XXIX SEPE
Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão
Teaching, Research and Extension Symposium
Presente e futuro:
uso consciente da Inteligência Artificial
Today and tomorrow:
the conscious use of Artificial Intelligence
E-book
ISBN 978-65-5852-415-1
20 A 22 DE OUTUBRO DE 2025
OCTOBER 20th to 22nd, 2025
UFN Universidade Franciscana Franciscan University

DOI: https://doi.org/10.48195/sepe2025.30092

SAÚDE MENTAL INDÍGENA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: ENSAIO TEÓRICO A PARTIR DO CONCEITO DE HUMILDADE CULTURAL

Maria Joanna da Rosa dos Santos[1]*; Marina Mezomo Soccal[2]; Welida Lemes Viana[3]; Cristina Saling Kruel[4]

RESUMO

O presente estudo decorre do projeto de Iniciação Científica Voluntária "Saúde mental indígena no ciclo gravídico-puerperal: uma revisão de escopo sobre sofrimento psíquico, cuidado tradicional e desafios contemporâneos". Trata-se de um ensaio teórico que objetiva discutir a saúde mental de mulheres indígenas no ciclo gravídico-puerperal a partir do conceito de humildade cultural, destacando suas potencialidades para reorientar práticas e políticas de saúde. Os resultados evidenciam que o sofrimento psíquico de mulheres indígenas está relacionado a fatores socioeconômicos, históricos e culturais, incluindo violência, exclusão social, colonização e marginalização de saberes tradicionais. Práticas tradicionais de cuidado materno, transmitidas por gerações, oferecem suporte emocional, físico e espiritual, atuando como fatores protetivos, mas sua integração nos modelos assistenciais permanece limitada. A adoção da humildade cultural se mostra essencial para promover escuta sensível e respeitosa, articulando saberes ancestrais e conhecimento biomédico. A interlocução entre saúde mental indígena e humildade cultural evidencia a necessidade de repensar políticas e práticas de cuidado, fortalecendo relações e a integralidade do cuidado materno-infantil.

Palavras-chave: **Período Perinatal, Povos Indígenas**, **Saúde Materno-Infantil**.

Eixo Temático: Atenção Integral e Promoção à Saúde (AIPS).

[1] Maria Joanna da Rosa dos Santos, Discente do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Franciscana (UFN), Iniciação Científica Voluntária pelo Programa Institucional de Iniciação Científica Voluntária (ICV/UFN), Santa Maria - RS, Brasil. E-mail: maria.joanna@ufn.edu.br ORCID: https://orcid.org/0009-0005-6265-7416.

[2] Marina Mezomo Soccal, Discente do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Franciscana (UFN), Iniciação Científica Voluntária pelo Programa Institucional de Iniciação Científica Voluntária (ICV/UFN), Santa Maria - RS, Brasil. E-mail: m.soccal@ufn.edu.br ORCID: https://orcid.org/0009-0001-2675-3233.

[3] Welida Lemes Viana, Discente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria - RS, Brasil. E-mail: welida.lviana@ufn.edu.br ORCID: https://orcid.org/https://orcid.org/0009-0008-6428-6294.

[4] Cristina Saling Kruel, Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana, Docente do Curso de Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil (PPGSMI) da Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria - RS, Brasil. E-mail: cristinakruel@prof.ufn.edu.br. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1996-7708

1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal constitui um período de intensas transformações físicas, emocionais e sociais na vida da mulher, demandando das redes assistenciais uma abordagem integral e multidisciplinar (Strapasson; Nedel, 2010). Embora transitório, envolve uma corrente irrefreável de mudanças físicas e emocionais, além de abarcar vivências que sobrepujam a experiência subjetiva da maternidade. Por essa razão, pressupõe-se a necessidade da adoção, por parte de profissionais de saúde, de uma perspectiva integrada, que compreenda o momento da gestação como um prisma multidimensional. Dentro das dimensões a serem consideradas, além da física, destacam-se a emocional, a social e a espiritual (Rodrigues *et al*., 2022; Gomes *et al*., 2018; Osanan *et al*., 2018). No entanto, observa-se que, em grande parte dos contextos, a atenção à saúde materno-infantil permanece centrada no manejo de intercorrências clínicas em detrimento de aspectos psicossociais e culturais igualmente determinantes para o bem-estar da mãe e da criança (Petersen *et al*., 2023; Backes *et al*., 2022; Alves; Cecatti; Souza, 2021).

Estudos evidenciam que uma em cada quatro gestantes apresenta algum tipo de transtorno mental nesse período. Estima-se que 48% daquelas que manifestam ansiedade e 70% das que manifestam depressão pré-natal permanecem em sofrimento psíquico no puerpério e, caso não haja suporte adequado das redes, nos primeiros anos de vida de seus filhos (Arrais, Araújo & Schiavo, 2019; Lucci *et al*., 2016). O sofrimento psíquico experienciado pelas mulheres pode desencadear uma percepção negativa de si mesmas e de seus filhos, acarretando em relações materno-fetal e materno-infantil atravessadas por uma ambivalência afetiva (Morais *et al*., 2016). Nesse sentido, a disponibilidade de recursos emocionais e ambientais adequados é fundamental para assegurar condições favoráveis ao desenvolvimento infantil (Winnicott, 1964/1982).

Winnicott (1964/1982) afirma que, ao nascimento, o que sustenta a existência do bebê, assim como a sua capacidade de crescer, se desenvolver de forma saudável e se inserir no mundo como pessoa, são os cuidados da mãe. Nesse cenário, atos como amamentar, segurar no colo, assegurar-se da higiene constituem tarefas que a mãe, desde que esteja disposta à fazê-las, possui capacidade de desempenhar bem. Ainda, o autor afirma que ao nutrir uma relação de afeto com o bebê, a mãe fortalece sua identificação com o filho, consolidando um vínculo cada vez mais estreito. Para que esse processo transcorra de maneira saudável, é fundamental que ela disponha de recursos emocionais e apoio ambiental.

Quando esse processo se interpõe a realidades culturais específicas, como as vivenciadas por povos indígenas, emerge uma rede conceitual mais complexa. Nessas populações, a vivência do ciclo gravídico-puerperal é permeada por desafios adicionais, como as barreiras no acesso aos serviços de assistência, a medicalização do parto, as condições de vulnerabilidade socioeconômica, além do impacto da colonização que incide sobre práticas tradicionais de cuidado e cosmovisão indígena (Abreu *et al*., 2024; Rodrigues *et al*., 2024). A desconsideração dessas especificidades nos modelos assistenciais hegemônicos contribui para a invisibilidade das demandas culturais, espirituais e comunitárias, configurando a saúde mental de mulheres indígenas no período perinatal como um campo ainda pouco explorado.

Krenak (2019), ambientalista, filósofo e líder indígena, ressalta a importância de reconhecer saberes tradicionais, problematizando a imposição de conhecimentos dominantes sobre a diversidade cultural. É nesse cenário que emerge o conceito de humildade cultural (*cultural humility*), uma postura ética e crítica que admite limitações individuais e sustenta o aprendizado permanente nas interações entre diferentes culturas (Yeager; Bauer-Wu, 2013). Tal perspectiva amplia as possibilidades de diálogo entre saberes biomédicos e saberes ancestrais, contribuindo para práticas de cuidado mais sensíveis, horizontais e inclusivas.

À luz desse referencial, o presente estudo objetiva discutir a saúde mental de mulheres indígenas no ciclo gravídico-puerperal a partir do conceito de humildade cultural, destacando suas potencialidades para reorientar práticas e políticas de saúde. A proposta se encontra diretamente alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), especialmente ao ODS 3 (Saúde e bem-estar) e 10 (Redução das desigualdades), ao propor reflexões que favoreçam a equidade e o reconhecimento da diversidade cultural nos processos de cuidado materno-infantil.

Em síntese, a escolha deste tema decorre da necessidade de discutir a saúde mental de mulheres indígenas no ciclo gravídico-puerperal, tendo em vista as lacunas existentes nos modelos convencionais de cuidado. Assim, pretende-se destacar a relevância da humildade cultural como proposta para fortalecer a escuta, o respeito e a integração de saberes.

2 METODOLOGIA

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório-descritivo (Michel, 2009; Gil, 2002), voltada à análise das interfaces entre saúde mental de mulheres indígenas no ciclo gravídico-puerperal e o conceito de humildade cultural. Caracteriza-se como um ensaio teórico, no qual os resultados de uma revisão prévia de escopo sobre saúde mental, práticas tradicionais de cuidado e desafios contemporâneos foram articulados criticamente a referenciais teóricos nacionais e internacionais.

O ensaio teórico, enquanto estratégia metodológica, busca problematizar conceitos, tensionar abordagens consolidadas e propor novas articulações teórico-conceituais (Michel, 2009). No presente trabalho, esse movimento se expressa na aproximação entre os achados da literatura sobre saúde mental indígena e os fundamentos éticos e críticos da humildade cultural, de modo a construir um diálogo entre modelos biomédicos e saberes tradicionais.

O desenvolvimento do estudo seguiu as recomendações do Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR), disponíveis na plataforma EQUATOR (O'Brien *et al*., 2014).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 SAÚDE MENTAL INDÍGENA NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Nas diferentes culturas indígenas, a gestação, o parto e o puerpério encontram-se circunscritos a uma variedade de diferentes práticas tradicionais de cuidado transmitidas intergeracionalmente (Boer *et al*., 2024). Esses rituais, que variam entre etnias, oferecem suporte emocional, físico e espiritual às mulheres, configurando-se como importantes fatores protetivos durante o ciclo gravídico-puerperal. No entanto, nota-se que essas práticas nem sempre recebem respaldo dos sistemas de saúde, evidenciando a dissociação entre saberes ancestrais indígenas e o modelo médico hegemônico (Dias-Scopel, Scopel & Langdon, 2017).

Sob essa ótica, as questões relacionadas à saúde mental de mulheres indígenas permanecem pouco abordadas no contexto do ciclo gravídico-puerperal. Estudos indicam que, em média, 20% das mulheres vivenciam sofrimento psíquico no período perinatal. Os principais fatores de risco identificados incluem: histórico de transtornos mentais; ausência de uma rede de apoio; condições socioeconômicas desfavoráveis; violência conjugal; histórico de abuso sexual na infância; e outras experiências traumáticas (Owais *et al*., 2019). Dentro desse panorama, as mulheres indígenas constituem um grupo particularmente vulnerável, enfrentando, além das dificuldades supracitadas, a imposição de práticas assistenciais hegemônicas que imperam sobre suas concepções e valores culturais (Meredith, McKerchar & Lacey, 2023; Owais *et al*., 2019). Ademais, fatores como a maternidade precoce (Owais *et al*., 2019) e a prática do aleitamento materno (Boer *et al*., 2024) compõem elementos desencadeadores ou agravantes do sofrimento psíquico em mulheres indígenas.

De acordo com Owais *et al*. (2019), a literatura aponta que mulheres indígenas apresentam um risco maior de sofrimento psíquico e problemas concernentes à sua saúde mental durante o período perinatal, como depressão, ansiedade e abuso de substâncias, sendo de 62% a probabilidade de desenvolverem tais condições em comparação à mulheres não indígenas. Observou-se, no entanto, que o apoio familiar e comunitário é capaz de atenuar esses riscos, assim como espaços que respeitem a identidade cultural, espiritualidade e práticas tradicionais de cada comunidade (Meredith, McKerchar & Lacey, 2023).

Black *et al*. (2019), ao realizarem uma revisão sistemática e meta-análise, identificaram elevada prevalência de depressão pós-parto entre mulheres indígenas. Os estudos incluídos avaliaram o período de 4 semanas a 12 meses após o parto, estimando, para as etnias estudadas nos Estados Unidos, Nova Zelândia e Canadá, uma prevalência entre 13,2% e 25,4%. No que tange à população indígena brasileira, ainda é possível observar uma lacuna significativa de conhecimento acerca da saúde mental no ciclo gravídico-puerperal.

No contexto brasileiro, a discussão sobre saúde mental indígena no ciclo gravídico-puerperal exige uma análise crítica das estruturas institucionais que sustentam o cuidado em saúde. Embora o país disponha de políticas públicas que reconhecem a atenção diferenciada aos povos indígenas, como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), sua implementação ainda enfrenta entraves operacionais e epistemológicos que limitam a efetividade do cuidado integral. A carência de profissionais capacitados para atuar em contextos interculturais, somada à rotatividade de equipes e à falta de diálogo com os saberes tradicionais, resulta em práticas fragmentadas e descontextualizadas, que pouco contribuem para o enfrentamento do sofrimento psíquico entre gestantes e puérperas indígenas. Além disso, a predominância de modelos biomédicos centrados na doença, em detrimento de abordagens que valorizem os determinantes culturais e espirituais da saúde, reforça a invisibilidade das dimensões subjetivas e comunitárias da maternidade indígena. Diante desse cenário, torna-se urgente repensar o cuidado perinatal indígena no Brasil sob uma perspectiva decolonial, que reconheça as mulheres indígenas não como pacientes passivas, mas como detentoras de saberes e práticas fundamentais à construção de estratégias de promoção da saúde mental culturalmente enraizadas e socialmente transformadoras.

3.2 O CONCEITO DE HUMILDADE CULTURAL

O termo humildade cultural (*cultural humility*), cunhado por Tervalon e Murray-García (1998), surge como contraponto às noções tradicionais de competência cultural. Em contraposição à ideia de pressupor a possibilidade de domínio total de uma cultura, essa perspectiva ressalta a importância de um processo contínuo de reflexão crítica e autorrevisão. Nesse processo, profissionais e pesquisadores são convidados a reconhecer seus próprios referenciais, crenças e pertencimentos culturais, ao mesmo tempo em que se atentam para as relações de poder que atravessam os encontros e interações com distintos cenários socioculturais (Fisher-Borne, Cain & Martin, 2015; Yaeger; Bauer-Wu, 2013).

Dessa forma, a ideia de possuir pleno conhecimento sobre a cultura do outro é substituída por uma atitude que visa a aprendizagem contínua, ancorada no diálogo, na partilha de saberes e na corresponsabilidade das práticas. Assim sendo, inserida no campo da saúde intercultural, a humildade cultural se configura como um imperativo ético que sustenta relações de cuidado marcadas pela sensibilidade, pelo respeito e pela cooperação em todas as etapas: do planejamento às ações que serão desenvolvidas à avaliação de resultados obtidos.

Segundo Peralta *et al*. (2019), a humildade cultural emerge também como um componente estrutural, relacionado à implementação dos serviços de saúde em parceria com

as comunidades. Mais do que uma competência individual, ela se traduz em estratégias de engajamento democrático que integram usuários na definição de prioridades, ampliando a legitimidade das ações. Essa dimensão relacional fortalece a confiança, reduz barreiras históricas de acesso e reposiciona os serviços como espaços de cooperação, nos quais o cuidado não é apenas ofertado, mas co-construído com os sujeitos e coletivos atendidos.

Freshman (2016) destaca que muitos programas de competência cultural falham por adotarem uma perspectiva limitada, baseada em categorias raciais genéricas que não captam a complexidade das identidades culturais. Assim, essa abordagem, ao reduzir a cultura a classificações fixas, ignora as experiências vividas e os contextos históricos que moldam os sujeitos, dificultando a construção de vínculos reais com as comunidades.

Propõe-se, em contraposição, a humildade cultural como um caminho ético e relacional, pautado na escuta ativa, no reconhecimento das próprias limitações e na disposição constante para aprender com o outro. Em vez de buscar "dominar" uma cultura, trata-se de estabelecer um diálogo sensível e horizontal, que valorize os sentidos locais e promova o cuidado como prática compartilhada. Dessa forma, a humildade cultural se apresenta não apenas como uma atitude individual, mas como uma postura crítica que transforma as relações e os próprios modelos institucionais de atenção em saúde.

3.3 INTERLOCUÇÕES ENTRE SAÚDE MENTAL INDÍGENA E HUMILDADE CULTURAL

Entre saúde mental indígena e humildade cultural, estabelece-se um espaço que permite problematizar a maneira como o sofrimento psíquico é interpretado e tratado em contextos interculturais. Enquanto os modelos assistenciais em saúde mental tendem a enquadrar os sintomas em categorias diagnósticas universais, as cosmologias indígenas compreendem a gestação e o parto como eventos coletivos, espirituais e profundamente ligados ao território. Essa diferença de perspectivas desafia a noção de que o cuidado em saúde mental pode ser reduzido a protocolos clínicos, exigindo formas de diálogo que ultrapassem a tradução literal de práticas, alcançando também seus sentidos simbólicos.

Sob esse prisma, a humildade cultural não se limita a um recurso metodológico para melhorar a comunicação entre profissionais e comunidades, mas constitui uma chave crítica para repensar a própria produção de conhecimento em saúde (Lekas, Pahl & Lewis, 2020). Ao reconhecer as assimetrias históricas que marcaram a relação entre povos indígenas e instituições, esse referencial convida a deslocar o olhar: em vez de investigar como essas populações podem se adaptar ao sistema, questiona-se de que forma o sistema pode ser transformado para acolher sua diversidade. Trata-se de um movimento de descolonização do cuidado, que valoriza saberes locais como fontes legítimas de elaboração e proteção.

No ciclo gravídico-puerperal, a humildade cultural se apresenta como um referencial estratégico para repensar o cuidado em saúde mental, ao reconhecer que gestação, parto e puerpério, nas comunidades indígenas, extrapolam a dimensão biológica e se constituem como experiências espirituais, coletivas e comunitárias. A valorização de rituais de proteção durante a gestação, a escuta das restrições alimentares e prescrições tradicionais, bem como o respeito às práticas de acolhimento materno no pós-parto, configuram-se como elementos importantes para a prevenção do sofrimento psíquico e para o fortalecimento de vínculos materno-infantis em populações indígenas. Nessa perspectiva, a integração entre práticas ancestrais e serviços biomédicos, mediada pela humildade cultural, pode contribuir para a integralidade do cuidado, assegurando que as especificidades do período gravídico-puerperal sejam reconhecidas e legitimadas no âmbito das políticas públicas e das práticas de saúde.

Nesse sentido, a articulação entre saúde mental indígena e humildade cultural também convoca uma revisão profunda das práticas formativas e dos modos de produção de saber em saúde. Incorporar essa perspectiva implica reconhecer que o conhecimento não é neutro, mas situado — moldado por contextos históricos, linguagens e cosmologias distintas. Assim, torna-se necessário que os processos educativos e as formações profissionais na área da saúde incluam espaços de reflexão crítica sobre colonialidade, racismo estrutural e epistemicídios, de modo que o futuro profissional aprenda não apenas a "atender" populações indígenas, mas a dialogar com elas em condições de reciprocidade. Essa mudança de paradigma desloca o foco do ensino técnico para uma pedagogia da escuta e da presença, na qual o encontro entre saberes se dá por meio da convivência, do respeito e da abertura para a alteridade.

Por fim, o encontro entre saúde mental indígena e humildade cultural aponta para a necessidade de construir políticas públicas mais sensíveis, capazes de articular ciência, espiritualidade e práticas comunitárias. Isso significa pensar estratégias que não apenas reduzam desigualdades, mas que também criem condições para que diferentes formas de compreender e cuidar da vida coexistam em igualdade de legitimidade. Constata-se que a aposta na corresponsabilidade e na escuta intercultural pode, assim, ampliar o horizonte do cuidado, deslocando-o de uma lógica interventiva para uma lógica relacional e cooperativa.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se que a saúde mental de mulheres indígenas no ciclo gravídico-puerperal permanece um campo pouco explorado, embora marcado por demandas significativas. Estudos demonstram que fatores como vulnerabilidade socioeconômica, maternidade precoce, violência conjugal e histórico de experiências traumáticas incidem diretamente sobre o bem-estar físico e mental, tornando esse grupo especialmente suscetível ao sofrimento psíquico. Além disso, evidencia-se a fragilidade dos modelos assistenciais hegemônicos, que priorizam a resolução de intercorrências clínicas, mas frequentemente negligenciam as dimensões emocionais, espirituais e culturais que atravessam a experiência materna indígena.

Nesse cenário, as práticas tradicionais de cuidado se revelam fundamentais, oferecendo suporte emocional, social e espiritual às gestantes e puérperas. No entanto, tais práticas ainda são, em grande parte, desconsideradas pelos sistemas de saúde, gerando um distanciamento significativo entre saberes ancestrais e a lógica biomédica dominante. Destaca-se que essa dissociação contribui para a invisibilidade das especificidades culturais, comprometendo tanto a efetividade quanto a humanização do cuidado. Reconhecer a importância dessas práticas e compreender sua centralidade no processo de gestação e maternidade é, portanto, essencial para promover a integralidade da atenção à saúde.

Diante do exposto, a humildade cultural apresenta-se como uma proposta ética e metodológica capaz de reorientar as práticas no campo da saúde intercultural. Assim, ao deslocar a ideia de domínio pleno sobre a cultura do outro e propor um exercício contínuo de autorreflexão, escuta e aprendizado mútuo, esse referencial possibilita a construção de relações mais horizontais e respeitosas. No contexto do ciclo gravídico-puerperal, sua adoção permite legitimar rituais de proteção gestacional, práticas de cuidado no parto e formas tradicionais de acolhimento no pós-parto, ampliando o alcance das ações em saúde mental.

Em suma, integrar a humildade cultural às ações em saúde mental de mulheres indígenas no período perinatal não apenas contribui para práticas mais sensíveis e colaborativas, mas também fortalece o compromisso com a equidade e com a valorização da diversidade cultural nos processos de cuidado. Essa integração implica reconhecer que os saberes e práticas tradicionais não são complementos do sistema biomédico, mas formas legítimas e autônomas de produzir saúde, sentido e pertencimento. Ao adotar uma postura de humildade cultural, profissionais e instituições são convidados a reconfigurar suas práticas,

deslocando-se de uma posição de autoridade para uma de parceria, na qual o cuidado é construído conjuntamente com as comunidades.

Além disso, essa perspectiva favorece o desenvolvimento de políticas públicas mais participativas, que considerem a espiritualidade, o território e as redes comunitárias como dimensões estruturantes do bem-estar. A humildade cultural, portanto, transcende o âmbito das relações interpessoais, tornando-se um princípio orientador para repensar modelos institucionais, práticas formativas e estratégias de pesquisa que envolvem povos indígenas. Ao promover uma escuta ativa e o reconhecimento da interdependência entre diferentes sistemas de conhecimento, esse referencial amplia a capacidade do campo da saúde mental de responder, de forma ética e plural, às necessidades específicas das mulheres indígenas durante a gestação e o puerpério.

AGRADECIMENTOS

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (PROPESQ) da Universidade Franciscana (UFN), pela oportunidade de desenvolver a pesquisa por meio do Programa Institucional de Iniciação Científica Voluntária (ICV/UFN). Agradeço, também, ao Grupo Interprofissional de Pesquisa em Saúde Materna e Infanto-Juvenil (GIPSMI) da UFN.

REFERÊNCIAS

ABREU, G. R.; PICOLI, R. P.; WELCH, J. R.; JUNIOR, C. E. A. C. Adequação da assistência pré-natal ofertada à mulher indígena: características maternas e dos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 12, dez. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.08722024.

ALVES, A. C.; CECATTI, J. G.; SOUZA, R. T. Resilience and Stress during Pregnancy: a comprehensive multidimensional approach in maternal and perinatal health. **The Scientific World Journal**, v. 2021, p. 1-7, ago. 2021. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1155/2021/9512854.

ARRAIS, A. da R.; ARAUJO, T. C. C. F. de.; SCHIAVO, R. de A. Depressão e Ansiedade Gestacionais Relacionadas à Depressão Pós-Parto e o Papel Preventivo do Pré-Natal Psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, p. 23-34, jul. 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.706.

BACKES, D. S.; GOMES, E. B.; RANGEL, R. F.; ROLIM, K. M. C.; ARRUSUK, L. S.; ABAID, J. L. W. Meaning of the spiritual aspects of health care in pregnancy and childbirth. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5980.3774.

BLACK, K. A.; MACDONALD, I.; CHAMBERS, T.; OSPINA, M. B. Postpartum Mental Health Disorders in Indigenous Women: a systematic review and meta-analysis. **Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada**, v. 41, n. 10, p. 1470-1478, out. 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2019.02.009.

BOER, L.; SOUSA, F. G. M.; PINA, R. M. P.; POBLETE, M.; HAEFFNER, L. S. B.; BACKES, D. S. Vivências de mulheres indígenas acerca do ciclo gravídico-puerperal.

Revista Brasileira de Enfermagem, v. 77, n. 2, out. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0410pt.

BROWNE, A. J.; VARCOE, C.; LAVOIE, J.; SMYE, V.; WONG, S. T.; KRAUSE, M.; TU, D.; GODWIN, O.; KHAN, K.; FRIDKIN, A. Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, out. 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9.

DIAS-SCOPEL, R. P.; SCOPEL, D.; LANGDON, E. J. Gestação, parto e pós-parto entre os Munduruku do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e práticas indígenas de autoatenção. **Ilha Revista de Antropologia**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 183-216, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.5007/2175-8034.2017v19n1p183.

FISHER-BORNE, M.; CAIN, J. M.; MARTIN, S. L. From Mastery to Accountability: Cultural Humility as an Alternative to Cultural Competence. **Social Work Education**, v. 34, n. 2, p. 165-181, nov. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1080/02615479.2014.977244.

FRESHMAN, B. Cultural Competency - Best Intentions are not good enough. Diversity & Equality in Health And Care, v. 13, n. 3, p. 240-244, abr. 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.21767/2049-5471.1000e17.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, S. C.; TEODORO, L. P. P.; PINTO, A. G. A.; OLIVEIRA, D. R.; QUIRINO, G. S.; PINHEIRO, A. K. B. Rebirth of childbirth: reflections on medicalization of the Brazilian obstetric care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2594-2598, set-out. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564.

KRENAK, A. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

LEKAS, H-M.; PAHL, K.; LEWIS, C. F. Rethinking Cultural Competence: shifting to cultural humility. **Health Services Insights**, v. 13, jan. 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1177/1178632920970580.

LUCCI, T. K.; OTTA, E.; DAVID, V. F.; CHELINI, M. M. Depressão materna e concentração de cortisol de recém-nascidos em uma amostra brasileira. **Psico**, v. 47, n. 2, p. 140, mai. 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.23655.

MEREDITH, C.; MCKERCHAR, C.; LACEY, C. Indigenous approaches to perinatal mental health: a systematic review with critical interpretive synthesis. **Archives of Women's Mental Health**, v. 26, n. 3, p. 275-293, mar. 2023. Disponível em http://dx.doi.org/10.1007/s00737-023-01310-7.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Editora Atlas, 2. Ed., 2009.

MORAIS, A. O. D. de S.; SIMÕES, V. M. F.; RODRIGUES, L. dos S.; BATISTA, R. F. L.; LAMY, Z. C.; CARVALHO, C. A. de; SILVA, A. A. M. da; RIBEIRO, M. R. C. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte

pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00032016.

O'BRIEN, B. C.; HARRIS, I. B.; BECKMAN, T. J.; REED, D. A.; COOK, David A. Standards for Reporting Qualitative Research. **Academic Medicine**, v. 89, n. 9, p. 1245-1251, set. 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1097/acm.0000000000000388.

OSANAN, G. C.; PADILLA, H.; REIS, M. I.; TAVARES, A. B. Strategy for Zero Maternal Deaths by Hemorrhage in Brazil: a multidisciplinary initiative to combat maternal morbimortality. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 3, p. 103-105, jan. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0038-1639587.

OWAIS, S.; FALTYN, M.; JOHNSON, A. V. D.; GABEL, C.; DOWNEY, B.; KATES, N.; VAN LIESHOUT, R. J. The Perinatal Mental Health of Indigenous Women: a systematic review and meta-analysis. **The Canadian Journal Of Psychiatry**, v. 65, n. 3, p. 149-163, out. 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1177/0706743719877029.

PERALTA, A. M. de.; GILLISPIE, M.; MOBLEY, C.; GIBSON, L. M. It's All About Trust and Respect: cultural competence and cultural humility in mobile health clinic services for underserved minority populations. **Journal Of Health Care For The Poor And Underserved**, v. 30, n. 3, p. 1103-1118, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1353/hpu.2019.0076.

PETERSEN, A. G. P.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; CASAGRANDE, D.; PLUTA, P.; WINTER, V. D. B.; CARVALHO, F. F.; TRONCO, C. S. Weaknesses in the continuity of care of puerperal women: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 45, n. 7, p. 415-421, ago. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0043-1772185.

PRATA, A. K. A. V.; CINTRA, E. M de U. Apoio e acolhimento à mulher que se torna mãe: uma escuta psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 20, n. 1, jan-mar. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p34.3.

RODRIGUES, D. P.; ALVES, V. H.; SILVA, A. M.; PENNA, L. H. G.; VIEIRA, B. D. G.; SILVA, S. E. D.; REIS, L. C. dos.; BRANCO, M. B. L. R. Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, mar. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215.

RODRIGUES, F. D.; ARAUJO, H. L. F.; SILVA, E. L. e.; ALBUQUERQUE, A. K. V.; SILVA, M. J. da.; AZEVEDO, A. A. A.; FERNANDES, A. C. H.; ABREU, T. B.; FREITAS, A. M.; MARTINS, K. M. C. O PROCESSO GESTACIONAL, PARTO E PUERPÉRIO DA MULHER INDÍGENA SEGUNDO SEUS ASPECTOS CULTURAIS: uma revisão integrativa. **Zenodo**, mar. 2024. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.10827526.

STRAPASSON, M. R.; NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 521-528, set. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000300016.

TERVALON, M.; MURRAY-GARCIA, J. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 9, n.2, p. 117–125, mai. 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro: LTC — Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1982.

YEAGER, K. A.; BAUER-WU, S. Cultural humility: essential foundation for clinical researchers. **Applied Nursing Research**, v. 26, n. 4, p. 251-256, nov. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.06.0.

Este trabalho de acesso aberto está licenciado sob Creative Commons - Atribuição (CC BY 4.0).