saiba subir, trepar o coqueiro; e se é rapariga pôr em cima do algodoeiro para que saiba fazer trabalhos da mulher (Mulheres *fataluku*, Tutuala [Intérprete]).

Fotografias 183. 184. 185. Cestinhos para guardar o Coto Umbilical (Lautém, 2006)





Alguns *baikenu* guardam o coto umbilical no cesto da masca durante três meses, altura em que é enterrado ou colocado em cima de um coqueiro, juntamente com um pouco de cabelo que é cortado ao bebé:

Guardam num cestinho que serve para guardar o bétel, a areca e a cal, *manfatin* (...) *kabi* em *baikenu* [Fotografia 186]. Guardam aqui até o bebé ficar com três meses, cortam um pouco de cabelo, põem junto do cordão umbilical e então podem enterrar, ou então põem em cima de um coqueiro (Parteira tradicional *baikenu*, suco Cunha, Pante Macassar [Intérprete]).

Fotografia 186. Cestinho da Masca (Pante Macassar, 2006)



Entre os *baikenu* a prática referida com mais frequência é o enterro do coto umbilical junto à raiz de uma arequeira (*puah*), de uma bananeira ou de um coqueiro (*noah*). Alguns embrulham-no previamente numa casca de milho, num plástico ou num pano. A árvore junto da qual o coto é enterrado passa a pertencer à criança, podendo funcionar como uma recordação:

> Depois de cair elas vão enterrar junto do coqueiro, bananeira ou arequeira. Não embrulham. Quando o bebé fica crescido e já sabe falar, fica um rapaz ou uma rapariga, elas vão mostrar: 'Este é o teu coqueiro, esta é a tua arequeira, esta é a tua bananeira'. Este é o dono do coqueiro ou da bananeira ou da arequeira (Mulheres *baikenu*, suco Usi Tasae, Oesilo [Intérprete]).

> Enterram numa arequeira ou num coqueiro. Quando ele for grande a mãe ou o pai deste bebé dizem: 'Agora o teu coqueiro ou a tua arequeira já tem frutos, tu podes tirar para comer ou mascar. Esta é a tua planta, a recordação do teu dia de nascimento, a recordação do teu cordão'. É para eles terem uma recordação (Mulheres *baikenu*, suco Abani, Passabe [Intérprete]).

Para alguns *baikenu* esta prática tem em vista conferir "frescura" à criança, condição associada ao seu sucesso no futuro:

> Para a criança quando crescer o cérebro dela ficar mais inteligente. A raiz do coqueiro, a raiz da arequeira é muito fresca (Parteira tradicional *baikenu*, suco Costa, Pante Macassar).

> Enterram junto dessa árvore para o bebé se for grande, ele poder ficar contente, feliz; para também fazer inteligência para continuar os estudos (Mulheres *baikenu*, Suco Nipane, Pante Macassar [Intérprete]).

Com o mesmo objectivo, outros *baikenu* enterram o coto umbilical sob uma panela de barro com água, podendo ainda depositá-lo na nascente. Algumas mulheres enrolam uma corda em redor da cintura nos primeiros quatro dias após o parto, enterrando-a juntamente com o coto:

> Depois do parto a mulher tem de atar a corda à cintura [*tain tune*] para ir enterrar com o cordão do bebé. Depois de quatro noites a placenta vai sair para a árvore, e ela também aproveita para tirar isto e enterra na água que vai nascer junto ao gondoeiro ou *ai daak*. Ao fim de quatro noites,

quando o cordão umbilical cai, embrulha-se num pano e põe-se num sítio que está sempre fresco, que tem uma espécie de água da nascente. É costume dos bisavós para a criança ficar fresca (Parteira tradicional *baikenu*, suco Cunha, Pante Macassar [Intérprete]).

Quando o cordão cair nós temos que guardar. Amarramos com um pedaço de pano e vamos enterrar em baixo de uma panela de barro, e dentro dessa panela vamos usar água, para a criança ficar fresca em baixo, porque a panela com água está em cima e o cordão fica cá em baixo. Às vezes põe-se três pedras aqui e a panela fica em cima, e o cordão fica em baixo. Assim fica fresco. (…) Desde os bisavós (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete]).

Algumas práticas referidas pelos *galolen* e pelos *tokodede* são semelhantes e também têm como finalidade conferir "frescura", sinónimo de boa saúde, à criança. Alguns colocam o coto umbilical na terra, plantando por cima uma bananeira, outros colocam-no numa árvore, que pode ser a bananeira ou o coqueiro. Há ainda quem o deite ao mar:

Eles embrulham, põem o pó, amarram com a linha e depois guardam dentro do armário, numa caixa ou qualquer coisa. Alguns deitam dentro da bananeira para ficar fresca, mas costume tradicional daqui maioria é guardar (Parteira reformada, Liquiça).

Quando caiu, eles guardaram em cima da bananeira. Fizeram assim para refrescar, é para a criança ficar fresca, ter boa saúde. A senhora mesma, a mãe é que foi pôr. Costume tradicional, maioria dessa aldeia fazem isso (Mulher *galolen* de 50 anos, 6 filhos, suco Aiteas, Manatuto [Intérprete]).

Guarda depois de seco. A recomendação da minha sogra [de Laleia] era que, quando o mar está muito bravo, deita o cordão para o mar para acalmar o mar. Isto é para dar sinal para que os nossos filhos, qualquer dia quando forem grandes, quando acabarem os seus estudos, hão-de atravessar o mar. (...) Depois tem outra tradição (...). Antes de plantar uma bananeira, mete primeiro o umbigo, cordão, e depois planta a bananeira. A bananeira é fria e acalma os nervos da criança, faz com que a criança não se torne muito nervosa. (…). Como ainda não tinha a experiência da vida eu segui os conselhos da minha sogra. (…) Só alguns [filhos ficaram calmos] (...) A tradição é muito forte porque está ligada à crença, mas também, chega a qualquer altura deixam de acreditar e deixam de seguir. (...) Se acontecer como o ensinamento diz elas continuam a acreditar e continuam a seguir; se não, se der resultado negativo deixam de acreditar e deixam de seguir tudo isto (Parteira tradicional *galolen*, natural de Laleia, residente em Díli).

Com a mesma finalidade de manter a criança "fresca", entre os *makasae* o coto umbilical é frequentemente depositado sob a lama do rio ou da nascente. Alguns adicionam-lhe um tronco de *ai-daak* usado na fogueira e/ou o bambu com que foi cortado o cordão umbilical, e a corda utilizada para amarrar o cordão umbilical ao pé da mãe na altura do parto:

> Três ou quatro dias depois, quando o cordão seco está solto, põe juntamente com este bambu e a corda que estava a atar o cordão ao pé da mãe, leva tudo junto para a ribeira ou uma nascente e põe dentro da lama. O pai da criança que nasceu é que tem de levar. Se for o filho de um pai incógnito, então pode ser o avô a levar. Põe dentro da lama porque já vem do avô, bisavô, da origem, porque a água é que nos faz nascer, a gente veio da água e a água faz o nosso corpo fresco. Quando faz o *hadat* depois de pôr a placenta na árvore, na volta tem de trazer um tronco e fazer a fogueira. Por exemplo, a criança nasce, e ao fim de alguns dias, quando o cordão está solto, aquele tronco de *ai-daak* que faz lume não pode acabar, tem de sobrar um pedaço para levar juntamente com o cordão seco, que é posto dentro de um algodão ou dentro da folha da bananeira se não tiver algodão. Depois leva para a ribeira ou para a nascente para pôr dentro da lama. Depois, se quiser, naquele momento, cinco dias, a mãe já pode sair com a criança ao colo. Quando o cordão está solto, o pai leva-o para a nascente e a mãe dá colo ao bebé, e depois leva para uma planta que está na horta e se chama *narlai*. Se é longe a mãe não pode levar, se é perto a mãe pode levar a criança até ao pé da árvore e tira uma pétala grande da planta, põe na mão da criança e leva para casa. Se é longe, o pai quando vai deixar o cordão na lama pode trazer a pétala, chama a criança com a mãe, põe dentro da mão da criança, e a criança tem de andar por baixo da casa onde eles moram. Se for menino ou menina faz assim, tem de fazer o *hadat* completo (Parteiro tradicional *makasae*, suco Lelalai, Quelicai [Intérprete]).

> Na volta, o pai ou o avô que foi pendurar tem de na volta trazer um tronco daquela árvore, *ai-daak*. É com aquele tronco que faz o primeiro lume. Depois do cordão seco cair, põe dentro de um cesto com tampa, *na'a*, com o resto do tronco que está aceso, leva na nascente e põe debaixo da lama. Para a criança estar sempre fresca, ela gosta de ir tomar banho sempre (Parteira tradicional *makasae*, suco Gariuai, Baucau [Intérprete]).

Apresenta-se, no Quadro 46, uma síntese dos procedimentos com o coto umbilical do recém-nascido, nos grupos etnolinguísticos analisados:

Quadro 46. Procedimentos com o Coto Umbilical

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Embrulhado (por ex.: em algodão de Timor / casca de milho) e guardado no cestinho da masca / numa mala / no armário / outro local	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Deitado ao mar				✓							
Enterrado na lama, numa nascente / ribeira							✓				
Enterrado junto à raiz de arequeira / bananeira / coqueiro; ou enterrado antes de plantar uma árvore (bananeira) por cima	✓			✓							
Colocado numa árvore (coqueiro, bananeira, arequeira ou algodoeiro)			✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓
Guardado no cesto da masca durante 3 meses, altura em que é enterrado ou colocado em cima de um coqueiro, juntamente com um pouco de cabelo que é cortado ao bebé	✓										
Colocado numa árvore, juntamente com a placenta e cinza da lareira											✓
Embrulhado em casca de milho, e colocado no tecto da casa									✓		
Guardado, mais tarde levado, juntamente com as unhas e um pouco de cabelo que é cortado à criança, para a casa sagrada (*lulik*)		✓									
Colocado em cima de um búfalo											✓
Atado na ponta da *lipa* da mãe		✓							✓		
Guardado; esfregado no abdómen da criança quando tem cólicas abdominais ou febre, ou colocado dentro de água que se dá a beber à criança quando tem cólicas abdominais		✓	✓		✓			✓	✓		✓

4.6. Atribuição do Nome ao Recém-Nascido

> Uma bela manhã, a criança não se sentiu bem e começou a chorar, talvez porque as fraldas fossem demasiadamente rudes para cobrir o corpo ou talvez pelo incómodo do fumo, do calor do fogo, da falta de ar fresco, porque o quarto era de tal maneira cerrado que nem uma fresta existia ou porque algum espírito a incomodava. (...) Em casa, ninguém conseguiu acalmar a criança que tinha apenas os seus primeiros sete dias de vida. Intransigentemente, o miúdo chorava com gritos de desespero. (...) Alguns presentes fizeram comentários, dizendo:
>
> '- O miúdo deve precisar de um nome.'
>
> *Maloi aman*, o pai do Maloi, o velho Maussoko, vendo a situação, pensou que o menino já precisava mesmo de um nome. As almas dos antepassados deviam vaguear na redondeza e dentro da casa, obrigando o menino a pedir um nome. *Maloi aman* (...) entrou no compartimento e, com a saliva, untou a testa do miúdo. Soprando sobre a cabeça da criança, disse:
>
> '- A alma do teu avô Colibere, que veio esta noite das sagradas montanhas de Ilimanu, entra no teu espírito e a partir deste momento chamar-te-ás Colibere!'
>
> O miúdo, ao ouvir aquela voz, abriu os olhos, deu um soluço prolongado e calou-se. Talvez porque a voz fosse diferente das que ele tinha ouvido nestes dias. O mais provável era que, como todos concordaram, a alma do velho guerreiro Colibere, um dos avós do miúdo, estivesse presente e quisesse que o seu nome ficasse imortalizado naquela criança. Deixou o seu repouso nos montes do Ilimanu e veio até casa naquela noite. A partir daquele momento, o miúdo ficou a ser chamado Colibere. Uma grande alegria transpareceu na face dos presentes e a tranquilidade voltou a reinar. (Sousa, 2007, pp. 45-47)

A imposição do nome é um acto considerado importante em todas as sociedades, sendo uma das primeiras etapas de integração social. O nome é um sinal de reconhecimento e de pertença, pelo que denominar o recém-nascido é um rito essencial. Os ritos de imposição do nome coincidem, por vezes, com as cerimónias de saída da mãe e do filho, considerando-se que a criança ultrapassou os momentos mais difíceis (Bartoli, 1998). O rito da denominação é considerado, por Van Gennep ([1909] 1981), como um dos ritos de agregação, que têm como efeito "introduzir" a criança no mundo.

Na literatura referente ao nascimento em Timor-Leste, a atribuição do nome de um antepassado ao recém-nascido surge frequentemente como um acto simbólico que estabelece uma profunda ligação entre ambos. Em Ataúro é o *mata-blolo* (auríspice e curandeiro) quem procede à nominação da criança (*reng'ai ana*), ao terceiro dia de vida:

> Para o ataúro o nome é algo que se herda, carregado de virtudes e energias misteriosas que decorrem do antepassado de quem se recebe o nome. O ataúro concebe o nome como algo de veicular que liga, de forma viva e eficaz, o recém-nascido ao antepassado, de quem ele recebe uma virtude, uma energia parecida com o *tondi* dos *Bátaks* ou o *mana* dos melanésios. O nome é uma espécie de cordão umbilical que liga dois seres entre si. É bem significativo o fio branco que se ata ao pulso direito da criança, ao nominá-la. (Duarte, 1984, pp. 25-26)

Em Viqueque, os *tetun* do suco Caraubalo costumam atribuir o nome ao filho cerca de uma semana após o nascimento, escolhendo o nome de alguém da mesma linhagem e ligando-o ao primeiro nome do pai e ao do seu grupo. Se uma criança chora muito ou rejeita o leite da mãe, os pais concluem que ela desaprova a sua escolha do primeiro nome, pelo que o mudam (Hicks, 1976).

Entre os *kemak* de Marobo, a criança usa o nome da casa linhageira de que depende (Clamagirand, 1975; Renard-Clamagirand, 1982). O recém-nascido recebe o nome de um familiar já falecido (se ainda estiver vivo a escolha do seu nome pode provocar a sua morte) quando a mãe inicia a sua amamentação, sendo citados nomes de antepassados, ficando aquele que é proferido no momento em que ele começa a mamar. Mais tarde, o nome pode ser mudado em circunstâncias especiais, nomeadamente se vier a sofrer de uma doença incurável após a morte de um dos pais:

> No dia do seu nascimento, uma mulher da família ou uma vizinha oferece-lhe a mama (ele será amamentado pela sua mãe a partir do segundo dia); nesse momento são recitados diversos nomes; o nome retido é aquele que foi pronunciado no momento em que o bebé começa a mamar. Os nomes citados em primeiro lugar são os dos avós maternos caso estejam mortos, porque nunca se dá a uma criança o nome de uma pessoa viva da sua família, isso faria correr o risco de provocar o seu desaparecimento. O nome encarna qualquer coisa da pessoa que o detém. Alguns nomes podem aliás estar ligados a cargos especiais, em particular ao de guardião dos campos sagrados *gini o bali*, mas o filho que receberá esse cargo ao morrer o seu pai mudará de nome somente nesse momento. A mudança de nome poderá também ocorrer quando, numa família, tendo morrido o pai ou a mãe, um dos filhos adoece sem que se consiga curar. Pensa-se então que é o parente falecido que envia sinais e que deseja ver o seu nome reaparecer. São então depositados sobre o túmulo do morto bétel e areca pedindo-lhe para não continuar a fazer mal à criança:
> 1. *o ta nogo lali sai* 1. "Tu, eis-te resurgido".

Ao voltarem a casa, insuflam sobre a cabeça da criança dizendo,por exemplo:

2. *Ili Talo ta toro nogo sai* 2. "Ili Talo reapareceu".

(Renard-Clamagirand, 1982, p. 133, tradução nossa).

Além de uma situação de doença, a mudança de nome pode ocorrer caso a criança tenha uma crise de choro persistente e se recuse a mamar:

> O nome fica. Mas um dia, em crise de chôro, a criança recusa-se a mamar; e a mãe, não tendo conseguido dar-lhe sossêgo, depois de chamá-lo pelo seu nome com frequência, resolve ensaiar outros nomes que vai pronunciando uns após outros. Ficará, em definitivo, aquêle nome que ela tiver dito na ocasião em que a criança se cala, ao tomar o seio que lhe oferece.
>
> Enfim, não será ainda êsse o nome que o jovem timorense usará pela vida fora. Um dia a doença, doença grave que o prende semanas e meses ao *lanten*, o indígena muda de nome mais uma vez. Muda de nome, de casa e por vezes até de aldeia. É que o timorense tem a preocupação de que em volta da sua pessoa, além de espíritos bons que o protegem, há também espíritos maléficos, a quem atribui o mal de que sofre.
>
> Os espíritos conhecem o doente pelo seu nome. Mudá-lo, desorienta-os. Mudar de casa e de aldeia será muito eficaz, mas o último recurso consiste em dar ao doente nome de sexo diferente. (Martinho, 1943, pp. 193-194)

Corrêa (1935) descreve pormenorizadamente o processo de escolha do nome para o recém-nascido entre os *makasae* de Baucau, sete dias após o nascimento, bem como da sua mudança sempre que ocorre uma doença grave:

> Geralmente, é o pai quem toma esse encargo. Levanta a mão direita, aperta os dedos em pinha, leva-os aos labios, molha-os, assopra-os, coloca-os depois na testa do catráio e pronuncia a frase sacramental: *Ilu má ai suma issi gur, ai nai Lequi Loi!*
>
> Como quem diz: - A minha saliva é a minha alma; com o meu sôpro, entra-te, pela testa, a minha alma, e ficarás sendo Lequi Loi.
>
> Lequi Soi ou Uato Má ou outra designação qualquer. A escolha do nome, comtudo, obedece, ordinariamente, a uma regra fixa. Vai-se buscar a primeira partícula do nome paterno e faz-se dela uma especie de apelido. (...). A regra é, porém, sujeita a determinadas excepções.
>
> Basta que a criança pegue a chorar na altura da nominação, ou se demore a abocar o seio da mãe, negando-se a mamar, para que logo se lhe mude o rótulo, fazendo-se vários ensaios até que o *faluno* fique satisfeito. E nessa altura, dão-lhe o chamadoiro dalgum avô, e o ainda ha pouco Bere Loi passa a ser Cahminà (come doces) ou Ossa Dá (não tem dinheiro), (...).

Esse nome, porém, está longe de ser definitivo. Até aos doze anos, será trocado tantas vezes quantas as doenças graves que atacarem o garôto, sendo frequente adoptarem-se nomes de remotos antepassados que tenham o condão de perseverá-lo contra os males da feitiçaria, de que Timor está a abarrotar, ao que julga o indígena.

Ao proceder a esse crisma, é dos ritos que a família sacrifique um frango ou um carneiro, para «comprar o nome». Chama-se o sacerdote gentílico, que examina uns ovos, para encontrar a razão da doença. Se esta é derivada do nome do avoengo que foi atribuido, põe-se, de noite, um cesto contendo arroz, na janela da casa que fica voltada para o nascente. E o pai do garôto, invocando o espírito desse avô, joga tres ou quatro grãos pela janela, e brada:

Estes são os mensageiros. Que vão pousar sobre o teu hombro, para que tu saibas que está aqui o arroz, a carne e o bétel para ti. O teu neto anda achacado por causa do teu nome. Vem, recebe as ofertas, e não tornes a fazer mal á criança!

No dia seguinte, cortam a orelha direita a um carneiro, juntam esta a sete folhas de bétel e sete fatias de areca, tudo dentro dum açafate, tomam o arroz do outro cesto, e dão com ele duas voltas sobre a cabeça do animal desorelhado, que, por fim, é morto e aberto ao meio. Extraem-lhe o fígado, e o sacerdote verifica, «pelas covas ou pelas cruzes», se o avô já se encontra ou não satisfeito com a homenagem. Se a leitura não suscita optimismos, presenteia-se um dos *omarahe*[59], representante do avô,com qualquer dádiva, correspondendo a um acréscimo no preço do dote matrimonial, e nesse caso o nome persiste. (pp. 22-24).

Em Manatuto, a escolha e a mudança do nome do recém-nascido são feitas em circunstâncias idênticas às de outras regiões, adoptando os cristãos nomes portugueses:

Um recém-nascido não pode começar a mamar sem ter um nome. Logo que a criança chora vão-lhe dando diferentes nomes, em regra de ascendentes, parentes próximos, até ela se calar. O nome pronunciado ao cessar o seu primeiro vagido é o que lhe fica, pois foi o que reconheceu como verdadeiro. Mas pode ser tomado um outro pela vida fora, no caso de doença, por exemplo, de quebranto apanhado (Ideias de *retour* e de tabu?). Os homens acrescentam ao seu o nome do pai (entre os «principais» é a regra), mas podem acrescentar antes o matronímico; as mulheres o da mãe ou o do pai; e ainda os homens e mulheres um segundo nome estranho, mas será isto porventura só entre os *Lutuhum* ou escravos. Assim: *Lôi Hóssò*, o homem *Lôi*, filho do homem *Hóssò*; *Roma-Ili*, a mulher *Roma*, filha da mulher *Ili*; *Ili Chúri*, a mulher *Ili*, filha de *Mau Lácò* e de *Bui Rai*. Os cristãos de um *suco* usam todos o mesmo nome de família, do nome português de família do régulo, como um património de *clan*, o de pessoa importante do seu bairro. (Castro, [1943] 1996, p. 168)

59 Parente do lado da mulher.

Relativamente aos *mambae* de Ermera, Carmo (1965) refere ser costume a atribuição do nome de um dos avós, e por vezes o do dia em que a criança nasceu. No caso dos cristãos, também baptizam os filhos com nomes portugueses:

> É costume pôr, ao primeiro filho, o nome do avô paterno se for rapaz, ou da avó, caso seja rapariga. Os nomes dos restantes filhos ficam ao critério dos progenitores. Os cristãos baptizam os filhos com nomes portugueses. Em geral usam dois nomes, um de criança e outro que recebem ao atingir a maioridade. Em Ainaro, *Mau* e *Bere* são prefixos comuns para os rapazes, e *Bui* e *Dau* para as raparigas. Também é vulgar utilizar na formação do nome o dia em que a criança nasceu. Em casos de excepcional importância, como uma grande doença, o *Mambae* muda de nome, aparentemente com a intenção de iludir o espírito que a provocou, passando a ser um homem diferente. (p. 42)

Friedberg (1982) refere que o primeiro acto importante dos *bunak*, em relação ao recém-nascido, é dar-lhe um nome, escolhido através do processo já referido, no momento em que ele começa a mamar:

> Para o fazer, uma mulher escolhida pela família e à qual pertence na maior parte das vezes, toma a criança nos seus braços e apresenta-lhe o seio, mesmo que este não contenha leite. Ela começa então a pronunciar nomes, começando geralmente pelos dos parentes mais próximos da criança (...). O nome da criança será a quele que tiver sido pronunciado no momento em que ele agarrar pela primeira vez o seio que lhe é estendido. Se uma criança chora muito nos dias que se seguem, coloca-se bétel sobre o túmulo do antepassado cujo nome lhe foi posto para evitar que o seu nome seja novamente usado por uma pessoa viva e que ele não se enfureça mais. (p. 935, tradução nossa)

Num estudo recente efectuado entre os *bunak* de Tapo, no sub-distrito de Bobonaro, Sousa (2010) observa o mesmo tipo de práticas, a que se segue, mais tarde, o baptismo na Igreja Católica, ficando a criança com um segundo nome:

> Compete aos parentes maternos propor um nome, por norma, de um familiar falecido, mas é a criança que irá, ou não, adoptá-lo, por sinais que se revelam, como o choro ou a falta de apetite. Caso a criança não queira mamar na sua mãe, é necessário proceder à busca de um novo nome e encontrar uma mulher da Casa da mãe que possa amamentá-lo (facto que também pode acontecer, se a mãe não tiver leite). A escolha do novo nome é efectuada, em primeira instância, pela via

> matrilinear, todavia, se os sinais de rejeição persistirem, poderá ser procurado o nome pela linha patrilinear. Nesta averiguação do nome adequado a ser dado à criança participam não só os pais, mas também os familiares de ambas as partes (sendo dada particular atenção às sugestões provenientes dos que habitam no *gosil gueg* da mãe ou da sua Casa). O primeiro nome é "*gentiu*", isto é, o nome Bunak, o usado nas práticas rituais. Este pode ser alterado inclusivamente na idade adulta, se alguma doença ou problema sério vier a afectar o seu portador. O nome *sarani* – cristão, ou em Tétum *naran bolu* – "nome de chamar", é o segundo. Actualmente, todas as crianças são baptizadas na igreja católica, embora, em alguns casos, possam decorrer muitos anos, até que isso suceda. Numa povoação isolada, de montanha, sem padres (onde só há um catequista), quando a criança nasce morta, ou em risco de vir a morrer, procura-se imediatamente alguém, por norma um vizinho, de forma a que tenha um padrinho católico. (pp. 194-195)

De acordo com os resultados da nossa pesquisa, em todos os grupos etnolinguísticos é geralmente atribuído ao recém-nascido um nome tradicional, que por norma deve ser o de um antepassado. Há timorenses que acreditam que os antepassados é que determinam o nome de cada criança que nasce. O sinal revelador de que o nome não é o indicado é dado pelo choro do bebé e pela recusa da mama; caso isso suceda vão proferindo outros nomes até ele acalmar:

> O nome do bebé é sempre assim, dão o nome dos avós. Mas se (...) o bebé está sempre a chorar, não quer mamar, não dorme bem, então é porque não gostam desse nome, têm que trocar o nome. (…) Eu acho que é o espírito dos avós que não aceita o nome (Parteira tradicional *tetun/bekais*, Balibo Vila [Intérprete].

> Põem o nome dos avós que já morreram. Quando dão o nome do avô, este avô é que vem dar, ele é que determina o seu nome. Se aquele nome não calhar para aquela criança, se continuar a chorar, tem de trocar outra vez, até chegar ao nome daquela pessoa que dar para o neto é que pára. Então ela já não chora, porque este avô quer dar o nome dele para a criança (Mulheres *tetun*, suco Suai Loro [Intérprete]).

> A criança nasce, a gente dá um nome e chora, chora sempre (…) até muitas vezes, um dia, dois dias a criança não mama. Então temos que mudar o nome até a criança deixar de chorar. Porque aconteceu muitas vezes aqui, em Ermera; ainda acontece (Mulher *mambae* de 54 anos, 10 filhos, suco Lihu, Railaco).

> Para dar o nome ao bebé, na altura em que o bebé nasce eles dão mama ao bebé; se ele mama

> põem o nome ao bebé, se não mama têm de procurar o nome dos avós, bisavós que já faleceram. Se o bebé começa a mamar fica com este nome (Casal *kemak* na faixa etária dos 40-50 anos, 11 filhos, suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete].

Nos primeiros dias após o nascimento, os *baikenu* tratam o recém-nascido apenas por *me'e*, "bebé". Aguardam que ele comece a chorar ou que esteja com febre, doente, e nessa altura começam a pronunciar vários nomes de avós ou outros antepassados, maternos ou paternos. Quando a criança pára de chorar, é-lhe atribuído o nome proferido nesse momento[60]. Se o pai ou a mãe sonhar com um antepassado, consideram que isso é um sinal para dar o seu nome ao bebé:

> Ainda não tem nome. (...) Quando o bebé começar a chorar é que vão dar o nome dos avós. Vão sonhar com a avó, ou com o tio, e dali vão pôr o nome dele (Mulher *baikenu* de 37 anos, 5º filho nascido há dois dias, suco Lalisuk, Pante Macassar [Intérprete].

> Ainda não deu o nome ao bebé porque ainda não aconteceu nada com o bebé, não chorou e não ficou doente durante esta semana. Só o trata por bebé, *me'e*. De acordo com a cultura, para dar o nome ele tem de chorar (Mulher *baikenu* de 22 anos, 3º filho nascido há uma semana, suco Nipane, Pante Macassar [Intérprete].

Existe entre alguns timorenses a crença de que, se for atribuído à criança o nome de uma pessoa que ainda se encontra viva, esta pode morrer:

> O nosso costume para escolher o nome da criança (...) primeiro é o nome gentio (...) vão tirar o nome do avô, dos bisavós, os familiares que já morreram. Aqueles que ainda são vivos não pode, se tiram o nome dele o dono morre. Se alguns não dão o nome gentio, a criança sempre chorar. Se a criança não tem uma complicação fica assim (Mulher *makalero* com cerca de 35 anos, suco Iliomar I [Intérprete]).

60 McWilliam (2002) descreve práticas semelhantes entre os *meto* de Timor Ocidental. Durante as primeiras quatro noites o bebé pode ser designado por *boit me* ("o bebé vermelho"), não lhe sendo atribuído qualquer nome neste período uma vez que a sua vida se encontra num estado crítico (a mortalidade infantil, assim como a materna, é bastante elevada no período pós-parto). Caso a criança sobreviva, é procurado um nome entre os antepassados dos pais, frequentemente dos avós, sendo evitado o nome de um familiar ainda vivo porque isso pode ser entendido como o desejo de que essa pessoa morra. Após a tribuição do nome, os pais vão vigiando a criança; caso ela adoeça ou chore muito, isso pode significar que esse nome inicial não é apropriado e que devem procurar outro. Existe entre os *meto* uma antiga noção de que os espíritos ancestrais buscam os seus novos descendentes para que o seu nome seja recordado.

Por vezes é escolhido o nome de um antepassado que possuía certas características semelhantes às que são atribuídas à criança. Este nome pode não ser definitivo, e mudado mais tarde:

> Antes de a criança mamar pela primeira vez (...) temos que dizer todos os nomes dos avós e bisavós que morreram, até qual nome que nós dissemos, se ele automaticamente mama, então é esse nome que se põe para a criança. Primeiro tem de ser este nome; toda a gente tem de ter dois nomes, nós aqui. Mas, antes de dizer o nome, eles olham, de vez em quando há bebés que são choramingas, outros não, outros vêm logo com alguns defeitos, ou então durante todo o tempo que ele ainda está dentro da mãe, de vez em quando a mãe é preguiçosa, então se ele é homem eles pensam 'Qual é o avô que é preguiçoso naquele momento?'. Então vamos dizer primeiro (...) o nome do bisavô preguiçoso (...) depois de pôr a criança junto da mãe. E de vez em quando calha, assim que dizem esse nome do bisavô ou avô preguiçoso, automaticamente ele toma o leite. Mais tarde esse nome pode ser mudado. De vez em quando ele chora muito, de vez em quando fica sempre doente, e de vez em quando as crianças, depois de serem grandes, também elas próprios dizem 'Oh, vocês chamam-me por esse nome', e depois é que a família começa a pensar 'Antigamente nós tínhamos um avô ou bisavô que tem esse nome ou não?', 'Oh não, nós não temos, mas naquela nossa casa *hadat* que tem ligação familiar connosco há um bisavô que tem esse nome'. Então aplica este nome para a criança, mas com uma nota: 'Essa criança tem de frequentar aquela casa *hadat* desde que ela toma o nome da pessoa daquela casa' (Informador *bunak*, natural de Fatululik e residente em Suai).

O nome atribuído à criança também pode estar ligado ao dia do nascimento, como o dia da semana, o que também ocorre noutras regiões do mundo (Bartoli, 1998). Quando é baptizada na Igreja católica, a escolha dos nome próprio recai, predominantemente, em nomes portugueses, ou nomes de santos. No entanto, os timorenses mantêm, habitualmente, os dois nomes, o tradicional e o de baptismo:

> É logo que nasce que dão o nome. Alguns que nasce ao domingo então Domingos, nasceu na segunda eles são Maugunda, na terça feita Mauterça, Mauquarta, Mauquinta, Mausexta. (…) Eles já põem o nome e o bebé ainda chora, eles trocam o nome (...) até a criança deixar de chorar. (...) Depois é que vai o nome de baptizado (Parteira reformada, Liquiça).

> Quando acaba de nascer ele ainda não sabe mamar, tem de escolher o nome de um avô ou avó para o bebé poder mamar. (...) Alguns bebés ainda não deram o nome dos avós, então, depois de um mês ou dois meses ou duas semanas, uma semana, começou outra vez a chorar, então procura

> outra vez um nome dos avós. Então, aceitar o nome Berek, Halek ou outro, e já não tem mais doença. (...) Até levar para a Igreja para baptizar com o nome José, ou António, ou Lucas. (...) O nome gentio ainda continua em Fatumean, é tradição (Parteira tradicional *tetun* e filhos, naturais de Fatumean e residentes em Suai).

> Ultimamente seguir o calendário, (...) porque no calendário católico tem também os nomes dos santos. Por exemplo, hoje de Novembro, o nome de qual santo? Então põem o nome do santo. Depois, se a criança começa a chorar, não dorme, então é sinal de que os avós falecidos querem os nomes deles, então tem que pôr o nome dos avós. Chamar este pôr este nome, se continuar a chorar tomar outro, até que a criança deixar de chorar, é sinal que esse avô quer propor o nome dele (Parteiro tradicional *uaima'a* e chefe do suco Caicua, Vemasse [Intérprete].

Em certos grupos etnolinguísticos, a atribuição do nome integra outros rituais do recém-nascido. Em Carlilu, aldeia pertencente ao suco Aiteas, este acto ocorre no momento do ritual da primeira saída da criança, designado por "lavagem dos olhos", *fase matan* (*hase matan* em *galolen*), cinco dias após o nascimento:

> No momento da cerimónia *fase matan*, ali mesmo dão o nome da criança; o nome dos avós, dos tios que faleceram. O primeiro nome desde o primeiro de cinco dias (Mulher *galolen* de 50 anos, 6 filhos, suco Aiteas, Manatuto [Intérprete].

No distrito de Lautém, os *fataluku* e também alguns *makasae* de Daudere, costumam atribuir o nome ao recém-nascido após a queda do coto umbilical, na mesma altura em que é realizado o ritual do "corte de cabelo". De acordo com Gomes (1972), este é geralmente realizado pelos *fataluku* sete dias após o nascimento, e a partir daí a criança já pode sair de casa. Rodrigues (1962) descreve a execução deste ritual, considerado como protector da criança:

> Combinou-se que o nome do pequeno seria Lavanira – Água de ouro – e que a cerimónia de imposição se realizaria em Nári. (...) Logo que a criança atingiu uma idade que não posso precisar o Telucoro dirigiu-se a Nári, com a mulher e o pequeno. Apresentaram-no ao velho que, inebriado de alegria, o tomou nos seus braços e lhe esfregou, muitas vezes, o seu venerando nariz na testa.
>
> Depois começaram a tratar dos preparativos para o acto que ia realizar-se.
>
> A mãe arranjou sete meninas de sete anos, o pai pendurou o cordão umbilical do pequeno na árvore sagrada destinada a estes fins e uma irmã do Telucoro, velhota de mais de sessenta anos,

mandou apanhar um coco para a cerimónia.

As sete meninas e a mãe da criança arranjaram o arroz e, ao entrarem em casa, cada uma das pequenas deitou um punhado do precioso cereal numa panela de água a ferver. Enquanto o arroz cozia, a Lapacoro raspou o cabelo do filho e atou-o em molho que, mais tarde, poderia ser aproveitado para chás que curassem certas doenças.

Cozido o arroz, as meninas sentaram-se em círculo e, com colheres de coco, começaram a comer todas duma espécie de saladeira. Comiam no maior silêncio porque, se falassem, a criança corria o risco de ficar gaga.

Enquanto as miúdas comiam, a velha tia pegou no coco, retirou-lhe os fios exteriores e fez-lhe um orifício na casca. Cuspiu sete vezes por esse orifício e, de cada vez que cuspia, dizia o nome da criança, mas em voz tão baixa que não podia ser ouvida por ninguém. A este rito chamam eles «deitar o nome na água».

As pequenitas acabaram de comer o arroz e, nessa altura, a velha deu-lhes o coco para beberem. Bebida a água com a saliva levantaram-se todas, em círculo, com as mãos estendidas para o centro, de palmas para cima, receberam a criança e começaram a embalá-la, dizendo:

- Lavanira, que nome tão lindo! Lavanira, que nome tão lindo!

Repetiram este estribilho, até que a mãe veio buscar o miúdo e lhe deu de mamar para não chorar mais.

O rei ficou contentíssimo pelo modo como o acto decorrera. Com este rito o menino estava posto ao abrigo de qualquer desfeita das almas dos parentes e sob a protecção dos *teis* que, através dos séculos, em todas as vicissitudes haviam protegido a família. (pp. 195-197)

Verificamos que este ritual se mantém na actualidade, embora apresente algumas modificações temporais e variações entre famílias. Quando o coto umbilical se desprende do abdómen do recém-nascido, o que ocorre cerca de sete dias após o nascimento, tem lugar, entre os *fataluku*, o ritual designado por *mu'a navare* (ou *mu'a navaru*), que se traduz por "conhecer a terra/mundo". Este obedece a procedimentos específicos relativos à preparação e à partilha de uma refeição tradicionalmente composta por arroz, coco e banana (em especial a espécie *moco mu'u*, "banana criança", *hudi labarik* em *tetun*). Procede-se à denominação do recém-nascido, *moco ne tamu*, em que é escolhido o nome de um antepassado, acompanhado pelo ritual da "lavagem dos olhos" com água de coco. As cascas são levadas para um local fresco, frequentemente uma bananeira, para protecção da saúde da criança, segundo alguns; para que esta seja sociável, segundo outros, ou ainda para assegurar a continuação da geração através da função reprodutora daquela criança, no futuro (em analogia com a reprodutividade da

bananeira):

> Ao sétimo dia, depois do cordão umbilical cair é que fazem isso. Se ainda não cai, espera. Então, começam a chamar as raparigas da mesma classe, da mesma família. (...) De manhãzinha, às seis horas, devem estar já em casa. Cozinham arroz, cozinham banana ainda verde, uma espécie para o nascimento dos filhos que se chama *moco mu'u* [Fotografia 187], e depois ralam coco. Depois do arroz estar cozido, tiram o arroz, põem numa bandeja grande ou num prato, e a comida deve ser bem redondinha com uma ponta assim. (...) A rapariga mais velha, por exemplo, se é *ratu*, então o *paca* é que deve tirar isto para comer; se é *paca* então o *ratu* é que deve tirar (...). Quando a rapariga põe a colher na boca, então já toda a gente pode comer. Comem juntas num só prato. Antigamente, no tempo português, no tempo indonésio, sempre faziam. Agora sempre comem juntos, mas às vezes já há um pouco de mudança. (...) As bananas cozidas, as *moco mu'u*, (...) comem mas não se pode partir a banana. Dizem que se a banana partir, então o bebé também vai partir aqui no meio, a coluna, e sempre chora. (...). Banana, coco, arroz... isto é obrigatório ter que procurar, mas agora, como em algumas partes não tem coco, então não é preciso; se não há banana também não é preciso. O importante é o arroz que tem que ter. Uma família que só tem milho, tem que comprar arroz. É uma tradição dos *fataluku*. (...) Fazer isto significa que a criança, depois de ficar crescida, tem educação, sabe muita coisa, tem respeito aos seus familiares, tem respeito às raparigas das suas famílias. Por isso, quando a criança ficar crescida e quando alguma coisa não dá bem, então podem dizer que 'Talvez tu não tem aquele *mu'a navare*', que costumam assim chamar. Sempre fazem isso. Mesmo quando um filho nasceu lá nas montanhas, quando vem aqui quer fazer isso. (...) Depois, a casca do coco, mais as cascas da banana e as cascas do *neli*, que é pilado, pondo num cesto e vão deitar na estrada. Antes de deitar isto na estrada, elas com a água do coco, se não tem coco com uma água qualquer, põem num copo e tiram uma folha de uma espécie que aqui se chama *kaipupu*. Se não tiver esta folha, esta planta, então qualquer folha. Primeiro a tia ou uma mulher da família, de idade já avançada, esta primeira mulher é que pega no copo e, dizendo umas palavras, pondo a folha dentro da água, começam a bater lá dentro. Depois, trocam-se: todas as raparigas que estão lá, a mãe e o pai, devem pôr esta água nos olhos. Isto significa que os olhos do bebé não se devem estragar e dizem que, depois do bebé crescer, já não se encontra dificuldades. Também se diz que é uma espécie de baptismo gentio. Em *fataluku* diz-se *moco ne tamu*; em português quer dizer ´"dar o nome ao bebé." O nome gentio deve ser arranjado pelos pais e depois, pondo a folha na água, repete-se o nome do bebé e bate a água nos olhos. Aqueles que foram comer devem também fazer isto, raparigas. O pai, se vier, sempre põe a água ali e depois, qualquer família quando vem para visitar, a mãe também faz isso, bate também nos olhos do bebé. Depois cortam o cabelo do bebé, põem dentro de uma espécie de cesto e guardam. (...) Põem as cascas daquela comida que foi cozinhada no caminho para dizer que... *rai na'in*, não se pode fazer mal ao bebé e mostrar aos seus descendentes que a criança já foi baptizada. (...)

Antigamente, no tempo de Portugal é que faziam uma fogueira com um pau seco, que se chama *acapata*. (...) Todas as noites o pai tem que fazer esta fogueira e tem que ter um espinho para pôr lá. (...) O espinho significa que é para defender o bebé dos espíritos maus. Depois, eles partem a cabaça seca ao meio, a barriga da cabaça, abrem isso, e a sujidade, o cocó do bebé, sempre põem ali dentro. O espinho é só uma vez. Quando aquelas raparigas vêm fazer o *moco ne tamu*, dar o nome ao bebé, depois de deitar as cascas na estrada ou no caminho, o cocó do bebé é levado com o espinho na cabaça e vai pôr debaixo de uma bananeira ou então debaixo de uma árvore do bétel. Isto significa que, como o bebé ainda é tenro, há espíritos maus que podem estragar o bebé. Então, eles devem guardar bem isso e não deitar à toa a sujidade ou o cocó do bebé. (...) O cordão, guardam. Cozinham juntos ainda fazem, mas da cabaça já não, o espinho já não, e o pau seco também já não. No tempo dos indonésios ainda faziam mas nas áreas mais remotas. No tempo português sempre vi, porque quando os meus irmãos nasceram sempre fazem isso. Agora, o *moco ne tamu*, dar o nome ao bebé, também ainda faz (...) Antigamente, no tempo indonésio, tinha que arranjar a banana, se não arranja não pode. Agora não, se tem, tem; se não tem... o importante é cozinhar e comer. Agora, se toda a gente compra arroz no mercado, então já não tem casca, já é aquele arroz branco, só é apenas para dizer que sempre imitar a descendência. Então só cozinham, comem e dão o nome ao bebé, e cada qual vai a sua casa. (...) Houve muita coisa que se perdeu, muitas tradições...tudo mudou um pouco (Informadora *fataluku*, suco Fuiloro, Lospalos).

Fotografia 187. Bananeira *Moco mu'u*
(Lospalos, 2006)



Quando o cordão cai, *monu*, tem que dar o nome à criança. *Mu'a navare* [é o nome do ritual]. Podem matar um porco ou um cabrito; se não têm possibilidades fazem só arroz, matam um frango, comem em casa com a família e dão o nome. Os que ainda não casaram é que comem, como os irmãos; quem já casou não come. Quando o bebé nasce o homem tem que arrancar um cacho de bananas, não pode cortar, e é então pendurado na esquina da casa, e quando o umbigo cai

é que faz com arroz e comem. A banana é *hudi labarik*, é verde. É tradição. Fazem o arroz, banana com carne, mas separado. (...) As pessoas estão a comer; se algum quer vomitar, ou é porque a criança não está bem, ou então o pai e a mãe mais tarde vão-se separar. Mas se não acontecer isso, está tudo normal, não há problemas nenhuns. Antes de comerem o coco, tiram um bocadinho da água do coco e põem nos olhos da criança para lavar, o resto podem comer. É para a criança ter a vista limpa e ver bem. Todos os que comeram metem nos olhos. É para terem boa vista, *matan mos*. (…) Fez com os filhos todos. Aqui tem dois nomes, o que vai ficar registado e o nome gentio. Isso já vem dos bisavós, dos avós, dar o nome gentio aos netos. Depois de fazerem a cerimónia e depois de porem o coco nos olhos é que a avó diz o nome. Depois de comer metem as cascas, todos os restos da festa ao pé das bananeiras e deixam ficar lá, que é para amanhã ou depois a criança não ficar doente, ser saudável (Parteira tradicional *fataluku*, suco Rasa, Lospalos [Intérprete].

Quando cai o cordão umbilical dá-se o nome tradicional ao bebé, *mu'a navaru*. Depois as gentes vêm participar, comem assim; eles juntam dinheiro, 1 dólar ou 50 centavos. Todas as pessoas que vão à festa dão um pouco. Esse dinheiro é para o bebé, para comprar roupa, o sabão (...) Pilar o *néli*, cozinhar arroz, matar um frango; se tiver um porco mata-se um porco e comem juntos. Põem coco e banana juntamente com o arroz. (...) É uma banana especial, em *fataluku moco mu'u.* Os pais e avós é que já fazem, e nós também. É um costume antigo. Essa banana é cozinhada, e comem também. Coco também; abre o coco, e depois come com banana e arroz. (...) Aqui, as raparigas, as mulheres é que comem o arroz, mas no que diz respeito à banana, os homens também podem comer. A casca da banana, os restos, as migalhas do arroz e a casca do coco, põem juntos e vão pôr debaixo de uma bananeira. Significa que assim o bebé, quando crescer e se tiver um novo lar, a geração vai aumentando, como a bananeira. A bananeira dá muitas bananeiras, então, formando outro lar, a família pode aumentar mais gente, nascer mais filhos e fazer uma grande família. Há muitas bananeiras que estão juntas, e põem lá no meio (Casal *fataluku* na faixa dos 40-50 anos, 8 filhos, suco Loré I, Lospalos).

´

Segundo o nosso costume, uma semana após o nascimento, quando se dá o nome à criança faz-se uma cerimónia. O pai ou a mãe pendura um cacho de bananas no tecto do quarto deles. O tio vem tirar as bananas após darem o nome à criança e traz um *tais*, que será *tais mane* se for um rapaz, ou *tais feto* se for uma rapariga. Os pais da criança dão dinheiro ao tio, e depois disso podem reunir-se para celebrar a imposição do nome. É um costume, que em *fataluku* se chama *painra ne aceru*. Significa "dar o nome do tio". É o tio materno, irmão da mãe, porque o bebé é uma parte do irmão da mãe. (...) Quando penduram as bananas e o tio as vem buscar, divide-as por todas as pessoas que vêm participar nesta celebração, para que este bebé, quando crescer, seja sociável, que goste de ajudar as pessoas. Nesta celebração comem milho, e pela criança guardam um porco; também comem arroz (Mulher *fataluku* de 30 anos, 5 filhos, suco Parlamento, Lautém [Intérprete]).

Depois da queda do cordão fazem *mu'a navaru*, quando dar o nome tradicional. O nome depende da classe. O pai, a mãe ou os avós é que põem o nome. Matar um frango e chamar as mulheres, as tias, para depois comerem. Aqui só as raparigas é que podem comer juntas, os homens comem de outra comida. É *tei*, sagrado. Porque deriva da origem dos antepassados, devem seguir os usos e costumes dos antepassados. Arroz misturado com coco ralado; também cozinham banana, *moco mu'u*. Se não tiver *moco mu'u*, pode usar esta banana, *sikumasi* [Fotografias 188 e 189]. Esta banana é cozinhada separada do resto da comida, põem num açafate. Quando a festa acaba é levar a casca do coco e o farelo do arroz, do *neli*, e a casa das bananas, e vão pôr debaixo da bananeira para que o bebé se sinta bem, sinta boas melhoras (Parteira tradicional *fataluku*, suco Lore II, Lospalos [Intérprete]).

Fotografias 188. 189. Banana *Sikumasi* e Coco
(Lore II, Lospalos, 2006)




4.7. Outros Rituais do Recém-Nascido

Durante os nove meses em que a criança vive no calor e na obscuridade do ventre materno e nas primeiras semanas que se seguem ao seu nascimento, a reclusão mantém-na num universo fechado, numa perfeita simbiose com a sua mãe. No final do período de isolamento, ela vai sair da casa pela primeira vez e será acolhida oficialmente pelos seus próximos que a apresentarão à comunidade e lhe darão o seu nome. Muitas vezes, realiza-se uma cerimónia para festejar a integração deste novo ser. Quando se dá a

primeira saída do recém-nascido, ele é realçado mediante sinais distintivos antes de ser apresentado à comunidade, pelo que é vestido com roupas novas. Diversas etnias africanas e asiáticas também lhe rapam o cabelo, por acreditarem que poderá acontecer-lhe alguma infelicidade caso ele mantenha os seus primeiros cabelos, que são considerados nefastos, e deitam-nos geralmente num local afastado e escondido (Bartoli, 1998).

Tradicionalmente, após o nascimento há em Timor-Leste um período inicial, de duração variável, em que a mãe e o filho se mantêm em isolamento no interior da casa. Quando se dá a primeira saída do recém-nascido, é realizada uma cerimónia para assinalar esse momento, que tem como função simbólica a sua integração na sociedade.

O ritual do "corte de cabelo", designado por *tesi fuuk* ou *koi fuuk* em *tetun*, é tradicionalmente praticado em diversas regiões de Timor-Leste. No entanto, verifica-se uma grande variabilidade quanto à altura da sua realização, podendo ter lugar após a primeira semana ou mais tarde, ou até decorrido o primeiro ano de vida da criança. Pessoas provenientes de diversos grupos culturais referem a prática deste ritual, incluindo famílias de religião islâmica:

> Quando nasce uma criança do sexo masculino é preciso matar dois cabritos e depois cozinhar. Depois, é preciso dividir com as pessoas pobres. Se for do sexo feminino, matam um cabrito e dividem com os pobres. A explicação para esta diferença é a seguinte: se for masculino matam mais cabritos porque quando for grande precisa de ser marido, depois pai, líder, ou seja, tem mais responsabilidades. Por exemplo, o marido é responsável pela esposa; o pai é responsável pela criança. A mulher / mãe também tem responsabilidade, mas o homem tem mais, pois precisa de trabalhar, de ganhar dinheiro para comer. Depois, esse bebé precisa de cortar o cabelo, o que é feito ao fim de sete dias. Pode cortar um pouco ou todo o cabelo. Depois, pesam o cabelo numa balança. Por exemplo, se pesar 1 g (preço ouro), equivale a 10 dólares, e os pais dividem pelos pobres esses 10 dólares. Só a família é que festeja, mas faz uma festa pequena. Quando são pobres não fazem isto (Médica timorense de religião islâmica, residente em Díli).

> Segundo a tradição islamita, o corte de cabelo do bebé (*tesi fuuk*) é feito nessa cerimónia [sete dias após o nascimento]. Os católicos e os protestantes, geralmente quando cortam o cabelo é só no baptismo do bebé. É só um pouco, é simbólico. Quem corta o cabelo tem que ser o tio, o irmão da

> mãe. É uma tradição, e o seu significado, o símbolo é: corta-se um pouco para ele ter boa saúde, para que o passado se deixe levar, e ele tem que viver para o presente (Mulher indonésia, natural de Sumatra (*batak*) e residente em Díli, 3 filhos, casada com homem timorense [Intérprete]).

Outro ritual frequente entre os timorenses é designado por "lavagem dos "olhos", *fase matan* em *tetun*. É praticado dentro de cada família de acordo com o costume proveniente dos antepassados, e costuma ser realizado quando se dá a primeira saída do recém-nascido. São convidados os familiares, vizinhos e a parteira que assistiu ao parto da criança, que lavam simbolicamente os olhos com o auxílio de um objecto de metal ou de uma folha para, segundo dizem, não virem a ter no futuro diminuição da acuidade visual:

> Quando chega três dias eles preparam coisas, duas bacias, dinheiro, pulseira numa bacia, dinheiro numa bacia, areca, bétel, cal, põem tudo ali. Depois chamam as famílias, vai fazer contente ali, lavar os olhos, comer e beber, e depois volta. (...) Nós, família que vai assistir, nós é que lavamos os nossos olhos para não ficarem estragados. O bebé fica com a mãe. O costume é quando nós vai entrar vê aquele bebé para nós quando volta qualquer dia os nossos olhos não vai ficar cego. Pode nascer no hospital, também quando volta para casa eles fazem assim. Põem ali, chamam uma senhora que vai pegar o bebé ao colo quando lavar os olhos. Se é bebé menina, chamam uma senhora; se é menino chamam um senhor para pegar ao colo, trazê-lo para fora. Depois levam parão, alavanca, cavam a terra para quando for grande ele saber trabalhar bem, não fica preguiçoso. É costume fazerem assim. Pessoas que nascem em Díli também fazem. Em qualquer lado. Alguns vem de avó, como a avó deles faz assim eles continuam, os netos fazem, até vai à frente. Como a nossa avó não faz assim, nós também não fazemos (Parteira tradicional *mambae*, natural de Railaco e residente em Díli).

> Passados três dias depois de o bebé nascer, às vezes mandam-me chamar para lavar os olhos; levar água e mais dinheiro ou alguma folha. Nós, que damos partos, também temos que ir ver, mas às 6 horas da manhã, senão a nossa vista pode ficar estragada. (...) Toda a família assiste, e os vizinhos que foram lá quando o bebé nasceu (Parteira do centro de saúde do Bairro Formosa, Díli).

Segue-se a descrição de rituais relacionados com o recém-nascido, praticados por timorenses de diversas regiões, de acordo com os grupos etnolinguísticos a que pertencem.

Grupo Etnolinguístico *Baikenu*

Em Oecusse, muitas famílias *baikenu* executam o ritual *tapoi li'ana'*, "fazer sair a criança" (*hasai labarik* em *tetun*), quando esta é levada pela primeira vez para fora de casa. De acordo com o costume de cada família, ocorre quatro, sete ou trinta dias após o nascimento, no dia em que a placenta é colocada numa árvore:

> Nós só podemos sair de casa depois de quatro ou oito noites. Põem a panela na árvore, depois o homem desce e vão todos para casa. Chegamos cá, começamos outra vez com o *tebedai*, e dali começamos a cozinhar para comermos juntos com a família. Eles vão cozinhar o arroz, preparam um leitão para matar, e também *tua sabu* para eles poderem beber. Depois de pôr a placenta em cima da árvore e voltarem para casa a mãe sai para fora com o bebé, ficamos aqui fora à entrada, e começamos a mascar. A família senta na esteira e a senhora vai arranjar um banco para sentar. Depois entram outra vez para casa (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bobocasse, Pante Macassar [Intérprete]).

> [Quando vão pôr a placenta na árvore] cozem a banana, qualquer coisa para comer, e fazem um bailarico da casa para a árvore e da árvore volta outra vez para casa. O tradicional é assim, é *tebedai*, com os tambores. Fazem comida e come em conjunto, o divertimento das famílias directamente para o bebé. É para festejar o nascimento. (...) Porque a cultura dos pais não são iguais, alguns um mês, alguns sete dias, alguns quatro dias; cada família faz os seus, não são iguais (Parteira tradicional *baikenu*, suco Bene Ufe, Nitibe [Intérprete]).

> Ao fim de quatro noites a mãe sai de casa com o bebé. A panela que elas estão a ferver as águas depois do parto só fica em cima da fogueira, não podemos deixar para baixo. Depois de quatro noites temos que tirar esta panela que costuma ferver a água com que dão banho à mãe e ao bebé cá em baixo da terra, e essa panela continuamos a usar para cozinhar o arroz para toda a família que nós chamamos para assistir. E também temos que cozinhar banana e caril. Esse arroz, essa banana e esse caril temos que pôr numa bacia em cima da cama onde a mãe dormiu com o bebé. A mãe com o bebé saem desta cama, ficam em baixo da cama. Só estas seis pessoas [da família] é que vão subir em cima da cama. Elas sentam, comem o arroz com o caril e depois a banana também. A banana fica separada. Não podem usar prato, vão comer juntas desta bacia. Depois vão descer. A parteira fica em baixo. O pai fica fora, depois é que vai comer. (...) noutra bacia. Esta parte todos fazem isso, vem dos bisavós. Quando elas não fazem assim, quando a criança for grande pode ficar doente ou ficar muda, ou um dia ela pode cair dentro da fogueira. Por isso elas têm de fazer estas coisas, têm de cumprir o que os bisavós deixaram. (...) Este ritual tem o nome

tapoi li'ana (Mulheres *baikenu*, suco Nipane, Pante Macassar [Intérprete]).

O ritual da "lavagem dos olhos" também é praticado por algumas famílias *baikenu* no momento da primeira saída do recém-nascido:

> Na minha família eu tenho de estar pronta em casa com o bebé para a primeira saída, *hasai bebé*, e fazer o *fase matan*. Quando o homem e a mulher chegam a casa devo oferecer-lhes algo, como *bua malus*, para mascar, *mama*. Também convidamos outros familiares para virem conhecer o bebé. Depois eu e o bebé podemos sair. Na minha *sister family* de Oecusse, suco Costa, preparam bolos, café e chá, como uma festa, e colocam um anel, *kadeli*, dentro de água, em frente à casa, para lavar os olhos, mas nesta família apenas oferecemos *bua malus* e tabaco aos familiares (Mulher de 26 anos, 3 filhos, natural de Díli, casada com homem *baikenu*).

> Só tiramos o bebé para fora ao fim de quatro dias, na altura em que põem a placenta na árvore. Vamos lavar os olhos, com esta senhora, o bebé não. Nós temos que lavar os olhos porque o sangue da senhora, no momento nós ajudamos a pegar...para lavar a sujidade. A nossa cultura é depois de quatro noites para fazer a lavagem aos olhos. De manhã, às 9 ou 10 horas, preparam um prato com anel dourado. Temos que olhar para cima e passar nos olhos com o anel, *tapoin olin* (...). Só fazem isto e tomam café com os vizinhos. Às vezes dez pessoas assim só, naquela noite que vai sentar connosco para assistir (Parteira tradicional *baikenu*, suco Costa, Pante Macassar [Intérprete]).

> [Quando o bebé sai de casa pela primeira vez fazem] uma festa, *hadat* de Timor, mas primeiro tem que fazer café, bolo, coco, põem tudo a comer junto. A parteira que vem fazer o parto vem também assistir. A placenta é que sai primeiro, de manhã cedo. Um rapaz ou uma rapariga levam a placenta para a árvore (...) e depois voltam os dois para casa. A mãe ou conforme, uma cunhada, uma senhora é que vai levar o bebé para fora, para a sala. Café, mais umas bolachas... A família, a parteira também lava os olhos para não fica cega. (...) A cultura de Timor, *hadat*, ainda continuam a fazer isto (Parteira tradicional *baikenu*, suco Costa, Pante Macassar).

O ritual do "corte de cabelo", *queut nak leú*, é efectuado dois ou três meses após o nascimento da criança, por vezes mais tarde. O cabelo é colocado (ou enterrado) numa bananeira, numa arequeira ou num coqueiro, ou então por baixo de uma pedra, para que a criança permaneça fresca e não adoeça:

> Geralmente cortam o cabelo ao fim de dois meses. Se for uma menina cortam o cabelo todo, se for

um rapaz cortam um pouco. Depois enterram o cabelo junto a uma bananeira ou arequeira, para permanecer fresco. Pode ser qualquer árvore que esteja junto à água. Um tio do bebé [é que corta]. Antes de cortar o cabelo devem dar uma moeda de 10 centavos ao bebé. Fazem uma festa, oferecem cigarros e *bua malus* (Mulher de 26 anos, natural de Díli, 3 filhos, casada com homem *baikenu*).

O tio, o irmão da mãe é que pode cortar o primeiro cabelo, *queut nak leú* (...) com três meses, conforme o costume daqui, a cultura dos avós. Se depois de nascer os tios da mãe não podem pegar ainda, eles têm que dar um tostão para pegarem no bebé ao colo. Têm de dar 25 ou 50 cêntimos ao bebé, e eles é que podem cortar o cabelo, um pouco só aqui. Às vezes põem [o cabelo] só em baixo da arequeira ou do coqueiro (Parteira tradicional *baikenu*, suco Cunha, Pante Macassar [Intérprete].

Grupo Etnolinguístico *Bunak*

Segundo Friedberg (1982), um rito efectuado após o nascimento, até o coto umbilical (*gibis*) secar, consiste na recolha dos excrementos da criança e na sua deposição sobre uma pedra ou uma árvore, onde não se possam ver, para que de seguida a criança não satisfaça as suas necessidades excretórias em público. Outro gesto ritual cumprido no nascimento consiste em colocar sumo de banana *mok luan*[61], ou, na sua falta, sumo do pecíolo desta variedade, sobre um algodão, que se esfrega na língua do recém-nascido para que esta seja ágil e que a criança fale rapidamente. Friedberg salienta que, em certas variantes do mito da origem das plantas cultivadas, a língua do herói sacrificado dá nascimento à banana e, por outro lado, que *mok luan* e a planta *amarequ* (*Lycianthes*)[62] foram criadas no momento dos gestos rituais executados no nascimento das crianças. Uma semana ou doze dias após o nascimento são levantados alguns interditos. O ritual *vor sait a*, "legume/que coça/comer", ou *ukur a*, "dádiva dos antepassados/comer" designa, para alguns, os frutos que se vão recolher a casa dos dadores de mulheres, para evitar que eles tenham um novo descendente nessa ocasião;

61 *Mok luan* é um tipo de bananeira que dá uma banana pequena, perfumada e muito doce, cuja casca se mantém verde mesmo quando está madura. O seu tronco é branco com manchas pretas. É a bananeira que, nos mitos, foi criada em primeiro lugar, e cujo fruto deve ser utilizado no ritual do nascimento. Os bunak consideram ser esta a bananeira mais antiga (Friedberg, 1982, p. 349 e 935; 1990, p. 217).

62 Segundo o mito do nascimento dos antepassados dos *bunak*, as folhas peludas de *amarequ* (*Lycianthes*) são utilizadas para lavar o corpo dos recém-nascidos (Friedberg, 1982, p. 349). Esta planta também surge com o nome *amadequ* (Frieberg, 1990, pp. 253-254).

para outros, só vão procurar esses frutos a casa dos dadores de mulheres apenas para o nascimento de um rapaz; para o de uma rapariga vão a casa dos tomadores de mulheres:

> No momento deste ritual grelham-se bananas e, se for a estação, batatas doces. Coze-se igualmente arroz e há uma distribuição de pequenos cestos de oferendas às diversas pessoas que participaram no nascimento: a mãe, o filho, o pai (o cesto é entregue à mãe deste), e a pessoa que deu o nome. (...) Em princípio, não é necessário matar um animal nesta ocasião, mas pode-se evidentemente fazê-lo para os alimentar a todos, parentes e amigos, que trazem frutos, arroz, milho, e devem receber em troca alimentos cozidos a fim de que, dizem os comentários, a criança que acaba de nascer saiba também receber mais tarde os seus convidados. (...) A expressão *vor sait* vinha de, no momento desse ritual, ter sido levantada à mãe a interdição que ela tinha de se alimentar com alimentos que provocam comichão, como o fruto e as folhas de abóbora, os taros e os inhames; isto para ela própria ou para as doenças que ela poderia transmitir ao filho. No ritual que eu observei em Abis, foram chamuscados pelos de cabra e uma pluma de frango de forma que a mãe possa comer esses animais sem transmitir ao filho a doença *gole meaq gol*, ou "doença das crianças" [doença das vias respiratórias]. (...) Estes levantamentos dos interditos entrariam no quadro do ritual *hoto sau*, "fogo levantar do interdito", talvez porque é efectuado atirando ao fogo os elementos correspondentes. Para outros, *hoto sau* designa apenas o levantar do interdito de utilizar o fogo de *hoto tuka* para cozinhar. Este levantar do interdito seria a tarefa de um tomador de mulheres que viria procurar um tição de *hoto tuka* para o ir colocar sobre a sua fogueira de cozinha. (Friedberg, 1982, pp. 937-939, tradução nossa)

A estes rituais são associados aqueles que marcam a primeira saída da mulher e da criança, à qual se corta o cabelo:

> Nesta ocasião, rapa-se a cabeça do bebé e dão-se os cabelos a um dador de mulheres que os vai colocar sobre uma bananeira, um coqueiro ou uma arequeira. Ao mesmo tempo, colocam-se sobre as fontanelas da criança folhas esmagadas de *bol* (*Hibiscus tiliaceus*), para impedir que as doenças o atinjam por este lugar vulnerável. A mãe sai, levando o bebé num pano colocado em echarpe. Se o bebé for uma menina, a mãe efectuará trabalhos femininos, descasque do arroz ou tecelagem, para que mais tarde a criança venha a ser hábil nas suas tarefas; se se tratar de um rapaz, serão efectuadas com o mesmo fim tarefas masculinas. Para assinalar esta saída da mãe e do seu filho, que é também o fim de *hoto tuka*, a mãe com a criança nos seus braços, vai deitar cinza, proveniente dessa fogueira, no primeiro cruzamento dos caminhos, forma de significar que agora um e outro podem ir onde eles querem; é o que se chama *lobot uku*, "cinza deitar/derramar", ou *hik sau*, "caminho levantar o interdito". É este o último rito de passagem associado ao nascimento.

(Friedberg, 1982, pp. 939-940, tradução nossa)

De acordo com Sousa (2010), entre os *bunak* de Tapo, no distrito de Bobonaro, no sétimo dia após o nascimento é realizado o ritual *pu1 hurug ma umon* ("árvore fresca no altar do campo"). Este consiste no corte e recolha do *aru po'* ("cabelo sagrado") e na sua deposição, pelo pai ou pelo avô paterno, juntamente com as unhas da criança, com o coto umbilical (*gibis*) e com a lâmina que serviu para o cortar, na base de uma árvore considerada "fresca", como um coqueiro ou uma bananeira, no campo da dona da casa, a mãe da parturiente. Neste período, o padrão de residência mais comum é o matrilocal, pois o casal vive na casa da mãe da mulher. Neste ritual a criança é trazida, pela primeira vez, para fora da cozinha, local abrigado e quente onde permaneceu durante os primeiros dias de vida. Embora possa variar de família para família, existe o hábito de colocar nas suas pequenas mãos objectos que sejam considerados determinantes para o seu futuro, como por exemplo um caderno e uma caneta. Quanto ao ritual da "lavagem dos olhos", já não é realizado como antigamente:

> Uma semana após o nascimento da criança ela era trazida à rua, pela primeira vez. Vários testemunhos reconhecem que este ritual, *giral balas*, ou *giral ilin* – "lavar os olhos, abrir os olhos" – se desenrolava, em tempos, com a visita formal dos familiares, o que não ocorre, actualmente. Esta saída marcava, de igual forma, o fim da reclusão da mulher. Actualmente, a mulher permanece, durante um mês, na cozinha, em particular na primeira gravidez. (Sousa, 2010, p. 196)

Ao realizarmos o nosso estudo, constatamos que o ritual da "lavagem dos olhos", *fase matan*, é ser praticado por algumas famílias *bunak* de Maliana, no sétimo dia após o nascimento, quando o recém-nascido é levado pela primeira vez para o exterior. Este momento é acompanhado da simulação de tarefas consideradas masculinas (como a agricultura) ou femininas (como a costura ou a cozinha), consoante o sexo da criança. Mais recentemente, como passou a ser habitual a frequência da escola por crianças de ambos os sexos, também é usado material de escrita. Há quem ponha uma pulseira branca ou uma moeda dentro da água com que simbolicamente são lavados os olhos. Este ritual é executado com o objectivo de assegurar que a parteira e outros assistentes mantenham uma boa capacidade visual. É geralmente acompanhado de uma festa, em que se oferece aos convidados comida, bebida e *bua malus* (bétel e areca) para

mascarem:

Fase matan, "lavagem dos olhos", é sete dias após o nascimento. Convidam as famílias para virem assistir, estendem uma esteira grande no chão, em frente da casa, aí põem uma bacia com água mais uma pulseira de prata. Depois o bebé sai de casa com uma pessoa: se for uma menina tem que ser uma mulher; se for menino um homem. Essa pessoa tem que ser habilidosa e inteligente; pode ser um familiar ou vizinho. Pegam ao colo com um *tais feto*, se for menina, ou com um *tais mane*, se for menino, e levam o bebé para fora. Se é rapaz têm de levar, a acompanhar o bebé, materiais para a agricultura. Vão fazer uma simulação trabalhando e o bebé vai atrás. Se for menina, acompanham com agulhas, panos, e vão cosendo. Também usam coisas de cozinha. Também há quem acompanhe com cadernos para escrever, seja menino ou menina. Isto só começou a ser usado no tempo dos indonésios, porque as crianças começaram a ir mais à escola. Antes, só em Díli é que iam à escola. (...) Aqui, ainda fazem. Sentam-se todos na esteira, e as pessoas que vêm assistir à cerimónia lavam os olhos com a água. Significado da pulseira: como é branca, a parteira tem que ter sempre boa vista como esta pulseira. Não é para o bebé, mas é para que a pessoa que vem assistir ao parto e vem cortar o cordão umbilical não estrague a vista. As pessoas que vêm assistir dizem que a água do bebé é boa para a vista. Fazem uma pequena festa; oferecem *bua malus*, *katupa* [arroz embrulhado dentro de folha de palmeira], *ai farina* [mandioca], *feuk midar* [batata doce], *budu ai manas* [aperitivo picante com tomate, cebola], *tua mutin* [vinho de Timor], e por vezes também matam um animal (Parteira tradicional *bunak*, Maliana [Intérprete]).

Depois de sete dias é que se faz o ritual, quando o bebé sai pela primeira vez. Em *bunak* o ritual chama-se *mea gol gucu debel*, significa "levar a criança para fora". Em *tetun*, *lori bebé sai haré rai*, "levar criança sair para ver a luz". Os avós ensinaram assim e eles cumprem. Põem *bua malus* naquele *luhu* [cesto] e depois levam o bebé para fora às 7 horas da manhã, no momento de sol nascer. É para mascar *malus* e depois levar o bebé para dentro. (...) As pessoas que assistiram ao nascimento do bebé têm de ser convidadas para participarem na cerimónia de sete dias. Se quiserem, se tiverem dinheiro, compram bolo e fazem uma pequena festa no dia da saída da criança; se não tiverem, só mastigam *bua malus*. A *daia* faz *fase matan* (...), não é do bebé, é ela que tem que lavar os olhos. É ela que assiste ao processo do parto, ela é que tem que *fase matan* depois de ter ajudado o parto. (...) Ela informou isso antecipadamente, que quando o bebé sair da casa, eles têm de preparar uma bacia de água, e depois o dinheiro [25 cêntimos], *bua* e *malus* são postos na referida bacia. Antes de mastigar *malus*, ela tem de lavar os seus olhos, depois de dizer umas palavras nessa água. Se não lavar, antes de termos cabelos brancos, as nossas lágrimas saem frequentemente e isto pode provocar vista fraca. É para não ter vista fraca cedo. Desde o tempo dos avôs, não há alterações. Se ela faz esse diálogo ritual, não há problemas com a mãe e o bebé. A

> parteira fala uma coisa *lulik*; tem que ser ela. Ela acompanha o bebé desde o nascimento até sete dias, depois disso já não. Depois de ter o diálogo ritual, ela pode levar o bebé a sair. Às vezes, quando as irmãs mais velhas da mãe estão disponíveis também podem levar para fora. O bebé sai e depois volta (Mulheres *bunak*, suco Tapo/Memo, Maliana [Intérprete]).

Durante a nossa permanência em Maliana tivemos a oportunidade de participar, em Memo, no ritual da primeira saída do neto de uma parteira tradicional, realizado no sétimo dia após o nascimento, às 7 horas da manhã. Antes, às 3 horas, a parteira tradicional fez uma tradição com *bua malus*. Segundo a intérprete, "quando dão parto têm que fazer esta cerimónia. Passam uma folha pelo cabelo, pelos braços, pelos pés, por todo o corpo, para afastar as doenças. Isso veio em sonhos, ou por feiticeiros, para fazerem a essa hora". Depois foi dado banho à mulher pela mãe, a *daia*, com uma toalha embebida em água quente, passando no corpo e pressionando o abdómen. Seguiu-se o banho ao recém-nascido, deitado sobre os membros inferiores da avó[63]. De seguida, com a colaboração da mãe, foi vestido e envolvido num *tais mane* (masculino, de acordo com o seu sexo), sendo levado ao colo por outra mulher da família para o exterior do local isolado onde permaneceu com a mãe, junto à fogueira, durante os primeiros dias de vida (Fotografia 190). Nessa altura outro familiar, do sexo masculino, estava a cavar a terra num local próximo (Fotografia 191). A parteira tradicional preparou uma taça com água, colocou lá dentro uma moeda e folhas, depois tirou a água e passou nos olhos (Fotografias 192 a 194). Este ritual (*fase matan*) tem como objectivo manter uma boa acuidade visual. Entretanto, os outros familiares instalaram-se, com o bebé, sobre uma esteira estendida no chão de outro compartimento da casa. A parteira tradicional entrou, sentou-se junto deles e atou uma linha ao punho da mãe e outra ao do bebé, com o objectivo de afastar os maus espíritos (Fotografias 195 e 196). À sua frente, num cesto, foi colocado um caderno onde escreveram umas palavras (Fotografia 197). Noutros cestos foram dispostas folhas de bétel, nozes de areca e cal, *bua malus*, de que se serviram os convidados para mascar. O líquido vermelho que resultou da mistura foi depois cuspido para o interior de um recipiente de plástico (Fotografias 198 a 200):

63 As fotografias referentes a esta prática encontram-se na secção relativa aos cuidados de higiene ao recém-nascido.

Fotografias 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200.
Ritual *Bunak* da "Lavagem dos Olhos" - *Fase Matan* (Memo, Maliana, 2005)


















No distrito de Covalima, também há famílias *bunak* que mantêm a prática do ritual da "lavagem dos olhos":

> Dois ou três dias depois do parto eles costumam fazer *ukur*, lavar os olhos. Quando ele sair é que fazem, *ukur* ou *fase matan*, igual. O convite é assim, a gente vai dizer: 'Hoje nós fazemos *ukur'*, e

> eles já sabem. Depois vão chamar os outros para virem, e eles vão lá. Aqueles que têm poder fazem [comem e bebem], aqueles que não tem vêm, depois lavar e mais tarde voltam. As pessoas que vêm visitar, isto é um hábito daqui, uns trazem dinheiro, outros roupa para a criança, outros trazem um bocadinho de arroz. Metem água numa taça e com um anel ou uma pulseira grande, põem aquilo dentro de água. Dá todos, faz assim, duas vezes, depois outra vez [simula o gesto de retirar o anel ou a pulseira do recipiente com água e levá-lo até junto dos olhos]. A mãe do bebé também tem de fazer. Depois disto entram, sentam juntos todos no chão, depois de mascar tomam um bocadinho de café, depois voltam (Mulheres *bunak*, suco Debos, Suai [Intérprete]).
>
> Só quando acaba três dias, eles fazem com cultura, *fase matan*. A pulseira branca, pulseira de prata, depois põe dentro da água com areca, bétel, põe dentro de um prato, depois leva água e lavar os olhos. É um uso e costume, já antigo. Para não estragar os olhos, *labele halo matan aat ka malahuk*. Quer dizer que não podemos ver bem, parece que uma luz está a tapar. Todas as pessoas que vão visitar fazem isto. A mãe do bebé também faz. Depois comem, bebem cafezinho … Acaba de fazer isso, voltam para casa. Os familiares, os vizinhos também vêm. Todos fazem (Parteira tradicional *bunak* e sobrinha, Suco Beco, Suai).

Em Zumalai, o ritual *fase matan* é praticado na primeira semana após o nascimento, após o que a mãe sai com o filho. Antes da saída é dado ao bebé um banho em cuja água é vertido sangue do porco que matam nessa altura:

> O bebé, quando chega a uma semana pode sair, depois do *fase matan*. (...) A família vem. (...) Matam um porco, depois o sangue mistura com água e põe essa água no banho do bebé. Primeiro, dentro de casa, a avó, mãe da mãe, dá o banho ao bebé em cima das pernas. Vai tirando a água com o sangue e dá banho, passa também no rosto do bebé, em todo o corpo. Família toda a assistir. Secam o bebé, depois a sua mãe dá leite ao bebé. (...) Aqui é só o bebé [é que lava os olhos]. (...) *Fase matan* significa *fo harís bebé*, talvez damos informação que, quando um bebé toma banho com a água com o sangue do porquito, isto é sinal de que ele já pode ver, tem a visão longe para observar qualquer espécie do meio ambiente, já pode perceber 'Já sou pessoa, e daqui para a frente já posso ver o mundo'. Esta é a definição de *fase matan*. (...) Depois de dar banho ao bebé distribui-se bétel, areca e tabaco pelos convidados e toda a família da mulher e do marido que vem. (...) Comem juntos e depois vão para sua casa (Casal de informadores *bunak*, Zumalai).

Podemos estabelecer uma analogia entre o banho do recém-nascido com água contendo sangue de porco e um ritual de arrefecimento referido por Friedberg (1990): "No momento de um ritual, é feita a aplicação sobre o peito de um participante de um pouco

de sangue do porco sacrificado, considerado como frio, de forma a «arrefecer» a sua «raiz», o que significa assegurar-lhe uma boa saúde" (p. 57, tradução nossa). São, alás, numerosos os rituais realizados pelos *bunak* destinados a "arrefecer" simbolicamente as "raízes" das plantas, dos animais domésticos e dos homens, de forma a assegurar-lhes uma boa saúde:

> É a sua raiz que assegura a longevidade dos seres vivos. Para as plantas, quanto mais longa é a sua raiz mais está segura de encontrar água e portanto de poder viver. Sendo a água assemelhada ao frio diz-se por analogia para os homens: *i etel legul* ou *i etel huruk* «que a nossa raiz seja longa!» ou «que a nossa raiz seja fria!», o que significa «que nós atinjamos uma idade avançada!». (Friedberg, 1990, p. 57, tradução nossa)

O local "fresco" onde é colocado o cabelo cortado à criança no ritual do "corte de cabelo", *tesi fuuk*, torna evidente o mesmo tipo de associação. Este ritual costuma ser praticado pelos *bunak* nas primeiras semanas ou ao fim de um mês de vida, sendo acompanhado por uma festa que depende das possibilidades económicas de cada família. Há, no entanto, casos em que o cabelo só é cortado ao fim de um ou mais anos. Em Tunu Bibi, este ritual pode ser executado na altura da cerimónia do *fase matan*, uma semana após o nascimento; noutras zonas de Maliana é ao fim de um mês, sendo o cabelo, considerado como *lulik* (sagrado), posteriormente colocado numa bananeira, o que tem como finalidade assegurar a saúde da criança:

> O bebé nasce; até um mês o cabelo é considerado como *lulik*, seja menino ou menina. Se a pessoa não tem muitas posses, após um mês pega-se numa lâmina, rapa-se um pouco de cabelo na zona da fontanela e encaixam numa bananeira. Fazem uma pequena festa familiar, mascando *bua malus*. Se não cortarem o cabelo do nascimento, o bebé pode ficar doente. Se o cabelo nunca foi cortado até a criança atingir os 3, 4, 5 anos, quando cortarem o cabelo têm que matar um porco grande e fazem festa. Também mascam *bua malus*. Se for menina cortam até ao pescoço, se for menino cortam tudo (Parteira tradicional *bunak*, Maliana [Intérprete]).

Em Zumalai, para que a criança não venha a ter cefaleias quando crescer, o cabelo que lhe é cortado é colocado dentro da casca de meio coco com água da nascente, em cima de uma árvore de grande porte, que pode ser aquela onde se encontra a placenta:

> Depois de uma semana, às vezes até um mês, raspar o cabelo do bebé, *koi fuuk*; significa que já pode viver no mundo. Pode ser a avó ou o avô; corta tudo, só que deixa aqui no centro. O corte é igual, quer seja rapaz quer seja rapariga. Depois de cortar, o cabelo é levado para (...) a árvore da placenta. (…) O cabelo cortado põe no *kakun*. Isso é *tetun*, em *bunak* diz-se *koul*; é um cesto da casca de (...) meio coco. Cortam ao meio, põem lá dentro do *koul* água da nascente e depois guardam em cima da árvore. Significa que o bebé não fica com dor de cabeça quando crescido. (...) Pode ser outra árvore diferente daquela onde está a placenta; é também uma árvore grande (Casal de informadores *bunak*, Zumalai).

Em Fatululik, a realização do ritual do "corte de cabelo" coincidia com o momento da inauguração de uma casa tradicional (*hadat*), independentemente da idade da criança. Uma vez que actualmente alguns materiais utilizados na construção das casas, como é o caso do zinco, evitam que elas se degradem com facilidade, este ritual é menos frequente. Em Maucatar e Suai, também no distrito de Covalima, o cabelo cortado costuma ser levado para a nascente, *be matan*, para assegurar frescura à criança. Em Debos é colocado, tradicionalmente, dentro de um bambu junto da nascente *lulik* da família. Caso residam longe, o cabelo é guardado e levado para lá no momento da festa tradicional (*hadat*). Em Suai, uma família *bunak* cujos antepassados provêm de Lolotoe (distrito de Bobonaro), refere o mesmo costume, juntando ao cabelo as unhas e o coto umbilical da criança, que são levados mais tarde para a nascente da casa *lulik* da família:

> O primeiro filho só sai de casa ao fim de um mês, os outros pode ser duas, três semanas. Naqueles tempos, *uluk*, depois de um mês, quando sair, tem de tirar todo o cabelo, só fica um bocadinho aqui em cima. Agora já não, já é moderno, eles cortam um bocadinho aqui. Tanto raparigas como rapazes têm de cortar (...) unhas e cabelo, e guardam tudo. É costume, *hadat.* (...) Depois de tirar isto eles têm de matar búfalo, e os tios da parte dos pais antes de cortarem o cabelo têm de receber um bocadinho de dinheiro, depois fazem festa grande e dançam. (...) A mãe dá dinheiro para a parte do pai, porque quando casa o marido já entra para a família da mãe. (...) Quando era bebé eles não deitam fora o cordão, guardam (...) e depois, juntando o cabelo com as unhas e com o cordão, levam para a casa *lulik* deles. Quando nasce uma criança pela primeira vez, quando fazer aquela festa, cortar para guardar. (...) na casa onde a criança nasceu até ele ficar crescido; quando fazer a festa é que leva para pôr na casa *lulik*. A idade é conforme, pode ser 2, 3 anos, 10 também pode. A casa *lulik* tem de fazer no lugar onde os avós e os bisavós nasceram. (...) Longe, a casa *lulik* é em Bobonaro, Lolotoe. Eles têm um poço lá, aquilo tudo vai pôr à volta daquela água sagrada, *be lulik*, (...) para a criança continuar a ficar fresca, poder ser inteligente nos estudos, na

> maneira de todos os dias, para ser uma boa pessoa porque a água é fria. Mais tarde, conforme, mas têm de levar e pôr mesmo ali, não podem deixar aqui. (...) Então aproveita-se para limpar a casa *lulik*, uma espécie de *hadat*, e tem de ir buscar aquela água de Joba para ir regar. Vai pôr tudo ali, traz a água para limpar a casa, regar por toda a gente para ficar frio, saudável. Eles fazem sempre com folhas (Mulheres *bunak*, Suco Debos, Suai [Intérprete]).

De acordo com o que é dito pelos informadores, quer o ritual da "lavagem dos olhos" quer o do "corte de cabelo" representam, simbolicamente, a integração do recém-nascido na sociedade. Actualmente algumas famílias já não executam estes rituais, outras introduziram modificações.

No distrito de Covalima é ainda mencionado outro ritual executado no momento da primeira saída da mãe com o filho, que, segundo dizem, tem como função evitar doenças no futuro, e que parece representar o levantar do interdito, no acto simbólico da mulher ao deitar fora o leque, a faca e a acha da fogueira:

> Se for o primeiro filho tem de ficar até um mês na fogueira; se já dois, três pode ser uma ou duas semanas. Ao sair, a mãe pega na criança, leva já um leque, um pedaço de pau queimado ou faca, deitar fora só, não diz nada. Depois de deitar fora a mãe sai para fora com o filho. Se é o primeiro filho depois de um mês, se for o terceiro ou o quarto filho pode ser uma ou duas semanas. Tem de fazer mesmo este *ukur*. Hoje o costume deles é assim: o primeiro filho que nasce, se eu quiser ir ver a criança tenho que levar um dólar, uns centavos, para dar para a criança. Aquele dinheiro que eu dou é sinal para a criança quando for crescida ser boa rapariga ou bom rapaz; para quando for grande ser boa pessoa. (...) Com a primeira cinza que é queimada na fogueira junto à cama, eles quando tiram não deitam fora, juntar aquilo na casca de coco, deixa ficar. Na primeira vez que a mulher sai de dentro da casa casa com o bebé, eles levam a cinza para a horta e põem ao pé de uma bananeira, uma mangueira, um coqueiro. Depois eles dizem: 'Isto aqui é para a criança, mas depois de ter frutos não pode vender. A cinza, quando for grande ele caminha muito, é trabalhador, vai procurar dinheiro' (Informador *bunak*, suco Ogues, Maucatar [Intérprete]).

Grupo Etnolinguístico *Kemak*

Para os *kemak* de Marobo o rito da primeira saída da criança, *ho leor ana* ("acompanhar a saída da criança") "tem duas finalidades principais: "abrir os olhos da criança, *la'e ana matan*, o que marca a sua entrada na vida da casa, e apresentá-la aos aliados, o que

a integra na rede das alianças" (Renard-Clamagirand, 1982, p. 135, tradução nossa). O recém-nascido é designado pelo termo *ana kau* ou *ana meak* durante o período inicial da sua vida, antes da primeira saída de casa. A partir daí, é chamado de *mugun mane* se for do sexo masculino, *mugun ine* se for do sexo feminino.

> Se, por qualquer razão, o rito de saída da criança não pode ser executado rapidamente, pode ser restituída à mãe a sua liberdade de movimentos, espalhando na encruzilhada um pouco de cinza da lareira. Trata-se de um rito para levantar o interdito; ele serve para "informar", *sahu*, os antepassados da nova situação da mulher e das razões que obrigam a diferir o rito de saída da criança.
>
> Todas as pessoas presentes no nascimento devem assistir ao ritual da saída da criança, sob pena de a lesar gravemente. Pode comparar-se esta atitude àquela que obriga todos os participantes numa colheita a acompanhar o arroz até à casa do proprietário do campo senão a alma do arroz poderia desvanecer-se e as espigas esvaziar-se dos seus grãos; da mesma forma, a vida da criança é posta em perigo pela ausência de qualquer pessoa que tenha assistido ao seu nascimento. (Renard-Clamagirand, 1982, pp. 130-131, tradução nossa)

A autora faz uma descrição detalhada do ritual da primeira saída da criança (*ho leor ana*), que obedece a uma elaborada sequência de procedimentos simbólicos:

> A 28 de Setembro de 1966, às cinco horas da manhã, Sose Mau dirige-se à nascente onde as mulheres vão todos os dias buscar água. Ela está enfeitada com um disco de ouro e um colar de pérolas; ela transporta, num pano *bo dato*, um cesto contendo bétel e areca; na mão, ela segura a cabaça sagrada que servirá para tirar água. Um quarto de hora mais tarde, ela chega à nascente, deposita uma folha de bétel e uma rodela de noz de areca, enche a cabaça de água e coloca na abertura uma folha de *ai lau* (*Gandarusa vulgaris*). Sose Mau e as mulheres que a acompanham mascam o bétel que tinha sido transportado no cesto. Depois de se ter lavado, Sose Mau coloca o cesto e a cabaça cheia de água no pano *bo dato* e retoma o caminho para casa.
>
> Às seis e trinta, ela entra em casa. A cabaça é colocada numa joeira, *diru*, ao pé do poste masculino. O colar de pérolas e o disco usados por Sose Mau também são colocados na joeira com o tecido que serviu para transportar a cabaça.
>
> Um quarto de hora mais tarde, Bui Sama, a irmã do pai da criança, sai de casa; ela transporta o bebé num pano, assim como um fuso com a sua copela e uma faca para cortar os fios vegetais que servem para a preparação das meadas antes do tingimento para o procedimento do *ikat*. Ela chega à entrada da aldeia, fia o algodão por duas vezes e enlaça alguns fios. Ela prefigura assim o que será uma das principais actividades do recém-nascido, por ser do sexo feminino, a preparação e a

tecelagem do algodão. Se o bebé for um rapaz, são amontoadas algumas pedras e é plantado um tubérculo simbolizando assim o trabalho masculino nos campos.

Os que ficaram junto à casa chamam a irmã do pai:

1. *te mai o baen* 1. "Que venha a aliada"

Ela responde:

2. *ne* 2. "Dêem"

lembrando assim os seus direitos sobre o bebé que, segundo as regras da aliança, virá a ser a esposa do seu filho. A assembleia dá o seu consentimento.

A irmã do pai, continuando a transportar a criança, instala-se sobre uma esteira à entrada da casa. São depositados à sua frente sete cestos contendo bétel e areca. Segundo certos informadores o número sete corresponderia às sete "luas" que decorrem desde a festa da água que abre a estação das chuvas até à festa de Tuhi que marca o início da estação seca. (...) O número sete também evocaria os sete antepassados primordiais. A irmã do pai abre os cestos, retira uma folha de bétel e numa fatia de noz de areca e faz a masca. Cada membro da assembleia masca: é mascar em honra do recém-nascido. Como se trata de uma menina, *ina ba'k* (a esposa do irmão mais velho do pai da criança) lança de uma só vez bétel e areca e cada um precipita-se para os agarrar. Este gesto tem por finalidade "ensinar" *pnani* aos tomadores um dos seus deveres, o de fornecer bétel e areca quando dão lugar a uma festa dos seus dadores. Certas prestações da compensação matrimonial pagas sob a forma de discos de ouro ou de prata tomam o nome de "bétel e areca".

É sempre *ina ba'k*, a esposa do irmão mais velho do pai, quem entrega então a criança à irmã do pai e entra na casa. Ela fecha firmemente a porta e deita o bebé sobre uma esteira para ele aprender a dormir bem quando anoitece, "deitar para aprender a dormir" *koi du odi pnani odi kinu*.

Cinco minutos mais tarde, o dono da casa acompanhado de todos os seus aliados presentes entra na casa. Ao pé do poste masculino encontram-se a joeira com a cabaça, o *tatakala* - os discos dos antepassados, património da casa -, o cesto de bétel que a irmã do pai transportava no momento da saída da criança e o fuso que tinha servido para fiar o algodão.

Às sete horas e vinte e cinco, são depositadas folhas de bétel e fatias de noz de areca em dois cestos. Estes cestos vão passar de mão em mão entre os donos de casa e os aliados cruzando-se em frente do pilar masculino, o que se repete sete vezes. Este rito, "ligar enrolar" *mira o bua*, é um rito de reconciliação. Ele tem lugar sempre que surge um conflito entre os protagonistas da festa e estes são obrigados a reconciliar-se para que o rito se possa desenrolar normalmente e sobretudo para que aquele que dele é o beneficiário não seja lesado e exposto à cólera dos antepassados – não se pode entrar em contacto com os antepassados quando reina a discórdia entre os vivos. O ritual desempenha assim um papel muito importante de regulador social.

De seguida tem lugar o depósito do bétel e da areca. Este rito de oferenda é então efectuado no interior da casa e depois no exterior pelo chefe da casa (...) para honrar os objectos ou os lugares essenciais à vida quotidiana. Ao nascer o dia, o chefe da casa vai depositar uma folha de bétel na *oho garan* "a montanha sua cabeça", pedra erguida numa das entradas da aldeia. Ele colocou-a

virada para a terra para encerrar o caminho aos senhores do sol, "para encerrar o que faz mal".
(...)

Às sete horas e quarenta, o dono da casa atira arroz descorticado, *me mreas*, sobre o património dos antepassados, *tatakala*, sobre a cabaça, depois em direcção aos quatros cantos da casa. Um homem da casa dos dadores mata de seguida um frango atirando-o sobre o pedaço de madeira sagrado, *ai lulin*, que tinha servido para acender a fogueira de manhã: trata-se da madeira de uma árvore considerada como fria como a *ai buke* (pequena figueira). Esta fogueira foi acesa com vista ao rito de saída da criança marca o fim do período durante o qual a mãe e a criança dormem sobre um leito instalado junto à lareira. Aquele que sacrificou o frango faz um prognóstico examinando as circunvalações das vísceras para conhecer o parecer dos antepassados. Se a resposta for negativa deve ser sacrificado outro frango. Neste caso a resposta é positiva, os antepassados dão o seu acordo para o prosseguimento do rito.

Dez minutos mais tarde, homens e mulheres saem da casa, o dono da casa sacrifica uma cabra. Durante a manhã, são os homens que cortam a carne em pedaços e a cozinham sobre fogueiras instaladas no exterior da casa. Entretanto, as mulheres confeccionam no interior da casa as bolas de arroz colante, *koalan*, a partir de uma variedade de arroz chamado *me diru*, "arroz diru".
(...)

Quando a refeição está terminada, o dono da casa distribui aos dadores o bétel e a areca que foram servidos durante o rito. Os mais velhos, homens e mulheres, cada um de sua vez, tomam entre as suas mãos as duas mãos juntas da mãe que carrega o bebé, sopram-lhe em cima um pouco de masca de bétel, tocam com o polegar na testa e no peito da criança e inclinam-se e sopram sobre ela. Eles fazem o mesmo com todos os membros da casa; o pai é o último. Este rito é cumprido para que tudo corra bem, *tau mloin* "fazer bem": a criança não chorará, não terá febre e a discórdia não se instalará entre os aliados.

Depois os dadores pegam na cabaça para arrefecer a mãe e a criança, a lareira e a cama aspergindo-os com a ajuda da folha de *ai lau*. O bebé vai "abrir os olhos, levantar-se depressa para ir fiar o algodão" *La'e matar mata milan odi de ba'i*, porque agora ele está integrado na vida da casa. A mãe e as suas irmãs mais velhas lavam de seguida o rosto e as mãos com o resto da água contida na cabaça. É o sinal do fim da festa. São quinze horas e trinta.

A folha de *ai lau* será de seguida deitada na nascente para que o bebé tenha uma numerosa descendência que "flua" como a folha arrastada pela água. (Renard-Clamagirand, 1982, pp. 135-139, tradução nossa)

Actualmente, mantém-se entre algumas famílias *kemak* a prática de rituais para assinalar a primeira saída da criança e a sua integração na sociedade, que em alguns pormenores apresentam semelhanças com rituais ancestrais, mas denotam algumas transformações resultantes da evolução e do contacto com outras culturas. De acordo com o ritual

habitual em Bobonaro, após sete dias de isolamento a mãe e o seu filho saem de casa pela primeira vez, e nessa altura tem lugar o *fase matan*, rito que vai permitir à criança avistar a natureza e que a vai proteger daí para o futuro, pois mantém-se a crença de que existe sobre a criança uma intervenção sobrenatural. O recém-nascido tem aqui o seu primeiro contacto com a sociedade, com o mundo. De acordo com a explicação fornecida por um timorense com formação em Antropologia, Filosofia e Teologia, o ritual estabelece uma ligação do Homem a Deus ou *Maromak* professado pela religião católica, que converge com o *Maromak* que já surgia no culto animista:

> Em Timor nós temos a crença em *Maromak*, que é "Deus", e cuja tradição literal é "a luz" ou "o que dá luz". Ligando com a Igreja Católica, foi a Igreja Católica que nos anunciou a existência de Deus, o ser supremo que na língua indígena nós chamamos *Maromak,* dito apressadamente, pois o termo em si é *"Macmaromak",* que significa "a luz" (...) no sentido supremo, de valor sublime. Aqui podemos explicar a existência de Deus na nossa cultura. (...) [Os animistas] já usavam esse termo, mas depois houve a coincidência do termo "Deus" com a expressão *tetun* que os timorenses tinham ou têm. Como há coincidência, o povo nativo, e mesmo os missionários da Igreja Católica, chegaram à conclusão de que o entendimento vem para o mesmo ser supremo. Portanto, tem um significado muito sublime, isto ilumina o Homem na sua vivência diária, na sua cultura, no seu culto, e dá um acto ritual para poder ligar entre o Homem e Deus. Quanto à gravidez, eles entendem que isto é um mistério, porquê? O Homem, um ser humano, sai de outro ser humano, que não pode aparecer de qualquer forma se não por intervenção de um ser fora do Homem. Eles acreditam nisto, e continuam a acreditar até hoje, e muitas vezes admiram-se por qualquer criança que nasce, por exemplo, corpulenta, ou com boa fisionomia, e tudo isto eles acreditam que vem de *Maromak*. (…) Depois do nascimento da criança, durante sete dias a criança e a mãe não podem sair do quarto onde a criança nasceu; só depois de sete dias é que sai dali para ver a luz, para ver o *Macmaromak*, para agradecer-lhe: 'Eu recebi esta vida, eu venho agradecer esta vida, esta bondade do Senhor'. Nós fazemos este rito, o *fase matan*, e colocamos normalmente uma esteira, é tradicional (...). Antigamente punha-se uma catana e uma alavanca para cavar a terra. Então, é para agradecer ao Senhor ter visto a luz, e ao mesmo tempo receber essa missão; a missão de transformar este mundo, e a missão de trabalhar. Mas agora, com o avanço da cultura de Timor, aumentámos, e pusemos mais uma lapiseira e um caderno para um dia, se for para a escola, ser inteligente. O povo quis adaptar à situação, para que não se pense que é atrasado, mas também adaptaram isto para significar que isto também é missão. Se é mulher, tem que pôr mais linhas e agulhas; se é rapaz, tem que ter uma alavanca e uma catana, porque são instrumentos necessários para o futuro, para lavrar, trabalhar a terra. O caderno e a lapiseira tanto servem para rapaz como para rapariga. Mas, nas áreas rurais, nas zonas remotas, só a alavanca e a catana. Creio que [a

introdução do caderno e da lapiseira se deu] depois da aparição da cultura portuguesa, nas últimas décadas. E então, para indicar que a criança, no futuro, seja laboriosa, diligente, tem também areca e bétel, põem diante da criança e rasgam o bétel com um canivete, às vezes com as unhas, em cima do peito da criança, e expressam qualquer coisa, dizendo que, no futuro, a criança tem que ser inteligente, e que não se deve fechar para os outros, mas tem que ser aberta para a sociedade, aberta para a comunidade, aberta para todo o mundo. (...) E, além disso, uma tia ou um tio leva num qualquer pano, em *tais* de Timor, as suas frutas naturais, como por exemplo amendoim, feijão; às vezes misturamos com algum dinheiro, um cêntimo, e antes de a criança voltar para o quarto, deixavam isto tudo cair para o chão, e todas as pessoas podem apanhar, indicando a partir desse momento a sua ligação com a natureza, com a sociedade, com os seus valores, e não só com a família em casa. É um valor social. Ao mesmo tempo, expressam que o cuidado da criança não é só da responsabilidade dos pais, mas também da responsabilidade de todos. (...) Portanto, este é um valor social universal. A criança não só nasce para uma família, mas também para todos. (...) Nalgumas partes chamam-lhe *sai rai*, mas noutras partes, em *kemak* nós chamamos de *sai daa*. *Daa* é bétel, em *kemak*. A criança só pode contactar directamente com a natureza e o sobrenatural contactando com os presentes, já com a sociedade em geral, com o mundo. É este o sentido profundo do *sai daa*. Depois disto, também há o *fo liman.* A família dos presentes, sobretudo os mais velhos, tomam a mão da criança e sopram na mão da criança, ou mesmo na testa, indicando que 'a tua vida para diante é são e salvo', é para dar força e coragem. Primeiro, vai contactar com a família, com o meio ambiente, com a natureza, e então tem alguém a dizer que a sua vida, daí em diante, é segura. (...) A lavagem dos olhos é feita para poder avistar a natureza. A cerimónia é feita tão cedo, às 6-7 horas, quando nasce o sol, porque é uma vida nova, que tem que encontrar com uma natureza nova, pelo que este dia só é dedicado a ela, este é que é o dia dela. E muitas vezes, em certas partes, depois desse dia ainda celebram, mas normalmente só celebram antes do aniversário. Por exemplo, na minha tradição, *kemak*, nós deixamos o filho mais velho até 5 anos. Esta é uma tradição para dizer que ele é o primogénito; ele é a segurança para o futuro, e por isso este futuro tem que ser celebrado. Também é, mais uma vez, o agradecimento ao Senhor, segundo a nossa tradição, e ao mesmo tempo indicar que ele está crescendo, mas o seu crescimento com fundamento no rito de *fase matan*. Ainda continua a existir, tal como era antigamente, e acreditam que com todos estes ritos não há prejuízo para a criança. (...) A intervenção sobrenatural existe na criança (Homem *kemak*, 5 filhos, natural de Bobonaro e residente em D. Aleixo, Díli).

Deu-se, nesta ocasião, o nascimento do quinto filho do casal. A convite do pai, participámos no ritual da primeira saída do bebé de casa, em que teve lugar a "lavagem dos olhos", *fase matan*. É geralmente realizado ao sétimo dia, mas neste caso ocorreu ao fim de duas semanas após o nascimento, tendo sido iniciado às 7 horas da manhã, após o nascer do sol. No interior da casa, a tia paterna encontrava-se ajoelhada com vários

pratos dispostos à sua frente, e em cada um deles depositou folhas de bétel e nozes de areca (Fotografia 201). Num prato colocou um número de bétel e areca superior a nove, e em cada um dos outros colocou nove, sete, cinco, três e um, juntamente com água e uma pulseira de prata. O ímpar indica o nascimento de uma única pessoa (se forem gémeos tem de ser em número par). O *tais* é um sinal de respeito. Como a criança é do sexo masculino, foi envolvida num *tais* de rapaz (*tais mane*). A tia paterna pegou na criança e foi a primeira a sair de casa (deve ser um parente em primeiro grau, do lado do pai). Depois saíram os restantes, levando os pratos. Segundo o pai, o sentido do bétel e da areca é o seguinte: 'Ele vai ligar com a natureza, com a sociedade e com a família dele. A explicação de três, cinco, seis, sete, isto também tem um sentido: o cinco, o sete, é para a família da esposa, tudo o resto, de nove em diante é para a sociedade, para os convidados, para os que apareçam para além da família. O que tem um, que tem a pulseira, é o símbolo da própria criança; ela é que vai distribuir para a família, para os outros'. Os familiares sentaram-se ao fundo de uma a esteira estendida à entrada da casa, encontrando-se a tia no meio, com a criança (Fotografias 202 e 203). A mãe assistia, mas não participou activamente no ritual. O pai explica que 'a mãe não precisa participar, porque está entre os que vão celebrar a cerimónia'. Além do bétel e da areca, entram também no ritual dinheiro, amendoim, um caderno e uma caneta, que simbolizam o valor social que a criança vai ter no futuro. No caderno foi escrito o seu nome, para anunciar à sociedade que nasceu uma criança com este nome (Fotografia 204). 'Isto é para explicar a sociabilidade da criança, simboliza o valor social, humano, de servir os outros. Pode ser o amendoim, pode ser o dinheiro'. Um dos participantes foi convidado a “rasgar” com uma faca uma folha de bétel sobre o peito da criança, de cima para baixo, significando uma ligação à natureza. Depois, foi feita uma ligeira aspersão da água onde se encontrava a pulseira sobre o rosto da criança, e de seguida sobre os familiares (Fotografias 205 a 208). A possibilidade de formar uma família é simbolizada por uma série de pratos de loiça que foram colocados dentro do *tais* feminino que uma das mulheres, parente do pai, tinha pendurado ao pescoço (Fotografias 206 e 210). Estes substituem os tradicionais pratos de *akadiru*. Foi feita a distribuição do bétel e da areca, e quem quis mascou (Fotografias 211 e 212). No final, levantaram-se todos e entraram em casa, apanhando o amendoim, moedas, bétel e areca, que a mulher deixou cair do *tais*:

Fotografias 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212.
Ritual *Kemak* da "Lavagem dos Olhos" - *Fase Matan* (Díli, 2005)




















Em Maliana, o ritual *fase matan* segundo a tradição *kemak* é também no sétimo dia e, em geral, semelhante ao que foi descrito. A família e os vizinhos são convidados para assistir; preparam comida, *bua malus*, e também uma taça com água onde colocam uma

pulseira branca, *mutin*, para lavar os olhos:

> É depois do *fase matan* [*tolo mama*, em *kemak*] que a criança pode sair de casa, ao fim de sete dias. As pessoas que foram visitar e a família são convidadas para assistir e usam masca. Põem uma esteira à frente da casa para levar a criança para fora. Se é menina tem que sair uma senhora, que tem que saber tudo, costurar, etc., para que a criança quando for crescida leve o exemplo dessa pessoa. Não precisa de ser da família. Se for menino escolhe-se um homem que saiba de tudo. Por exemplo, se for carpintaria leva grosa, se for agricultura leva alavanca e com a mão que segura a criança cava, etc. O bebé é levado no *tais*, ao pescoço, também papel e caneta para que a criança quando for crescida seja estudiosa. Antigamente não usavam isto porque havia muitos ignorantes. Já faziam isto no tempo português, e aqui, não na montanha. De minha mãe até nós já começaram a fazer isto. Com os meus filhos também fiz para que eles saibam, lembrem como é a tradição (Mulher *kemak* de 53 anos, 12 filhos, Maliana).

Em Atsabe, três dias após o nascimento a mãe e o filho saem de casa pela primeira vez, dá-se uma trocas de oferendas entre os familiares, é feita a escolha do nome tradicional da criança e é realizado o ritual da "lavagem dos olhos":

> Nos primeiros três dias a mãe fica dentro de casa. No terceiro dia os pais trazem a criança para fora da casa (...) para mostrar ao grupo *umane* para escolher a areca para mastigar, e todas as oferendas que recebem são redistribuídas pelas pessoas *umane*. Há dois grupos de composição familiar: *umane* e *mane foun*. Por exemplo, se eu tiver uma filha e ela der à luz, o grupo do genro, *mane foun*, traz *lipa/tais*, porco, e o grupo *umane* oferece *belak* [disco de ouro], búfalo e dinheiro. O *umane* dá mais do que *mane foun*. Isto é para estabelecer respeito, amizade, intensificar os laços da família. Se houver falta de respeito, insinuações que não agradam ao *manefoun*, paga uma multa, por exemplo um porco. Só com estas regras é que se intensificam os laços familiares. (…) No terceiro dia, ao nascer do sol, antes de dar de mamar trazem o bebé para fora para contactar com a claridade, depois fazem o ritual das trocas, depois a escolha do nome da criança. Vão dizendo nomes até o bebé pegar na mama. Nome tradicional, dos ancestrais. Depois untam o corpo da criança, corpo, cabelo, olhos, com óleo de *kamii*. É sobretudo o pai que faz isto. Este ritual todo é para chamar a atenção dos pais para que a criança cresça bem; é um entendimento de todos os familiares para cuidarem da criança. Depois dessa cerimónia lavam os olhos com um pano próprio, deixam a criança apanhar o sol e depois levam-na para dentro de casa. Põem sempre algumas moedas dentro da água, põem o pano e quando passam nos olhos fazem um desejo para a criança. Este ritual é feito também para todos os familiares, para terem outra forma de ver as coisas, verem de forma positiva (Perito cultural *kemak*, suco Baboe Kraik, Atsabe [Intérprete].

Em Atabae o ritual *fase matan* é realizado no terceiro dia após o nascimento, mas só ao fim de trinta dias é que se dá a primeira saída do bebé e a respectiva festa:

> Depois de três dias, *fase matan*. Põem uma pulseira dentro de uma bacia com água para lavar os olhos da parteira tradicional ou outra pessoa que assistiu ao parto para não estragar a vista, porque segundo o costume daqui dizem que vê muito sangue e estraga muito a vista. É simbolicamente, só. Põem também lapiseira, lápis, caderno, numa bandeja, para a criança ir à escola. Se é menina põem também material para coser, agulha e linha. A finalidade é quando o bebé for crescido e for trabalhar poder coser se for menina. Se for menino põem uma catana, faca, para trabalhar na horta. Antigamente eles faziam assim, por isso agora continuam a seguir este costume. Toda a gente faz. (…) Depois de um mês é que fazem festa, quando tiram o bebé para fora pela primeira vez, *hasai bebé*. Em *kemak* é *noru*, igual a *nosmai*. Convidam os avós, os tios, os primos, a parteira que ajudou o parto, os vizinhos, e fazem uma pequena festa, comem, bebem, fazem *bidu* [dança, ao ritmo do *tebedai*], depois tiram o bebé. (...) A tia da parte do pai é que sai com o bebé; se for menino levam-no num *tais mane*, se for menina num *tais feto* suspenso no pescoço (Casal *kemak* na faixa etária dos 40-50 anos, 11 filhos, suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete].

Em Balibo, a primeira saída do recém-nascido também ocorre ao fim de 30 dias, e nessa altura tem lugar o ritual *fase matan*:

> Depois de um mês fazem a cerimónia. Se a criança for um rapaz, então um homem é que tem que levar a criança ao colo para sair de casa, com um lenço atado na cabeça e um *tais mane*. É uma senhora que sai com a criança ao colo, com um *tais feto* e um prego, uma libra na cabeça. Lá fora está preparada água; depois põe-se a criança deitada em cima das pernas, e depois lavam a cara da criança, *fase matan*. Usam um ramo de uma árvore, *ai kale*, e um anel, põem dentro da bacia com água e molham a cara da criança. Depois da criança tomar banho, toda a família que está presente toca na água, e depois molha a cara. Este é um costume que vem dos avós. Porque, da primeira vez que o bebé sai tem que se fazer qualquer cerimónia; se não fizerem isto a criança pode ficar doente. Eles costumam queimar um ramo de *ai kale* antes do bebé sair, depois tiram aquilo e juntam com um anel na água, e fazem o *fase matan*. Só depois de queimarem o ramo de *ai kale* é que o bebé pode sair. Aquele ramo é queimado antes, e depois na altura da cerimónia tiram aquele ramo e juntam com o anel. Primeiro fazem a fogueira, *ahi matan*, perto da mãe, onde está a cama quando nasce a criança, queimam aquele ramo e depois deixam ficar até à cerimónia da saída da criança, para o *fase matan*. Seguem a cultura dos avós. Se não fizerem é um peso, a criança fica sempre doente. *Mama da'a sae api*, masca e tira a fogueira, em língua *kemak*. A cerimónia tem este

> nome, mas a fogueira continua até aos quatro meses, para evitar que a criança fique doente. Depois da cerimónia da saída da criança, mais um mês, lua cheia, no cruzamento dos atalhos põem a cinza na casca de coco e dão um pontapé, e nesta altura a criança pode ir passear. Essa cinza é tirada da fogueira junto à cama da mãe (*Matan-dook kemak*, suco Sanirin, Balibo [Intérprete]).

Algumas famílias *kemak* executam o ritual do "corte de cabelo" à criança, o que pode ter lugar em diferentes momentos da sua vida:

> Há famílias que fazem *tesi fuuk*, há famílias que não fazem. Há bebés que nascem e nunca cortam o cabelo no primeiro ano, só aos 5 ou 6 anos. Quando cortam o cabelo fazem cerimónia, festa, mas só para os meninos, para as meninas não. (…) Eles não guardam o cabelo (Casal *kemak* na faixa etária dos 40-50 anos, 11 filhos, suco Aidabaleten, Atabae [Intérprete].

Grupo Etnolinguístico *Tokodede*

Na região de Maubara referem a realização da "lavagem dos olhos" habitualmente quarenta dias após o nascimento do primeiro filho, podendo no entanto ter lugar mais cedo ou mais tarde. A criança é levada para o exterior pela primeira vez, e os acompanhantes simulam o desempenho tarefas que lhe são destinadas para o futuro, de acordo com o seu sexo. Voltam para casa e todos os presentes, incluindo a criança, devem "lavar os olhos" com água de coco, usando uma folha, para não "estragarem a vista", e partilham uma refeição:

> Nesta região de Maubara, depois de quarenta dias, *loro sai labarik*. *Odi du* é levar o bebé para fora, é *tokodede*. O *fase matan* é ao mesmo tempo. (…) A cerimónia de *fase matan* tem que ser às 7 ou 8 horas da manhã, cedinho. Estendem uma esteira na varanda, depois as famílias sentam-se com o bebé ao meio, quem vai pegar no bebé. Usam água de coco para fazer a lavagem dos olhos. (...) Desde os nossos avós, os pais usam aquilo, mas agora já modifica pouco a pouco. (...) Alguns ainda usam lavagem dos olhos, lavam o filho, lavam os olhos dos pais, dos avós, mas agora, presentemente, só lavam os olhos do bebé. Os pais, eles já lavaram quando pequenos, não precisam lavar outra vez. Os nossos costumes em Maubara, só o primeiro filho de um casal é que lava os olhos. (…) O *fase matan* é assim [Fotografias 213 a 215]. (…) A irmã mais nova do noivo [do pai] é que pode pegar ao colo o bebé para trazer para fora. É uma menina, pega com um *tais feto*. (...) Vai dar umas voltas ali e volta para casa. (...) Aqui estão a costurar, a coser. Quando é rapariga, as pessoas que acompanham tem que ser com costuras, com um pedaço de pano, agulhas

e *kabas* ou linha, para coser. Quando é homem tem que fazer o serviço do homem, parão, alavanca, machado ... É para apresentar que esta criança, este rapaz, amanhã ou depois ser homem tem que trabalhar assim. Este é o significado. Aqui levam caderno e lápis, também. Leva só, mas a pessoa que acompanha quando sabe escrever pode escrever, riscar qualquer coisa ali no papel, para a criança no futuro vai para a escola, sabe ler e escrever (...) Uma fruta de coco, que só têm água ainda, fazer um buraco à volta, depois tira o tampão e mete aquela folha para dentro. (...) Tem que ser esta, *kailako rua*. [Fotografia 213]. Mete para ali e tira aquilo como se fosse água benta na Igreja, espalha para toda a gente, primeiro para a criança. Isso é que se diz lavar os olhos. (...) Nós recebemos e fazemos uma simples cerimónia, comer, beber (...) Nesta está a oferecer bétel, areca e cal para as famílias; simbolismo (Homem *tokodede*, 70 anos, 8 filhos, Maubara).

Fotografias 213. 214. 215. Ritual *Tokodede* da "Lavagem dos Olhos" - *Fase Matan* (Maubara, 2006)



Fonte: Fotografias pessoais de casal *tokodede* residente em Maubara.

Fotografia 216. Folhas de *Kailako Rua* (Maubara, 2006)



Em Liquiça, actualmente algumas famílias ainda executam o ritual da "lavagem dos olhos", *fase matan* (*kahasa mat* em *tokodede*) quando nasce o primeiro filho. Pode ser

realizado ao fim de uma semana ou mais tarde, até quarenta dias após o nascimento da criança, no momento em que esta sai de casa pela primeira vez. As pessoas que assistiram ao parto "lavam os olhos" com água de coco, com o auxílio de uma folha, para não virem a ter problemas de visão, e partilham uma refeição:

> Às vezes oito, dez dias, às vezes um mês, quarenta dias após o nascimento é que costumavam fazer o *fase matan*. (…) O costume daqui é o primeiro filho ou primeira filha que ela teve deve fazer. (...) Convidam as famílias e quem ajudou a dar à luz (...) para lavar, para *fase matan*. (…) Nessa altura preparam uma taça ou copo com água de coco, lava com uma folha. O coco corta em cima à volta, depois mete palmeira, qualquer folha, para fazer assim. Primeiro a senhora que dá à luz, e depois aqueles que assistem. Aquele que assiste já viu o sangue, diz que vai fazer o *fase matan* para não estragar a vista. (…) A mãe de bebé às vezes, a avó, quem assistiu dentro do quarto eles lavam. (…) É nessa altura que trazem o bebé para fora de casa pela primeira vez. (...) Lá em cima ainda fazem, mas há alguns que já não fazem festa, só este simples, lavar a vista, beber e comer. Come mandioca, coco, comida tradicional (Parteira reformada, Liquiça).

Em Díli, participámos no ritual *fase matan* de uma criança com três dias de vida, segundo filho de um casal em que a mãe, de 21 anos, é natural de Díli, e o pai, de 26 anos, é natural de Liquiça. Teve início às 8 horas da manhã e foi executado segundo o costume *tokodede* da família do pai, com algumas modificações. Um vizinho que assistiu deu explicações sobre os procedimentos:

> Agora uma pessoa sai com o bebé ao colo. Para lavar os olhos da criança é preciso o sol aparecer, mais ou menos às 8 horas, porque o bebé nasce e é como o sol, o sol tem que iluminar o bebé [Fotografia 217]. Põem ali uma catana, uma enxada para fazer agricultura, tudo o que querem usam, e vai mais é o livro, uma caneta, para a criança quando crescer pode ser inteligente, quando ser grande pode trabalhar. A menina eles pôr lá costureira, colocam qualquer coisa para quando ser grande pode cozinhar, coser, fazer tudo. Mas alguns não usam isto. É na altura em que trazem o bebé para fora que fazem isso. [A taça com água, em que é colocada uma moeda – Fotografia 218] significa que o bebé, quando for grande, sabe trabalhar para encontrar dinheiro. A pulseira é uso da bebé, como é mulher é assim. [A tia materna da criança lava os olhos, seguindo-se os outros convidados]. As famílias também podem usar a folha [Fotografias 219 e 220]. (...) Aos convidados tem que se oferecer cigarros, bétel e areca, eles mascam aqui [Fotografias 221 a 223]. Depois de lavar tem uma cerimónia, bebe café, biscoitos [Fotografia 224]:

Fotografias 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224.
Ritual *Tokodede* da "Lavagem dos Olhos" - *Fase Matan* (Díli, 2006)










Algumas famílias *tokodede* mantém a prática do ritual do "corte de cabelo", *keteri la gana* ou *keu la gana*, apenas ao primeiro filho (por vezes só do sexo masculino). Isto pode ser feito só ao fim de um, dois ou mais anos.

Grupo etnolinguístico *Mambae*

Segundo Traube (1986), os *mambae* identificam o rito do pós-parto chamado "lavagem dos olhos" (*fase matan*), no qual os parentes maternos e paternos mais próximos se reunem para a lavagem cerimonial do recém-nascido. A intenção formal deste rito é "revirar os olhos da criança / remover o sangue morto" (*oid lil mata/oid frau lar maten*), ou, por outras palavras, "trazer a criança a um nível mais elevado de consciência pela remoção do sangue do nascimento que tolda os seus olhos" (p. 159, tradução nossa).

Carmo (1965) refere que, entre os *mambae* de Ermera, o *fase matan* funciona como uma espécie de rito de purificação e de reconhecimento oficial do novo membro da família. Dois a oito dias após o nascimento, ao nascer do sol, os membros da família reunem-se e "lavam a vista" com o auxílio de uma pulseira que mergulham em água fria:

> De manhã cedo, ao nascer do sol, quando já toda a família está reunida e instalada na tradicional posição de cócoras ou de pernas cruzadas, sobre esteiras ou *lanténs*, o pai começa a bater palmas com as duas mãos ou com uma espécie de raqueta feita de pele de búfalo (*rabat*) para assinalar o começo da cerimónia. Em seguida, deita água fria numa tigela onde mergulha uma pulseira. Todos os membros da família lavam a vista com a pulseira molhada, após o que o pai da criança distribui pequenos presentes (50 avos, uma pataca, masca, etc.) pelos convivas, que dão largas à sua satisfação conversando e mascando animadamente. (pp. 39-40)

Actualmente, este ritual ainda é bastante frequente entre os *mambae*, que em Ermera, Railaco, Ainaro e noutras regiões, tem como função a manutenção de uma boa capacidade visual por parte do recém-nascido e/ou dos familiares que assistem, e apresentá-lo à sociedade, para não se deparar com problemas no futuro:

> Só depois de três dias é *fase matan*. Convidar tios e avós, aquela família da mulher, do homem também, o dono da casa. De manhã muito cedinho, antes das 6 horas, buscar a água ali na

nascente, e pôr ali no prato. Aquilo é uma pessoa que já é idosa para ir buscar aquela água (...) a uma nascente que a gente todos os anos adora, aquela nascente já é *lulik*. (...) Às 6 horas, 7 horas, a água já está pronta, à espera para a família vir. Põe a pulseira de prata, *kele*, dentro do prato ou taça com água, mesmo à entrada, dentro da casa, em cima de uma cadeira ou banco. Então, às 7 horas, 8 horas, todas as famílias já estão completas, começa a falar um bocado, tira a pulseira, *fase matan*, e o olho lá para o sol. O significado é para as pessoas terem boa vista. Antes da família, primeiro é o bebé. A mãe, o pai, toda a família. (...) Quem sabe fumar, fuma; quem sabe mascar, masca; beber à vontade também, vinho, depois comer o arroz (Informador *mambae*, ex-chefe do suco Estado, Ermera).

O *fase matan* é depois de duas semanas de ter nascido o bebé, a primeira saída de casa. Mas não é a mãe que traz a criança, há outra pessoa da família indicada para trazer o bebé do quarto para fora. (...) Isto é feito de manhã às 6 horas, quando nasce o sol. É um costume tradicional. (...) A pessoa prepara um prato de água, uma tigela de água e põe uma pulseira de prata, *osan mutin*, lá dentro da água. Depois a criança sai do quarto para fora, passa com essa água nos olhos da criança. Para olhar para o sol, para não estragar a vista da criança, para a vista da criança olhar tudo branco. (...) Ao mesmo tempo é também para dar a conhecer à sociedade, para amanhã ou depois ela sair para fora, não tem obstáculos na vida dela. (...) Com a folha que está dentro da água (...) bater assim na vista. Depois voltam para dentro de casa, mascam, fumam, comem e bebem (Parteira tradicional e outras mulheres *mambae*, suco Lihu, Railaco).

Em Ainaro, a lavagem dos olhos, *fase matan*, é feita uma semana após o nascimento, às 6-7 h da manhã. Para a lavagem dos olhos estendem uma esteira, e põem de manhã cedo, ao acordar, sem ninguém ver, uma bacia de água, e mergulha-se na água uma pulseira de prata. Se não tiver uma pulseira de prata pode ser um anel de prata ou de ouro. A prata é para o bebé poder ter boa vista, para poder ver bem. Se não fizer a lavagem, quando a criança ficar crescida não pode ver nada, fica tudo tapado. Os vizinhos que assistem à lavagem dos olhos mascam uma folha de bétel e um pedaço de areca. (...) Dantes, os avós já faziam isso, e agora eles continuam a fazer (Mulher *mambae* de 28 anos, 5 filhos, natural de Ainaro e residente em Díli [Intérprete]).

Em Aileu, este ritual é realizado no terceiro dia para as crianças do sexo feminino e no quarto para as do sexo masculino, momento em que saem de casa pela primeira vez. Este costume é identificado por Livermore (2002), e também por informadoras participantes no presente estudo:

É assim para a gente não ficar cega muito cedo. As pessoas que assistem ao parto ou vêm visitar, mesmo vizinhos ou parentes, famílias, seguem esta via, eles têm que vir todos para pôr umas

> moedas na água. Põem umas gotas aqui [nos olhos] mas têm de olhar para o sol! (...) Segundo a tradição diz que três dias porque as meninas, depois de crescerem, elas ocupam-se dos trabalhos na cozinha, na lareira. A lareira aqui é feita com três pedras, por isso é que o *fase matan* para as meninas é três dias. Para os meninos é quatro dias porque ele, quando cresce, há-de ser um homem que vai construir uma casa, e a casa tem quatro cantos, quatro prumos. (...) Convidam os familiares e os vizinhos, põem uma taça com água com um anel de prata, para tirar a água é pegar na moeda e passar. Tem de ser de prata para brilhar como a prata. Só as pessoas que assistem é que fazem isso, o bebé não lava os olhos, está no quarto com a mãe, mas nesse dia pode sair para fora. A cerimónia é feita fora e encostam em cima da cadeira, de um banco. (...) Todos aqueles que tomam parte da cerimónia pegam na moeda ou no anel, metem dentro da água e esfregam aqui no olho, e eles têm de dizer qualquer coisa... 'Para que o meu olho tome... para que eu possa ver tudo... o mínimo desde a agulha...' (...) Em *mambae fase matan* é *haes matan*. *Haes* quer dizer lavar, e *matan* é olho (Informadoras *mambae*, Aileu).

No Remexio, um sub-distrito de Aileu, o *fase matan* é realizado ao fim de três dias quando o bebé é do sexo masculino, e ao fim de dois quando é do sexo feminino. Os objectos colocados dentro de água (folha, moeda, anel, pulseira) variam consoante o sexo e a idade da pessoa que "lava os olhos", e nesse momento costumam proferir algumas frases, de acordo com o que desejam para a criança no futuro:

> Fez *fase matan* aos seus filhos, ao rapaz após três dias, à menina dois dias; porque usos e costumes é assim, já vem dos bisavós. Tem três pedras para cozinhar ali em cima. O menino conta com aquelas três pedras, a menina conta com os paus aqui dentro, constrói a casa com quatro mas faz parte só dois paus. A pessoa que faz o parto assiste. Vem a família da senhora, a família do senhor, tios, avós, irmãos, irmãs. Quando comem é aqui dentro, celebram o *fase matan* lá fora. Põe uma moeda dentro de água com uma folha. A folha é para os homens, dinheiro é para as mulheres ou para as crianças. Para nós, mulheres, põe a moeda dentro de água, depois põe água aqui nos olhos, e depois fala como o nosso costume. Se for menina fala com aquela moeda, ou 'tem de costurar bem', ou 'mais tarde tu vais sair doutora', ou 'tu vais sair professora', ou 'vais sair uma costureira, ou dona de casa'. Se for menino, 'mais tarde tu vais sair doutor, presidente, ministro'. Folha também, faz na mesma. Todas as pessoas fazem isso, é o símbolo; *matan la bele haat*, não poder estragar os olhos da criança. Depois comem e bebem, divertem-se. Depois da festa a família volta para casa (Mulher *mambae* de 28 anos, 2 filhos, suco Acumau, Remexio [Intérprete]).

Segundo uma parteira *mambae* natural de Ermera, a pulseira e a moeda de metal branco também têm como objectivo evitar que a criança venha a ser avarenta:

> Fazem uma cerimónia chamada *fase matan*. O bebé costuma lavar os olhos para as pessoas que vêm visitar. Eles convidam as famílias para lavar os olhos, com uma planta. Eles põem um anel ou uma pulseira de metal branco, ou uma moeda de mexicana, dentro de uma bacia de água e passam nos olhos. Eu acho que, eles dizem é para não ser avarento. Porque os timorenses têm o *feto sa umane*, a família quando morre, pedem dinheiro, animais, então têm de fazer o *fase matan* para ele não ficar avarento. A família do bebé é que faz a lavagem dos olhos, o bebé também. Fazem isso com todos os filhos, fazem muito.

O ritual do "corte de cabelo" (*tesi fuuk*) também é praticado pelos *mambae*. Em Ermera só cortam o cabelo ao primeiro filho do sexo masculino. Alguns fazem o corte de cabelo à criança só quando tem um, dois ou mais anos de idade. Um casal *mambae* residente em Díli considera que quando a criança ainda é muito pequena "não pode cortar o cabelo porque é *lulik*". Outros cortam e deixam um pouco de cabelo no local da fontanela por ainda não se encontrar encerrada. Nessa altura pode ter lugar uma festa, se os familiares tiverem capacidade económica para tal. Em Ainaro, o cabelo cortado à criança é colocado numa bananeira ou num coqueiro, no Remexio guardam-no:

> [O primeiro filho, com 17 meses de idade, tem o cabelo cortado daquela forma porque] aqui, como se chama? [fontanela] ainda não ficou duro, por isso deixa um pouco de cabelo aqui. [Fotografias 225 e 226]. É uma tradição. Os seus tios, os seus avós, podem cortar, só ao primeiro filho. Não deitam fora, guardam. [O significado do *tesi fuuk*] mais tarde talvez o menino vai ter sorte (Mulher *mambae* de 28 anos, 2 filhos, suco Acumau, Remexio [intérprete]).

Fotografias 225. 226. Criança *Mambae* com Corte de Cabelo Tradicional (Acumau, Remexio, 2006)





Grupo Etnolinguístico *Tetun*

Em Timor Ocidental, os *tetun* de Wehale realizam o rito de "retirar as cinzas quentes", que, segundo Therik (2004), pode ser analisado como um rito de incorporação, mediante o qual a mãe e o bebé são integrados na sociedade. O rito também é designado por *hasai naran*, "fazer sair o nome", e marca o fim de uma série de rituais relativos ao nascimento:

> Um homem jovem parente da mãe que seja um primo casadouro (*talain*) é nomeado para apanhar um coco. O coco é seleccionado de preferência a partir de uma das árvores plantadas pelos irmãos (*tua na'i*). Também há 'regras' que devem ser seguidas por aquele que é designado para apanhar o coco. (...) O coco é então dividido em duas metades. A metade que abrange os olhos do coco é cortada mais pequena do que a outra. Quando ele remove a polpa do coco, também se deve assegurar de que a polpa não fica partida em pedaços e se mantém unida e forma uma 'corda' de polpa de coco. A jovem mãe queima então a casca (juntamente com a casca de banana *luan*) de forma a obter cinzas que gurda numa metade da casca de coco.
>
> A polpa do coco (...) é usada para limpar o cabelo da jovem mãe. As cinzas são usadas para rapar o cabelo da criança. A remoção do cabelo da criança é tarefa do irmão da maãe da mãe (*tua na'i*). (...) Ele prepara as cinzas que mistura com água, e usa como creme de barbear. (...) O cabelo do bebé é guardado na metade mais pequena da casca de coco até aos seus olhos. O armazenamento do cabelo nesta metade da casca de coco é um símbolo da vida visto que uma nova planta cresce a partir desta parte do coco.
>
> Após rapar a cabeça da criança o *tua na'i* tira partido da sua posição como um respeitado membro mais velho do grupo tomador do marido para impor o seu poder superior pegando na água suja e molhando inesperadamente os pés do cunhado. Os Tetun chamam a esta acção *habasak we* (atirar água). Este inesperado lançamento da água cria a impressão de que o lançador está a fazer uma travessura. Toda a gente ri perante o cunhado que está a ser importunado. (...)
>
> A lama remanescente na água é usada para 'esfregar' (*kose*) na testa, pescoço, ombros, cotovelos, pulsos e joelhos do bebé. De acordo com os Tetun, estas partes são os pontos fracos do corpo humano. Ao esfregá-las, a criança torna-se invulnerável a quaisquer 'ataques' externos. A água remanescente é tirada para salpicar a audiência expectante e a lama é usada para 'conferir invulnerabilidade' a essas pessoas. (...).
>
> Entretanto, é preparada a 'comida escura' (*lamak kukun*). A 'Comida escura' é uma refeição cerimonial, em que os participantes no ritual comem carne sacrificial. Ao fazerem isto eles informam os 'antepassados' (*kukun*, literalmente, 'escuro') de que o seu neto vai ser levado para

> fora da casa (*hasai naran*). Esta 'comida escura' consiste em sete montes de peixe grelhado (*na'an knase*) e sorgo. Esta comida é então distribuída aos que participaram no nascimento do bebé: a parteira recebe três pratos de carne e três pratos de arroz; o jovem homem que tirou o cordão para fora da lareira recebe um prato de carne e um prato de arroz. Alguma carne com arroz é colocada em cascas de coco e dividida entre as crianças. O irmão da mãe (*tua na'i*) que ajudou a rapar o cabelo da criança é servido separadamente. Além desta 'comida escura', o seu estatuto como o idoso mais respeitado da casa (*tua na'i ama etuk*) leva a que lhe seja servida a cabeça de um porco que foi abatido especialmente com este propósito. Geralmente a cabeça de porco é partilhada com o chefe do clã (*fukun katuas*) e outros membros mais velhos da aldeia. A realização da refeição cerimonial 'comida escura' indica que os antepassados foram informados e, então, que as cinzas quentes podem ser removidas da lareira (pp. 193-196, tradução nossa).

Em Timor-Leste, Hicks (1976) descreve o ritual da primeira saída do recém-nascido entre os *tetun* do suco Caraubalo, na região de Viqueque. Este tem lugar cinco dias após a queda do coto umbilical se for do sexo masculino; ao fim de quatro, se for do sexo feminino. Entretanto, o coto umbilical foi colocado pela parteira numa bolsa, que amarrou ao pilar ritual da casa. Na alvorada do dia escolhido para o ritual, o pai traz a criança para a praça pública e coloca-a numa esteira. O clã do pai forneceu o dote necessário à obtenção da mulher, sendo os seus membros os tomadores da mulher; o clã da mãe é o dador da mulher; o bebé é o símbolo concreto dos benefícios criadores resultantes dos dois clãs que formam um laço de afinidade, e do marido e da mulher que estabelecem um laço sexual, sendo o nascimento uma ocasião para ambos os grupos se reunirem. Representados pelo pai, os tomadores da mulher simbolizam o mundo sagrado dos espíritos ancestrais; representados por dois jovens solteiros, os dadores da mulher simbolizam o mundo secular dos seres humanos:

> Enquanto as mulheres residentes na aldeia cortam lenha, acendem as fogueiras, trituram o milho e fazem outros preparativos para cozinharem, os dois solteiros dão um porco e um pedaço de tecido vermelho ao pai. Este tecido é sagrado e tem dois nomes alternativos: *hena lolon* [“útero de tecido”], e *hena mêan tahan ida* [“peça de roupa vermelha”]. (...). Ao nele envolver a criança, o pai realiza outro símbolo (associado ao útero) do mundo sagrado antes de reentrar na sua casa. Lá dentro, desenrola o tecido do corpo da criança, deixa-o cair no chão em baixo da plataforma ritual, e passa-a para os braços da mãe. Antes de se voltar a reunir com o grupo na praça toma um pouco de arroz de uma das mulheres da casa e coloca-o na plataforma ritual. Num par de orações sussurradas aos espíritos de Rubi Rika, Lera Tiluk e Cassa Sonek, ele tenta persuadi-los a

aceitarem mais crianças no seu clã. Por meio desta oração o homem actua como o elo que a sua religião faz entre os tomadores da esposa e os espíritos ancestrais.

Quando chega à praça, uma das suas irmãs (se não tiver nenhuma, qualquer mulher do seu clã o fará) entra no núcleo da casa. Ela pega na bolsa que contém o cordão e as secundinas, nas roupas do nascimento, e na bolsa que contém a outra parte do cordão umbilical. Deposita tudo num cântaro de barro, que transporta através da casa vagina. Ela coloca o cântaro na cabeça, sobre uma rodilha feita de folhas de palma entrançadas, e dirige-se à floresta para o santuário do seu clã, escoltada por dois solteiros que caminham à sua frente. (...). Ao chegar ao santuário, um dos homens tira o cântaro da cabeça da mulher e trepa à árvore com o cântaro das relíquias do nascimento numa mão. Ele amarra-o a um ramo acessível e desce. O cântaro aí permanece até se desintegrar e o seu conteúdo se decompor. Tal como foi dito anteriormente, o cordão umbilical simboliza o laço que une o bebé aos seus espíritos ancestrais e ao grupo. O cântaro representa o ventre da mãe. Colocar o cordão dentro do cântaro e prendê-lo ao santuário do clã são actos que relembram aos aldeões que este membro do clã mais recente, embora seja agora um ser secular, permanece ligado ao mundo sagrado. Uma vez concluído o ritual do mito da criação, a mulher regressa a casa.

Os solteiros da aldeia entram na casa do pai pela porta dianteira, e envolvem a criança no seu pano "útero". Um homem carrega-o através da vagina da casa e coloca-o na esteira. Assim que ele se endireita os parentes do pai e os da mãe alinham alinham-se ruidosamente em lados opostos da esteira. Estimulada pela agitação que se inicia na praça, a mãe sai de casa e junta-se ao seu clã. Ambos os grupos começam a gritar impropérios uns aos outros, e a atirar frutos, espigas de milho e restos da fogueira que já se está a extinguir. (...). Perto do auge as mulheres de ambos os lados correm para cântaros cheios de água que estão próximos, neles mergulham as mãos, e regressam para salpicar toda a gente. Quando já todos estão molhados, cessa toda a confusão.

Porquê esta confrontação? Para começar, a água é outro símbolo da união sexual e cósmica; a palavra indígena para "água" é a mesma palavra para "nascente", (*u'e*). Tal como outras oferendas rituais, salpicar com água significa a união entre humanos e espíritos para fins de procriação. É por isso que as mulheres despejam água por cima dos tomadores e dos dadores das mulheres. No entanto só se podem reunir coisas que à partida estejam separadas, o que explica as provocações e os insultos trocados entre os dois grupos. Este comportamento hostil é um pequeno rito de separação, desempenhado para acentuar o facto de que ambos os grupos, embora mutuamente interdependentes, são contudo distintos e separados – tal como homens e mulheres, tal como humanos e espíritos.

Então segue-se a festa. Enquanto comem, os celebrantes vigiam atentamente a criança. (...). Dando um sinal, a mãe abandona a festa, toma a pequena trouxa nos seus braços e deita-a em casa para descansar. (pp. 32-35, tradução nossa)

Encontramos, numa parte deste ritual, algumas semelhanças com aquele que é descrito por Corrêa (1934), relativamente a Viqueque:

> Sete dias passados sobre o nascimento, convidam-se os parentes e amigos a assistir ao *sai-rai*. Há um ligeiro batuque. Os páreas estão numa panela de barro, e é uma mulher com traje de festa quem os conduz á cabeça. Vão dois homens com a portadôra, um á frente, outro atraz, e ambos de catana ao hombro. Dirigem-se á povoação antiga, onde viviam os antepassados, ou ao lugar sagrado (*lúlic*) da aldeia, e aí colocam a panela em cima duma árvore. Depois regressam a casa, trazem a criança para o terreiro e, nessa altura, os convidados agridem-se, entre doestos e gargalhadas, com frutas, cinza e bananas, correndo homens e mulheres uns atraz dos outros, empunhando panelas cheias de agua, que procuram despejar pela cabeça abaixo dos menos lestos em fugir á ducha. (p. 209)

Passadas três décadas, Van Schoor (2003) constata, no seu estudo realizado no sub-distrito de Viqueque, que a população já não costuma executar este ritual. Ao terminarem o seu período junto à lareira, as mulheres limitam-se a retomar as actividades habituais. A placenta é levada discretamente para a floresta pelo pai e os restantes membros da família vão visitá-los quando lhes é possível. Actualmente, o acontecimento relacionado com a criança considerado mais importante é o baptismo na Igreja Católica. Refere, no entanto, que na região mais remota de Buikarin ainda são praticados rituais tradicionais de nascimento, tendo presenciado o ritual da "saída para o exterior" (*tuur adat*), que descreve da seguinte forma:

> Uma semana após o nascimento do seu 13º filho, a mãe lava-se no rio e regressa para ajudar a preparar o seu bebé para a cerimónia familiar. Nenhum papel formal será desempenhado por ela, pelo pai ou pelo irmão da mãe, sendo a cunhada da mulher, a parteira tradicional que fez o parto da criança, cinco mulheres mais idosas, três dos filhos da mulher, dois rapazes jovens e um guardião das tradições da família (*ema lulik rai-nain*) as pessoas que conduzirão o seu filho durante o ritual em frente dos membros da família alargada e dos convidados.
>
> Na cozinha situada nas traseiras da casa encontram-se mulheres envergando roupas tradicionais (*tais hena*) e jóias (pregos de cabelo, *morteen, keke*). A cunhada tem um pano amarrado ao ombro para transportar o bebé e uma peça de roupa nova para lhe dar como oferta. Cada uma das mulheres mais idosas transporta um pequeno tambor tradicional (*baba dook*) por baixo do braço, tocando num ritmo especial para anunciar a chegada do novo bebé.
>
> As mulheres mais idosas conduzem a procissão através da casa até ao exterior, para a varanda da

entrada. Elas são seguidas pela cunhada com o bebé e uma mulher mais velha da família que permanecerá sentada atrás do bebé durante a cerimónia. Todos se sentam numa grande esteira (*biti*). O cesto cerimonial tradicional (*hamulak*) está destapado, dele se destacando cigarros (*sigarru*) enrolados artesanalmente, folhas de bétel (*malus*) e nozes de areca (*bua*). Um cesto em forma de barco está colocado ao lado, contendo o mecónio do bebé firmemente envolvido numa folha de bananeira com um pedaço de madeira colocado no topo a arder lentamente. Num almofariz cheio de água encontram-se um anel, uma corrente de metal e pequenos ramos.

O guardião abre a cerimónia pedido permissão para oficiar. Após as respostas positivas por parte do grupo, ele puxa os cigarros para fora do cesto e passa-os aos três irmãos mais velhos do bebé, todos com idade inferior a 12 anos. Cada um deles acende o seu cigarro com o pedaço de madeira ardente, dá algumas baforadas profundas e coloca-o por fora do cesto que contém o pacote com o mecónio do bebé. As mulheres em redor da esteira recebem algum bétel e areca e, quando todas se encontram a mascar, um homem jovem levanta-se, pega no cesto e sai para a floresta.

O guardião retira então as folhas do almofariz, salpica com água a testa do bebé e da cunhada e recita um texto sagrado, requerendo periodicamente uma resposta dos presentes para que se disponham a aceitar a responsabilidade pelo mais recente membro da família.

As mulheres mais idosas levantam-se então e começam o batuque, arrastam-se para a frente da casa e dançam em círculo, enquanto três rapazes mais novos pegam em ramos de árvore, entrelaçando-se dentro e fora do círculo de mulheres. (...). A assistência movimenta-se para o lado da casa onde dois rapazes mais velhos encenam uma imitação de batalha que termina com um abraço.

É servida uma refeição composta por frango, arroz cozinhado em leite de coco, massa, couve, cebola, papaia e flor de papaia, e um prato especial de vísceras de frango. À noite são oferecidos vinho de palma e whisky. (pp. 52-53, tradução nossa)

Um informador natural de Lacluta, no distrito de Viqueque (a residir actualmente em Baucau), refere que a população *tetun terik* do sul mantém parte das suas tradições, apesar de a geração mais nova lhes dar menos importância. No final do período de quarenta dias do pós-parto, quando se "desmancha a lareira" junto à qual a mulher permaneceu durante esse tempo, é executado o ritual *tun rai*, que significa "descer à terra". Trata-se de uma grande festa, com muitos convidados, em que a criança sai ao colo para ser reconhecida. Se for do sexo masculino, um homem idoso sai com ela levando uma catana na mão; a criança pega simbolicamente na catana e espeta-a no chão. Se for do sexo feminino, é uma mulher que sai com ela ao colo com uma alavanca para ela ser educada para trabalhar na lavoura. É então feita uma invocação aos

antepassados. Ao voltarem para casa, são recebidos tradicionalmente com o cesto da masca, *mama fatin lalok*. Isto é para o visitante, porque a criança é considerada como um visitante, um hóspede. Depois disto molham-se uns aos outros, como sinal de que esta criança virá mais tarde a ser um trabalhador laborioso. Encontramos, neste aspecto, alguma semelhança com o ritual dos *tetun* de Caraubalo, descrito por Hicks (1974), embora a justificação apresentada seja diferente.

No que respeita aos rituais de nascimento executados pelos *tetun* dos distritos de Bobonaro e Covalima, verificamos a existência de algumas semelhanças, mas também apresentam diferenças. Em Beiseuc, Tilomar, três dias após o nascimento a família reune-se para realizar o ritual *fase matan*. É então colocada uma pulseira numa bacia com água retirada da panela que permanece junto à mãe, na fogueira, durante o primeiro mês, e com esta pulseira todos os presentes "lavam" os olhos, para no futuro não perderem a capacidade visual:

> Durante um mês inteiro dentro de casa, ao lado da fogueira com água quente, não sai mais para fora. Então, é *fase matan* com *sidi ahu*. (…) Agora por exemplo, eu sou uma mulher, antes de um mês, o primeiro parto, então todos os vizinhos como aqui uma aldeia em Foholulik, só ouviu que uma senhora ali dá parto; então pronto, nós os vizinhos assim como acampamento tem que visitar aquele bebé que nasceu. Alguns levam um vestido, calças, os pós, sabão, Omo, água, milho pilado, alguns arroz num cesto, e depois *fase matan*. Então *fase matan* que vem cá a família, alguns dão um pouco de dinheiro, um dólar, 25 centavos, alguns levam 50 centavos e oferecem para aquele *fase matan* com cigarros, para o bebé. É uma tradição, uso e costume. Antes de um mês, só depois de três noites, então pôr água numa bacia e depois põe uma pulseira, *keke*, dentro da água. Há uma panela grande cheia de água ao lado da fogueira que está ali ao lado da mulher e do bebé, que fica permanente durante um mês, tira água dali com uma bacia, põe uma pulseira dentro daquela bacia com água e para lavar, *fase matan*. Vêm com a mão, com aquela pulseira que mete dentro de água para ver se os olhos não podem assim...para ter boa vista, senão com idade lá para os 30 anos não pode ler mais. A mãe do bebé também faz. É para todos, toda a gente (Parteira tradicional *tetun* e chefe do suco Beiseuc, Tilomar [Intérprete]).

Em Ogues, Maucatar, o *fase matan* também é realizado no terceiro dia de vida do recém-nascido. A água do seu primeiro banho é utilizada para a "lavagem dos olhos", que é feita com a ajuda de um pires (antigamente, com a casca do coco), por parte de todos os que vêem a criança no dia em que ela nasce, para que preservem a capacidade visual:

> *Fase matan* três dias. No dia em que nasce, a criança toma banho; tira-se um bocadinho da água com que toma banho e põe-se numa bacia. Com um pires põe dentro daquela água e todas as pessoas que vão ver a criança no dia em que ela nasceu têm de lavar os olhos. Mesmo criança pequenina, tudo tem de lavar. Se não lavar os olhos, as crianças que vão para a escola não podem escrever porque têm a vista estragada. Nós, que já somos velhos, depressa estragamos a vista. A mãe do bebé também lava. (...). Aqui não usam pulseira nem moeda. Antigamente, quando não havia pires usavam casca de coco. (...) Aquele que vai fazer diz: 'Os meus olhos têm de ficar brancos como o pires'. No tempo dos avós fizeram, eles também continuaram a fazer. Eles têm medo que possa acontecer alguma coisa (Parteira tradicional *tetun*, suco Ogues, Maucatar [Intérprete]).

Em Balibo, a tradição proveniente dos antepassados também leva a que se mantenha a realização deste ritual quando se dá a primeira saída do recém-nascido, durante a sua primeira semana de vida. A "lavagem dos olhos" é feita por parte das pessoas que assistiram ao parto, com o auxílio de uma pulseira branca, tendo lugar uma pequena cerimónia:

> O bebé sai para fora depois de três dias ou uma semana, e fazem logo o *fase matan*. Fazem uma pequena festa familiar, convidam as pessoas que vêm visitar o bebé quando nasce, os tios, os avós, e a pessoa que fez o parto, também. Põem uma bacia com água, há *bua malus*, fazem uma pequena cerimónia com doces, café mais aquilo. Tem que ser uma pulseira branca, *kele mutin*, dentro da bacia, e lavam os olhos com a pulseira. O *fase matan*, a lavagem dos olhos é só para aquela senhora ou aquela família que assiste ao parto. Isso é uma tradição, têm que fazer isso porque vem dos avós, já é da descendência. (...) Não é por causa dos olhos, é uma herança, temos que fazer. É nessa altura que trazem o bebé para fora. A mãe também faz isso; quando a senhora teve os seus filhos também fez isso, e agora, quando nasceram os netos, fizeram (Parteira tradicional *tetun/bekais*, Balibo Vila [Intérprete]).

Em Beiseuc, Tilomar, o bebé sai de casa pela primeira vez um mês após o seu nascimento, sendo realizado o ritual designado por *sidi ahu* ("pontapé na cinza"), que tem como objectivo evitar cólicas abdominais e diarreia quando os dentes da criança começarem a romper. Na mesma altura, é costume cortarem o cabelo ao bebé. Deixam ficar o *fu'uk lulik*, "cabelo sagrado", sendo cortado o restante:

> A cinza da fogueira que põe ao lado da mulher que tem bebé, essa cinza põe dentro de metade da casca do coco, a mulher sai de casa com a criança com aquela coisa, leva até o cruzamento, deixa ficar no cruzamento e dá um pontapé na metade do coco; depois cai aquela casca com cinzas, apanha as cinzas com os dedos e põe na boca do bebé. O nosso uso e costume tétum é *sidi ahu*. *Sidi* é pontapé; *ahu* é cinza. Fazem isto para o bebé ter boa saúde, para não acontecer dores de barriga, diarreia, porque senão o bebé com idade lá para um mês, dois, três meses sai primeiro os dentes e apanha diarreia. É para não acontecer esta doença para aquela criança. (...) Aqui costumam cortar o cabelo ao bebé ao fim de um mês. Deixam ficar aquele *fu'uk lulik*, o resto é cortado. Se for rapariga é igual, aquele comprido é que deixam ficar. Os outros familiares que vêm cortar é que levam o cabelo para casa deles. Isso é uso e costume dos avós (Parteira tradicional *tetun* e chefe do suco Beiseuc, Tilomar [Intérprete]).

Observámos este ritual na aldeia Soga, suco Ogues, Maucatar, realizado um mês (lunar) após o nascimento de uma criança. Até aí esta permaneceu com a mãe dentro de casa; quando surgiu a lua nova deu-se a sua primeira saída, *sa'e luan* ("sair para fora"), e nessa altura, às 9 horas da manhã, foi realizado o ritual do "corte de cabelo" (Fotografias 227 a 238). O avô, chefe da casa, cortou um pouco de cabelo com uma faca, depois de a afiar [Fotografias 229 a 231], e colocou-o dentro de um cestinho, chamado *ti* ou *kabil*, que depois será colocado ao lado da água do poço de pedra, *be lulik*, "para a criança continuar a ser fresca, para quando entrar para a escola ir também com vontade, gostar de trabalhar". Introduziu, de seguida, alguns grãos de *neli* (arroz com casca) na boca da criança dizendo: 'Quando fores grande tens de comer comida' [Fotografias 232 a 234]. Depois dividiram o bétel e a areca (*bua malus*) por todos os presentes, que mascaram e beberam vinho de palma [Fotografias 235 a 238]. O dinheiro colocado noutro cestinho [Fotografia 227] será levado para a igreja para agradecer a Deus:

Fotografias 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238.
Ritual *Tetun* do "Corte de Cabelo" - *Tesi Fuuk*
(Ogues, Maucatar, 2006)














Em Suai Loro o cabelo só é cortado à criança quando se dá o encerramento da fontanela (a posterior pode encerrar entre os 2 aos 4 meses, a anterior entre os 6 e os 18 meses). Este ritual inclui uma festa, pelo que depende da capacidade económica da família. Em Balibo o primeiro corte de cabelo, *hasai fuuk lulik*, "tirar o cabelo sagrado", é feito a partir do terceiro mês após o nascimento. Quem corta o cabelo é tio materno, colocando-o de seguida dento de uma bananeira ou junto às raízes de um coqueiro, o que tem como objectivo prevenir cefaleias e outros problemas de saúde, e tornar o cabelo espesso, fazê-lo crescer depressa, ter "frescura":

> Quando o bebé atingir os três ou sete meses é que cortam o cabelo. Cortam tudo, seja menino ou menina. Têm que tirar o cabelo da barriga, dizem. É um tio da parte da mãe, *umane*, que corta. Põem esse cabelo dentro da bananeira, ou senão dentro das raízes de um coco. Isso é para não haver doenças nem dores de cabeça, que o cabelo seja comprido depressa, *fuuk naruk*, seja espesso, *fuuk buras*, e tenha frescura, *halo ulun malirin*. Fazem festa familiar (Parteira tradicional *tetun/bekais*, Balibo [Intérprete]).

Grupo Etnolinguístico *Galolen*

Na literatura sobre Timor, Corrêa (1935) apresenta uma descrição do ritual da primeira saída do bebé, s*ai rai*, na região de Manatuto. Este tem lugar um mês após o nascimento, sendo rapado o cabelo à criança:

> Terminado o período dos 30 dias [de reclusão junto à fogueira], rapa-se o cabelo ao petiz.
> (...)
> Mas em toda a circunscrição de Manatuto é costume sofrerem os recemnascidos uma aspersão de agua morna, que tem a virtude de imunisa-los contra a surdez, a mudez e o raquitismo. O pequeno não será enfézado e a mãe continuará a gerar. No dia do *sai rai*, homens e mulheres, levando o bebé ao colo, completam sete voltas ao redor da habitação, e, alternadamente, repetem uns versos adequados á cerimonia:
> - '*Ha ha hée – Aban ida, nai rua – Sai rai fali – La cótuc meta dáum – Sai rai fali – Ha ha hée'* - «Amanhã e depois, torna a sair. Não tem tempo a perder. Torna a sair para a terra». (p. 207)

Actualmente, é referido ser no quinto dia após o nascimento que se realizam os rituais de nascimento. É nessa altura que tem lugar, em Laleia, o ritual *fase matan* (*sau tun* em

galolen), e que ocorre a primeira saída da criança:

> Cinco dias depois da criança nascer é a lavagem dos olhos, *fase matan*; *sau tun* em *galolen*. Ao quinto dia convidam a família com o bebé e vizinhos. A pessoa que assistiu ao parto é especial, é a primeira. Uma pessoa, tia ou tio, pega o bebé ao colo e sai para fora durante uns segundos e volta outra vez para dentro. A mãe fica lá dentro a assistir. Não costumam embrulhar o bebé num *tais*, é só com uma fralda do bebé. Começa a comer, a tomar chá... (…) A partir desse momento, *sau tun*, a criança já pode sair, já podemos levar o bebé para fora (Parteira tradicional *galolen*, natural de Laleia e residente em Díli).

Em Manatuto, o ritual do "corte de cabelo", *tesi fuuk*, é praticado em Rembor, no suco Aiteas, também no quinto dia de vida da criança. Em Carlilu, neste dia o recém-nascido sai de casa pela primeira vez, o que dá lugar a uma festa, a sua primeira dejecção, que tinha sido guardada, é colocada num tamarindeiro por duas pessoas com vestes tradicionais:

> Ao fim dos cinco dias a mãe e o bebé saem para fora de casa. No primeiro dia da saída da mãe e do bebé (...) fizeram a festa do bebé e da mãe, (...) *uri ana* [em *galolen*], *tun rai* [em *tetun*]. (...) A família do pai e da mãe, também os vizinhos, famílias (...) matar cabritos, comem com arroz e bebem. (...) O cocó do bebé do primeiro dia guardavam bem, embrulhavam bem em qualquer pano, depois de cinco dias, no primeiro dia da saída da criança, o *amatula* vem com duas pessoas, com vestimentas tradicionais, (...) levam o cocó do bebé a pousar em cima da árvore tamarindo, *sukaer*. (...) Aqui a senhora também fez assim (Mulher *galolen* de 50 anos, 6 filhos, suco Aiteas, Manatuto [Intérprete]).

Esta prática apresenta algumas semelhanças com a que é observada por Van Schoor (2003) em Buikarin, região *tetun* de Viqueque, em que o mecónio do recém-nascido é guardado e submetido a um ritual, no dia da "saída para o exterior". Friedberg (1982) descreve um rito efectuado pelos *bunak* até o coto umbilical secar, que consiste na recolha dos excrementos da criança e na sua deposição sobre uma pedra ou uma árvore, onde não se possam ver, que tem como objectivo evitar que a criança satisfaça as suas necessidades em público.

Grupo Etnolinguístico *Uaima'a*

Uma a três semanas após o nascimento, alguns *uaima'a* realizam o ritual *fase matan*, em que quem assiste ao parto "lava os olhos" com o auxílio de uma pulseira ou de um anel branco, com o objectivo de evitar a perda da acuidade visual por parte de quem assistiu ao parto:

> Mais ou menos duas semanas, *fase matan*, lavam os olhos. (...) Alguns não chegam a uma semana, depende. De manhã cedo, meter água numa caneca, meter dentro da água um anel branco ou uma pulseira, depois lava os nossos dois olhos. (...) É para os olhos da senhora que assiste o parto não poderem estragar. Todos os que assistem também têm de fazer isto, o bebé não. [A mãe da criança] não precisa (Casal de informadores *uaima'a*, suco Caibada, Baucau).

Os *uaima'a* de Ostico referem a prática do corte do primeiro cabelo, o "cabelo amargo", *bou ulu bain*. No entanto, só o costumam fazer a partir do terceiro mês de vida da criança, *ale ana*. O cabelo cortado é colocado sob uma bananeira, seguindo-se um procedimento especial com uma banana colhida nessa altura e cozinhada, para a criança ter muito cabelo, não ter a cabeça "dura"e não chorar:

> O primeiro cabelo deve cortar três meses ou quatro, depende da mãe ou do pai. Cortam o cabelo à criança e põem o cabelo debaixo daquela bananeira, *hudi ben*, e depois de pôr lá dentro corta um cacho da banana, traz, e daquele cacho de banana parte uma banana e põe ao lume a cozer, não vai cozinhar a ferver de água, mas tem de assar só. Depois a mãe e o pai é que comem para depois vai para o leite. Depois, a casca da banana que aqueceu no lume tem de deitar na água da nascente. Para a criança não poder chorar e ter muitos cabelos, e cabeça mole; não pode ter a cabeça *fatuk*, dura (Parteira tradicional *uaima'a*, suco Ostico, Vemasse [Intérprete]).

Os *uaima'a* de Caicua fazem o corte de cabelo quando nascem os primeiros dentes à criança, enterrando-o ao pé uma bananeira ou de um *kumbili*, juntamente com o coto umbilical e a primeira dejecção do bebé (que tinham sido guardados). Esta prática tem como objectivo assegurar um bom futuro à criança:

> Depois da nascença, o primeiro cocó que a criança faz a mãe tira um bocado e guarda à parte, conserva. Depois, quando o cordão cai, também guarda juntamente com o primeiro cocó. Espera

> cinco ou seis meses, e depois, quando nascem os dentes é que os pais cortam o cabelo da criança. Cortam o cabelo, tiram um bocado do cabelo para pôr junto com o primeiro cocó, pôr dentro da bananeira, ou então junto daquele *kumbili* que eles plantam nas hortas. (...) Eles fazem aquilo segundo a recomendação dos velhos, eles têm que cumprir para a criança viver bem, não poder acontecer-lhe qualquer coisa, encontrar bem no futuro (Parteiro tradicional *uaima'a* e chefe do suco Caicua, Vemasse [Intérprete]).

Grupo Etnolinguístico *Makasae*

Os rituais de nascimento costumam ser praticados, pelos *makasae*, uma semana após o nascimento, quando se dá a queda do coto umbilical. À semelhança de outros grupos etnolinguísticos, alguns executam o *fase matan* com a finalidade de preservar a visão, mas só a parteira tradicional que assistiu ao parto e o bebé é que "lavam os olhos":

> Costumam fazer *fase matan* uma semana após o nascimento. Põe dinheiro dentro de um copo com água, depois lava os olhos. Quando fazem o costume com o cordão, ao mesmo tempo. Por exemplo, a parteira tradicional, *tana bada'e*, dá parto, vem e lava os olhos dela, lava também os olhos da criança. As outras pessoas não lavam, só estão a assistir. Vem da origem. Tem de lavar os olhos para os olhos um dia não poderem estar estragados (Chefes de suco e de aldeia, Baucau e Quelicai [Intérprete]).

Os *makasae* de Daudere, Lautém, realizam o ritual do "corte de cabelo" atribuindo nesse dia o nome à criança, e fazem uma festa. O cabelo é colocado num cestinho e pendurado no tecto da casa:

> Depois de cair o cordão umbilical corta-se, raspa-se o cabelo. É uma espécie de cerimónia para a família onde matam um galo, frango ou galinha, depois cozinham o arroz e dão o nome ao bebé., "dar o nome" em *makasae*. É escolher o nome dos avós, dos antepassados, da geração. Rapar todos os cabelos, fazer uma espécie de cestinho e põem lá dentro todos os cabelos, e depois pendura-se no tecto da casa. (...) Porque é costume (Parteira tradicional e outras mulheres *makasae*, suco Daudere, Lautém [Intérprete].

Em Gariuai também cortam o "cabelo amargo", *da'e bi'iki*, após a queda do coto umbilical, sendo colocados juntos no cestinho:

O cordão quando já cai, corta logo o cabelo da criança, aqui diz-se *da'e bi'iki.* (...) Aquele cabelo amargo, *da'e bi'iki*, põem juntamente com o cordão solto, dentro de um cestinho. Quando a criança nasce diz-se que o cabelo não pode caracóis, mas tem de ficar liso como a água. A mamã que dá parto é que corta o cabelo, com tesoura, um bocadinho só. Meninos e meninas, é igual (Parteira tradicional *makasae*, suco Gariuai, Baucau [Intérprete]).

Em Lelalai, Quelicai, o cabelo cortado ao recém-nascido é colocado no interior de uma bananeira, *mu'u kobe* (Fotografias 239 a 241), juntamente com o *kamii* utilizado na massagem ao bebé:

Fotografias 239. 240. 241. Local da Bananeira (*Mu'u Kobe*) onde é colocado o Cabelo da Criança (Baucau, 2006)





Em Quelicai cada qual com seu costume; também depende da economia. Aqui em Lelalai quando põem o cordão na lama voltam, põem a pétala na mão da criança e o pai já pode cortar o cabelo. Com a faca ou com a tesoura corta primeiro um pedacinho, e o resto pode cortar com a lâmina. O primeiro cabelo é *gi bi'iki* em *makasae*, em *tetun* é *moruk*, amargo. *Da'e bi'iki*, cabelo amargo. O *kamii* que ele usou para massajar a barriga tem de guardar, e depois traz. Corta o primeiro cabelo e põe juntamente com o *kamii* debaixo da bananeira, *mu'u kobe*. Só esta família que tem o nome *hadat* de *Lari sula loe tada* é que comem juntos, as outras pessoas não. Matam um frango, cozinham arroz com o peito, a língua, a boca, o coração, o fígado e o peito do frango, e põem em cima da casa *lulik*. Depois de uns cinco minutos trazem, e como a criança ainda não pode comer dão à mãe a comer para entrar no leite e ele poder mamar (Parteiro tradicional *makasae*, suco Lelalai, Quelicai [Intérprete]).

Quando as famílias têm capacidade económica costumam festejar o nascimento do bebé. Matam animais e fazem uma festa, partilhando uma refeição. Alguns costumam colocar nas mãos da criança, simbolicamente, objectos alusivos às tarefas que lhe são destinadas quando crescer:

> Os que têm economia [festejam o nascimento da criança]. A senhora sempre faz festa, mata um búfalo ou um cabrito e chama as famílias para comer, para dizer que esta casa já tem mais um novo elemento. (...) Depois de sete dias de nascimento, agora dão canetas, lapiseiras, papéis para eles escreverem; antigamente se é rapaz dava-se *gunurisa*, catana, ou *di'a*, em *tetun* é *ai suak*, alavanca, que serve para limpar a horta; se é rapariga costuma dar um fuso. Põem dentro da mão da criança. A criança não sabe pegar mas é só um sinal. Depois fala assim: '*Ba'a ama guini*', 'Sabe fazer a horta', e '*Ba'a ira guini*' 'Sabe trabalhar na várzea', ou '*Ba'a ara bau guta*', 'Sabe matar um búfalo, ou um cabrito, ou um porco, com a catana'. Isto é para rapaz. Para a rapariga: '*Ba'a serenu ledo*', 'Sabe fazer *tais*' (Parteira tradicional *makasae*, suco Sagadate, Laga [Intérprete]).

Grupo Etnolinguístico *Makalero*

Todos os *makalero* referem a prática do ritual do "corte de cabelo" à criança, sete dias ou um mês após o seu nascimento. Existe a crença de que "cortar o cabelo amargo", *sa'é bic pouk* em *makalero*, tem como finalidade tornar a criança saudável. Antigamente, com o mesmo objectivo alguns guardavam o cabelo na nascente. Outros cortam o cabelo e colocam-no dentro das folhas terminais da bananeira, *mu'u pupulu* (*hudi dikin* em *tetun*), para que a criança tenha bom cabelo. As famílias que têm capacidade económica fazem uma festa, partilhando uma refeição:

> No tempo passado, ao fim de sete dias tem que se cortar o cabelo amargo à criança, *sa'e bik pouk*. Isto é uma tradição; dizem que é para a criança não ter doenças, para ter boa saúde. Quando era menina deixavam um pouco de cabelo atrás, no cimo da cabeça; quando era menino deixavam um pouco de cabelo em cima, à frente da cabeça. Agora já não fazem isto, quando querem cortar cortam tudo limpo. (...) Os que têm possibilidades é que fazem festa, mas as pessoas simples não têm. Quando fazem a festa fazem sempre bolo. Primeiro, a mãe da criança põe o bebé ao colo, depois pega na faca e corta o bolo. (...) Quando tempo de cortar o cabelo isto é um símbolo, primeiro cortam, põem a tesoura num prato, depois da festa é que cortam o cabelo (Parteira tradicional e casal *makalero*, Caenlio, Iliomar [Intérprete]).

> Depois de um mês cortam o cabelo amargo, *sa'e bik*, mas quem tem poder é que faz festa, senão depois de um mês corta o cabelo amargo só assim. Cortar é *feri*, mas na nossa língua *pouk* é com a faca ou com a lâmina. Aqueles que têm poder convidar as famílias, preparar arroz e carne, e um bolo. Cortam o cabelo e metem-no dentro da ponta da bananeira, *mu'u pupulu*, para a criança ter bom cabelo, para o cabelo ser como a banana. A folha da banana é sempre boa, não é? Então elas também pensam que se meter lá dentro da ponta da bananeira também vai ser bom. É um costume antigo (Mulher *makalero* com cerca de 35 anos, 5 filhos, Iliomar I [Intérprete]).

Em Iliomar I, também referem o costume de colocar uma árvore dentro de casa na primeira semana de vida do recém-nascido, para este não adoecer:

> O tradicional é cortarem o cabelo, e quando o bebé nasce põem dentro de casa uma árvore, igual como o ananás *fuik*, até sete dias, e depois podem deitar fora. É tradicional de Iliomar, para o bebé não poder apanhar doenças. (...) É qualquer pessoa que pode fazer isso (Parteiras tradicionais *makalero*, Iradarate, Iliomar [Intérprete]).

Grupo Etnolinguístico *Fataluku*

De acordo com Gomes (1972), o ritual do "corte de cabelo" é praticado entre os *fataluku* após a queda do coto umbilical, geralmente no sétimo dia a partir do nascimento. Nesta altura também é atribuído o nome gentio à criança, e já pode sair de casa:

> Às crianças recém-nascidas rapa-se-lhes todo o cabelo que trouxerem. E se for do sexo feminino é o tio materno mais velho que deve cortá-lo, sendo esse dia festivo: cozinham-se refeições para os tios e parentes do lado materno (os *otchava-maarau*) e prepara-se outra comida pior, e em panelas diferentes, para o pessoal da casa (os *tupuru-moko*). Após esse corte inicial de cabelo, jamais o cortavam, incluindo os homens. Estes atavam-no em penacho sobre a testa, como o documentam ainda certos *eteurua*, e as mulheres sobre a nuca. (1972, p. 110)

Actualmente, a prática deste ritual mantém-se entre os *fataluku*, apresentando variantes entre famílias e algumas transformações ao longo do tempo. Quando o coto umbilical se desprende do abdómen do recém-nascido, o que ocorre cerca de sete dias após o nascimento, tem lugar o ritual designado por *mu'a navaru*. No momento da "lavagem

dos olhos", efectuada por alguns *fataluku*, a pessoa que assistiu ao parto e todos os familiares presentes passam água de coco nos olhos, e nesse momento atribuem o nome tradicional à criança[64]. O "corte de "cabelo", *ca'u peu*, também é executado nesta altura, sendo o cabelo da criança depositado num local especial, escondido, juntamente com os restos dos alimentos consumidos durante a festa:

> Depois de nascer fazem a festa de sete dias, a festa de nascimento chamada de *ca'u-peu*. Cortam o cabelo e ao mesmo tempo dá o nome à criança, mas tem que fazer doces tradicionais. Só próprio das pessoas da família, homens e mulheres podem comer. Depois da matança de um animal, cozinham arroz com o sangue do porco e fazem bolos. O nome do bolo é *pana*, arroz misturado com o sangue do animal, para ter uma cor sanguinária, espécie de chocolate escuro. Isto é tradicional. E muitas vezes este bolo, quando não tem o arroz, geralmente fazem com o *putunu*. É uma planta cereal, espécie de trigo que tem uma espécie de um cacho, podemos dizer que é mais de quinhentos grãos. Tem de apresentar nesta cerimónia este bolo de *putunu* mais a banana *moco mu'u*, pequenina. (…) sempre cozinhada (...) dizendo que através deste *moco mu'u* é que podemos tirar as folhas para apresentar, para pedir desculpa a Deus, ao homem importante[65]. (...) Depois de tudo isto o pai da criança é que indica quem é que vai cortar o cabelo. Geralmente é sempre homem, mas quando indicam a pessoa que tem agilidade de cortar. Cortam tudo, *ca'u peu*, menino ou menina é tudo igual. Põem o cabelo cortado juntamente com as cascas, com os restos da comida que a gente come durante a festa, num sítio especial, para não ser perdido no início (...), não vão deixar deitar fora (Informador *fataluku*, suco Mehara, Tutuala).

No suco Tutuala, referem ter o costume de colocar o cabelo cortado, juntamente com o coto umbilical, no mesmo cestinho, *vili-vili*, que depois penduram num algodoeiro ou num coqueiro ou no cacho de bananas que foi pendurado em casa, e ao qual se cortou o "coração":

> Cai o cordão e fazem o corte do cabelo. Os cabelos já cortados é pôr dentro do *vili-vili* junto com o cordão seco e pendurar no algodoeiro ou no coqueiro. (...) *Mu'a navaru*, é nesta altura que escolhem o nome do bebé. (...) Raspar o cabelo é só o primeiro filho ou a primeira filha. Quando fazem isso têm que matar sete porcos. (...) É sete porque vem da geração, dos antepassados, tem que seguir isso. (…) Depois de cair o cordão umbilical começa a fazer a festa, mas também depende da possibilidade de cada família. (...) Simbolicamente só raspar uns cabelos, não pode

64 Consultar a secção 4.6, referente à atribuição do nome ao recém-nascido.
65 Referência à prática tradicional *mu'u fuka*, já referida na secção relativa aos rituais *fataluku* da gravidez, e que consiste na análise da posição do caule da bananeira, ao ser cortado em rodelas.

raspar tudo porque a cabeça do bebé ainda é tenra, mole. O corte dos cabelos é para mostrar à família que o esforço, o cansaço que tinha feito para a mãe do bebé, o resultado é o nascimento da criança. É para mostrar à família que a mulher que fizeram lá o *barlake*, já tem um resultado que é a criança. (...) Quando faz a festa cozinham o arroz e põem ali dentro do cesto, *neru*. Lavam as mãos e amassam bem, e este arroz amassado quando a gente atira não se separa, fica todo colado, junto. Esta cerimónia depende da maneira de cada classe, uma determinada classe pode usar isto e outra classe não pode usar isto. Há outra classe que mata cabrito e cabra e come a carne. (...) Matar animais, poucos, por exemplo é só o Zenlai e Tutuala, vem da geração. Aqui também comem arroz, banana e coco ralado, quase toda a gente faz. Só o Masipanu é que come o arroz amassado com peixe e com sal, esses não comem a banana. (...) Quando fazem isso o cacho da banana é sempre pendurado ali, em qualquer parte da casa, e se já cortou o coração da banana então o *vili-vili* pendura-se aí, mas se não cortar o coração do cacho da banana então não põe (...) As cascas da banana e do coco com os ossos do peixe é procurar um buraco e enterrar, esconder para evitar que os cães comam os ossos. (...) É para a criança ficar sempre com boa saúde, com bom aspecto (Parteira tradicional e outras mulheres *fataluku*, suco Tutuala [Intérprete]).

Um informador de Lospalos, perito em assuntos culturais, refere que o nascimento faz parte de uma série de etapas que os *fataluku* atravessam, e que culminam na morte. A passagem por cada uma delas é assinalada por um evento cultural, ou ritual, sendo o *mu'a navaru* o ritual executado quando se dá a queda do cordão umbilical, momento da primeira saída do recém-nascido, explicado da seguinte forma:

A vida dos timorenses geralmente aqui em Lautém é um círculo de vida tradicional. O jovem casa-se, tem uma etapa, depois de casar outra etapa, dentro do casamento há etapas próprias e depois disto tem outro evento, fazer aí a lareira *lulik*, eles têm que ter; e depois quando tiverem o filho é que fazem o *mu'a navaru*. (...) Geralmente em Lospalos todos, porque aquilo é baseando na saúde, já pode sair da casa, depois do cordão cair. É uma festa entre mulheres da família. Não convidam os homens porque as mulheres é que têm o seu direito de dar o nome ao filho, pelo suco de que ela descende. (...) Não são as únicas que dão o nome, o pai pode dar o nome do seu avô. (…) É um acordo. (…) É uma tradição muito específica, mas tem as suas características, os seus valores. Elas pilam o *neli*, o arroz, e depois fazem um bolo de arroz que põem num *lafatik*, açafate. Depois preparam aí um frango ou um galo e fazem a sua festa, e geralmente com o coco. Com este coco elas tiram o óleo e então fazem com aquilo um molho. (...) A comida é arroz, e costumam usar banana. Depois de nascer o marido tem que ir à procura de uma banana em criança, chama-se *moco mu'u*. O marido traz e depois durante o evento de dar o nome, podemos dizer, o baptismo tradicional, então eles também cozem isto e comem todos. (...) E comendo, a casca tem que ser tudo arrumado, para poder ser lançado em lugares assim frescos, e também escondido. O

significado, antigamente tem estas magias, então isso receiam destas magias. (...) Tem outro evento (...) geralmente com a casca de um coco, e põem um anel lá dentro. (...) O coco, geralmente antes de fazer o óleo eles fazem uma extracção que ainda é branca, então usam aquilo para aspergir. Põem lá dentro com sete folhas verdes, e depois aspergem-se. (...) É *fitu* que dizem, o sete é sagrado para todos os timorenses. Eu acho que tradicionalmente fazem isto, e ao mesmo tempo reforçado pela Bíblia. (...) Geralmente eles põem o anel porque isto demonstra uma unidade familiar. O significado desta aspersão é que as mulheres que assistiram à nascença durante o parto, e também aquelas que assistiram ao evento de dar o nome; podem ser tias, avó, primas, aspergem-se para tirar mais ou menos o cansaço delas. É muito filosófico, esquisito de explicar mas é assim, isto tem o seu objectivo de não apanhar mais doença, por exemplo reumatismo, porque esforçaram-se muito, e a mãe também. Geralmente são só as mulheres, não os homens, porque (...) não dão à luz. Comem primeiro, depois aspergem-se na mesma altura que dão o nome. Cada uma vai lá e tira, asperge-se e passa. (...) Também costumam cortar o cabelo à criança neste momento, e depois o cabelo habitualmente junta-se com os restos das cascas e deitam num lugar mais fresco, por exemplo muitas palmeiras, põem ali, mas não põem longe, perto da casa ou num quintal. De vez em quando que os seus tios, o pai da mulher, trazem um porco, mais um *tais*, etc., para cortar o cabelo, e eles também participam, não fazem a participação directa, mas eles todos concordam o nome que vai ser dado. (...) Então faz uma festa mais rija do que a dos simples. É economia tradicional, é a troca. Geralmente a família da mulher é que recebe cabeças, eles dão porcos grandes e o *tais*. Têm também as suas regras próprias para isto. (...) O corte de cabelo serve (...) para valorizar mais este nome e valorizar esta família. (...) Pode-se dizer que um pouco de vaidade, mas eles fazem para ser reconhecido. (...) Por exemplo três ou quatro gerações que já não se ligam, eles podem reconhecer isto, um marco, um sinal de ligação familiar. Antes de comer tira o cabelo, depois eles comem e dão o nome. E depois os tios voltam, eles dão aí, por exemplo, uma oração simples, mas é segredo, põem a saliva na testa ou na cabeça deste filho; é para a saúde, é para crescer, para não ser atingido por qualquer perigo, etc. É tudo geralmente para a saúde. (...) O corte de cabelo é feito a meninas e meninos, todos. O corte de cabelos as mulheres podem cortar. Se num caso se o tio não vem, não têm capacidade, não têm riqueza, então eles mesmos cortam o cabelo. Mas isto não tem qualquer economia, qualquer gasto. Geralmente deixa um bocadinho, (...) então dali aumenta, aumenta, aumenta até atingir uma idade de juventude, então este já tem uns cabelos para poder enrolar, tanto homens como mulheres. Agora já não; os homens já aqui à frente e os mulheres aqui atrás, para distinguir (Informador *fataluku*, Lospalos).

Constatamos que os rituais do recém-nascido apresentam, em Timor-Leste, variações entre grupos etnolinguísticos e, por vezes, entre famílias do mesmo grupo, embora se encontrem semelhanças em determinados aspectos. Ao longo do tempo, muitos destes rituais têm, no entanto, sofrido transformações. Embora alguns possam ser classificados

como “ritos de passagem” (Van Gennep ([1909] 1981), também surge outro tipo de ritos, nomeadamente de protecção e de predição, que se justapõem aos ritos de passagem ou com eles se combinam.

Com excepção dos *makalero*, em todos os restantes grupos etnolinguísticos é feita referência ao ritual da “lavagem dos olhos”, designado em *tetun* por *fase matan*. Parece, no entanto, ser menos frequente entre os *baikenu* e os grupos etnolinguísticos da região leste (*makasae*, *uaima'a e fataluku*). Costuma ter lugar na primeira ou segunda semana de vida do recém-nascido, ou então mais tarde, até ao final do puerpério (quarenta dias), habitualmente no momento da primeira saída do recém-nascido para o exterior. A sua execução apresenta algumas variações, consoante o costume proveniente dos antepassados. Os familiares e a parteira que assistiu ao parto “lavam” simbolicamente os olhos com o auxílio de uma moeda, uma pulseira, um anel ou uma folha, para manterem uma boa capacidade visual. Por vezes é apenas a parteira a fazê-lo, ou então todas as pessoas que assistiram ao parto e/ou as que se encontram presentes no ritual. A “lavagem dos olhos” também pode ser dirigida ao próprio recém-nascido.

Apresenta-se, no Quadro 47, o tempo decorrido para a realização do ritual da “lavagem dos olhos”, *fase matan*, após o nascimento da criança, de acordo com o que é referido em cada grupo etnolinguístico:

Quadro 47. Tempo decorrido após o Nascimento em que é realizado o Ritual da “Lavagem dos Olhos” (*Fase Matan*)

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
2º dia		✓						✓			
3º dia		✓			✓			✓	✓	✓	
4º dia	✓							✓			
5º dia				✓							
7º dia		✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓
2 semanas								✓			✓
Entre o 30º e o 40º dia					✓					✓	

Quanto ao ritual do "corte de cabelo" (*tesi fuuk*), também é praticado em diversas regiões de Timor-Leste mas verifica-se uma grande variabilidade quanto à altura da sua realização. Pode ter lugar após a primeira semana, quando o recém-nascido sai pela primeira vez para o exterior, ou mais tarde, decorridos meses ou até anos após o nascimento da criança. Depois de cortado, o cabelo é frequentemente colocado num local que lhe assegure "frescura", como uma nascente de água ou uma árvore, geralmente a bananeira ou o coqueiro. Existe entre muitos timorenses a crença de que esta "frescura" será transmitida à criança à qual foi removido o cabelo, protegendo a sua saúde. À semelhança do que sucede com a placenta e com o coto umbilical, o local onde o cabelo é depositado demonstra a crença numa "relação mágica contagiosa", utilizando a designação de Frazer (1922).

Apresenta-se, no Quadro 48, o tempo decorrido para a realização do ritual do "corte de cabelo" (*tesi fuuk*) após o nascimento, de acordo com o que é referido em cada grupo etnolinguístico:

Quadro 48. Tempo decorrido após o Nascimento em que é realizado o Ritual do "Corte de Cabelo" (*Tesi Fuuk*)

	Baikenu	***Bunak***	***Fataluku***	***Galolen***	***Kemak***	***Makalero***	***Makasae***	***Mambae***	***Tetun***	***Tokodede***	***Uaima'a***
Cinco dias				✓							
Uma semana, após a queda do coto umbilical			✓			✓	✓				
Uma a duas semanas		✓									
Um mês		✓			✓	✓			✓		
Dos 2 aos 4 meses	✓						✓		✓		✓
Entre os 12 e os 24 meses (ou mais tarde)	✓	✓			✓		✓	✓	✓	✓	

CONCLUSÕES

A saúde reprodutiva é uma área que tem sido alvo de grande atenção e preocupação por parte dos governantes timorenses e de diversas organizações internacionais. Além de um passado histórico conturbado e de limitações inerentes ao sistema de saúde, factores de diversa ordem – sociocultural, económica e ambiental – contribuem para a situação actual.

Para uma verdadeira compreensão do comportamento humano, este deve ser examinado no contexto sociocultural em que ocorre (Segall et al., 1999). A grande diversidade etnolinguística existente em Timor-Leste origina uma variedade de práticas culturais, consoante a tradição local. Por seu lado, a intensificação dos contactos interculturais que se tem manifestado ao longo dos anos alterou, em muitos aspectos, a sociedade timorense, o que se reflecte no comportamento de saúde reprodutiva dos timorenses.

À luz destes factos, e tendo em consideração que as crenças, juntamente com as atitudes que lhes estão associadas, modelam as percepções que o indivíduo tem sobre o significado de uma experiência ou situação, pelo que guiam os comportamentos (Burton, Waddell e Main, 2006), iniciámos o nosso estudo definindo os seguintes objectivos de investigação:

- Descrever e comparar crenças, atitudes e práticas de saúde reprodutiva de timorenses pertencentes a diferentes grupos etnolinguísticos de Timor-Leste.
- Identificar modificações no comportamento de saúde reprodutiva dos timorenses, resultantes do contacto entre culturas.

Com vista à obtenção de informação em profundidade, considerada necessária para a compreensão dos fenómenos em estudo, adoptámos uma metodologia de índole qualitativa e dotada de alguma flexibilidade, adequada aos objectivos estabelecidos e às características do terreno de estudo. Terminada a análise e a discussão dos resultados, apresentamos uma síntese conclusiva dos mesmos.

Em Timor-Leste subsiste uma organização social tradicional, onde a família alargada desempenha um papel significativo numa economia essencialmente agrícola. A taxa de fecundidade é elevada e há uma preferência generalizada por famílias numerosas, com curtos intervalos entre nascimentos. Existe entre todos os timorenses o desejo da concepção de filhos, que são naturalmente aguardados na sequência do casamento, pelo que a esterilidade é encarada de forma negativa. Geralmente o homem e a mulher casam-se primeiro de forma tradicional, em que é negociado o valor do *barlake* entre as famílias (sendo geralmente a família da mulher que recebe bens de valor superior), podendo mais tarde casar-se pela Igreja. O *barlake* tem sido progressivamente abandonado por parte de algumas famílias, ou tornado simbólico, mas ainda é frequente entre diversos grupos etnolinguísticos e contribui para o desejo de um elevado número de filhos por parte dos timorenses que o praticam. A inexistência de filhos ou o nascimento de um número de filhos inferior ao desejado leva, por vezes, ao final da relação conjugal e à devolução dos bens envolvidos no *barlake*.

Os filhos são muito valorizados pelo facto de darem continuidade à família e de, por essa via, perpetuarem a transmissão dos bens e dos valores culturais. A preferência por uma família numerosa também está associada à necessidade de ajuda para o desempenho das diversas tarefas domésticas e agrícolas. Alguns timorenses consideram que o tamanho da família é algo que depende de Deus e sentem-se felizes ao aceitarem o número de filhos que lhes é concedido. É comum considerarem que "ter muitos filhos é uma boa sorte" ou "uma riqueza". A reposição da população perdida devido aos conflitos é outro argumento apresentado a favor de um elevado número de filhos.

A preferência por filhos de determinado sexo pode ter influência nas atitudes perante a fecundidade. No caso dos timorenses, são associadas vantagens a cada um deles. Por um lado, ter filhas traz riqueza para as famílias ao receberem bens de valor mais elevado devido ao *barlake*; por outro, ter filhos é vantajoso por estes colaborarem nas tarefas agrícolas e virem a ser os herdeiros da terra das famílias, por assegurarem a continuação da linhagem ou da geração e a transmissão dos bens e das tradições familiares.

Embora algumas mulheres desejem limitar o número de filhos, nomeadamente as que têm acesso a informações sobre os benefícios do planeamento familiar, defrontam-se por vezes com obstáculos, nomeadamente a oposição familiar. É frequente a mulher não ter poder de decisão quanto ao número de filhos do casal, sendo geralmente o homem a determiná-lo. A família do marido também pode exercer grande influência a este nível.

Associado a estes factores, o baixo nível educacional da maior parte das mulheres timorenses também exerce influência sobre as suas preferências de fertilidade. No entanto, à medida que aumenta o seu nível de escolaridade, maior é o desejo em limitarem o tamanho da família. Actualmente há mulheres, sobretudo as mais novas, mais instruídas e residentes em meio urbano, que desejam reduzir o número de filhos para lhes poderem proporcionar uma boa alimentação e educação formal.

Na época colonial portuguesa os timorenses não tinham conhecimentos sobre planeamento familiar, o recurso à contracepção era muito limitado e baseado, essencialmente, em medicamentos à base de plantas e outras práticas tradicionais. Após os indonésios terem invadido e começado a governar o território, foi introduzido em Timor-Leste um programa de planeamento familiar, *Keluarga Berencana* ou *KB* na língua indonésia. Um dos obstáculos à implementação deste programa em Timor-Leste relacionava-se com a falta de apoio por parte da Igreja Católica. Geralmente, apenas em determinadas situações de risco era aceite, por parte dos representantes da Igreja, o recurso a métodos contraceptivos "artificiais". Além disso, o programa indonésio foi também considerado coercivo ou, pelo menos, caracterizado pela falta de consentimento informado.

Ao longo do presente estudo, ao abordar a questão da obrigatoriedade do planeamento familiar aquando da sua implementação em Timor-Leste pela Indonésia, as opiniões dividem-se. Para alguns o programa foi mal interpretado na medida em que, embora possua uma dimensão ligada à saúde e ao bem-estar das famílias mediante o espaçamento dos nascimentos, foi encarado por muitos timorenses como um instrumento utilizado acima de tudo para limitar o número de filhos, que possuem para os timorenses grande valor cultural. A situação política vivida após a invasão e a

anexação de Timor-Leste poderá ter contribuído para uma interpretação do objectivo do programa de planeamento familiar apenas no sentido de redução da população timorense. Alguns timorenses referem que o planeamento familiar só se tornava obrigatório para os militares, outros que era obrigatório para os funcionários públicos em geral. No entanto, ao abordar este assunto, a maior parte dos participantes no estudo refere não ter havido obrigatoriedade, em geral, na participação no programa.

A aceitação do programa de planeamento familiar foi condicionada por outros factores. Muitas mulheres não só não reconheciam os seus possíveis benefícios, como também consideravam que podia ser prejudicial à saúde e ao desempenho das suas tarefas diárias. A adesão ao programa foi mais fácil por parte daqueles que reconheceram o valor do espaçamento dos nascimentos em relação à economia do agregado familiar, bem como à saúde da mãe e do filho.

Inquéritos à população realizados após a independência de Timor-Leste revelaram uma das mais elevadas taxas de fecundidade do mundo, a par com uma baixa taxa de uso de métodos contraceptivos. Estes resultados, conjugados com a situação de pobreza, as limitações de saúde e o elevado grau de iliteracia da população, levaram o Governo de Timor-Leste a considerar o planeamento familiar como um dos factores determinantes para a intervenção no âmbito da saúde reprodutiva, a fim de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil através da melhoria da saúde das mães e do espaçamento dos nascimentos.

A aprovação oficial da Política Nacional de Planeamento Familiar deu-se em 2004, sendo apoiada pela maior parte da população, incluindo líderes da Igreja Católica de Timor-Leste. Em todos os distritos muitos timorenses conhecem e recorrem ao planeamento familiar. Ao compararem o programa de planeamento familiar indonésio com o actual, alguns consideram que este está mais direccionado para objectivos de saúde e bem-estar familiar, dando menos ênfase a objectivos demográficos. No entanto, há casais que continuam a ter filhos sem os planearem. Até ao momento, a divulgação do programa e o acesso aos serviços de planeamento familiar são insuficientes em determinadas zonas do país. Há quem refira ter tido conhecimento do programa apenas

no tempo da ocupação indonésia, em parte devido às campanhas que eram realizadas na altura.

Entre os timorenses que não se mostram interessados em aderir ao planeamento familiar, os motivos variam. Muitos sentem-se satisfeitos por terem uma família numerosa, podendo necessitar da colaboração dos filhos nas tarefas agrícolas. Algumas mulheres temem que daí advenham prejuízos para a sua saúde, o que está geralmente relacionado com potenciais efeitos colaterais atribuídos aos métodos contraceptivos. Por esse motivo ou por convicções de ordem religiosa, há quem só aceite o planeamento familiar natural. Sendo a população maioritariamente católica, a posição oficial da Igreja face a esta questão exerce por vezes alguma influência sobre as suas atitudes e práticas.

O casamento tradicional envolvendo troca de bens (*barlake*) é uma prática que se mantém em muitas famílias, levando os casais a desejarem um elevado número de filhos e a não recorrerem ao planeamento familiar. Na sociedade timorense, o baixo estatuto da mulher e subordinação ao homem leva a que as decisões dependam em grande parte do seu acordo. É por isso frequente as mulheres não recorrerem ao planeamento familiar devido à oposição do marido.

As parteiras são as principais prestadoras de serviços de planeamento familiar em Timor-Leste, devendo possuir competências não só para acções de educação para a saúde como também para aconselhamento e fornecimento de métodos contraceptivos. No entanto, o seu número é insuficiente para as necessidades do país, sobretudo em meio rural, e muitas necessitam de mais formação na área do planeamento familiar.

Em todos os distritos, os jovens solteiros não têm geralmente acesso aos serviços de planeamento familiar. A falta de conhecimentos e de acesso à contracepção ao iniciarem a vida sexual antes do casamento leva a que ocorram com frequência gravidezes não planeadas. As questões ligadas à sexualidade são pouco abordadas na sociedade timorense, havendo falta de diálogo com os pais sobre esse assunto. Um sinal revelador de mudança é o facto de actualmente, nas escolas secundárias de Timor-Leste, já

começarem a ser abordados temas ligados à saúde sexual e reprodutiva.

Em Timor-Leste, os métodos contraceptivos disponíveis nos centros de saúde são a injecção trimestral (Depo-Provera), a pílula combinada, o implante (Norplant), o Dispositivo Intra-Uterino (DIU) e o preservativo masculino. Os métodos cirúrgicos (laqueação tubária e vasectomia) são realizados nos hospitais. Nos postos sanitários são fornecidos a injecção, a pílula e o preservativo, mas nem sempre há disponibilidade de serviços de planeamento familiar devido a falta de material, de recursos humanos qualificados e de infra-estruturas adequadas. A nível das clínicas móveis os serviços de planeamento familiar são escassos, e mesmo inexistentes em alguns distritos. A má previsão das necessidades contraceptivas e o atraso na requisição de material que ocorre em vários distritos tem como consequência a ruptura de *stocks* e a interrupção do fornecimento de métodos contraceptivos aos seus utilizadores.

Os timorenses demonstram, na sua maioria, um baixo nível de conhecimentos sobre métodos contraceptivos modernos, e muitas informações incorrectas sobre o período fértil da mulher e o controlo da fecundidade em geral. O receio de eventuais efeitos colaterais, frequentemente com base no que ouviram sobre más experiências de outros, e de potenciais limitações à fertilidade futura, desencorajam o uso dos métodos contraceptivos. Os efeitos secundários, reais ou hipotéticos, associados aos diversos métodos contraceptivos, levam por vezes à sua interrupção.

Por vezes, embora as mulheres o desejem, os maridos opõem-se à utilização de métodos contraceptivos, o que pode originar violência conjugal. Alguns profissionais de saúde só os fornecem quando há concordância entre o casal.

Em todos os distritos do país, e à semelhança do que se passava anteriormente, o método contraceptivo preferido e mais utilizado pelos timorenses é, em geral, a injecção trimestral. Além de ser muito eficaz, a sua administração é mais cómoda quando comparada com a pílula, que tem bastantes utilizadoras, mas em que os esquecimentos são frequentes.

O implante é um método que chegou a ter bastantes utilizadoras quando vigorava o programa da Indonésia. Embora algumas mulheres demonstrem interesse em utilizá-lo, actualmente ainda não está acessível a grande parte da população, quer por não haver disponibilidade em muitos estabelecimentos de saúde, quer por ainda existirem poucas parteiras treinadas na sua colocação.

Nessa época, o DIU também tinha alguma adesão. Após a independência, embora já bastantes mulheres o estejam a utilizar em certos distritos, noutros ainda não se encontra acessível à população por falta de recursos nos estabelecimentos de saúde.

Os métodos cirúrgicos, que consistem na laqueação tubária ou de trompas no caso da mulher, e na vasectomia no caso do homem, são irreversíveis e indicados para quem não deseja ter mais filhos, quer por motivações pessoais quer por problemas de saúde. Há poucos timorenses a recorrerem a este tipo de métodos, quer por não se mostrarem interessados, quer por nem todos os hospitais possuírem recursos para a realização da cirurgia.

O preservativo masculino é pouco utilizado em todo o território, embora se encontre em geral disponível nos serviços de saúde. Normalmente a sua aceitabilidade é pior nos homens do que nas mulheres. O facto de ter poucos adeptos aparenta estar associado sobretudo a questões de ordem cultural e de género, que levam a uma posição subalterna da mulher e, consequentemente, a um fraco poder de afirmação e de negociação, nomeadamente quanto à escolha de um método contraceptivo. O preservativo tem ainda a importante função de prevenção de IST, incluindo a infecção pelo VIH. Nos últimos tempos, algumas iniciativas de promoção do método têm incrementado o seu uso e melhorado a sua aceitabilidade. No entanto, embora já se realizem nas escolas algumas acções de formação sobre saúde sexual e reprodutiva dirigidas a jovens, que incluem a promoção do uso do preservativo, os serviços públicos de saúde ainda não são acessíveis a esta faixa etária, em parte por falta de preparação dos próprios profissionais.

Alguns casais recorrem aos métodos naturais por serem os únicos aprovados pela Igreja

Católica, mas também devido a contra-indicações ou a efeitos secundários atribuídos a outros métodos. As informações sobre a sua utilização são geralmente fornecidas por membros de congregações religiosas, mas também por parteiras e enfermeiros. No entanto, os métodos naturais, dos quais o do calendário é o mais utilizado, são frequentemente difíceis de levar a cabo devido aos baixos níveis educacionais de grande parte da população. Quer a literatura, quer o conhecimento empírico, confirmam a relativa frequência com que ocorrem falhas atribuídas a este método, que se encontram por vezes, entre os timorenses, associadas ao não cumprimento, por parte do homem, do período de abstinência.

Embora esteja a diminuir, mantém-se a utilização de métodos contraceptivos tradicionais. A prática da abstinência sexual pós-parto para prevenção da gravidez é referida por alguns timorenses, durante um período variável que pode ir de quarenta dias até dois anos.

Há mulheres que consideram que a aplicação de calor através da ingestão de água quente, do banho com água quente e/ou da permanência da puérpera junto à fogueira podem evitar a gravidez. Algumas consideram a possibilidade de engravidarem caso permaneçam no útero, após o parto, resíduos de "sangue coagulado". Encontra-se, na literatura (Laderman, 1983), a referência à ingestão de bebidas quentes para prevenção da gravidez, o que pode estar relacionado com a crença, provavelmente baseada no sistema humoral, segundo a qual a concepção só se dá quando os corpos de ambos os pais estão num estado "frio".

No passado, o recurso a medicamentos tradicionais herbáceos era uma das formas de controlo da fecundidade a que os timorenses tinham acesso, que diminuiu com a entrada em vigor do programa de planeamento familiar e a disponibilização de métodos contraceptivos "modernos". No entanto, há quem continue a utilizá-los, por vezes devido a efeitos colaterais associados a outros métodos. São habitualmente as/os parteiras/os tradicionais que fornecem os medicamentos tradicionais, sendo a sua composição frequentemente mantida em segredo, por receio de perda da sua eficácia. As /os parteiras/os tradicionais referem ter aprendido a utilizá-los directamente através dos

pais, ou por meio de sonhos, nos quais por vezes são os avós que surgem como reveladores do tipo de plantas e sua utilização. Alguns seguem procedimentos especiais ao colherem as plantas, rezando e, por vezes, recebendo dinheiro (que podem colocar junto à planta no momento em que vai ser colhida) ou outro tipo de bens antes da sua utilização.

A prática de "virar o útero" após o parto para prevenção da gravidez é mencionada por parteiras tradicionais pertencentes aos grupos etnolinguísticos *baikenu*, *galolen*, *tetun* e *uaima'a*, e também por uma parteira residente em Díli. Encontram-se referências a esta prática na literatura referente a outros países do Sudeste Asiático, mas há dúvidas quanto ao seu efeito contraceptivo (Laderman, 1983).

Ainda no que diz respeito a métodos contraceptivos tradicionais, os *fataluku* referem a prática do *mamunu*, que consiste em proferir palavras rituais, combinadas com a acção de soprar-cuspir (*falumé*), frequentemente uma mistura de bétel e areca, nas partes do corpo afectadas, acompanhada de massagem.

Em Timor-Leste a gravidez, designada em *tetun* pelo termo *isin rua*, ("dois corpos"), é geralmente reconhecida pela mulher quando a menstruação não aparece. Outros sinais e sintomas podem ser náuseas e vómitos, dores, aversões e desejos por alimentos particulares, sobretudo frutos ácidos, o que é geralmente considerado normal. Algumas mulheres atribuem este facto a uma necessidade do feto. Outras associam os vómitos ao crescimento do cabelo do bebé.

Em certos grupos etnolinguísticos são efectuados determinados rituais quando uma mulher engravida. Alguns dirigem-se à casa tradicional e invocam os antepassados pedindo-lhes protecção, para que a gravidez e o parto decorram sem problemas. Os *fataluku* efectuam um ritual tradicional junto à lareira sagrada (*aca kaka*) da casa da família do marido que, além da apresentação do futuro novo membro da família, também tem como função agradecer e assegurar a " vigilância espiritual" daquela gravidez. Por vezes também são efectuados rituais "adivinhatórios" ou "preditivos" da saúde e do sexo do bebé que vai nascer, sendo o mais frequente a "consulta" ou

"leitura" das vísceras de um animal, podendo também recorrer-se ao corte em fatias do caule da bananeira.

Quando engravidam, as mulheres timorenses não apresentam, em geral, grandes mudanças nos seus hábitos, mantendo o ritmo de trabalho normal, mas muitas submetem-se a maiores esforços, sobretudo no final da gravidez, por acreditarem que isso irá facilitar o parto. Com estas práticas correm maiores riscos de aborto ou de parto prematuro; no entanto, há mulheres que têm a noção de que devem descansar mais e evitar trabalhos pesados, nomeadamente no primeiro trimestre de gravidez, receando que ocorra sangramento e aborto. Para algumas delas, sobretudo as que vivem em zonas remotas, a necessidade de assegurarem a subsistência da família pode sobrepor-se às preocupações de saúde pessoais. Para outras, a quantidade e o ritmo de trabalho dependem do que lhes é imposto pelos seus familiares.

A gravidez é normal mas é também, ao mesmo tempo, um período de especial vulnerabilidade quer para a mãe quer para o filho que irá nascer. À semelhança de outras sociedades tradicionais, também em Timor-Leste se verificam, em grau variável, determinadas recomendações, tabus e e restrições que rodeiam a mulher grávida, com a intenção de proteger a mãe e o feto de danos físicos.

Durante a gravidez há muitas mulheres que se alimentam normalmente, sem cuidados ou recomendações especiais; no entanto, verifica-se em todos os grupos etnolinguísticos a existência de uma diversidade de interdições ou tabus alimentares. Alguns alimentos são proibidos por serem considerados como potencialmente abortivos, outros por poderem dificultar o parto ou causar problemas ao bebé. Algumas mulheres não tomam os suplementos contendo ferro que são fornecidos na consulta pré-natal, receando que isso faça aumentar muito o tamanho do feto, dificultando o parto. Num país como Timor-Leste, onde a maior parte das mulheres já não tem, habitualmente, acesso a uma alimentação muito diversificada, evitar qualquer tipo de alimento pode, no entanto, afectar a sua saúde e o desenvolvimento do feto.

O consumo de substâncias como as bebidas alcoólicas, o tabaco e a masca (mistura de

bétel, areca e cal), pode ser prejudicial para o feto. No entanto, algumas mulheres timorenses ingerem bebidas alcoólicas e ou/ mascam durante a gravidez, sendo o tabaco menos habitual.

Em Timor-Leste é frequente as mulheres grávidas transportarem, quando saem para o exterior, sobretudo à noite, um objecto aguçado, para protegerem o bebé dos espíritos malignos. Antigamente colocavam no cabelo um pente feito de chifre de boi ou um espinho de palmeira. Actualmente podem usar um pente ou um prego no cabelo, ou transportar uma faca, um canivete ou uma tesoura, e por vezes também um terço ou outros objectos. Com excepção dos *makalero*, esta prática foi referida em todos os restantes grupos etnolinguísticos. Com o mesmo objectivo, há mulheres *galolen*, *tokodede, makalero* e *fataluku* que, ao saírem de casa, transportam ou passam pelo corpo determinado tipo de plantas, e algumas *fataluku* recorrem ao *mamunu*. Há ainda referência a outras práticas e rituais.

Na maior parte dos grupos etnolinguísticos, há mulheres que deixam de usar colares quando estão grávidas receando que a criança nasça com o cordão umbilical enrolado em redor do pescoço. Pelo mesmo motivo, mas menos frequentemente, algumas também não usam brincos e anéis, ou ainda mala à tiracolo. Sendo menos frequente, também evitam cortar o cabelo durante a gravidez receando que esse acto provoque o corte do cordão umbilical, aborto, parto prematuro, hemorragia ou até a morte da mulher.

Também existe a crença de que, para evitar a ocorrência de complicações no momento do parto, enquanto este decorre a mulher deve soltar o cabelo, tirar os colares caso os tenha usado até aí, e as portas devem ser abertas.

Alguns timorenses consideram ser prejudicial para o bebé manter relações sexuais durante os últimos meses de gravidez. Há quem associe ao esperma o *vernix caseoso* que reveste o recém-nascido.

As mulheres compreendem, em geral, a importância dos cuidados pré-natais e a eles recorrem quando são razoavelmente acessíveis, embora muitas só iniciem a vigilância

no segundo trimestre de gravidez. As mulheres mais assíduas nestas consultas são sobretudo as mais informadas, as que residem nos centros urbanos e as que têm à sua disposição estabelecimentos de saúde facilmente acessíveis. Esta situação é comum aos vários distritos e a diferentes grupos etnolinguísticos. A falta de comparência deve-se, não só a dificuldades de acesso aos estabelecimentos de saúde por constrangimentos de ordem geográfica ou económica, mas também à oposição dos maridos, ao facto de não haver outra pessoa disponível para cuidar dos filhos durante a sua ausência, ou à vergonha de expor o corpo perante estranhos. Algumas mulheres sentem-se confiantes sem a consulta pré-natal, podendo recorrer a medicamentos e a parteiras tradicionais.

Em todos os grupos etnolinguísticos há mulheres que consultam a parteira tradicional quando têm algum problema durante a gravidez, nomeadamente dores abdominais, para ela verificar se o feto está em boa posição ou para determinar o seu sexo. A parteira tradicional costuma efectuar uma massagem abdominal com óleo de coco, *kamii* ou outras substâncias, verificando a posição do feto; caso não seja favorável, pode corrigi-la mediante a realização de manobras externas. Há parteiras tradicionais que usam raízes e /ou cascas de plantas, piladas ou mastigadas, por vezes misturadas no óleo ou no *kamii* (*Aleurites moluccana*), outras mascam areca, bétel e cal juntamente com as plantas, e com essa mistura massajam o abdómen e posicionam o feto. Podem ainda acompanhar estas massagens com orações especiais. Quando as mulheres *fataluku* recorrem às parteiras tradicionais ao sentirem dores abdominais ou quando se aproxima o parto, é frequente estas recorrerem ao *mamunu* e colocarem o feto numa posição favorável. Especialmente quando o acesso aos serviços de emergência obstétrica não é fácil, a técnica da versão externa do feto no útero pode ter efeitos benéficos se for feita de uma forma segura e atempadamente; no entanto, pode envolver alguns riscos.

Também é frequente as parteiras tradicionais administrarem à mulher grávida medicamentos herbáceos, que podem ter como finalidade prevenir dificuldades no parto ou resolver problemas surgidos durante a gravidez como a hemorragia, a infecção e os edemas. Os tratamentos efectuados variam e podem consistir na ingestão ou na aplicação externa dos medicamentos. No entanto, como a sua composição é frequentemente mantida em segredo, não se sabe até que ponto alguns deles poderão ter

possíveis efeitos prejudiciais sobre o feto.

A ocorrência de partos no domicílio é muito superior à de partos em estabelecimentos de saúde, o que é justificado por razões de diversa ordem. O parto é encarado com um acontecimento natural, que só carece de assistência num estabelecimento de saúde quando surgem complicações. Em casa as mulheres estão seguras no seu ambiente, próximas dos seus familiares e do que é preparado especialmente para essa ocasião, podendo seguir as práticas tradicionais. Algumas sentem-se desconfortáveis no hospital, e têm vergonha de expor o seu corpo. A distância a percorrer entre a casa e os centros de saúde ou hospitais e o acesso a transportes também constituem problemas frequentes, associados a dificuldades de comunicação. Há locais de difícil acesso, não tendo grande parte da população forma de se deslocar. Embora as consultas e os medicamentos sejam gratuitos, os custos com o transporte ou os que têm de ser suportados pelos familiares para acompanharem as mulheres durante a sua permanência nos estabelecimentos de saúde podem estar fora do seu alcance.

O parto pode ter lugar em casa se for efectuado em condições de segurança, com a presença de um assistente qualificado e desde que seja possível o rápido acesso a cuidados de emergência obstétrica. No entanto, uma série de constrangimentos limitam as escolhas das timorenses e levam-nas a optar pelas práticas que melhor se enquadram no seu sistema sociocultural. Os partos no domicílio permitem manter a tradição e proporcionam-lhes maior conforto, sendo na maior parte das vezes assistidos por familiares ou por uma parteira tradicional. Algumas mulheres não têm qualquer assistência, geralmente por se considerarem aptas para dar à luz sozinhas, mas também por vergonha. O recurso a assistentes de parto qualificados e a estabelecimentos de saúde para a realização do parto é baixo, sendo mais frequente em meio urbano e, na maior parte dos casos, apenas quando surgem complicações.

As parteiras tradicionais encontram-se em todos os distritos, em maior número nas zonas rurais. Muitas recorrem a medicamentos tradicionais, e algumas possuem características especiais, recorrendo a práticas xamânicas. Há homens que são simultaneamente parteiros e xamãs. Algumas parteiras tradicionais aprenderam a fazer

partos e a usar os medicamentos tradicionais com as mães, as avós, outros familiares ou parteiras tradicionais; algumas por si próprias; outras por meio de sonhos. Costumam receber uma compensação directamente da família da mulher que dá à luz, sob a forma de dinheiro ou outro tipo de bens, não estabelecendo geralmente o seu valor. A clientela destas parteiras tradicionais é geralmente limitada à sua comunidade, sendo a proximidade e a confiança nelas depositada factores que as favorecem.

Embora não exista certificação formal, algumas parteiras tradicionais receberam treino durante o período de ocupação indonésia, sendo designadas por *dukun terlati* para se distinguirem das restantes. As que completaram o treino foram registadas no hospital e receberam uma caixa com material (luvas, tesouras e antisséptico). Actualmente não há treino oficial ou registo para as parteiras tradicionais, e os seus papéis e competências não são reconhecidos pelo sistema médico vigente. Muitas parteiras tradicionais são conhecidas por parteiras oficiais, especialmente aquelas com quem trabalharam juntamente em comunidades remotas, e as que receberam treino e apoio durante a administração indonésia. A formação e a partilha de experiências levaram à modificação de algumas práticas por parte das parteiras tradicionais, mas também proporcionaram conhecimentos sobre práticas tradicionais a algumas parteiras oficiais .

Os decisores das políticas de saúde a nível central, seguindo as directivas provenientes de organizações internacionais, entre as quais a OMS, tendem a tomar medidas que levem as parteiras tradicionais a deixar de assistir a partos e a actuar apenas como dinamizadores comunitários e elementos de ligação, incentivando as mulheres a darem à luz nos centros de saúde e nos hospitais, assistidas por profissionais qualificados. No entanto, actualmente o número de parteiras em exercício é insuficiente para as necessidades da população, sobretudo nas zonas rurais, e as parteiras tradicionais continuam a estar disponíveis e a ser solicitadas pela população.

Quando o parto é realizado no domicílio a posição da parturiente varia. As mulheres manifestam geralmente preferência pelas posições verticais, podendo sentar-se ou ajoelhar-se com o tronco elevado, apoiar-se na parede, no marido ou noutro membro da família. Por vezes é presa uma corda às traves do tecto para ajudar a mulher a fazer

força durante o trabalho de parto. Quando a parteira tradicional dá assistência, pode colocar-se à frente ou atrás da mulher.

Algumas parteiras oficiais detectaram problemas com mulheres que começaram a fazer força muito cedo, quando a dilatação não está completa, sendo grandes críticas da posição vertical com apoio da corda, referindo que o seu uso esgota a mãe e pode favorecer complicações. Quer estas, quer as parteiras tradicionais que receberam formação no tempo da Indonésia, fazem geralmente os partos com a permanência da mulher na posição horizontal.

Nos partos domiciliários, as técnicas para cortar o cordão umbilical variam. Tradicionalmente, e à semelhança de outros povos da região Ásia-Pacífico, os timorenses cortam o cordão com uma "faca" ou pedaço de bambu afiado, continuando a utilizá-lo no presente, sobretudo nas zonas remotas. No entanto, o contacto com outros grupos culturais, nomeadamente portugueses e indonésios, levou à sua substituição progressiva por outros instrumentos. Por vezes o bambu é utilizado de forma simbólica por se tratar de uma prática ancestral, o que permite manter a ligação aos antepassados. Actualmente usam mais a faca, a tesoura ou a lâmina, sendo frequente a utilização de objectos não estéreis, ou mesmo sem serem previamente lavados, o que aumenta o risco de infecções e de tétano neonatal.

O cordão umbilical é tradicionalmente cortado após a expulsão da placenta, pois existe a crença generalizada de que, se isso for feito antes, a placenta "sobe", podendo causar danos à parturiente. De acordo com a literatura referente a este assunto, num parto normal o corte do cordão efectuado após a expulsão da placenta não aparenta ser prejudicial. Quando a expulsão da placenta está demorada, por vezes o cordão é cortado e a ponta amarrada a um objecto ou ao dedo do pé da parturiente. A medida para o corte do cordão, desde o abdómen do recém-nascido, é geralmente a de duas ou três falanges do dedo indicador. Os extremos do cordão podem ser atados ou deixados livremente, por vezes após a expressão do sangue em direcção ao recém-nascido. A prática de cortar o cordão sem o atar pode, no entanto, ser prejudicial se causar um sangramento excessivo.

Nos cuidados à parturiente, as parteiras tradicionais recorrem frequentemente à massagem abdominal com óleo de coco ou *kamii* para facilitar a expulsão do feto e/ou da placenta. Há uma grande diversidade de medicamentos tradicionais usados, quer para facilitar um parto normal, quer para prevenir e tratar complicações nos três estadios do trabalho de parto. Alguns são descritos em *tetun* ou nas respectivas línguas locais, outros não são revelados pelos seus utilizadores. Entre os *fataluku* e alguns *makasae* do distrito de Lautém, é frequente o recurso ao *mamunu*. Para ajudar as contracções finais e a expulsão da placenta a parturiente pode ser levada a soprar para o interior de uma garrafa, prática comum noutras sociedades rurais, ou a induzir o vómito. Quando ocorrem prolapsos externos, por vezes há recurso à massagem ou à aplicação de medicamentos tradicionais para desobstruir o canal do parto.

Quando surgem dificuldades durante o trabalho de parto, muitos timorenses atribuem a situação a questões familiares, que podem ser querelas, problemas por resolver ou incumprimento de rituais tradicionais. Em locais onde existe curandeiro (*matan-dook*) este pode ser chamado para proceder a determinadas práticas de medicina tradicional, que podem consistir na aplicação de medicamentos herbáceos e/ou na execução de técnicas adivinhatórias. No caso dos *fataluku*, além dos curandeiros (*ina haran*), também é vulgar recorrerem a outras pessoas conhecedoras (*navarana*) para detectarem e reverterem as situações que deram origem a complicações no parto.

Embora as práticas curativas tradicionais possam ter aspectos positivos, a falta de reconhecimento, por parte dos familiares da mulher e de outros intervenientes, incluindo a parteira tradicional, de situações que podem pôr em risco a saúde e até a própria vida da mãe e do filho, e a relutância em recorrer atempadamente aos serviços de saúde, conferem um carácter negativo a estas práticas. Numa tentativa de diminuir os riscos associados a estes comportamentos têm sido desenvolvidas, ultimamente, algumas acções de sensibilização para a importância do parto realizado em condições de segurança. No entanto, também é necessário tomar medidas para o estabelecimento de serviços de saúde materna adequados e descentralizados, verificando-se já algumas iniciativas nesse sentido.

O período pós-parto ou puerpério dura cerca de quarenta dias, sendo uma fase em que a mãe e o filho são considerados vulneráveis. Segundo McWilliam (2002), este período, considerado crítico para a segurança de ambos, simboliza a transição que o bebé faz do útero para a esfera exterior da sociedade.

À semelhança de outros povos, os timorenses apresentam um conjunto de crenças, atitudes e práticas inerentes ao seu contexto cultural, apresentando variações regionais. Algumas mulheres que recorrem aos serviços de saúde mantêm as suas práticas tradicionais; outras apenas parcialmente, por considerarem que os cuidados e os medicamentos que aí lhes são fornecidos diminuem a sua necessidade.

Após o parto, as mulheres timorenses costumam agasalhar-se e o contacto com o frio e o vento é evitado, estendendo-se estes cuidados ao recém-nascido. À semelhança do que sucede noutras sociedades do Sudeste Asiático, o calor é um elemento essencial para as puérperas, sendo aplicado de várias formas e com diversas finalidades. Destas, destacam-se o aumento da produção de leite materno, o fortalecimento da mulher, a prevenção da gravidez, a expulsão dos lóquios e a prevenção de doenças, nomeadamente "a subida do sangue branco à cabeça" (*ran mutin sa'e ulun*), em que uma mulher adoece e pode ficar louca ou morrer. Esta crença pode estar relacionada com a possível ocorrência de uma psicose puerperal, ou de septicemia pós-natal.

A ingestão de água quente é uma prática muito frequente e generalizada em todos os grupos etnolinguísticos. Também se encontram, em todos eles, mulheres que ingerem bebidas alcoólicas após o parto, consideradas "quentes".

O banho com água quente constitui outra prática tradicional habitual no puerpério, o que é feito frequentemente com a ajuda de outra mulher ou de um membro da família, que dá o banho à mulher usando um pano embebido em água quente, e com ele vai exercendo pressão no abdómen e noutras partes do corpo. Diversas substâncias, entre as quais o *kamii*, são por vezes utilizadas no banho ou em massagens. O cabelo não deve ser lavado nos primeiros dias após o parto.

A manutenção de uma fogueira acesa junto da mãe e do filho, embora menos comum, ainda ocorre em certas regiões, sobretudo nas zonas rurais e/ou montanhosas. Excepto entre os *makalero*, em todos os restantes grupos etnolinguísticos é referido este costume após o parto, durante um período de tempo variável. Os *fataluku* referem ser uma prática pouco frequente relativamente à mulher, tendo geralmente como finalidade o aquecimento do recém-nascido, executado de uma forma especial.

Esta prática pode, no entanto, considerada prejudicial. Além da inalação do fumo estar associada a um risco aumentado de problemas respiratórios, também pode causar lacrimejo, irritação ocular e secura da pele. Por outro lado, se a temperatura ambiental for elevada, pode levar ao sobreaquecimento do recém-nascido, devido à sua reduzida capacidade de regulação da temperatura corporal.

As puérperas costumam seguir um regime especial, verificando-se diversas prescrições e restrições alimentares, não apenas por causa do seu corpo mas também porque acreditam que aquilo que comem pode afectar o seu filho. Embora os alimentos básicos sejam semelhantes em todas as regiões, outros dependem da tradição familiar e local. A canja (*sasoro*) e o caldo (canja com frango) são os alimentos mais recomendados nos primeiros dias após o parto, aos quais pode ser adicionado gengibre ou *ai manas ai leten,* por "aquecerem" e facilitarem a saída dos lóquios, que designam por *ran foer* ("sangue sujo") ou *ran mate* ("sangue coagulado, morto"). Também podem ser adicionados alho, cebola, açafrão ou folhas de determinadas plantas. O milho pilado, cozido, e o amendoim, entre outros alimentos, são consumidos por lhes serem atribuídas propriedades galactogogas, ou seja, por favorecerem a produção de leite materno.

O sal é geralmente proibido até ocorrer a queda do coto umbilical do recém-nascido, por acreditarem dificultar a cicatrização do umbigo e desencadear tosse no bebé. Também são desaconselhados outros alimentos, nomeadamente o piripiri, alguns legumes, a papaia, outras frutas e certos tipos de peixe, como a sardinha, por poderem provocar distúrbios de saúde na mãe ou no filho. Grandes restrições na dieta podem, no entanto, resultar em deficiências nutritivas, numa altura em que a mãe necessita de uma

alimentação equilibrada e normal, ou mesmo reforçada, para o seu restabelecimento e para facilitar a produção de leite.

Verifica-se ainda a existência de outro tipo de práticas, nomeadamente a compressão do abdómen da mãe após o parto, o que tem como finalidade ajudá-lo a retomar o seu tamanho habitual e levar os órgãos internos a voltarem ao seu lugar. Tradicionalmente isto é feito com um tipo de "corda" confeccionada com as folhas terminais da palmeira, apertada com várias voltas em redor do abdómen. Actualmente muitas mulheres usam uma cinta elástica ou uma faixa de tecido proveniente da Indonésia.

À semelhança de outros grupos culturais de países do Sudeste Asiático, entre os timorenses pertencentes aos diversos grupos etnolínguísticos subsistem crenças relativas à placenta (*ka'an*). Consideram-na o "irmão mais novo" da criança (*labarik nia alin*) à qual permaneceu ligada pelo cordão umbilical durante a gestação, e de quem foi separada fisicamente após o nascimento. A placenta mantém com a criança, no entanto, uma ligação "espiritual", atribuindo-lhe capacidades "mágicas" por poder causar ou prevenir um acontecimento específico. Daí ser importante, para os timorenses, dispô-la de forma apropriada, caso contrário poderão sobrevir consequências indesejáveis que se reflectirão no seu "irmão".

Quando o parto tem lugar no hospital, a placenta é geralmente colocada num saco e entregue à família, que a leva para casa, e aí é submetida a determinado ritual. Em todos os grupos etnolinguísticos, a forma tradicional mais frequente de a depositarem é numa panela de barro, num cesto ou num bambu (actualmente também num plástico, numa lata ou num balde), frequentemente coberta de cinza para não libertar fluidos e mau odor, e suspensa numa árvore de grande porte, sendo atribuídos diversos significados a esta prática. Durante o trajecto para a árvore, ou no regresso a casa, são por vezes seguidos procedimentos tradicionais especiais. Podem ainda observar-se outras práticas. Por exemplo, alguns *mambae* envolvem a placenta em capim e amarram-na aos ramos de uma árvore, outros colocam-na numa estaca de bambu, outros depositam-na numa panela e prendem-na no topo de um bambu. Actualmente, muitos timorenses enterram a placenta num local próximo da casa, por vezes junto de um coqueiro ou de uma

bananeira.

Embora, ao longo do tempo, muitos dos rituais relacionados com a placenta tenham sofrido transformações, há famílias que mantêm grande parte das suas práticas ancestrais. Foi sobretudo após a ocupação pela Indonésia que a placenta passou a ser enterrada com mais frequência. Há quem acenda uma vela no local e há quem coloque objectos junto à placenta, de acordo com aquilo que desejam que a criança venha a ser ou a fazer no futuro.

Quando o parto tem lugar no domicílio, é costume dar de seguida banho ao recém-nascido com água morna, por vezes água quente ou, mais raramente, água fria. É frequente a utilização do fruto oleaginoso de *kamii* como substituto do sabão ou como produto de massagem corporal. Quando o parto é assistido por uma parteira tradicional, é costume ser esta a dar o primeiro banho. Tradicionalmente o bebé é colocado sobre as pernas em extensão, e aí lhe é dado banho. Actualmente é utilizada com frequência uma bacia. Após o banho é por vezes efectuada uma massagem no corpo do bebé com óleo de coco, óleo específico para bebé ou *kamii*, previamente mastigado e/ou espremido. Também há quem aplique pó de talco no seu corpo.

Quando o parto é assistido por parteiras nos estabelecimentos de saúde, habitualmente só é dado banho ao recém-nascido seis a vinte e quatro horas após o parto, ou um dia depois, o que está de acordo com as indicações provenientes de organizações internacionais.

Ocorrem, em Timor-Leste, infecções no recém-nascido que são atribuídas a maus cuidados de higiene na região umbilical. Após o corte do cordão umbilical, embora seja referido, com frequência, não haver cuidados especiais com o coto até ao momento em que fica seco e se destaca do abdómen do recém-nascido, nele são por vezes aplicadas diversas substâncias, tais como cinza, *kamii*, cal ou pó de talco, o que pode ter diversas finalidades, nomeadamente evitar a hemorragia ou infecções, ou acelerar a sua secagem. As parteiras oficiais e as parteiras tradicionais que receberam formação na época da Indonésia costumavam aplicar álcool ou Betadine (iodopovidona). Actualmente é

preconizada a não aplicação de qualquer substância, tendo o cuidado de manter o coto limpo usando apenas água e sabão, e depois bem seco (WHO, 1999). Embora também já não seja recomendado, por vezes ainda é colocada uma ligadura ou *gurita* a envolver o abdómen do recém-nascido.

Quando o coto umbilical seca e se desprende do abdómen do recém-nascido podem ser aplicadas diversas substâncias na cicatriz umbilical. Os *baikenu* usam frequentemente a cinza da fogueira, a fuligem produzida pelo seu fumo (*anus*) nas traves do tecto e no milho que se encontra suspenso, e a fuligem retirada do fundo da panela de barro, produzida pelo calor da fogueira. Alguns *baikenu*, *makalero*, *makasae* e *uaima'a* queimam folhas de certas plantas (jaqueira, mangueira, *akadiru* (*Borassus flabellifer*) ou bambu) na fogueira, e aplicam a cinza obtida desta forma. A *bua* (*Areca catechu*) é utilizada pelos *uaima'a*, pelos *makasae* e pelos *galolen*, podendo ser mastigada ou pilada. O pó do bambu ou o resíduo produzido pelo caruncho (*fuhuk ten*), bem como o *kamii* mastigado, colocado dentro de um pano e espremido, são substâncias utilizadas pelos *tetun*. Alguns timorenses referem ainda aplicar pó de talco na cicatriz umbilical.

Quanto ao coto umbilical, após a sua queda não costuma ser descartado, existindo alguns procedimentos especiais por parte dos pais. Uma prática comum a todos os grupos etnolinguísticos é a sua deposição, depois de embrulhado, num local resguardado (uma mala, o cestinha da masca ou um armário), servindo de recordação, para proteger a criança de doenças, para dar sorte, ou para outros fins. Outra prática frequente consiste em colocar o coto umbilical numa árvore ou enterrado junto à sua raiz, sendo referidas com maior frequência o coqueiro, o algodoeiro e a bananeira, e por vezes a arequeira. Segundo alguns, essa árvore passa a pertencer à criança, funcionando como uma recordação. Também pode ter como finalidade conferir "frescura" à criança, sinónimo de boa saúde e sucesso no futuro. Pelo mesmo motivo, alguns *baikenu* enterram o coto umbilical sob uma panela de barro com água, ou depositam-na na nascente; os *makasae* colocam-no frequentemente sob a lama do rio ou da nascente. Alguns adicionam-lhe um tronco de árvore usado na fogueira e/ou o bambu com que foi cortado o cordão umbilical. São ainda referidas outras práticas. Por exemplo, alguns *uaima'a* colocam o coto umbilical em cima de um búfalo, o qual passa a pertencer à

criança. Há quem guarde o coto e o utilize mais tarde com fins terapêuticos, nomeadamente quando a criança tem febre ou cólicas abdominais.

A atribuição do nome tradicional ao recém-nascido é comum a todos os grupos etnolinguísticos. Pode ter lugar logo após o nascimento ou mais tarde, e por vezes coincide com o ritual da primeira saída da criança. É geralmente escolhido o nome de um antepassado, o que obedece frequentemente a um procedimento especial. O acto de atribuir à criança o nome de um antepassado é, aliás, uma prática corrente em diversos continentes permitindo, dessa forma, fazer reviver o nome do defunto e evitar que este seja esquecido (Bartoli, 1998).

A escolha do nome consoante as reacções do recém-nascido (choro persistente; recusa da mama) é frequente nos diversos grupos etnolinguísticos, e significa, para alguns timorenses, que a criança (ou um dos antepassados) está a reclamar um nome ou a sua mudança. Assim, quando se acalma ou pega na mama é escolhido o nome proferido nesse momento. No entanto, este nome nem sempre é definitivo, podendo ser mudado mais tarde se a criança voltar a chorar ou adoecer. A atribuição de nomes ligados ao dia do nascimento, como o dia da semana, é uma prática referida por alguns timorenses. Posteriormente, quando a criança é baptizada atribuem-lhe um segundo nome, habitualmente um nome português. No entanto, o nome tradicional permanece, e é por ele que a criança continua por vezes a ser tratada, sobretudo no meio familiar.

Os rituais do recém-nascido apresentam, em Timor-Leste, variações entre grupos etnolinguísticos e, por vezes, entre comunidades do mesmo grupo, embora se encontrem semelhanças em determinados aspectos. Após o nascimento, há um período inicial, de duração variável, em que a mãe e o recém-nascido se mantêm em isolamento no interior da casa. Quando se dá a primeira saída do recém-nascido, é frequentemente realizada uma cerimónia para assinalar esse momento, que tem como função simbólica a integração da criança na sociedade. Algumas famílias limitam-se a fazer uma festa, convidando os familiares, outras seguem um ritual mais elaborado, de acordo com as práticas tradicionais provenientes dos antepassados. Entre os *bunak* e os *kemak* de Bobonaro, no momento em que o recém-nascido é levado pela primeira vez para o

exterior os seus familiares simulam a execução de tarefas consideradas masculinas (como a agricultura) ou femininas (como a costura ou a cozinha), consoante o sexo da criança. Mais recentemente, como passou a ser habitual a frequência da escola por crianças de ambos os sexos, também é usado material de escrita.

Com excepção dos *makalero*, em todos os restantes grupos etnolinguísticos é feita referência ao ritual da "lavagem dos olhos" (*fase matan*), que costuma ter lugar nas primeiras semanas de vida do recém-nascido. São habitualmente convidados os familiares e a parteira que assistiu ao parto, que "lavam" simbolicamente os olhos com o auxílio de um objecto de metal (moeda, pulseira ou anel), e/ou de uma folha. Este ritual tem como principal objectivo assegurar que a parteira, os outros assistentes e/ou o próprio bebé, mantenham uma boa capacidade visual. Segue-se habitualmente uma festa em que oferecem aos convidados comida, bebida e *bua malus* (bétel e areca) para mascar.

Outro ritual relativo à criança, o "corte de cabelo" (*tesi fuuk*), é também praticado em diversas regiões de Timor-Leste. O primeiro cabelo da criança é designado por alguns *tetun* por *fuuk lulik*, "cabelo sagrado", e pode ser cortado na sua totalidade ou parcialmente. Entre os *uaima'a*, os *makasae* e os *makalero* é designado por "cabelo amargo", existindo a crença de que a sua remoção confere boa saúde à criança. Quando as famílias têm capacidade económica costumam fazer uma festa nesse dia. Verifica-se uma grande variabilidade quanto ao momento da sua realização, podendo ter lugar no primeiro mês de vida da criança, ou mais tarde, por vezes só após um ano. Entre os *bunak* e os *fataluku* pode ser executado na mesma altura do *fase matan*. Alguns *bunak* fazem-no apenas quando se dá a inauguração de uma casa tradicional (*hadat*). Os *fataluku* cortam o cabelo ao recém-nascido quando o coto umbilical se desprende do seu abdómen, cerca de uma semana após o nascimento, e atribuem-lhe um nome tradicional. Este ritual é designado por *mu'a navare*, "conhecer a terra/mundo", e obedece a procedimentos específicos relativos à preparação e à partilha de uma refeição.

À semelhança do que sucede com a placenta e com o coto umbilical, o local onde o cabelo da criança é depositado demonstra uma "relação mágica contagiosa", utilizando

a designação de Frazer (1922). Após o corte, o cabelo é frequentemente colocado num local que lhe assegure "frescura", como uma nascente de água ou uma árvore, geralmente a bananeira ou o coqueiro. Alguns *bunak* levam-no, juntamente com as unhas e o coto umbilical, para a nascente junto à casa sagrada (*lulik*) da família. Existe entre muitos timorenses a crença de que esta "frescura" será transmitida à criança à qual foi removido o cabelo, o que assegurará a sua saúde.

Constatamos que, para os timorenses, o nascimento é mais do que um acontecimento biológico pois implica mudanças sociais importantes, sendo marcado por rituais específicos que envolvem a família e se alargam por vezes à sua comunidade. Alguns podem ser classificados como "ritos de passagem" (Van Gennep [1909] 1981), nomeadamente a atribuição do nome à criança e a sua primeira saída para o exterior, servindo para a introduzir na sociedade. São ainda realizados ritos de outro tipo, que se justapõem aos ritos de passagem ou com eles se combinam, como é o caso dos ritos de predição e de protecção da saúde. Ao longo do tempo, muitos destes rituais têm, no entanto, sofrido transformações.

Ao finalizarmos o presente estudo, podemos afirmar que a cultura exerce uma forte influência sobre o comportamento de saúde reprodutiva das mulheres e suas famílias, subsistindo uma grande diversidade de crenças e práticas em torno do nascimento. Se algumas delas são generalizadas, outras são específicas de determinados grupos etnolinguísticos ou regiões, com variações entre famílias.

O modelo "ecocultural" (Berry et al., 2002; Segall et al., 1999) tem como base a ideia geral de que o comportamento individual é determinado, pelo menos parcialmente, pela cultura, que é por sua vez uma resposta adaptativa do grupo às condições ecológicas e sociopolíticas. As ligações entre as características do grupo e o comportamento dos indivíduos implicam processos como a aculturação e a transmissão cultural.

Cada grupo cultural perpetua as suas características comportamentais através das subsequentes gerações usando várias formas de transmissão cultural. Estas incluem os processos de enculturação e de socialização, particularmente bem ilustrados por Super e

Harkness (1986) no seu modelo do "nicho desenvolvimental", que forma o mundo da criança dentro do qual ela integra os valores e os costumes importantes para a cultura.

As crenças formam-se a partir da infância, sendo o produto da experiência, da aprendizagem e da cultura. Juntamente com as atitudes, os valores e as opiniões, envolvem o processo psicológico fundamental de avaliação dos objectos e eventos pela própria experiência. Não só representam respostas cognitivas, afectivas e comportamentais e formas de conceptualização e de procedimento com o ambiente, como também, ao influenciarem a percepção e o comportamento, ajudam a criar o tipo de ambiente que o indivíduo deseja ou admite existir (Aiken, 2002).

Transpondo estes conceitos para o caso de Timor-Leste, as semelhanças comportamentais dentro de cada família ou grupo etnolinguístico, e as diferenças comportamentais entre famílias ou grupos etnolinguísticos, resultam dos processos de enculturação e de socialização. Os seus principais agentes são os pais e a família alargada, mas também têm importância os pares e diversas organizações ligadas à comunidade, como é o caso da escola e da igreja. A nível familiar são transmitidos, entre gerações, valores, crenças e costumes, e praticados rituais provenientes dos antepassados ligados a cada casa tradicional, a *uma hadat*.

Além do processo de transmissão cultural, que se dá no interior da cultura primária, a ligação entre as características de cada grupo e o comportamento dos indivíduos implica também o processo de aculturação, que deriva do contacto com outras culturas. A influência exercida pelos contactos interculturais entre os timorenses pertencentes a diversos grupos etnolinguísticos, e entre os timorenses e outros povos, alguns dos quais exercendo autoridade, implicou um processo de aculturação que é mais visível em zonas urbanas e de maior penetração de outros grupos culturais.

Quanto às consequências dos contactos com os portugueses, além da língua, a introdução do catolicismo foi um dos aspectos mais relevantes, levando à conversão de grande parte da população, tradicionalmente animista. No entanto, embora tenha operado uma transformação significativa na sociedade timorense, não erradicou muitas

das crenças e práticas tradicionais dos timorenses, baseadas no culto dos espíritos dos antepassados, coabitando muitas delas, sem aparente conflito, com as da religião católica. Quanto ao legado deixado pelos indonésios durante o tempo de permanência no território, teve repercussões a vários níveis. Salientamos a deslocação forçada de muitas famílias das suas terras ancestrais, que dificultou a manutenção de algumas das práticas tradicionais dos timorenses, levando à introdução de outros costumes. Embora possa ter ocorrido um certo grau de aculturação que acarretou algumas mudanças cognitivas e comportamentais, mais notadas em determinadas regiões e em meio urbano, também observamos, no entanto, que com o retorno de muitas famílias às suas origens, se dá a retoma, se não total, pelo menos parcial de algumas das suas tradições, nomeadamente as que estão associadas à casa tradicional (*uma hadat*).

No que respeita à deficiente situação actual da saúde reprodutiva em Timor-Leste, também se compreende ao analisarmos o seu conturbado percurso histórico e o impacto que teve na sociedade timorense. A implementação das políticas de saúde pública e o recurso, por parte das mulheres e suas famílias, aos serviços oferecidos a nível do sistema de saúde envolvem diversos problemas, nomeadamente as condições de acesso, a falta de infra-estruturas públicas de saúde bem apetrechadas, a carência de recursos humanos qualificados e, também, a discrepância existente entre uma oferta médica moderna e um modelo tradicional de saúde que tem por base crenças e práticas de saúde derivadas da herança etnocultural dos timorenses, que acompanham e envolvem o nascimento. O problema coloca-se sobretudo quando determinadas práticas são vistas como prejudiciais, ou quando não se enquadram no conjunto daquelas que, do ponto de vista científico e do modelo biomédico, são consideradas saudáveis.

O Ministério da Saúde pretende desenvolver um sistema de saúde descentralizado, culturalmente apropriado e que inclua a participação comunitária na tomada de decisão (Ministério da Saúde de Timor-Leste, 2002). Para tentar responder à necessidade de melhoria dos serviços de prestação de cuidados de saúde reprodutiva, e consequente redução da mortalidade materna e neonatal, têm sido tomadas algumas medidas, nomeadamente a implementação de diversos programas de saúde, a formação dos profissionais e o equipamento dos estabelecimentos de saúde. Também está previsto o

estabelecimento de mecanismos para assegurar o envolvimento e a colaboração entre os assistentes qualificados e os prestadores de cuidados de saúde informais, como as parteiras tradicionais e os curandeiros. Estes estão familiarizados com o terreno difícil e compreendem os contextos e as barreiras culturais, pelo que podem ser utilizados para melhorar a incorporação e a aceitação dos serviços de saúde pública. Outra das abordagens estratégicas diz respeito à realização de acções de educação para a saúde na comunidade.

A melhoria do estatuto da mulher na sociedade timorense e a sua participação e representação em todas as instâncias também se reveste de grande importância e constitui um desafio para o país. A educação desempenha aqui um papel fundamental, sendo de prever que, à medida que Timor-Leste se vai desenvolvendo e que as gerações mais jovens de mulheres adquirem níveis de educação mais elevados, a procura de métodos de regulação da fecundidade e de cuidados de saúde materno-infantil eficazes aumente.

Pensamos ter atingido os objectivos traçados para este estudo, que pretendeu dar uma panorâmica geral sobre o assunto, não o esgotando mas, pelo contrário, deixando pistas para outros trabalhos. Fazemos, por isso, algumas sugestões de futuras investigações nesta área: por um lado, poderão ser realizados estudos mais aprofundados junto de cada grupo etnolinguístico; por outro, há alguns aspectos que seria interessante explorar, nomeadamente algumas práticas de medicina tradicional, como as que se relacionam com a etnobotânica. Também poderão ser efectuados estudos comparativos entre Timor-Leste e outros países ou grupos culturais da mesma região geográfica, uma vez que se encontram algumas semelhanças entre determinadas crenças e práticas.

Esperamos, com o presente estudo de investigação, proporcionar uma melhor compreensão dos fenómenos culturais que estão subjacentes ao comportamento de saúde reprodutiva dos timorenses. Poderemos, desta forma, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, o que será favorecido pela concepção e implementação de serviços de saúde culturalmente adaptados, que correspondam às necessidades reais dos timorenses.

BIBLIOGRAFIA

Aboud, F. E. (1998). *Health Psychology in Global Perspective*. Thousand Oaks, California: Sage.

Agência-Geral do Ultramar (1970). *Timor: Pequena Monografia*. Lisboa: Agência-Geral do Ultramar.

Aijmer, G. (Ed.). (1992). *Coming into Existence: Birth and Metaphors of Birth*. Gothenburg: IASSA, University of Gothenburg.

Aiken, L. R. (2002). *Attitudes and Related Psychosocial Constructs: Theories, Assessment, and Research*. Thousand Oaks, California: Sage.

Alasuutari, P. (1995). *Researching Culture: Qualitative Method and Cultural Studies*. London: Sage.

Almeida, M. E. C. (1982). *Estudo Serológico dos Grupos Etnolinguísticos de Timor-Dili: Sistema (ABO)*. Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical / Junta de Investigações Científicas do Ultramar.

Anderson, S. V.; Bauwens, E. E. (1982). An Ethnography of Home Birth. In M. Kay (Ed.), *Anthropology of Human Birth* (pp. 289-303). Philadelphia: F. A. Davis.

Anderson, T. (2008). *Solidarity Aid: the Cuba – Timor Leste Health Programme*, The International Journal of Cuban Studies, 2. Acedido a 20 de Outubro de 2009 em: http://www.cubastudiesjournal.org/londonmet/library/c78411_3.pdf

Araujo, G; Araujo, L.; Janowitz, B.; Wallace, S. L.; Potts, M. (1983). Improving obstetric care by training traditional birth attendants, Fortaleza, Brazil. In M. Potts, B. S. Janowitz e J. A. Fortney (Eds.), *Childbirth in Developing Countries* (pp. 29-40).

Lancaster/Boston: MTP Press.

Aylward, M. (2006). Beliefs: Clinical and Vocational Interventions; Tackling Psychological and Social Determinants of Illness and Disability. In P. Halligan e M. Aylward (Eds.), *The Power of Belief: Psychosocial Influence on Illness, Disability and Medicine* (pp. xxvii-xxxvii). New York: Oxford University Press.

Baião, M. R.; Deslandes, S. F. (2006). Alimentação na Gravidez e Puerpério. *Revista de Nutrição*, Campinas, 19 (2), 245-253. Acedido a 11 de Junho de 2011 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000200011&lng=pt&nrm=iso

Banks, M. (2007). *Using Visual Data in Qualitative Research*. London: Sage.

Barata, O. S. (1996). A Conferência do Cairo sobre População e Desenvolvimento. In *Conjuntura Internacional 1996* (pp. 373-429). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Barbaut, J. (1990). *O Nascimento através dos Tempos e dos Povos*. Lisboa: Terramar.

Barclay, L.; Aiavao, F; Fenwick, J.; Papua, K. T. (2005). *Midwives' Tales: Stories of Traditional and Professional Birthing In Samoa*. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University Press.

Bartoli, L. (1998). *Venir au Monde: Les Rites de l'Enfantement sur les Cinq Continents*. Paris: Plon.

Bazeley, P. (2007). *Qualitative Data Analysis with Nvivo*. London: Sage.

Beers, S-J. (2001). *Jamu: The Ancient Indonesian Art of Herbal Healing*. Singapore: Periplus.

Bell, C. (1992). *Ritual Theory, Ritual Practice*. New York: Oxford University Press.

Bell, C. (1997). *Ritual: Perspectives and Dimensions*. New York: Oxford University Press.

Bellwood, P. (2007). *Prehistory of the Indo-Malaysian Archipelago* (3rd ed.). Canberra: ANU E Press.

Bellwood, P.; Fox, J. J.; Tryon, D. (Eds.). (2006). *The Austronesians: Historical and Comparative Perspectives*. Canberra: ANU E Press.

Belo, C. F. X., SDB (1985). *Carta pastoral sobre Keluarga Berencana (KB)*. Díli, 3 de Março de 1985.

Belton, S.; Whittaker, A.; Barclay, L. (2009). *Maternal Mortality, Unplanned Pregnancy and Unsafe Abortion in Timor-Leste: A Situational Analysis*. Díli: Alola Foundation.

Benedict, R. ([1934] 2000). *Padrões de Cultura*. Lisboa: Edição «Livros do Brasil». [Tradução da versão original em inglês, *Patterns of Culture*].

Berg, B. L. (1998). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Bernard, H. R.; Ryan, G. W. (2010). *Analyzing Qualitative Data: Systematic Approaches*. Thousand Oaks, California: Sage.

Bernardo, D. (2005). *The Evaluation of the Family Planning Program in Six Selected Districts of Timor-Leste*. Díli: Ministério da Saúde e UNFPA.

Berry, J. W. (2006). Contexts of acculturation. In D. L. Sam e J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 27-42). Cambridge:

Cambridge University Press.

Berry, J. W.; Poortinga, Y. H.; Segall, M. H.; Dasen, P. R. (2002). *Cross-Cultural Psychology: Research and Applications* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.

Berthe, L. (1961). Le Marriage par Achat et la Captation des Gendres dans une Société Sémi-feodale: les Bunak de Timor Central. *L'Homme*, 1 (3), 5-31.

Berthe, L. (1972). *Bei Gua, Itinéraire des Ancêtres, Mythes des Bunaq de Timor*, texte recueilli à Timor auprès de Bere Loeq, Luan Tes, Asa Bauq et Asa Beleq. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique.

Boas, F. ([1911] 1938). *The Mind of Primitive Man* (Rev. ed.). New York: The Macmillan Company.

Bock, P. K. (1980). *Continuities in Psychological Anthropology: A Historical Introduction*. San Francisco: W. H. Freeman and Company.

Bogdan, R; Biklen, S. (1994). *Investigação em Educação*. Porto: Porto Editora.

Bondestam, L.; Bergstrom, S. (Ed.). (1980). *Poverty and Population Control*. London: Academic Press.

Bowden, J. (2006). Attitudes, Values and Health Behaviours. In J. Bowden e V. Manning (Eds.), *Health Promotion in Midwifery: Principles & Practice* (2nd ed.) (pp. 62-75). London: Hodder Arnold.

Bowden, J.; Manning, V. (Eds.). (2006). *Health Promotion in Midwifery: Principles & Practice* (2nd ed.). London: Hodder Arnold.

Braga, P. (1936a). A Terra, a Gente e os Costumes de Timor. *Cadernos Coloniais*, (7), 5-

48. Lisboa: Cosmos.

Braga, P. (1936b). Dili-Bázar Tete. *Cadernos Coloniais*, (14), 3-40. Lisboa: Cosmos.

Braga, P. (1936c). Nos Antípodas. *Cadernos Coloniais*, (21), 3-40. Lisboa: Cosmos.

Braga, P. (1936d). A Ilha dos Homens Nus. *Cadernos Coloniais*, (30), 3-38. Lisboa: Cosmos.

Braga, P. (1938). Timor: País de Sol e Volúpia. *Cadernos Coloniais*, (42), 3-46. Lisboa: Cosmos

Brandão, M. G. L.; Cosenza, G. P.; Grael, C. F. F.; Junior, N. L. N.; Monte-Mór, R. L. M. (2009). Traditional Uses of American Plant Species from the 1st Edition of Brazilian Official Pharmacopoeia. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, 19 (2A), 478-487.

Brisbois, E.; Douvier, F. (1980). *Les Toradja de Célèbes (Indonésie)*. Paris: Hachette.

Brislin, R. W. (Ed.) (1990). *Applied Cross-Cultural Psychology*. Newbury Park, California: Sage.

Brito, R. S. (2001). *Timor Loro Sa'e: A Terra e as Gentes*. In J. D. C. Arez (Comissário Científico), *Cerâmicas de Timor Loro Sa'e* (pp. 23-28). Catálogo de Exposição. Lisboa: Centro Científico e Cultural de Macau.

Brodie, J. F. (2001). Menstrual Interventions in the Nineteenth-Century United States. In E. Van de Walle e E. P. Renne (Eds.), *Regulating Menstruation: Beliefs, Practices, Interpretations* (pp. 39-63). Chicago: The University of Chicago Press.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.

Burton, A. K.; Waddell, G; Main, C. J. (2006). Beliefs and Obstacles to Recovery in Low Back Pain. In P. Halligan e M. Aylward (Eds.), *The Power of Belief: Psychosocial Influence on Illness, Disability and Medicine* (pp. 161-176). New York: Oxford University Press.

Cabral, A. C. V. (2002). *Obstetrícia* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.

Campagnolo, H. (1979). *Fataluku 1: Relations et Choix, Introduction Methodologique a la Description d'une Langue 'Non-Austronesienne' de Timor Oriental*. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique.

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Carmo, A. D. A. (1965). O Povo Mambai: Contribuição para o Estudo do Grupo Linguístico Mambai – Timor. Separata de *Estudos Políticos e Sociais*, III (4), 1233-1368. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Política Ultramarina.

Carmo, A. D. A. (2002). Religiões de Timor. In *JANUS 2002 - Anuário de Relações Exteriores* (pp. 86-87). Lisboa: Público e Universidade Autónoma de Lisboa.

Carmo, H.; Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carrascalão, M. A. (2002). *Timor: Os Anos da Resistência*. Queluz: Mensagem.

Cassidy, C. M. (2001). Social and Cultural Context of Complementary and Alternative Medicine Systems. In M. S. Micozzi (Ed.), *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine* (2nd ed.) (pp. 18-42). New York: Churchill Livingstone.

Castro, A. O. ([1943] 1996). *A Ilha Verde e Vermelha de Timor*. Lisboa: Cotovia.

Chasdi, E. H. (Ed.) (1994). *Culture and Human Development: The Selected Papers of John Whiting*. New York: Cambridge University Press.

Chevalier, J; Gheerbrant, A. ([1969] 1982). *Dictionnaire des Symboles: Mythes, Rêves, Coutumes, Gestes, Formes, Figures, Couleurs, Nombres* (Éd. revue et augmentée). Paris: Robert Laffont / Jupiter.

Chirawatkul, S. (1996). Blood Beliefs in a Transitional Culture in Northeastern Thailand. In P. L. Rice e L. Manderson (Eds.), *Maternity and Reproductive Health in Asian Societies* (pp. 247-259). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Chow, G. E.; Yancey, M. K. (2002). Labor and Delivery: Normal and Abnormal. In F. W. Ling e P. Duff (Eds.), *Pocket Guide for Obstetrics & Gynecology: Principles for Practice* (pp. 329-352). New York: McGraw-Hill.

CIC-Portugal – Associação para a Cooperação, Intercâmbio e Cultura (1999). *Timor Lorosae. A Terra e o Povo*. Lisboa: CIC-Portugal.

Cinatti, R. (1987). *Motivos Artísticos Timorenses e a sua Integração*. Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical / Museu de Etnologia.

Cinatti, R.; Almeida, L.; Mendes, S. (1987). *Arquitectura Timorense*. Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical / Museu de Etnologia.

Clamagirand, B. (1975). *Marobo: Organisation Sociale et Rites d'une Communauté Ema de Timor*. Thèse de Doctorat de 3º cicle (Ethnologie). Paris: École Pratique des Hautes Études – Université René Descartes.

Clamagirand, B. (1980). The Social Organization of the Ema of Timor. In J. J. Fox (Ed.), *The Flow of Life: Essays on Eastern Indonesia* (pp. 134-151). Cambridge: Harvard University Press.

Collier, J; Collier, M. (1986). *Visual Anthropology: Photography as a Research Method*. Albuquerque: University of New Mexico Press.

Condominas, G. ([1954] 1974, 2003). *Nous avons mangé la forêt de la Pierre-Génie Gôo: (Hii saa Brii Mau-Yaang Gôo): Chronique de Sar Luk, village Mnong Gar (tribu proto-indochinoise des Hauts-Plateaux du Viet-nam central)* (2e éd.). Paris: Mercure de France.

Connor, L. (1998). Dukun and Spirit Mediums. In J. J. Fox (Ed.), *Indonesian Heritage: Religion and Ritual* (pp. 104-105). Singapore: Archipelago Press.

Corbin, J.; Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Corrêa, A. A. M. (1944). *Timor Português: Contribuições para o seu Estudo Antropológico*. Lisboa: Imprensa nacional de Lisboa.

Corrêa, A. P. (1935). *Gentio de Timôr*. Lisboa: Edição do Autor.

Correia, M. A. (1987). O Aborto. In F. A. Gomes, A. Albuquerque e J. S. Nunes (Coords.), *Sexologia em Portugal*, vol. II (pp. 120-129). Lisboa: Texto.

Correia, A. J. G.; Corte-Real, B. A.; Hull, G. S.; Saunders, G. W.; Tilman, R. C.; Soares, M. A.; Santos, D. (2005). *Disionáriu Nasional ba Tetun Ofisiál*. Díli: Instituto Nacional de Linguística.

Cosminsky, S. (1982). Knowledge and Body Concepts of Guatemalan Midwives. In M. A. Kay (Ed.), *Anthropology of Human Birth* (pp. 233-252). Philadelphia: F. A. Davis.

Cosminsky, S. (1994). Childbirth and Change: a Guatemalan Study. In C. P.

MacCormack (Ed.), *Ethnography of Fertility and Birth* (2nd ed.) (pp. 195-219). Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.

Cosminsky, S. (2001). Midwives and Menstrual Regulation: A Guatemalan Case Study. In E. Van de Walle e E. P. Renne, *Regulating Menstruation: Beliefs, Practices, Interpretations* (pp. 254-273). Chicago: The University of Chicago Press.

Costa, L. (2000). *Dicionário de Tétum-Português*. Lisboa: Edições Colibri.

Cox; S.; Carey, P. (1995). *Timor-Leste. Gerações de Resistência*. Lisboa: Caminho.

Cristalis, I; Scott, C. (2005). *Independent Women: The Story of Womens's Activism in East Timor*. London: Catholic Institute for International Relations.

Cruden, L. (1997). *Medicine Grove: A Shamanic Herbal*. Rochester, Vermont: Destiny Books.

Cuche, D. (2001). *La Notion de Culture dans les Sciences Sociales* (Nouv. éd.). Paris: La Découverte.

Dasen, P. R. (1991). La Contribuition de la Psychologie Interculturelle a la Formation des Enseignants pour une Éducation Interculturelle. In M. Lavallée, F. Ouellet e F. Larose (Eds.), *Identité, Culture et Changement Social* (pp. 220-231). Paris: L' Harmattan.

Davis-Floyd, R. E. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley, California: University of California Press.

Davis-Floyd, R. E.; Sargent, C. F. (Eds.). (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley, California: University of California Press.

Defert, G. (1992). *Timor-Est, le Génocide Oublié: Droit d'un Peuple et Raisons d'États*. Paris: L'Harmattan.

Denzin, N. K. (1989). *The Research Act*. (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (1994). Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. In N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-17). Thousand Oaks, California: Sage.

Devereux, G. (1960). *A Study of Abortion in Primitive Societies*. London: Thomas Yoseloff Ltd.

Direcção Geral da Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar* (Ed. revista e actualizada). Lisboa: Direcção Geral da Saúde - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.

Direcção Nacional de Estatística (DNE) (2004). *Population Projections 2004-2050.* Report 1: General Population Census of Timor-Leste 2004, Analysis of Census Results. Díli: DNE.

Direcção Nacional de Estatística (DNE) (2005). *Timor-Leste: Censo da População e Habitação 2004 – Resumo dos Principais Indicadores*. Díli: DNE - Ministério do Plano e das Finanças.

Direcção Nacional de Estatística (DNE) (2006). *Timor-Leste: Censo da População e Habitação 2004 - Tabelas Prioritárias Nacionais*. Díli: DNE e FNUAP.

Direcção Nacional de Estatística (DNE) (2011). *Highlights of the 2010 Census Main Results in Timor-Leste*. Díli: DNE - Ministério das Finanças.

Direcção Nacional de Estatística (DNE); ICF Macro (2010). *Timor-Leste Demographic*

and Health Survey 2009-10. Díli: DNE - Ministério das Finanças..

Direcção Nacional de Estatística (DNE); Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) (2006). *Timor-Leste: Censo da População e Habitação 2004 - Tabelas Prioritárias Nacionais*. Díli: DNE e FNUAP.

Direcção Nacional de Estatística (DNE); United Nations Population Fund (UNFPA) (2011). *Population and Housing Census of Timor-Leste, 2010. Volume 2: Population Distribution by Administrative Areas*. Díli: DNE e UNFPA.

Direcção Nacional de Estatística (DNE); World Bank; UNICEF (2008). *Final Statistical Abstract: Timor-Leste Survey of Living Standards 2007*. Díli: DNE - Ministério das Finanças.

Du Bois, C. (1944). *The People of Alor: A Social-Psychological Study of an East Indian Island*. Minneapolis: The University of Minnesota Press.

Duarte, J. B. (1984). *Timor - Ritos e Mitos Ataúros*. Lisboa: Instituto de Cultura e Língua Portuguesa.

Dundes, L. (2003). The Evolution of Maternal Birthing Position. In L. Dundes (Ed.), *The Manner Born: Birth Rites in Cross-Cultural Perspective* (pp. 55-63). Walnut Creek, California: Altamira Press.

Dunn, J. (1996). *Timor: A People Betrayed* (New ed.). Sydney: ABC Books.

Durand, F. (2004). *Catholicisme et Protestantisme dans l'Île de Timor: 1556-2003. Construction d'une Identité Chrétienne et Engagement Politique Contemporain*. Toulouse / Bangkok: Éditions Arkuiris - IRASEC.

Durand, F. (2006a). *East Timor, a Country at the Crossroads of Asia and the Pacific, a Geo-Historical Atlas*. Bangkok: IRASEC - Institut de Recherche sur l'Asie du Sud-Est

Contemporaine / Silkworm Books. (Adaptado e actualizado a partir da versão em francês: *Timor Lorosa'e, pays au carrefour de l'Asie et du Pacifique, un atlas géo-historique*, 2002).

Durand, F. (2006b). *Timor: 1250-2005. 750 Ans de Cartographie et de Voyages*. Toulouse / Bangkok: Éditions Arkuiris - IRASEC.

Durkheim, E. ([1912] 1915). *The Elementary Forms of the Religious Life*. London: George Allen & Unwin Ltd. [Tradução da versão original em francês *Les Formes Élémentaires de la Vie Religieuse*].

East Timor Transitional Administration; Asian Development Bank; World Bank; United Nations Development Programme (2001). *The 2001 Survey of Sucos: Initial Analysis and Implications for Poverty Reduction*. Díli, Timor-Leste.

Eide, P.; Allen, C. B. (2005). Recruiting Transcultural Qualitative Research Participants: A Conceptual Model. *International Journal of Qualitative Methods*, 4(2), 44-56. Acedido a 01de Janeiro de 2007 em: http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_2/pdf/EIDE.pdf

Eiseman, Jr., F. B. (1990). *Bali: Sekala & Niskala, Volume I: Essays on Religion, Ritual, and Art*. Hong Kong: Periplus Editions.

Eliade, M. ([1958] 1965). *Rites and Symbols of Initiation: The Mysteries of Birth and Rebirth*. New York: Harper & Row.

Embaixada de Cuba em Timor-Leste (2009). *Cooperação Médica em Timor-Leste*. Acedido a 30 de Outubro de 2009 em: http://embacuba.cubaminrex.cu/Default.aspx?tabid=4822

Engelmann, G. J. ([1884] 2009). *Labor Among Primitive Peoples* (Reimpressão). Charleston, South Carolina: BiblioLife, LLC.

Enning, C. ([2003] 2010). *Le Placenta, Rituels et Usages Thérapeutiques*. Villiers-sur-Marne: Éditions du Hêtre. [Tradução da versão original em alemão, *Heilmittel aus Plazenta, Medizinisches und Ethnomedizinisches*].

Eriksson, M. K. (1999). *Reproductive Freedom: In the Context of International Human Rights and Humanitarian Law*. The Hague: Martinus Nijhoff.

Faculdade de Arquitectura – Universidade Técnica de Lisboa; GERTIL – Grupo de Estudos de Reconstrução de Timor Leste (2002). *Atlas de Timor Leste*. Lisboa: Lidel.

Fathalla, M.; Rosenfield, A.; Indriso, C. (1992). *F.I.G.O. Manual sobre Reprodução Humana. Planeamento Familiar*, vol. 2. Barcelona: Edika-Med, S.A.

Felgas, H. A. E. (1956). *Timor Português.* Lisboa: Agência Geral do Ultramar.

Ferreira, M. (1951a). Tutuala I (Apontamentos Etnográficos). *Seara*, 3 (6), 211-217.

Ferreira, M. (1951b) Tutuala II (O Lovaia-Epulo). *Seara*, 3 (6), 256-259.

Ferreira, M. (1953a). Dili: Apontamentos Etnográficos. *Seara*, 5 (4), 212-216.

Ferreira, M. (1953b). Dili: Apontamentos Etnográficos. *Seara*, 5 (5), 247-249.

Ferreira, M. P. V. (2000). *Ko'alia Tetum (Conhecer Timor).* Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

Fitti-Sinclair, R. (2002). Childbirth in Papua New Guinean Villages and in Port Moresby General Hospital. In V. Lukere e M. Jolly (Eds.), *Birthing in the Pacific: Beyond Tradition and Modernity?* (pp. 56-78). Honolulu: University of Hawai'i Press.

Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research* (4th ed.). London: Sage.

Fontoura, A. (1942). *O Trabalho dos Indígenas de Timor*. Lisboa: Agência Geral das Colónias.

Forman, S. (1980). Descent, Alliance and Exchange Ideology among the Makassae of East Timor. In J. J. Fox (Ed.), *The Flow of Life: Essays on Eastern Indonesia* (pp. 152-177). Cambridge: Harvard University Press.

Fox, J. J. (Ed.). (1980). *The Flow of Life: Essays on Eastern Indonesia*. Cambridge: Harvard University Press.

Fox, J. J. (Ed.). (1998). *Indonesian Heritage: Religion and Ritual*. Singapore: Archipelago Press.

Francillon, G. (1989). Un Profitable Échange de Frères chez les Tetun du Sud, Timor central. *L'Homme*, 29 (109), 26-43.

Frazer, J. G. (1922). *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion* (Abridged ed.). New York: Macmillan.

Friedberg, C. (1973). Repérage et Découpage du Temps chez les Bunaq du Centre de Timor. *Archipel*, 6, 119-144.

Friedberg, C. (1978). *Comment fut Tranchée la Liane Céleste et Autres Textes de Littérature Orale Bunaq (Timor, Indonésie) recueillis et traduits par Louis Berthe*. Paris: SELAF.

Friedberg, C. (1979). Socially Significant Plant Species and their Taxonomic Position Among the Bunaq of Central Timor. In R. F Ellen e D. Reason (Eds.), *Classifications in their Social Context* (pp. 81-101). London: Academic Press.

Friedberg, C. (1980). Boiled Woman and Broiled Man: Myths and Agricultural Rituals

of the Bunaq of Central Timor. In J. J. Fox (Ed.), *The Flow of Life: Essays on Eastern Indonesia* (pp. 266-289). Cambridge: Harvard University Press.

Friedberg, C. (1982). *Muk Gubul Nor "La Chevelure de la Terre": Les Bunaq de Timor et les Plantes*. Thèse de Doctorat d'État (5 vols.). Paris: Université Paris V – René Descartes.

Friedberg, C. (1983). Ethnomedecine et Ethnoscience: Nosologie et Etiologie chez les Bunaq de Timor (Indonésie). *Bulletin d'Ethnomédecine*, 24, 37-58.

Friedberg, C. (1985). La Santé à Bali: Le Plein, le Tempéré et le Juste Milieu. *L'Ethnographie*, tome LXXXI, 96-97, 141-157.

Friedberg, C. (1990). *Le Savoir Botanique des Bunaq: Percevoir et Classer dans le Haut Lamaknen (Timor, Indonésie)*. Mémoires du Muséum National d'Histoire Naturelle (Série B, Botanique) 32. Paris: Éditions du Muséum National d'Histoire Naturelle.

Gammeltoft, T. (1999). *Women's Bodies, Women's Worries: Health and Family Planning in a Vietnamese Ruaral Community*. Surrey: Curzon.

Gardiner, H. W.; Kosmitzki, C. (2008). *Lives Across Cultures: Cross-Cultural Human Development* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Geertz, C. ([1960] 1976). *The Religion of Java*. Chicago: The University of Chicago Press.

Gélis, J. (1984). *L'Arbre et le Fruit: La Naissance dans l'Occident Moderne (XVIe-XIXe siècle)*. Paris: Fayard.

Ghasarian, C. ([1996] 1999). *Introdução ao Estudo do Parentesco*. Lisboa: Terramar. [Tradução da versão original em francês, *Introduction à l'Étude de la Parenté*].

Glover, I. C. (2001). The Prehistoric Background to Timorese Culture: Evidence from Excavations in Eastern Timor. In J. D. C. Arez (Comissário Científico), *Cerâmicas de Timor Loro Sa'e* (pp. 47-51). Catálogo de Exposição. Lisboa: Centro Científico e Cultural de Macau.

Gomes, F. A. (1972). *Os Fataluku*. Dissertação de Licenciatura. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Política Ultramarina (ISCSPU) - Universidade Técnica de Lisboa (UTL).

Gonzalès, J. (1996). *Histoire Naturelle & Artificielle de la Procréation*. Paris: Larousse-Bordas.

Governo de Timor-Leste (2010). *Divisões Administrativas*. Acedido a 04 de Novembro de 2010 em: http://timor-leste.gov.tl/?p=91&lang=pt

Governo da República Democrática de Timor-Leste (2010). *Timor-Leste: Plano Estratégico de Desenvolvimento 2011-2030*. Díli: Governo da República Democrática de Timor-Leste.

Governo da República Democrática de Timor-Leste; United Nations Development Programme (2009). *The Millennium Development Goals, Timor-Leste*.
Acedido a 10 de Outubro de 2009 em: http://www.tl.undp.org/undp/Publications/Other%20publications/MDG%20Timor-Leste_2009.pdf

Graça, L. M. (1996). *Medicina Materno-Fetal: Fundamentos e Prática Clínica* (Vol. 2). Lisboa: Wyeth Lederle.

Grace, J. (1996). Healers and Modern Health Services: Antenatal, Birthing and Postpartum Care in Rural East Lombok, Indonesia. In P. L. Rice e L. Manderson (Eds.), *Maternity and Reproductive Health in Asian Societies* (pp. 145-167). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Gray, A. (2003). *Research Practice for Cultural Studies: Ethnographic Methods and Lived Cultures*. London: Sage.

Grbich, C. (2007). *Qualitative Data Analysis: An Introduction*. London: Sage.

Green, J.; Thorogood, N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage.

Greenhalgh, S. (Ed.). (1995). *Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gunn, G. (1999). *Timor Loro Sae: 500 Anos*. Macau: Livros do Oriente.

Guterres, J. (2001). Para uma Antropobiologia do Sistema de Alianças em Timor: O Caso dos Makasae. *Lusotopie 2001*, 173-181. Acedido a 22 de Março de 2006 em: http://www.lusotopie.sciencespobordeaux.fr/gutterez.pdf

Halligan, P; Aylward, M. (2006). *The Power of Belief: Psychosocial Influence on Illness, Disability and Medicine*. New York: Oxford University Press.

Hammersley, M.; Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in Practice* (3rd ed.). London: Routledge.

Hanks, J. R. (1963). *Maternity and its Rituals in Bang Chan*. Cornell Thailand Project Interim Reports Series 6. Ithaca, New York: Department of Asian Studies, Cornell University.

Harris, A. (2002). *Beranak* and *Bekindu*': Discourses of Risk and Strength in Childbirth and Post-Partum Practice among Iban Communities of Pakan. In S. Rosario e G. Samuel (Eds.), *The Daughters of Hariti: Childbirth and Female Healers in South and Southeast Asia* (pp. 234-255). London: Routledge.

Hart, D. V.; Rajadhon, P. A.; Coughlin, R. J. (1965). *Southeast Asian Birth Customs: Three Studies in Human Reproduction*. New Haven, Connecticut: Human Relations Area Files Press.

Hawkins, J.; Matteson, P.; Tabeek, E. S. (1995). Fertility Control. In C. I. Foge e N. F. Woods (Eds.), *Women's Health Care: A Comprehensive Handbook* (pp. 281-322). Thousand Oaks, California: Sage.

Hay, M. C. (2004). *Remembering to Live: Illness at the Intersection of Anxiety and Knowledge in Rural Indonesia*. Ann Arbor, Michigan: The University of Michigan Press.

Health Alliance International (HAI) (2004). *Strengthening Maternal and Newborn Care in Timor Leste: Focus Group Discussions with Midwives – Aileu, Ermera, Liquisa and Manatuto Districts*. Díli: HAI.

Health Alliance International (HAI) (2005). *Strengthening Maternal and Newborn Care in Timor Leste: Qualitative Community Assessment Aileu and Manatuto Districts*. Díli: HAI.

Health Alliance International (HAI) (2007). *Child Spacing Baseline Community Assessment Report - Districts of Aileu and Manatuto*. Díli: HAI.

Health Alliance International (HAI) (2008a). *Improving Maternal and Newborn Health in Timor-Leste: Birth-Friendly Facilities Program*. An Implementation Evaluation Report for Health Alliance International. Díli: HAI.

Health Alliance International (HAI) (2008b). *Maternal and Child Health in Timor-Leste: Final Knowledge, Practice and Coverage Survey Report*. Díli: HAI.

Health Alliance International (HAI); Ministério da Saúde (2008). *An Evaluation of Feto Nia Funu (The Women's War): A Film about Pregnancy and Childbirth in Timor-Leste*.

Díli: HAI e Ministério da Saúde.

Helman, C. G. (1990). *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals* (2nd ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann.

Herskovits, M. J. (1948). *Man and His Works: The Science of Cultural Anthropology*. New York: Alfred A. Knopf.

Hicks, D. (1973). The Cairui and Uai Ma'a of Timor. *Anthropos*, (68), 473-480.

Hicks, D. (1976). *Tetum Ghosts and Kin: Fieldwork in an Indonesian Community*. California: Mayfield.

Hicks, D. (1984). *A Maternal Religion: The Role of Women in Tetum Myth and Ritual*. Dekalb, Illinois: Northern Illinois University, Center for Southeast Asian Studies.

Hicks, D. (2001). Traditional Society in East Timor. In J. D. C. Arez (Comissário Científico), *Cerâmicas de Timor Loro Sa'e* (pp. 37-46). Catálogo de Exposição. Lisboa: Centro Científico e Cultural de Macau.

Hicks, D. (2004). *Tetum Ghosts and Kin. Fertility and Gender in East Timor* (2nd ed.). Long Grove, Illinois: Waveland Press.

Homans, H. (1994). Pregnancy and Birth as Rites of Passage for Two Groups of Women in Britain (2nd ed.). In C. P. MacCormack (Ed.), *Ethnography of Fertility and Birth* (pp. 221-258). Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.

Hoskins, J. (1993). Violence, Sacrifice and Divination: Giving and Taking Life in Eastern Indonesia. *American Ethnologist*, 20 (1), 159-178.

Hull, G. (1999). *Standard Tetum-English Dictionary.* St Leonards: Allen & Unwin.

Hull, G. (2000). *Manual de Língua Tétum para Timor Leste*. Keiraville: Sol Oriens Books.

Hull, G. (2001a). *Baikenu Language Manual for the Oecussi-Ambeno Enclave*. Winston Hills: Sebastião Aparício da Silva Project.

Hull, G. (2001b). *Mambai Language Manual (Ainaro Dialect)*. Winston Hills: Sebastião Aparício da Silva Project.

Hull, G. (2004). *The Languages of East Timor: Some Basic Facts (Revised 24.8.2004).* Díli: Instituto Nacional de Linguística – Universidade Nacional de Timor Lorosa'e (UNTL). Acedido a 01 de Dezembro de 2005 em: http://web.archive.org/web/20080119191225/www.asianlang.mq.edu.au/INL/langs.html

Hull, G. (Dir.). (2006a). *Disionáriu Badak - Disionari Pala' Baikenu-Tetun / Tetun-Baikenu*. Díli: Instituto Nacional de Linguística (INL) – Universidade Nacional de Timor Lorosa'e (UNTL).

Hull, G. (Dir.). (2006b). *Disionáriu Badak - Disionari Kava Fataluku-Tetun / Tetun-Fataluku*. Díli: Instituto Nacional de Linguística (INL) – Universidade Nacional de Timor Lorosa'e (UNTL).

Hull, G. (Dir.). (2006c). *Disionáriu Badak – Disionariu gi Digara Makasae-Tetun / Tetun-Makasae*. Díli: Instituto Nacional de Linguística (INL) – Universidade Nacional de Timor Lorosa'e (UNTL).

Hull, T. H. (Ed.). (2005). *People, Population, and Policy in Indonesia*. Jakarta/Singapore: Equinox.

Hull, T. H.; Hull, V. J. (2001). Means, Motives, and Menses: Use of Herbal Emmenagogues in Indonesia. In E. Van de Walle e E. P. Renne (Eds.), *Regulating Menstruation: Beliefs, Practices, Interpretations* (pp. 202-219). Chicago: The

University of Chicago Press.

Hunter, C. L. (2002). Embracing modernity: Transformations in Sasak Confinement Practices. In S. Rosario e G. Samuel (Eds.), *The Daughters of Hariti: Childbirth and Female Healers in South and Southeast Asia* (pp. 279-297). London: Routledge.

Instituto de Ciências da Saúde Timor-Leste (ICS) (2008). *Diploma in Community Midwifery Curriculum DIII*. Díli, Timor-Leste: ICS.

International Crisis Group (2008). *Timor-Leste's Displacement Crisis*. Crisis Group Asia Report nº148, 31 March. Acedido a 01 de Setembro de 2009 em: http://www.crisisgroup.org/home/index.cfm?id=5355&l=1

Jeffery, P; Jeffery, R. (1996). Delayed Periods and Falling Babies: The Ethnophysiology and Politics of Pregnancy Loss in Rural North India. In R. Cecil (Ed.), *The Anthropology of Pregnancy Loss: Comparative Studies in Miscarriage, Stillbirth and Neonatal Death* (pp. 17-37). Oxford: Berg.

Jirojwong, S. (1996). Health Beliefs and the Use of Antenatal Care Among Pregnant Women in Southern Thailand. In P. L. Rice e L. Manderson (Eds.), *Maternity and Reproductive Health in Asian Societies* (pp. 61-82). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Jolliffe, J. (1989). *Timor, Terra Sangrenta.* Lisboa: O Jornal.

Jolly, M. (2002). From Darkness to Light? Epidemiologies and Ethnographies of Motherhood in Vanuatu. In V. Lukere e M. Jolly (Eds.), *Birthing in the Pacific: Beyond Tradition and Modernity?* (pp. 148-177). Honolulu: University of Hawai'i Press.

Jolly, M.; Ram, K. (2001). *Borders of Being: Citizenship, Fertility, and Sexuality in Asia and the Pacific*. Ann Arbor, Michigan: The University of Michigan Press.

Jones, E.; Kay, M. A. (2003). The Cultural Anthropology of the Placenta. In L. Dundes. (Ed.), *The Manner Born: Birth Rites in Cross-Cultural Perspective* (pp. 101-116). Walnut Creek, California: Altamira Press.

Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States* (4th ed.). Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.

Kardiner, A. (1939). *The Individual and His Society: The Psychodynamics of Primitive Social Organization*. New York: Columbia University Press.

Kay, M. A. (1982). Writing an Ethnography of Birth. In M. A. Kay (Ed.), *Anthropology of Human Birth* (pp. 1-24). Philadelphia: F. A. Davis.

Kazarian, S. S.; Evans, D. R. (Eds.). (1998). *Cultural Clinical Psychology: Theory, Research, and Practice*. New York: Oxford University Press.

Kazarian, S. S.; Evans, D. R. (2001). Health Psychology from a Cultural Perspective: Theoretical Considerations. In S. S. Kazarian e D. R. Evans (Eds.), *Handbook of Cultural Health Psychology* (pp. 3-43). San Diego, California: Academic Press.

Kimuna, S. R.; Adamchak, D. J. (2001). Gender Relations: Husband-Wife Fertility and Family Planning Decisions. *Journal of Biosocial Science*, (33), 13-23.

King, M. (1963). *Eden to Paradise*. London: Hodder & Stoughton.

Kitzinger, S. (1992). *Ourselves as Mothers*. London: Doubleday.

Kitzinger, S. (1997). Authoritative Touch in Childbirth: A Cross-Cultural Approach. In R. E. Davis-Floyd e C. F. Sargent, *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives* (pp. 209-232). Berkeley: University of California Press.

Kohen, A. S. (1999). *Da Terra dos Mortos.* Lisboa: Círculo de Leitores.

Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Laderman, C. (1982). Giving Birth in a Malay Village. In M. Kay (Ed.), *Anthropology of Human Birth* (pp. 81-100). Philadelphia: F. A. Davis.

Laderman, C. (1983). *Wives and Midwives: Childbirth and Nutrition in Rural Malaysia*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Laderman, C. (1991). *Taming the Wind of Desire: Psychology, Medicine, and Aestetics in Malay Shamanistic Performance*. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care, 29. Berkeley: University of California Press.

Laplantine, F. (1996). *La Description Ethnographique*. Paris: Nathan.

Last, J. M. (1998). *Public Health and Human Ecology.* Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.

Lazarowitz, T. F. (1980). *The Makassai: Complementary Dualism in Timor.* PhD Dissertation in Anthropology. New York: State University of New York at Stony Brook.

Leach, E. (1976). *Culture and Communication: The Logic by which Symbols are Connected*. Cambridge: Cambridge University Press.

Lefèber, Y. (1994). *Midwives Without Training: Practices and Beliefs of Traditional Birth Attendants in Africa, Asia and latin America*. Assen: Van Gorcum.

Leininger, M. (2002a). Transcultural Nursing and Globalization of Health Care: Importance, Focus, and Historical Aspects. In M. Leininger e M. McFarland, *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research &* Practice, 3rd ed. (pp. 3-43).

New York: McGraw-Hill Medical Division.

Leininger, M. (2002b). Life-Cycle Culturally Based Care and Health Patterns of the Gadsup of New Guinea: A Non-Westwrn Culture. In M. Leininger e M. McFarland, *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research &* Practice, 3rd ed. (pp. 217-237). New York: McGraw-Hill Medical Division.

Leininger, M.; McFarland, M. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill Medical Division.

Leitão, H. (1948). *Os Portugueses em Solor e Timor de 1515 a 1702*. Lisboa: Instituto para a Alta Cultura.

LeVine, R. A. (1982). *Culture, Behavior and Personality: An Introduction to the Comparative Study of Psychosocial Adaptation* (2nd ed.). New York: Aldine.

LeVine, R. A.; LeVine, B. B. (1963). Nyansongo: A Gusii Community in Kenya. In B. B. Whiting (Ed.), *Six Cultures: Studies on Child Rearing* (pp. 15-202). New York: John Wiley & Sons.

Lévi-Strauss, C. (1949). *Les Structures Élémentaires de la Parenté*. Paris: Presses Universitaires de France.

Lévi-Strauss, C. (1958). *Anthropologie Structurale*. Paris: Plon.

Liamputtong, P. (2010). *Performing Qualitative Cross-Cultural Research*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ling, F. W.; Duff, P. (Eds.). (2002). *Pocket Guide for Obstetrics & Gynecology: Principles for Practice*. New York: McGraw-Hill.

Linton, R. (1945). *The Cultural Background of Personality*. New York: Appleton-

Century-Crofts.

Livermore, Colette (2002). *Tuur Ahi: Childbirth and Child Death in Aileu, East Timor.* Relatório não publicado.

Lorimer, F. ([1958] 1969). *Culture and Human Fertility: A Study of the Relation of Cultural Conditions to Fertility in Non-industrial and Transitional Societies*. New York: Greenwood Press.

Lucas, M. P.; Guterres, A.; Almeida, M. E. (1995). Breves Notas sobre a Mulher Macassai. *Garcia de Horta*, Série de Antropobiologia, 8 (1), 19-20.

Lukere, V.; Jolly, M. (Eds.). (2002). *Birthing in the Pacific: Beyond Tradition and Modernity?*. Honolulu: University of Hawai'i Press.

MacCormack, C. P. (Ed.). (1994). *Ethnography of Fertility and Birth* (2nd ed.). Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.

Maisonneuve, J. (1988). *Les Conduites Rituelles*. Paris: Presses Universitaires de France.

Malinowski, B. ([1925] 1954). *Magic, Science and Religion and Other Essays*. Garden City, New York: Doubleday Anchor Books.

Malinowski, B. (1929). *The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia*. New York: Eugenics Publishing Company.

Malinowski, B. (1944). *A Scientific Theory of Culture and Other Essays*. Chapell Hill: The University of North Carolina Press.

Manderson, L. (2003). Roasting, Smoking, and Dieting in Response to Birth. In L. Dundes (Ed.), *The Manner Born: Birth Rites in Cross-Cultural Perspective* (pp. 137-

160). Walnut Creek, California: AltaMira Press.

Manuel, H. I. B. (2007). *Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses Residentes em Portugal*. Lisboa: ACIME.

Manuel, H. I. B. (2008). Mulheres Timorenses em Portugal: Representações e Práticas sobre Planeamento Familiar. In N. Ramos (Org.), *Saúde, Migração e Interculturalidade: Perspectivas Teóricas e Práticas* (pp. 261-310). João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.

Martinho, J. S. (1943). *Timor: Quatro Séculos de Colonização Portuguesa*. Porto: Livraria Progredior.

Matsumoto, D.; Juang, L. (2008). *Culture and Psychology* (4th ed.). Belmont: Thomson Wadsworth.

Mauss, M. ([1902-1903] 2002). *Esquisse d'une Théorie Générale de la Magie*. Chicoutimi: J.- M. Tremblay. [Artigo original publicado em colaboração com H. Hubert em *L'Année Sociologique*]. Acedido a 05 de Maio de 2010 em: http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/1_esquisse_magie/esquisse_magie.html

Mauss, M. ([1934] 2002). *Les Techniques du Corps*. Chicoutimi: J.-M. Tremblay. [Comunicação apresentada à "Société de Psychologie" a 17 de Maio 1934. Artigo original publicado em 1936 no *Journal de Psychologie*, (32), 3-4]. Acedido a 05 de Maio de 2010 em: http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/Techniques_corps.html

Mauss, M. ([1947] 2002). *Manuel d'Ethnographie*. Paris: Payot & Rivages.

Mauss, M. ([1950] 1954). *The Gift: Forms and Functions of Exchange in Archaic*

Societies. London: Cohen & West LTD. [Tradução da versão original em francês *Essai sur le don: Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*].

McGilvray, D. B. (1994). Sexual Power and Fertility in Sri Lanka: Batticaloa Tamils and Moors. In C. P. MacCormack (Ed.), *Ethnography of Fertility and Birth* (2nd ed.) (pp. 15-63). Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.

McGuigan, J. (Ed.). (1997). *Cultural Methdologies*. London: Sage.

McLaren, A. ([1990] 1997). *História da Contracepção - Da Antiguidade à Actualidade* Lisboa: Terramar. [Tradução da versão original em inglês, *A History of Contraception – From Antiquity to the Present Day*].

McWilliam, A. (1998). Rituals of Birth. In J. J. Fox (Ed.), *Indonesian Heritage: Religion and Ritual* (pp. 112-113). Singapore: Archipelago Press.

McWilliam, A. (2002). *Paths of Origin, Gates of Life: A Study of Place and Precedence in Southwest Timor*. Leiden: KITLV Press.

McWilliam, A. (2008). Fataluku Healing and Cultural Resilience in East Timor. *Ethnos*, 73 (2), 217-240.

Mead, M. ([1928] 1943). *Coming of Age in Samoa*. London: Penguin Books.

Mead, M. ([1930] 1942). *Growing Up in New Guinea*. London: Penguin Books.

Mead, M. (1935). *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. London: George Routledge Sons, Limited.

Mead, M.; Macgregor, F. C. (1951). *Growth and Culture: A Photographic Study of Balinese Childhood*. (Based upon photographs by Gregory Bateson, analyzed in Gesell categories). New York: G. P. Putnam's Sons.

Menezes, F. X. (1992). Contacto de Culturas no Timor Leste. In A.Tavares (Dir.), *Estudos Orientais - III. O Ocidente no Oriente Através dos Descobrimentos Portugueses* (pp. 223-227). Lisboa: Instituto Oriental - Universidade Nova de Lisboa.

Menezes, F. X. (2006). *Encontro de Culturas em Timor Leste*. Díli: Crocodilo Azul.

Mercer, J. S. (2001). Current Best Evidence: A Review of the Literature on Umbilical Cord Clamping. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 46 (6), 402-414.

Merriam, S. B. (1988). *The Case Study Research in Education*. S. Francisco: Jossey-Bass.

Meserole, L. (2001). Western Herbalism. In M. S. Micozzi (Ed.), *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine* (2nd ed.) (pp. 128-145). New York: Churchill Livingstone.

Ministério da Administração Estatal e Ordenamento do Território (2009). Diploma Ministerial No: 199/GM/MAEOT/IX/09 de 15 de Setembro de 2009, Que fixa o número de Sucos e Aldeias em Território Nacional. *Jornal da República*, Publicação Oficial da República Democrática de Timor-Leste, Série I, Nº 33, 3587-3620.

Ministério da Saúde de Timor-Leste (2002). *Health Profile: Democratic Republic of Timor-Leste*. Díli: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde de Timor-Leste (2004). *Política Nacional de Planeamento Familiar*. Díli: Ministério da Saúde e UNFPA.

Ministério da Saúde de Timor-Leste (2007). *Timor Leste Annual Health Statistics Report: January-December 2007*. Díli: Office of Health Management Information System and Epidemiological Surveillance, Ministry of Health.

Ministério da Saúde de Timor-Leste (2008a). *Timor Leste Annual Health Report 2008*. Díli: Office of Health Management Information System and Epidemiological Surveillance, Ministry of Health.

Ministério da Saúde de Timor-Leste (2008b). *Health Sector Strategic Plan 2008-2012*. Díli: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde de Timor-Leste (2009). *Timor-Leste Breastfeeding Promotion Policy.* Díli: Ministério da Saúde. Acedido a 10 de Novembro de 2009 em: http://www.basics.org/documents/28-Timor-Leste-Breastfeeding-Promotion-Policy.pdf

Ministério da Saúde de Timor-Leste, IV Governo Constitucional (2009). *Relatório de Actividades e Progressos realizados pelo Ministério da Saúde entre Agosto de 2007 e Setembro de 2009*. Díli: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde de Timor-Leste; Timor-Leste Asisténsia Integradu Saúde (TAIS) (2007). *Community Consultation" on Child Health Practices in Timor-Leste*. Díli. Acedido a 20 de Novembro de 2009 em: http://www.basics.org/about_basics/countries/pdf/Community_Consultation_Timor_Leste.pdf

Ministério da Saúde de Timor-Leste; United Nations Population Fund (UNFPA); World Health Organization (WHO) (2004). *Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva 2004 – 2015*. Díli: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde de Timor-Leste; United Nations Population Fund (UNFPA) (2007). *Timor-Leste National BCC Strategy for RH/FP/SM 2007-2011*. Díli: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde e Direcção Nacional de Estatística, Timor-Leste; University of Newcastle; The Australian National University; ACIL Australia Pty Ltd (2004a). *Timor-Leste 2003 Demographic and Health Survey*. Newcastle: University of Newcastle.

Ministério da Saúde e Direcção Nacional de Estatística (DNE), Timor-Leste; Universidade de Newcastle; Universidade Nacional da Austrália; ACIL Australia Pty Ltd (2004b). *Estudo Demográfico e de Saúde, Timor-Leste 2003: Conclusões Chaves*. Díli: Ministério da Saúde.

Ministério do Ultramar (1968). *Serviços de Saúde e Assistência no Timor Português*. Lisboa: Ministério do Ultramar

Moita, M. G. (1997). Um Pouco da História do Planeamento Familiar. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, série 2 (13-14), 15-18.

Monteiro, F. (2002). Timor –-As Lições da História. *O Mundo em Português*, (33), 15-18.

Morton, H. (2002). From Mā'uli to Motivator: Transformations in Reproductive Health Care in Tonga. In V. Lukere e M. Jolly (Eds.), *Birthing in the Pacific: Beyond Tradition and Modernity?* (pp. 31-55). Honolulu: University of Hawai'i Press.

Mulatu, M. S.; Berry, J. W. (2001). Health Care Practice in a Multicultural Context: Western and Non-Western Assumptions. In S. S Kazarian e D. R. Evans (Eds.), *Handbook of Cultural Health Psychology* (pp. 45-61). San Diego, California: Academic Press.

Murkoff, H.; Mazel, S. (2008). *What to Expect When You're Expecting* (4th ed.). London: Simon&Schuster.

Nazareth, J. M. (2000). *Introdução à Demografia.* Lisboa: Presença.

Newland, L. (2002). Of *paraji* and *bidan*: Hierarchies of Knowledge among Sundanese Midwives. In S. Rosario e G. Samuel (Eds.), *The Daughters of Hariti: Childbirth and Female Healers in South and Southeast Asia* (pp. 256-278). London: Routledge.

Newman, L. (1995). *Women's Medicine: A Cross-Cultural Study of Indigenous Fertility Regulation.* New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.

Ngin, C-S. (1995). Indigenous Fertility Regulating Methods Among Two Chinese Communities in Malaysia. In L. Newman (Ed.), *Women's Medicine: A Cross-Cultural Study of Indigenous Fertility Regulation* (pp. 25-41). New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.

Nicol, B. (2002). *Timor: A Nation Reborn*. Jakarta: Equinox.

Nodin, N. (2002). *A Sexualidade de A a Z.* Lisboa: Círculo de Leitores.

Nourse, J. (1999). *Conceiving Spirits: Birth Rituals and Contested Identities among Laujé of Indonesia*. Washington, D. C.: Smithsonian Institution Press.

Nydegger, W. F.; Nydegger, C. (1963). Tarong: An Ilocos Barrio in the Philippines. In B. B. Whiting (Ed.), *Six Cultures: Studies on Child Rearing* (pp. 693-867). New York: John Wiley & Sons.

Obermeyer, C. M. (1999). The Cultural Context of Reproductive Health: Implications for Monitoring the Cairo Agenda. International Family Planning Perspectives, (25), Supplement, S50-S52+S55. Acedido a 16 de Dezembro de 2009 em: http://www.alanguttmacher.org/pubs/journals/25s5099.html

Oliveira, C. F. (1987). Sexualidade e Contracepção. In F. A Gomes, A. Albuquerque e J. S. Nunes (Coords.), *Sexologia em Portugal*, vol. II (pp. 107-119). Lisboa: Texto.

Oxfam Research Team (1999). *Para o Bem de Timor.* East Timor Human Resource Development Programme Research Report. Oxford: Oxfam GB.

Pascoal, E. (1936). A Medicina Sagrada do Feiticeiro Timorense. *Boletim Eclesiástico*

da Diocese de Macau, Ano XXXIII (382), 428-432.

Pedersen, J.; Arneberg, M. (1999) (Eds.). *Social and Economic Conditions in East Timor*. Columbia University's International Conflict Resolution Program (New York, USA). Oslo: Fafo Institute of Applied Social Science.

Pigg, S. L. (1997). Authority in Translation: Finding, Knowing, Naming, and Training "Traditional Birth Attendants" in Nepal. In R. Davis-Floyd e C. F. Sargent (Eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives* (pp. 233-262). Berkeley, California: University of California Press.

Pink, S. (2001). *Doing Visual Ethnography*. London: Sage.

Pont-Hubert, C. (1995). *Dictionnaire des Symboles, des Rites et des Croyances*. Paris: Éditions Jean-Claude Lattès.

Potts, M.; Janowitz, B. S.; Fortney, J. A. (Eds.). (1983). *Childbirth in Developing Countries*. Lancaster: MTP Press Limited.

Poulsen, A. (2007). *Childbirth and Tradition in Northeast Thailand: Forty Years of Development and Cultural Change*. Copenhagen: NIAS Press.

Pratas, F. (1991). Aguardando o Momento do Regresso. In *Feto Rai Timor – Mulheres de Timor* (p. 19). Lisboa: Fundação de Relações Internacionais.

Prince, J.; Adams, M. E. (1978). *Minds, Mothers and Midwives: The Psychology of Childbirth*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Priya, J. V. (1992). *Birth Traditions & Modern Pregnancy Care*. Dorset: Element.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2002). *Relatório do Desenvolvimento Humano de Timor Leste - Ukun Rasik A'an: O Caminho à Nossa*

Frente. Díli: PNUD.

Ram, K.; Jolly, M. (Eds.). (1998). *Maternities and Modernities: Colonial and Postcolonial Experiences in Asia and the Pacific*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ramos, N. (1993). *Maternage en Milieu Portugais Autochtone et Immigré. De la Tradition à la Modernité. Une Étude Ethnopsychologique*. Tese de Doutoramento em Psicologia (2 vols.). Paris: Universidade René Descartes, Sorbonne, Paris V.

Ramos, N. (Dir.). (1997). *Educar Para a Diversidade: Timor-Leste*. CEMRI - Produção Scripto e Vídeo. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2001). Comunicação, Cultura e Interculturalidade: Para uma Comunicação Intercultural. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (2), 155-178.

Ramos, N. (2002). Educação, Saúde e Culturas – Novas Perspectivas de Investigação e intervenção na Infância. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 36 (1, 2, 3), 463-487.

Ramos, N. (2003). Etnoteorias do Desenvolvimento e Educação da Criança: Uma Perspectiva Intercultural e Preventiva. In C. Pires et al. (Coord.), *Psicologia, Sociedade & Bem-Estar* (pp. 161-177). Leiria: Diferença.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clinica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2010). Cinema e Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas: Contribuição do Filme Etnopsicológico para o Estudo da Infância e Culturas. *Contemporanea*, 8 (2), 1-28.

Renard-Clamagirand, B. (1982). *Marobo: Une société ema de Timor*. Paris: SELAF.

República Democrática de Timor-Leste; United Nations Country Team (2004). *Timor-*

Leste Millennium Development Goals Report 2004. Díli: United Nations.

Reveyrand-Coulon, O. (Dir.). (1993). *Immigration et Maternité*. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.

Ribeiro, J. S. (2003). *Métodos e Técnicas de Investigação em Antropologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Rice, P. L.; Manderson, L. (1996). *Maternity and Reproductive Health in Asian Societies*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Riddle, J. M. (1994). *Contraception and Abortion from the Ancient World to the Renaissance*. Cambridge: Harvard University Press.

Robinson, K. (2001). Government Agency, Women's Agency: Feminisms, Fertility, and Population Control. In M. Jolly e K. Ram (Eds.), *Borders of Being: Citizenship, Fertility, and Sexuality in Asia and the Pacific* (pp. 36-57). Ann Arbor, Michigan: The University of Michigan Press.

Rodrigues, J. B. (1962). *O Rei de Nári: Histórias, Lendas, Tradições de Timor e Episódios da Vida Missionária*. Lisboa: Agência Geral do Ultramar.

Rogoff, B. (2003). *The Cultural Nature of Human Development*. New York: Oxford University Press.

Romney, K.; Romney, R. (1963). The Mixtecans of Juxtlahuaca, Mexico. In B. B. Whiting (Ed.), *Six Cultures: Studies on Child Rearing* (pp. 541-691). New York: John Wiley & Sons.

Rooney, D. F. (1993). *Betel Chewing Traditions in South-East Asia*. Kuala Lumpur: Oxford University Press.

Rosario, S.; Samuel, G. (Eds.). (2002). *The Daughters of Hariti: Childbirth and Female Healers in South and Southeast Asia*. London: Routledge.

Rubel, P. G.; Rosman, A. (Eds.). (2003). *Translating Cultures: Perspectives on Translation and Anthropology.* Oxford: Berg.

Russell, A.; Sobo, E. J.; Thompson, M. (Eds.). (2000). *Contraception Across Cultures: Technologies, Choices, Constraints*. Oxford: Berg.

Sam, D. L. (2006). Acculturation: Conceptual Background and Core Components. In D. L. Sam e J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 11-26). Cambridge: Cambridge University Press.

Sam, D. L. ; Berry, J. W. (2006). Introduction. In D. L. Sam e J. W. Berry (Eds.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (pp. 1-7). Cambridge: Cambridge University Press.

Sarafino, E. P. (1998). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Schultz, T. P. (1997). Demand for Children in Low Income Countries. In M. R. Rosenzweig e O. Starck (Eds.), *Handbook of Population and Family Economics,* vol. 1A (pp. 349-430). Amsterdam: Elsevier.

Seale, C. (Ed.). (2004). *Researching Society and Culture* (2nd ed.). London: Sage.

Segall, M. H.; Dasen, P. R.; Berry, J. W.; Poortinga, Y. H. (1999). *Human Behavior in Global Perspective*: *An Introduction to Cross-Cultural Psychology* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Seixas, P. C. (2006). *Timor-Leste. Viagens, Transições, Mediações*. Porto: Edições da Universidade Fernando Pessoa.

Seltzer. J. R. (2002). *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica: Rand.

Siedlecky, S. (2001). Pharmacological Properties of Emmenagogues: A Biomedical View. In E. Van de Walle e E. P. Renne (Eds.), *Regulating Menstruation: Beliefs, Practices, Interpretations* (pp. 93-112). Chicago: The University of Chicago Press.

Silove, D. (1999). Health and Human Rights of the East Timorese. *The Lancet,* (353), 2067.

Sims, A. (1991). Myth and Metaphor in Ketengban Pregnancy and Childbirth Practices. *Irian, Bulletin of West Irian Development*, XIX, 91-106.

Sissons, M. E. (1997). *From One Day to Another: Violations of Women's Reproductive and Sexual Rights in East Timor*. Melbourne: East Timor Human Rights Centre.

Soranus, of E.; Temkin, O. ([1956] 1991). *Soranus' Gynecology* (Reprint). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Sørensen, J. (2007). Malinowski and Magic Ritual. In H. Whitehouse & J. Laidlaw (Eds.), *Religion, Anthropology, and Cognitive Science* (pp. 81-104). Durham, North Carolina: Carolina Academic Press.

Sousa, D. (2007). *Colibere*. Lisboa: Lidel.

Sousa, L. M. G. (2010). *An tia: Partilha Ritual e Organização Social entre os Bunak de Lamak Hitu, Bobonaro, Timor-Leste*. Tese de Doutoramento em Antropologia, Especialidade Antropologia Social. Lisboa: Universidade Aberta.

Spector, R. E. (2000). *Cultural Diversity in Health & Ilness* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Spiro, M. E. (1997). *Gender Ideology and Psychological Reality: An Essay on Cultural Reproduction*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.

Super, C. M.; Harkness, S. (1986). The Developmental Niche: A Conceptualization at the Interface of Child and Culture. *International Journal of Behavioral Development*, (9), 545-569.

Sweetman, S. (Ed.) (2001). *Gender, Development, and Health*. Oxford: Oxfam GB.

Szarewski, A.; Guillebaud, J. (2000). *Contracepção: Manual para Mulheres e Homens*. Lisboa: Climepsi.

Taylor, J. G. (1993). *Timor: A História Oculta*. Venda Nova: Bertrand.

Tedlock, B. (2005). *The Woman in the Shaman's Body: Reclaiming the Feminine in Religion and Medicine*. New York: Bantam Dell.

Teljeur, D. (1994). Life-cycle Rituals among the Gimán of South Halmahera. In L. E. Visser (Ed.), *Halmahera and Beyond: Social Science Research in the Moluccas* (pp. 165-194). Leiden: KITLV Press.

Therik, T. (2004). *Wehali: The Female Land. Traditions of a Timorese Ritual Centre*. Canberra: Pandanus Books and Research School of Pacific and Asian Studies (RSPAS).

Thomas, B. (2005). *Childbearing in Timor-Leste: Beliefs, Practices and Issues*. Masters Thesis in Development Studies. Palmerston North, New Zealand: Massey University.

Thomaz, L. F. (1976). O Drama de Timor. *Brotéria - Cultura e Informação*, 102 (1), 17-36.

Thomaz, L. F. F. R. (1994). *De Ceuta a Timor*. Lisboa: Difel.

Thomaz, L. F. F. R. (2001). Povos de Timor. In J. D. C. Arez (Comissário Científico), *Cerâmicas de Timor Loro Sa'e* (pp. 29-36). Catálogo de Exposição. Lisboa: Centro Científico e Cultural de Macau.

Thomaz, L. F. F. R. (2002). *Babel Loro Sa'e: O Problema Linguístico de Timor-Leste*. Lisboa: Instituto Camões.

Townsend, K.; Rice, P. L. (1996). A Baby is Born in Site 2 Camp: Pregnancy, Birth and Confinement Among Cambodian Refugee Women. In P. L. Rice e L. Manderson (Eds.), *Maternity and Reproductive Health in Asian Societies* (pp. 125-143). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Traube, E. (1980). Mambai Rituals of Black and White. In J. J. Fox (Ed.), *The Flow of Life: Essays on Eastern Indonesia* (pp. 290-314). Cambridge: Harvard University Press.

Traube, E. G. (1986). *Cosmology and Social Life: Ritual Exchange among the Mambai of East Timor*. Chicago: University of Chicago Press.

Triandis, H. C. (1990). Theoretical Concepts that are Applicable to the Analysis of Ethnocentrism. In R. W. Brislin (Ed.), *Applied Cross-Cultural Psychology* (pp. 34-55). Newbury Park, California: Sage.

Triandis, H. C. (1994). *Culture and Social Behavior*. New York: McGraw-Hill.

Turner, A. W. (1978). *Rituals of Birth: From Prehistory to the Present*. New York: David McKay Company.

Turner, V. W. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. London: Routledge & Kegan Paul.

Tyler, E. B. ([1871] 1913). *Primitive Culture* (Vols. 1-2) (5th ed.). London: John

Murray.

Tyson, D. (1992). *Ritual Magic: What It Is & How To Do It.* St. Paul, Minnesota: Llewellyn Publications.

UNICEF (2003). *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) Timor-Leste 2002*. Díli: UNICEF.

United Nations Development Programme (UNDP) (2006). *Timor-Leste Human Development Report 2006: The Path out of Poverty: Integrated Rural Development*. Díli: UNDP.

United Nations Development Programme (UNDP) (2009). *Human Development Report 2009*. *Overcoming Barriers: Human Mobility and Development*. New York: Palgrave Macmillan.

United Nations Population Fund (UNFPA) (2003). *The State of World Population 2003. Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights.* New York: UNFPA.

Van de Walle, E.; Renne, E. P. (2001). Introduction. In E. Van de Walle e E. P. Renne (Eds.), *Regulating Menstruation: Beliefs, Practices, Interpretations* (pp. xiii-xxxvii). Chicago: The University of Chicago Press.

Van Gennep, A. ([1909] 1981). *Les Rites de Passage*. Paris: Éditions Picard.

Van Schoor, V. (2003). *Sitting Fire: A Community-based Study of Home Births and Postpartum Care in East Timor.* Masters Thesis. Amsterdam, The Netherlands: University of Amsterdam, Faculty of Social & Behavioural Sciences.

Van Wouden, F. A. E. (1968). *Types of Social Structure in Eastern Indonesia*. The Hague: Martinus Nijhoff.

Vincent-Priya, J. (1991). *Birth Without Doctors: Conversations with Traditional Midwives*. London: Earthscan Publications.

Wayte, K. J. (2009). *Maternity Waiting Homes and the Shaping of Maternal Health Policy in Timor-Leste*. PhD Thesis. Darwin: Charles Darwin University.

Wayte, K.; Barclay, L.; Kelly, P. (2007). *Improving Access to Care: Birth Facilities and Maternity Waiting Homes in Timor-Leste*. Darwin: Charles Darwin University.

Weed, S. S. (1986). *Wise Woman Herbal for the Childbearing Year*. New York: Ash Tree Publishing.

Whiting, B. B. (Ed.). (1963). *Six Cultures: Studies on Child Rearing*. New York: John Wiley & Sons.

Whiting, B. B.; Whiting, J. W. M. (1975). *Children of Six Cultures: a Psycho-Cultural Analysis*. Cambridge: Harvard University Press.

Whittaker, A. (1996). White Blood and Falling Wombs: Ethnogynaecology in Northeast Thailand. In P. L. Rice e L. Manderson (Eds.), *Maternity and Reproductive Health in Asian Societies* (pp. 207-225). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Whittaker, A. (2002). The Demise of Birth Attendants in Northeast Thailand; Embodying Tradition in Modern Times. In S. Rosario e G. Samuel (Eds.), *The Daughters of Hariti: Childbirth and Female Healers in South and Southeast Asia* (pp. 211-233). London: Routledge.

Wiart, C. (2000). *Medicinal Plants of Southeast Asia*. Subang Jaya, Selangor Darul Ehsan, Malaysia: Pelanduk Publications.

Williams, C. D.; Baumslag, N.; Jelliffe, D. B. (1994). *Mother and Child Health:*

Delivering the Services (3rd. ed). New York: Oxford University Press.

Winters, R. (1999). *Buibere Voice of East Timorese Women* (Vol. 1). Darwin: East Timor International Support Center.

World Bank (2008). *Policy Note on Population Growth and its Implications in Timor-Leste*. Washington, D.C.: The World Bank.

World Health Organization (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1997). *Communicating Family Planning in Reproductive Health: Key Messages for Communicators.* WHO/FRH/FPP.97.33. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.

World Health Organization (1998). *Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide*. WHO/RHT/MSM.98.3. Geneva: Division of Reproductive Health, World Health Organization.

World Health Organization (1999). *Care of the Umbilical Cord: A Review of the Evidence*. WHO/RHT/MSM.98.4. Geneva: Division of Reproductive Health, World Health Organization. Acedido a 10 de Março de 2010 em: https://apps.who.int/rht/documents/MSM98-4/MSM-98-4.htm

World Health Organization (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. WHO/EDM/TRM/2000.1. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2002). *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2003). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn*

Care: A Guide for Essential Practice. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2005). *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2006). Constitution of the World Health Organization. *Basic Documents* (45th ed.), supplement, October 2006. Acedido a 30 de Maio de 2009 em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

World Health Organization (2008). *Providing the Foundation for Sexual and Reproductive Health: A Record of Achievement*. Geneva: World Health Organization. Acedido a 20 de Outubro de 2010 em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/hrp_brochure.pdf

World Health Organization Regional Office for South-East Asia (2005). *Timor-Leste National Health System Profile*. Acedido a 09 de Janeiro de 2009 em: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Timor_Leste_Timor_Leste_CountryHealthSystemProfile-TimorLeste-Oct2005.pdf

World Health Organization; BLAT Centre for Health and Medical Education (1987). *Guidelines on Psychosocial Problems of Family Planning Clients*. (Aspects of Sexuality and Family Planning – Module 2). Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

Yancey, M. K. (2002). Abnormal Presentations. In F. W. Ling e P. Duff (Eds.), *Pocket Guide for Obstetrics & Gynecology: Principles for Practice* (pp. 298-328). New York: McGraw-Hill.

Zwi, A. B.; Blignault, I.; Glazebrook, D.; Correia, V.; Bateman Steel, C. R.; Ferreira, E.; Pinto, B. M. (2009). *Timor-Leste Health Care Seeking Behaviour Study*. Sydney: The University of New South Wales. Acedido a 02 de Junho de 2009 em: http://www.sphcm.med.unsw.edu.au/SPHCMWeb.nsf/page/Timor-Leste

FILMOGRAFIA

Bateson, G.; Mead, M. (1954). *Bathing Babies in Three Cultures*. 35 mm., pb., 10 mn.

CAMS-TL (2006a). *Intervista Parteira Tradisional Sr. Jose Gomes Nebe Fo'o Partus (Buikarin, Uatucarbau)*. C., 48mn.

CAMS-TL (2006b). *Intervista Parteira Tradisional konaba Aimoruk Tradisional Partus nian (Fatulia, Baucau - Venilale)*. C., 62mn.

CAMS-TL (2006c). *Partus iha Maubisse (Ainaro)*. C., 62mn.

CAMS-TL (2006d). *Partus iha Same - Weto*. C., 61mn.

CAMS-TL (2006e). *Partus (Kua'a Husar)*. C., 51mn.

Govindama, Y. (1994). *Les Rites de l'Enfance dans le Milieu Hindou de l'Île de la Réunion*. U-Matic, c., 20 mn.

Manuel, H. I. B. M. (2012). *Crenças, Atitudes e Práticas de Saúde Reprodutiva em Timor-Leste: Uma Abordagem Intercultural*. C., 27 mn.

Ramos, N. (1995a). *Maternage Portugais*. Betacam SP, c., 35 mn.

Ramos, N. (1995b). *Grands-Parents et Petits-Enfants. Le Renouveau du Printemps*. Betacam SP, c., 45 mn.

Stahl, M.; CAMS-TL (2007a). *Feto Nia Funu, Parte Primeira: Isin Rua*. Gillan Film, c., 47mn.

Stahl, M.; CAMS-TL (2007b). *Feto Nia Funu, Parte Segunda: Partus to'o Fulan Ida*.

Gillan Film, c., 47mn.

Stahl, M.; CAMS-TL (2008). *Fo'o Espaso Oan: Hari Uma Kain Nia Futuru*. C., 50mn.

Storck, H.; Ramos, N. et al. (1999). *Le Rituel du Bain à travers les Cultures – Afrique, Asie, Europe*. Betacam SP, c., 54 mn.

GLOSSÁRIO

Nota: Este glossário, baseado em diversas fontes, é constituído, maioritariamente, por termos em língua *tetun*. Quanto aos restantes, são seguidos da indicação, entre parêntesis, da respectiva língua.

A'e / Aibi (*Uaima'a*) – Bambu. Em *tetun* diz-se *au*.

Afu (*Makasae*) – Gravidez; grávida. Em *tetun* diz-se *isin-rua*.

Ai – Árvore.

Ai abut – Raiz.

Ai kulit – Casca de árvores ou frutos.

Ai tahan – Folha.

Aidila – Papaeira (*Carica Papaya*); papaia.

Aimanas – malagueta; piripiri.

Aimoruk – Medicamento.

Ainanás – Ananás.

Ahi – Fogo; lume; fogueira.

Ahi kadesan – Cinza.

Ahi lutan - Acha queimada.

Ahi matan – Lareira.

Ahi tukan – Pontas não ardidas da lenha queimada.

Ailemi (*Makasae*) – Tamarindeiro. Em *tetun* diz-se *sukaer.*

Akadiru - Variedade de palmeira (*Borassus flabellifer*) da qual se extrai *tuaka* e cujas folhas têm muitos usos domésticos.

Al aifa (*Mambae* de Aileu) – Parto.

Ale ana (*Uaima'a*) – Criança. Em *tetun* diz-se *labarik*.

Ale mesu (*Uaima'a*) – Parto.

Alin – Irmão mais novo.

Anin - Vento; corrente de ar.

Asa (*Fataluku*) – Folha. Em *tetun* diz-se *ai tahan*.

Au – Bambu.

Babadók – Tamborim, usado no *tebedai*.

Baboto/Baboton – Fontanela; moleirinha. Sinónimo: *fuhur.*

Banarika (*Makasae*) – Gengibre. Em *tetun* diz-se *ai-lia*.

Barlake – Barlaque. Casamento segundo os costumes tradicionais; contrato matrimonial. O mesmo que *hafoli*, termo que ultimamente caiu em desuso.

Batar – Milho.

Batar dadus – Carolo de milho.

Be – Água.

Belak – Medalhão timorense de grandes dimensões. É frequentemente oferecido pela noiva ao noivo, visto a forma circular do medalhão lembrar a lua cheia que embeleza as noires e simbolizar a beleza feminina (Costa, 2000).

Belar - Reproduzir-se; propagar-se; multiplicar-se.

Bidu - Dança, ao ritmo do *tebedai*

Boe (*Makasae*)– Areca. Em *tetun* diz-se *bua* .

Bote – Cesto grande, geralmente feito de tiras de bambu.

Bua - Areca.

Buan - Feiticeiro; bruxo. O mesmo que *diabu.*

Daia - Parteira tradicional.

Dato - Classe nobre na sociedade tradicional.

Dikin - Ponta; folha terminal (da planta); folha tenra; extremidade.

Emu – Beber.

Estilu - Sacrifício tradicional; rito; festa tradicional segundo usos e costumes de cada região.

Eteurua (*Fataluku*)– Objecto sagrado, normalmente antropomórfico, que se coloca à cabeceira dos sepulcros e noutros lugares sagrados.

Fae gini (*Makasae*) - Estragar; inutilizar; renunciar.

Fafulu - Caniço (Variedade de bambu delgado e fino).

Fahi - Porco

Falunu (*Makasae*) - Animal ou coisa sagrada . Em *tetun* diz-se *lulik*.

Fana (*Bunak*) – Mulher. Em tétum diz-se *feto*.

Fase matan – Lavagem dos olhos (Ritual tradicional após o nascimento).

Ferik – Mulher velha, idosa.

Feto – Mulher.

Fore – Feijão

Fore keli – Soja

Fore-mungu – Feijão de grão redondo, de cor verde (*Phaseolus aureus/ mungo*).

Fore-rai – Amendoim.

Fore-tali – Feijão de Timor, miúdo (parecido com feijão frade).

Fos – Arroz descascado; arroz pilado.

Fuka (*Fataluku*) - Ponta; folha terminal (da planta); folha tenra; extremidade. Em *tetun* diz-se *dikin*.

Goló (*Bunak*) – Placenta. Em tétum diz-se *ka'an*.

Goma (*Uaima'a*) – Placenta. Em tétum diz-se *ka'an*.

Gon loi (*Bunak*) – Parteira tradicional (Literalmente: "Mão boa; boa mão para ajudar").

Guitin (*Bunak*) – Preço; barlaque.

Hadak – Bambu rachado e espalmado; cama de bambu.

Hadat – Usos e costumes; lei tradicional.

Hafoli – Casamento tradicional, com dote. Termo que ultimamente caiu em desuso, sendo mais utilizado o termo *barlake*.

Hahoris – Dar à luz; parir.

Hakoi – Enterrar.

Hala' (*Baikenu*) – Bambu rachado e espalmado; cama de bambu. Em *tetun* diz-se *hadak*.

Hali – Gondão; gondoeiro (*Ficus benghalensis*).

Hama (*Fataluku*) – Gondão; gondoeiro (*Ficus benghalensis*). Em *tetun* diz-se *hali*.

Hamulak – Rezar; orar; dirigir palavras propiciatórias à divindade ou ao *lulik*, nomeadamente antes de oferecer sacrifícios.

Harís – Tomar banho.

Hedan – Planta da família das bromeliáceas (*Ananas comosus*), cujas folhas são usadas no fabrico de esteiras e outros artefactos.

Husar – Umbigo.

Husar-talin – Cordão umbilical.

Ina-haran ou Ina-haranu (*Fataluku*) – Curandeiro. Em *tetun* diz-se *matan-dook*.

Isin – Corpo.

Isin-rua - Gravidez; grávida (Literalmente: "Dois corpos").

Kan ou ***Ka'an*** – Placenta.

Kabaia – Blusa de mulher com mangas.

Kabas – Algodão; algodoeiro.

Kaben – Cônjuge; casamento; casar.

Kabun – Barriga.

Kahoek – Zarabatana.

Kakun – Casca (de árvore ou de fruto).

Kamii ou ***kamí (ai-)*** - Árvore de cuja noz se extrai óleo (*Aleurites moluccana*).

Kanipa - Aguardente de cana misturada com água e melaço.

Kaskadu – Impigem; pele descamada.

Kateri – Tesoura.

Katuas – Ancião; homem velho.

Keke – Pulseira (grande e com guizos).

Kelu – pulseira fina (usada por mulheres).

Kesi – Atar.

Knotak – Cintura; ancas. Em sentido figurado, " *feto nia oan-fatin*", "útero".

Knotak-moras – Dores de parto.

Knua – Aldeia.

Koba (*Tetun* da região de Suai)– Tabaqueira de fabricação tradicional; açafate; cesto.

Kohe – Bolsa usada à tiracolo.

Koi – Rapar.

Koi fuuk - Ritual de nascimento que significa "Rapar/Cortar o cabelo". O mesmo que *tesi fuuk* em tétum.

Kore-metan – Desluto; festa que se faz um ano após um falecimento para tirar o luto.

Kotuk – Costas; parte de trás.

Koul (*Bunak*) - Casca (de árvore ou de fruto). Em *tetun* diz-se *kakun*.

Krei aifa (*Mambae* de Maubisse) – Parto.

Labarik – Criança.

Lafatik – Açafate usado para peneirar cereais.

Lanten ou ***Lantém*** (Português de Timor)- Tarimba, mesa, cama ou banco de bambu ou hastes de palapa, uma espécie de palmeira . Em *makasae* diz-se *rece*; em tétum

hadak.

Lep (*Bunak*) – Bambu (usado para cortar o cordão umbilical).

Leu (*Fataluku*) - Cesto grande, geralmente feito de tiras de bambu, munido com uma corda que passa sobre a cabeça da pessoa que o transporta. Em *tetun* diz-se *bote*.

Li'ana' (*Baikenu*) – Criança. Em *tetun* diz-se *labarik*.

Lia na'in – Orador oficial (do ritual ou cerimonial); detentor da voz do passado. É contador de mitos e genealogias que constituem história de um grupo ou da ilha. (Literalmente: "dono da palavra").

Lime bada'e (*Uaima'a*) – Parteira tradicional. Em *tetun* diz-se *daia*.

Lipa - Pano de tecido, usado geralmente pelas mulheres como saia.

Liurai - Chefe tradicional de um reino; monarca, soberano; chefe de um *suco* independente. É o *dato* que, por direito de sucessão ou eleição, governa um reino.

Lode (*Makasae*)– Bolsa usada à tiracolo. Em *tetun* diz-se *kohe*.

Luhu – Cesto (com tampa, feito de *hedan* ou *tali* para guardar coisas ou levar alimentos).

Lulik – Sagrado; proibido.

Ma'ene (*Makasae*) – O que sabe; o que conhece. Usa-se para designar o curandeiro. Em *tetun* diz-se *Matan-dook*.

Maheri (*Makasae*) – Bambu. Em *tetun* diz-se *au*.

Malae - Estrangeiro; que não é autóctone.

Malirin – Frio.

Malus – Bétel.

Mama – Masca: massa que se faz na boca mastigando folhas de bétel (*malus*), um pedaço de areca (*bua*) e um pouco de cal; mascar (conservar na boca, mastigando, o bolo obtido da *mama*).

Manane (*Baikenu*) - Curandeiro; feiticeiro; adivinho. Em *tetun* diz-se *matan-dook*.

Manas – Quente; calor.

Mane – Homem.

Mane foun – Genro.

Manfatin – Cestinho (com bétel, areca, cal ou tabaco para oferecer ao hóspede).

Manu – Galo; frango.

Maromak - Ente supremo (princípio do bem que supervisiona tudo o que está no

mundo); Deus (na concepção cristã).

Matandók* ou *Matan-dook - Curandeiro; feiticeiro; adivinho.

Medei api (*Mambae* de Ainaro) – Parto.

Mikrolete – Autocarro pequeno.

Molo (*Bunak*) – Bétel. Em *tetun* diz-se *malus*.

Mone (*Bunak*) – Homem; masculino. Em *tetun* diz-se *mane*.

Mortén ou ***morteen*** – Colar de coral raro e de grande valor.

Mu'u (*Fataluku*) – Banana. Em *tetun* diz-se *hudi*.

Na'a (*Makasae*) – Cesto. Em *tetun* diz-se *luhu*.

Nana bane (*Makasae*) – "Lavagem dos olhos" (Ritual tradicional). Em *tetun* diz-se *Fase matan*.

Neras - Fraldas; cueiros; fraldas de pano.

Nona - Amante; concubina. Termo proveniente do malaio, corruptela da palavra portuguesa "mulher", sendo aplicada a amantes timorenses. Usa-se para designar a amante do europeu ou do chinês (Costa, 2000).

Nuu ou ***Nu*** - Coco; coqueiro.

Oan - Filho

Oan fatin – Útero (literalmente: "lugar do filho").

Oba (*Bunak*) – Cesto para guardar tabaco, bétel e areca. Em *tetun* da região de Suai diz-se *koba*.

Oli- ou ***Olif*** (*Baikenu*) – Irmão mais novo. Em *tetun* diz-se *alin-mane*.

Pana (*Bunak*) – Mulher; feminino. Em *tetun* diz-se *feto*.

Pu (*Bunak*) – Areca. Em *tetun* diz-se *bua*.

Puan (*Bunak*) – Feiticeiro; bruxo. Em *tetun* diz-se *buan*.

Pur (*Bunak*) – Árvore grande; gondoeiro. Em *tetun* diz-se *hali*.

Rakaraka (*Makasae*) – Placenta. Em *tetun* diz-se *ka'an*.

Ran ou ***Raan*** – Sangue.

Rese (*Makasae*) - Cama de bambu. Em *tetun* diz-se *hadak*.

Saé (*Makasae*) - Árvore oleaginosa, com cujos frutos se untam os cabelos e se fazem velas para iluminação. Em *tetun*: *kamii metan*.

Sai-rai - Nome de um rito ligado ao nascimento, que significa "sair da terra".

Sala – Erro; culpa; pecado.

Sintina - Casa de banho; retrete.

Sukaer – Tamarindo; tamarindeiro.

Suku – Suco. Divisão regional de um reino ou distrito.

Susu ben – Leite materno.

Tana bada'e (*Makasae*)- Parteira tradicional (Literalmente, *tana* significa "mão" e *bada'e* "ágil; habilidoso"). Em *tetun* diz-se *daia* .

Tanasak – Saco de palha.

Tebedai – Dança ao som de tamborim (*babadók*), de pratos (*dadír*) e, por vezes, de tambor (*baba*), executada por mulheres em fila, meneando-se circularmente e a compasso.

Tei (*Fataluku*) – Sagrado; proibido. Em *tetun* diz-se *lulik*.

Teli (*Makasae*) – Milho. Em *tetun* diz-se *batar.*

Tesi fuuk – Ritual de nascimento que significa "corte de cabelo".

Tia (*Makasae*) - Masca. Em *tetun* diz-se *mama*.

Tiba (*Makasae*) - Tambor afunilado, talhado e escavado de banda a banda num bocado de tronco de tamarindo ou pau rosa, e tapado num dos lados com pele de carneiro. É o instrumento ao som do qual se executam as danças tradicionais em Timor. As mulheres tocam-no suspendendo-o do ombro esquerdo por um cordel. Em *tetun* diz-se *baba*.

Tora - Milho painço, milho-miúdo.

Tua-mutin – *Tuaka*; vinho branco.

Tua sabu - Aguardente (que se obtém destilando a *tuaka*).

Tuaka - Vinho de palma, extraído do *akadiru*.

Tudik – Faca.

Tufurae (*Makasae*) – Mulher. Em *tetun* diz-se *feto*.

Tufurae berekama (*Makasae*) - Mulher grande, primeira esposa.

Tuur ahi ou ***Tur ahi*** **–** Dar à luz; parir (Literalmente: "sentar-se à fogueira").

Ukur – Cerimónia; ritual animista.

Ulu ou ***Ulun*** – cabeça.

Uluk – Antigamente; primeiro.

Uma – Casa.

Uma lulik – Casa sagrada (lugar onde se guardam os objectos sagrados, *lulik*).

Umane – Nome que a si mesmos dão os parentes da esposa em relação aos do marido. Parentesco contraído entre duas famílias com o casamento, por *hafoli*, de dois dos seus membros.

Urat – Fígado de animal; prática tradicional envolvendo a análise do fígado de um animal morto com a finalidade de conhecer, por exemplo, a causa ou o resultado de uma doença.

Uruwatu (*Makasae*) - Deus. Em *tetun* diz-se *Maromak*.

Uta mu'a (*Makasae*) – Amendoim. Em *tetun* diz-se *fore-rai*.

Uta tali (*Makasae*) – Feijão de Timor, miúdo. Em *tetun* diz-se *fore-tali*.

U'u gini (*Makasae*)- Designação que se aplica ao exame das vísceras de outros animais, de ovos ou bétel, a fim de se obterem aruspícios, tal como na velha Roma. Em *tetun* diz-se *urat*.

Wai (*Makasae*) – Sangue. Em *tetun* diz-se *ran* ou *raan*.

Wala (*Makasae*) – Dar à luz; parir. Em *tetun* diz-se *hahoris*.

Wata (*Makasae*) – Coco; coqueiro. Em *tetun* diz-se *nuu*.

ANEXOS

ANEXO I

Guião de Entrevista a Parteiras e outros Profissionais de Saúde

Guião de Entrevista a Parteiras e outros Profissionais de Saúde

1. Dados Socioculturais

- Sexo
- Idade
- Profissão
- Local de trabalho
- Grupo etnolinguístico

2. Planeamento Familiar

- Qual é a disponibilidade de serviços de planeamento familiar e de métodos contraceptivos no seu local de trabalho?
- Qual é a adesão da mulher / casal ao planeamento familiar?
- O que é que os leva a aderir (ou não) ao planeamento familiar?
- Qual é a adesão a cada método contraceptivo?
- Quais são os motivos subjacentes à escolha ou rejeição de cada método contraceptivo?

3. Gravidez

- Qual é a frequência da consulta pré-natal?
- Quais são as crenças e práticas tradicionais das mulheres durante a gravidez?
- Quais são os hábitos de trabalho e repouso das mulheres durante a gravidez?
- Quais são os hábitos alimentares das mulheres durante a gravidez?
- Qual tem sido, ao longo do tempo, a evolução destas práticas?

4. Parto

- Nesta região, quais são os recursos de saúde existentes para dar assistência ao parto?
- Qual é o local mais frequente para a realização do parto, o domicílio ou o estabelecimento de saúde?
- Quais são, na sua opinião, os motivos para essa escolha?
- A quem costumam recorrer para dar assistência aos partos realizados no domicílio?
- Quais são, na sua opinião, os motivos para essa escolha?
- Qual é a posição da mulher quando assiste a um parto?
- Quais são os cuidados habituais com o cordão umbilical?
- Qual é a sua opinião acerca das parteiras tradicionais?
- Conhece alguma parteira tradicional?
- (Se a resposta for afirmativa) Que tipo de relacionamento tem com ela?

5. Período Pós-parto (Puerpério)

- Quais são as crenças e práticas tradicionais das mulheres no puerpério?
- Quais são os hábitos alimentares das mulheres no puerpério?
- Quais são os procedimentos habituais com a placenta?
- Conhece algum ritual de nascimento praticado nesta região?
- (Se a resposta for afirmativa) Pode descrever o ritual e a sua finalidade?
- Qual tem sido, ao longo do tempo, a evolução destas práticas?

ANEXO II

Guião de Entrevista a Parteiras Tradicionais

Guião de Entrevista a Parteiras Tradicionais

1. Dados Socioculturais

- Sexo
- Idade
- Nível de escolaridade
- Religião
- Grupo etnolinguístico
- Local de residência
- Estado civil
- Número de filhos
- Número de anos de actividade como parteira tradicional
- Forma de obtenção de conhecimentos e formação recebida
- Honorários

2. Planeamento Familiar

- Sabe o que é o planeamento familiar?
- Tem conhecimento de algum programa ou serviço de planeamento familiar?
- Conhece ou já utilizou algum método contraceptivo, tradicional ou moderno?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual foi o método e o motivo da sua escolha?
- Já alguma vez foi solicitada por mulheres ou casais que não querem ter mais filhos?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual foi o seu procedimento?
- Já alguma vez foi solicitada por mulheres ou casais que não conseguem ter filhos?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual foi o seu procedimento?

3. Gravidez

- Que tipo de cuidados presta à mulher durante a gravidez?
- Costuma dar à mulher algum medicamento tradicional durante a gravidez?

- (Se a resposta for afirmativa) Qual o medicamento e a sua finalidade?
- Já lidou com algum problema durante a gravidez?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual foi o seu procedimento?
- Há alguma prática tradicional que a mulher deva adoptar durante a gravidez?
- Que hábitos de trabalho e repouso deve ter a mulher durante a gravidez?
- Há alguma recomendação ou proibição alimentar que a mulher deva seguir durante a gravidez?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual e com que finalidade?

4. Parto

- Com que frequência é solicitada para dar assistência a partos?
- Qual é a posição da mulher durante o parto?
- Costuma dar algum medicamento tradicional à mulher durante o parto?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual é o medicamento e a sua finalidade?
- Como é que procede quando surgem complicações no parto?
- Como é que procede para cortar o cordão umbilical?

5. Período Pós-parto (Puerpério)

- Quais são os procedimentos habituais com a placenta?
- Que tipo de cuidados presta à mãe e ao bebé após o parto?
- Quais são as práticas habituais da mulher no período pós-parto?
- Qual é a alimentação da mulher no período pós-parto?
- A mulher deve seguir alguma recomendação e/ou restrição alimentar especial?
- (Se a resposta for afirmativa) Quais são os alimentos recomendados e proibidos, e com que justificação?
- Costuma dar algum medicamento tradicional à mulher no período pós-parto?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual é o medicamento e a sua finalidade?
- Costuma ser praticado algum ritual de nascimento nesta região?
- (Se a resposta for afirmativa) Pode descrever o ritual e a sua finalidade?

ANEXO III

Guião de Entrevista a Mulheres / Casais

Guião de Entrevista a Mulheres / Casais

1. Dados Socioculturais

- Sexo
- Idade
- Nível de escolaridade
- Profissão/Ocupação
- Religião
- Grupo etnolinguístico
- Local de residência
- Estado civil
- Número de filhos

2. Planeamento Familiar

- Considera importante ter filhos? Quais os motivos?
- Qual é o seu número ideal de filhos?
- Tem preferência em relação ao sexo da criança (masculino ou feminino)?
- Sabe o que é o planeamento familiar?
- Já recorreu a algum programa ou serviço de planeamento familiar?
- Que importância atribui ao planeamento e ao espaçamento das gravidezes?
- Que métodos contraceptivos conhece?
- Já utilizou algum método contraceptivo, tradicional ou moderno?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual foi o método utilizado, e qual o motivo da sua escolha?
- Como é que são tomadas as decisões, entre o casal, relativas ao planeamento familiar?

3. Gravidez

- Como é que teve conhecimento da gravidez?
- Durante a gravidez, frequentou a consulta pré-natal num serviço de saúde?
- Qual foi o motivo que a levou a frequentar (ou não) a consulta pré-natal?
- Durante a gravidez, recorreu aos serviços da parteira tradicional ou do curandeiro? Qual o motivo?
- Que tipo de cuidados é que lhe foram prestados pela parteira tradicional ou pelo curandeiro?
- Durante a gravidez, recorreu a algum medicamento tradicional?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual o medicamento e a sua finalidade?
- Quem é que forneceu esse medicamento tradicional?
- Durante a gravidez, quais os seus hábitos de trabalho e repouso?
- Durante a gravidez, seguiu alguma recomendação ou proibição alimentar?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual e com que finalidade?
- Durante a gravidez, seguiu algum tipo de prática tradicional?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual e com que finalidade?

4. Parto

- Qual foi o local de realização do parto dos seus filhos?
- Que motivos levaram à realização do parto nesse local?
- Quem é que assistiu ao parto?
- Porque é que recorreu a essa pessoa?
- Recorreu a algum medicamento ou prática tradicional no momento do parto?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual o medicamento e a sua finalidade?
- Que posição foi adoptada no momento do parto?
- Quais foram os procedimentos relativos ao corte do cordão umbilical?
- Caso tenham ocorrido complicações no parto, quais foram as medidas tomadas?

5. Período Pós-parto (Puerpério)

- Quais foram os procedimentos relativos à placenta?
- Quais foram os cuidados prestados à mãe após o parto?
- Foi seguida alguma prática tradicional no período pós-parto?
- Em que é que consistiu a alimentação da mãe no período pós-parto?
- Seguiu alguma recomendação e/ou proibição alimentar?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual e com que finalidade?
- Houve recurso a algum medicamento tradicional?
- (Se a resposta for afirmativa) Qual o medicamento e a sua finalidade?
- Quais foram os cuidados prestados ao bebé após o nascimento?
- Quais foram os procedimentos relativos ao coto e à cicatriz umbilical?
- Como é que foi atribuído o nome ao recém-nascido?
- Foi realizado algum ritual de nascimento?
- (Se a resposta for afirmativa) Pode descrever o ritual e a sua finalidade?

ANEXO IV

DVD - Filme da autoria de
Helena Isabel Borges Manuel

Crenças, Atitudes e Práticas de Saúde Reprodutiva em Timor-Leste: Uma Abordagem Intercultural