



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Avellaneda Yajahuanca, Rosário; Simone Grilo Diniz, Carmen; da Silva Cabral, Cristiane
É preciso “ikarar os kutipados”: interculturalidade e assistência à saúde na Amazônia
Peruana

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 9, septiembre, 2015, pp. 2837-2846
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63041075024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

É preciso “*ikarar os kutipados*”: interculturalidade e assistência à saúde na Amazônia Peruana

We need to “*ikarar the kutipados*”: intercultural understanding
and health care in the Peruvian Amazon

Rosário Avellaneda Yajahuanca ¹

Carmen Simone Grilo Diniz ¹

Cristiane da Silva Cabral ¹

Abstract *The scope of this qualitative research was to describe and analyze how the Kukamas Kukamirias indigenous population from the Peruvian Amazon perceives and evaluates the healthcare offered by health workers at the local San Regis health post. An ethnographic-based study was conducted among the San Regis community on the Marañón River in the Loreto district of Peru, including interviews and participative observations with female and male patients as well as with traditional healers and professional health workers. An intercultural perspective is adopted to discuss the evaluations made by the Kukamas Kukamirias about the healthcare offered by professionals at their local health post. Issues examined include the intercultural matches and mismatches that affect vulnerable groups of the population in their interactions with the health services. The frequent preference shown for traditional treatment implies a close relationship between the healer and the person who is sick. This means that conventional forms of healthcare should be seen from an intercultural perspective and taken into account when organizing and articulating health services.*

Key words *Traditional knowledge and practices, Maternal health, Intercultural perspective, Professional health workers, Peruvian Amazon*

Resumo *Esta pesquisa qualitativa visou descrever e analisar como a população indígena Kukama Kukamiria da Amazônia peruana percebe e avalia o atendimento oferecido pelos profissionais no posto de saúde de San Regis. Foi realizado estudo de base etnográfica na comunidade de San Regis, do rio Marañón, na região Loreto no Peru, incluindo entrevistas e observação participante com pacientes mulheres e homens, assim como curadores tradicionais e profissionais de saúde. O prisma da interculturalidade é adotado para discutir sobre a avaliação que os Kukamas Kukamirias fazem a respeito do atendimento à saúde realizado pelos profissionais do posto de saúde local. Aborda-se sobre os (des)encontros interculturais que afetam aos grupos populacionais vulneráveis nas suas interações com os serviços de saúde. A frequente preferência pelos cuidados tradicionais implica uma aproximação entre cuidador e doente, pelo que deve ser levada em conta na organização dos serviços de saúde, e articulado às formas convencionais de assistência, em uma perspectiva intercultural.*

Palavra-chave *Saberes e práticas tradicionais, Saúde materna, Interculturalidade, Profissionais de saúde, Amazônia peruana*

¹ Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Doutor Arnaldo 715, Cerqueira César. 01246-904 São Paulo SP Brasil. ravellaneday@yahoo.es

Introdução

Apesar de o Peru ser um país multicultural, o sistema oficial de saúde (Ministério de Saúde) está direcionado para uma população homogênea, não considerando que as diversas culturas mantêm costumes e saberes tradicionais próprios. A saúde intercultural pode ser entendida como a capacidade de mover-se entre diferentes conceitos de saúde e doença, de vida e morte, distintas noções do corpo biológico, social e relacional¹. A mirada intercultural implica, potencializar elementos em comum e respeitar e compreender o que é diverso nas culturas. No entanto, é necessário reconhecer seus limites ou os desafios trazidos por esta perspectiva.

O mal-estar, o sofrimento, a doença, as perturbações físicas, morais, mentais, espirituais, psíquicas etc., são de alguma forma definidos por todas as sociedades e grupos sociais, as/os quais desenvolvem distintas respostas para fazer face ao infortúnio que constitui a doença, as variadas formas de atendimento aos doentes². Cada sistema terapêutico tem um corpo de conhecimentos, formulado em cada sociedade. Na sociedade ocidental moderna contemporânea, o referencial em termos de saúde/doença é centrado na racionalidade médica moderna, que tem seu substrato de saber e de práticas no interior do modelo das ciências naturais. De acordo com vários autores que se ocupam de tomar a biomedicina ocidental moderna como objeto de investigação antropológica^{3,4}, este modelo hegemônico busca conduzir para a conformação de uma prática de trabalho orientada à individualização dos processos de adoecimento e sua descontextualização das realidades socioculturais.

A interculturalidade implica uma relação de respeito e compreensão na forma de interpretar a realidade e o mundo, num processo de informação, educação e formação. Nas últimas décadas, interculturalidade em saúde ou saúde intercultural foram conceitos indistintamente utilizados para designar um conjunto de ações e políticas que buscam conhecer e incorporar a cultura do paciente no processo de atenção em saúde⁵. A necessidade de desenvolver processos interculturais em saúde em vários países latino-americanos, seja por razões históricas, sociopolíticas e epidemiológicas, foi motivo para evitar que a identidade étnica e cultural se convertesse em uma barreira de acesso a uma melhor atenção em saúde. No entanto, é incontestável que ainda existe um desencontro com a *cultura* de muitos povos em todo o mundo. Segundo Geertz⁶, a “cultura é

uma teia de significados” e “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, (...) [considero] a cultura como sendo estas teias e sua análise, portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado”. Esta concepção já anuncia, de saída, os múltiplos significados e interpretações possíveis sobre um fenômeno, se assumimos uma perspectiva intercultural.

Outro aspecto presente nessa dinâmica intercultural é o processo de assimilação de determinadas noções de uma cultura por outra. Por exemplo, a utilização que grupos indígenas fazem dos recursos e das práticas da biomedicina é diferente do uso para o qual a própria ciência ocidental os destina; analogamente, a biomedicina interpreta os elementos que conformam os outros sistemas em função de suas próprias teorias sobre o mundo. Assim como signos da cultura indígena sofrem um processo de “cientificação” por parte da biomedicina, que os incorpora sem considerar a lógica local⁷, também há processos de assimilação de elementos da biomedicina por parte de grupos indígenas, incorporando-as a suas próprias lógicas, num processo que Greene chamou de “xamanização” da biomedicina⁸.

Indo além, deve-se atentar para o fato de os próprios poderes públicos se utilizarem de elementos locais de determinada cultura como forma de minimizar os investimentos na assistência à saúde das populações locais. Tal situação é exemplarmente examinada no trabalho de Cardoso⁹, ao argumentar sobre os principais problemas da incompatibilidade das políticas públicas orientadas aos povos indígenas com as formas próprias de sua organização. A autora argumenta que é fundamental a participação das comunidades e de seus líderes locais na formulação e no acompanhamento de projetos de atenção à saúde, de forma a assegurar direitos e especificidades de suas comunidades.

Numa perspectiva comparativa entre países, é preciso dizer que no Peru não existe nenhum organismo governamental encarregado de definir e gerir as políticas relativas às populações indígenas, tal como ocorre com a Funai (Fundação Nacional do Índio) no Brasil. Apesar do Estado peruano se definir como democrático e representativo da pluralidade das culturas, com aceitação dos direitos culturais e da igualdade perante a lei de todos os peruanos, há uma continuidade de pautas hegemônicas que se orientam por relações de poder e assimetrias sociais, econômicas e de intolerância cultural dentro da “cultura nacio-

nal". O governo não tem desenvolvido políticas diferenciais, permanecendo os povos indígenas incluídos na política nacional do Ministério de Saúde peruano.

Na América Latina, muitos países têm uma importante proporção de indígenas em sua população, como é o caso do Peru. A inclusão das populações indígenas na cobertura das ações de saúde apresenta desafios específicos, que devem ser analisados para que esta universalização da assistência seja bem-sucedida.

Segundo o Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)¹⁰, pelo menos um terço da população peruana é indígena e, especificamente, a Amazônia Peruana é a região que possui a maior diversidade de grupos indígenas do país, culturalmente diferenciadas com sua própria música, arquitetura, tradições milenares, mitologia e saberes tradicionais ao processo de saúde e doença e processos de cura. Este contexto impõe aos profissionais de saúde a necessidade de compreender não apenas o sistema da biomedicina ocidental moderna, mas considerar também o aspecto cultural e social como fatores importantes do atendimento nos serviços de saúde e em todo o processo de saúde e doença. A literatura tem apontado as limitações diversas do ponto de vista de uma competência intercultural, seja pelo prisma das práticas individuais ou do contexto macro-político-institucional, para compreensão das práticas de saúde tradicional, o que reduz a de qualidade da atenção a estas populações^{9,11}.

Inicialmente, o que nos levou a esta pesquisa foi conhecer os cuidados relativos à mulher durante a gravidez, parto e pós-parto. No decorrer da convivência com a população de San Regis outras questões emergiram, tais como violência familiar, uso de anticoncepcionais, a interação com os profissionais de saúde, avaliação sobre o atendimento recebido no posto de saúde, os desencontros com os cuidados biomédicos e seus saberes e cuidados tradicionais.

No contexto dessas discussões sobre saúde intercultural, este estudo buscou analisar a perspectiva que a população *Kukama Kukamiria* da comunidade de San Regis, Peru, tem sobre o atendimento à saúde realizado pelos profissionais de saúde no posto de saúde, procurando compreender os (des)encontros interculturais que afetam nas suas interações com os serviços de saúde.

Contexto do estudo

A região Loreto conta com 355 serviços de saúde, distribuídos da seguinte maneira: três hospitais, 51 centros de saúde e 301 postos de saúde¹². A estrutura da atenção se desenvolve de acordo com o nível de complexidade das demandas, classificando-se em três níveis de atenção.

O primeiro nível é conformado pelos postos e centros de saúde. O atendimento é de baixa complexidade. Desenvolvem-se atividades de prevenção e proteção específica, diagnóstico precoce e tratamento oportuno das necessidades de saúde mais frequentes. Estes serviços encontram-se em zonas periurbanas, ribeirinhas e em algumas aldeias indígenas com limitada infraestrutura. O modo como se distribuem estes serviços no primeiro nível, nas zonas mais afastadas visa atender toda a população, o que significa lidar também com uma diversidade étnica, com diferentes culturas e dialetos. O segundo e terceiro nível estão conformados pelos hospitais de categoria I, II, hospital III e o Instituto Especializado, respectivamente. São centros de referência para atenção ambulatorial e tratamentos de maior complexidade¹³.

Entre os indicadores importantes relacionados aos problemas de saúde na região de Loreto estão a mortalidade materna, a desnutrição (especialmente a infantil), a mortalidade infantil, associada principalmente às infecções respiratórias, qualidade da água e das doenças diarreicas agudas. Outras doenças que afetam às populações mais pobres e de menor acesso aos serviços de saúde são malária, dengue, Leishmaniose, febre amarela, Bartonelose e raiva humana.

A população em foco: os *Kukamas Kukamirias*

Acredita-se que o povo *Kukama Kukamiria* seja o grupo indígena mais importante na região Loreto. A língua "oficial" na zona é o espanhol. O dialeto *Kukama Kukamiria* fica restrito à esfera privada. A população mais jovem tem só o uso passivo desta língua: ouvem e entendem, porém não a falam. Pode-se dizer que a língua está em perigo de extinção, pois é usada apenas em situações comunicativas muito restritas e, em sua maioria, pelos adultos.

De acordo com sua cosmovisão, existem duas categorias do universo conceptual que são usadas na caracterização dos eventos de saúde e doença: *kutipa* e o *ikaro*¹⁴. As duas palavras se referem

a conceitos do mal e do bem, respectivamente. A *kutipa* é a influência de espíritos de animais, plantas e indivíduos sobre pessoas mais fracas, é algo que penetra no corpo, que aliena, causa dano e mal-estar. As pessoas *kutipadas* apresentam debilidade, imobilidade e tristeza, de forma que o conceito de saúde supõe a ideia de purificação e expulsão do dano, mediante os *ikaros* (cânticos, oração e/ou proteção, para limpeza do corpo, alma e mente), que permitem extrair e expulsar o mal mediante o ritual.

Delineamento metodológico: em busca do olhar, do ouvir e do compreender

Trata-se de estudo qualitativo, de base etnográfica, que buscou compreender o contexto vivenciado da população de San Regis no rio Marañón, que possui aproximadamente 1.200 moradores, área pertencente à região de Loreto.

O trabalho etnográfico foi fundamental para refinar a percepção e o entendimento para melhorar o *olhar*, o *ouvir* e o *escrever*¹⁵. A imersão na comunidade por quatro meses permitiu a descrição dos cenários culturais, crenças, experiências, atitudes, pensamentos e reflexões da população de San Regis.

A escolha por San Regis deveu-se ao fato desta: a) ser uma das comunidades com maior população e estar localizada na ribeira do rio Marañón; b) contar com um posto de saúde e profissionais de saúde; e, c) ter parteiras, promotores de saúde e curadores na comunidade.

As técnicas utilizadas para a coleta do material empírico foram a observação participante com descrições em diários de campo e a entrevista. A observação participante auxiliou no mapeamento de diversos aspectos da comunidade e possibilitou uma aproximação entre as narrativas e os significados das ações, e a dimensão das práticas e seus sentidos no cotidiano.

As entrevistas vieram complementar, com mais abrangência e especificidade, as informações na perspectiva dos sujeitos da comunidade de San Regis: seus conhecimentos, percepção, pensamento, linguagem, ações, opiniões, avaliações no que dizia respeito ao atendimento recebido pelos profissionais de saúde. As entrevistas e os registros fotográficos foram realizados com prévio consentimento informado de cada um dos participantes. Foram realizadas um total de 25 entrevistas individuais com mulheres grávidas (06), puérperas (06), parteiras (os) (04), médi-

cos herbalistas (02), os maridos destas mulheres (04), e profissionais de saúde (03). Todas as mulheres possuíam estudos fundamentais, a exceção de uma que nunca estudou. Os profissionais de saúde entrevistados foram técnicos de enfermagem e enfermeiras com formação universitária.

As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas à noite no posto de saúde, período em que os profissionais estavam mais disponíveis para este tipo de interlocução. Este arranjo me permitiu também acompanhar algumas mulheres que chegavam em trabalho de parto.

As entrevistas com os moradores foram realizadas nas suas casas. As mulheres, na maioria de vezes, estavam acompanhadas pelos seus filhos pequenos. Cada conversa durou em média uma hora; entretanto, algumas foram interrompidas e tomaram mais tempo, pois as informantes tinham que ir à chácara (local que dista pelo menos uma hora em canoa da casa da informante), cozinhar ou ir ao rio para lavar roupa. Geralmente, nos encontros subsequentes havia mais confiança da informante em relação à pesquisadora e os relatos acabavam sendo mais longos, com tom mais pessoal, em que problemas familiares eram compartilhados. Com os homens, as entrevistas eram mais extrovertidas e sem pressa, ainda que fossem realizadas em suas casas, durante o fim de semana.

As entrevistas foram transcritas, buscando ser o mais fiel possível aos significados das expressões próprias do grupo. Trechos de alguns depoimentos são apresentados na sessão de resultados deste artigo para ilustrar determinados argumentos. Os entrevistados tiveram seus nomes próprios substituídos por nomes fictícios com vistas a preservação e anonimato de suas identidades.

Procedeu-se à análise temática do material empírico, articulando os registros das observações realizadas e das narrativas dos informantes, buscando-se compreender os significados que os sujeitos do estudo atribuem à forma de atendimento recebido pelos profissionais de saúde daquela localidade.

A pesquisa cumpriu com as exigências contidas na Resolução 196/96¹⁶ e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). O estudo também foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto Nacional de Saúde do Peru e ao Comitê de Ética da Direção Regional de Saúde de Loreto, obtendo aprovação de ambas as instituições.

Interpretações distintas de um mesmo fenômeno?

Os estudos na antropologia da saúde são marcados pela busca por compreender as experiências de aflição, doença, infortúnio, morte etc. e suas formas de enfrentamento, segundo diferentes situações socioculturais e históricas. Em todas as sociedades, as doenças são interpretadas de maneira específica, e sistemas/processos terapêuticos são formulados para dar inteligibilidade ao que perturba a ordem. A perspectiva intercultural possibilita realçar essa multiplicidade, sem a pretensão de evocar a primazia de uma sobre a outra; ao contrário, advoga a necessidade de incorporar o saber local no processo de atenção em saúde com vista à maior permeabilidade e inteligibilidade para ambas as partes. O exame dos *Kukamas Kukamirias* representa um esforço nesse campo de estudos que procura compreender o modo como distintas visões de mundo, referente ao processo de saúde-doença, estão (ou não) justapostas nas práticas de saúde da comunidade de San Regis.

A desvalorização do saber local

Para a população *Kukama Kukamiria* a saúde depende de uma convivência harmônica do ser humano com as forças da natureza, consigo mesmo e com as demais pessoas. A atenção ao cuidado da saúde é compreendida como um âmbito da vida através do qual se preservam, praticam e transmitem saberes da sua medicina tradicional. Não obstante, fora do âmbito local, pouco se conhece da grande riqueza de conhecimentos tradicionais de cura. Existem conhecimentos milenares sobre plantas e ervas medicinais, práticas e concepções sobre gravidez, parto e pós-parto, entre outros. A cura implica uma aproximação entre cuidador e doente; o vínculo afetivo é elemento central. Tal característica destoa do sistema oficial de saúde, que pressupõe um distanciamento entre ambas as partes, e representa um conflito entre os saberes locais e o dos profissionais de saúde.

A população em San Regis aponta o sistema tradicional de saúde (parteiras, promotores de saúde, curadores) como o de maior importância para o cotidiano, em que não têm pressa no atendimento, há confiança em ambas as partes, a população recebe orientações que fazem sentido segundo sua cosmovisão e avaliam que têm um bom trato no atendimento. A informante Camilla (25 anos, grávida de seu 2º filho) nos oferece a seguinte comparação:

Lá no posto sabem que minha mãe é parteira, e eles [profissionais de saúde] não gostam que as mulheres passem por elas, [parteiras]. Eu já decidi ter meu filho aqui em casa. No posto não tratam bem, aqui em minha casa estou em confiança, me sinto bem.

A ideia implícita dos profissionais de saúde é que os saberes locais não têm valor, então há que persuadir a população *Kukama Kukamiria* de San Regis de que seus saberes são primitivos, algo já ultrapassado, que atrapalha o avanço da modernização e que deve ser esquecido. Segunda as palavras de uma enfermeira:

Aqui não há nenhuma tradição que elas quiseram fazer e que interfere com nosso trabalho, obviamente aí nós seríamos prejudicados; mas se vejo que quando o bebê nasce não sai de casa, pensam que a criança poderia kutiparse, isso o que encontrei aqui e me parece tão engraçado né, eu não acredito nessas mentiras, pelo contrário há que ensinar-lhes que deve tomar banho [pai] por que lógico se vão à chácara, a pescar esta suado e sujo e pega ao bebê, claro que vai ficar doente [bebê] (Claudia, 28 anos, enfermeira).

Por um lado, este tipo de relação pode ser interpretado como exemplo de etnocentrismo por parte dos profissionais de saúde, pois a população é infantilizada, tratada como ignorante. A ideia é de que se há que educar os indígenas, e também ensinar-lhes a viver com base em valores ou perspectivas consideradas “mais corretas”. Por outro lado, há que se relativizar tal perspectiva individualizante uma vez que as práticas profissionais não estão totalmente desconectadas dos contextos macroestruturais que as engendram. Isto significa reconhecer que o cotidiano está permeado por determinadas carências, sobretudo quanto a políticas públicas, no sentido de um esforço por fornecer um sistema de saúde diferenciado às populações indígenas. Assim, os desencontros interculturais não podem ser compreendidos apenas pelo prisma das limitações pessoais dos profissionais de saúde. A situação é bem mais complexa: as atitudes destes não deixam se ser consequência das insuficientes políticas públicas.

Ikararse para encontrar-se: relações entre usuários e profissionais de saúde

No Ministério de Saúde do Peru existe uma norma para todos os profissionais de saúde, que consiste em cumprir obrigatoriamente o Serviço Rural e Urbano Marginal de Saúde (SERUMS), quando se conclui a formação. Trata-se de uma

espécie de estágio (não mais supervisionado), que tem como finalidade oferecer assistência às populações mais afastadas (zonas rurais) por um ano. Os profissionais de saúde serumistas, ao chegar ao povoado ou comunidade, encontram-se com uma realidade específica, comunidades com uma estrutura interna, organização, relações políticas, sistemas de valores, sanções coletivas, língua própria e regras culturais. Nas populações rurais também atuam profissionais de saúde que não são serumistas, ou seja, já ultrapassaram esse período complementar da formação.

A avaliação da população é que os serumistas oferecem um serviço de baixa qualidade ou que estão “aprendendo”, aspecto sinalizado pela literatura¹⁷. Essa avaliação também é extensiva aos que já não são serumistas, também considerados com poucas habilidades para lidar com a população:

Aqui a gente pode escolher ir ao posto quando são bons trabalhadores, boas pessoas, que tratam a gente bem. Mas quando são intratáveis não dá pra ir lá. Nesse posto são intratáveis, ralham com a gente (Andrés, 28 anos, esposo entrevistado).

Em geral, todos os profissionais de saúde quando chegam à comunidade são percebidos com um sentido de superioridade, uma vez que demonstram rechaçar a maioria dos aspectos importantes da cultura e conhecimentos próprios do povo. Esses desencontros complicam a possibilidade de entendimento e estabelecimento de uma boa relação entre usuários e profissionais de saúde. Os usuários esperam entender as orientações que recebem, mas também querem ser compreendidos e respeitados em suas tradições e, o mais importante, que haja uma “comunicação de cura”, aspecto capital para a avaliação do que seja um bom atendimento, e que transcende a dimensão físico-química ou anátomo-biológica do processo de saúde-doença.

A ausência quanto a escutar e a compreender a população local é aspecto sinalizado por outros autores em relação a determinadas comunidades étnicas¹⁸. A possibilidade de estabelecimento de uma postura mais dialógica e aberta às dúvidas, às preocupações e às concepções nativas poderia proporcionar um contexto de aproximação e de estabelecimento de confiança da população quanto aos serviços de saúde prestados pelos profissionais. Esta é uma atitude almejada pelos habitantes da localidade e que pode fazer diferença quanto ao processo de *Ikararse*: *É importante ser tratada com respeito, porque somos pessoas, né? Devemos ser bem cuidadas, para que a gente se sintam bem, para não ficar mal, para continuar os cui-*

dados que temos, e que são sabedorias dos tempos antigos (Elva, 42 anos, puérpera).

A população de San Regis considera que talvez não seja bem atendida pelos profissionais de saúde por serem pessoas “pobres e humildes”, afirmando que quando alguns profissionais chegam à comunidade, eles adotam uma postura de superioridade, face ao que a população se indaga: *será que é por eles terem uma boa educação? É difícil falar com eles, pois não se mostram cordiais* (Diana, 30 anos, puérpera). Berlin e Fowkes¹⁹ assinalam que a comunicação intercultural se consegue através de um processo de cinco elementos: *escutar, explicar, reconhecer, recomendar e negociar*. A comunicação intercultural implica assumir a existência de posições diferentes entre os interlocutores, reconhecê-las e tentar reequilibrar na medida possível. A comunicação e informação em saúde são ineficazes quando as questões interculturais são ignoradas, contexto em que há a primazia da linguagem técnica e a total descon sideração dos saberes locais/tradicionais. Em San Regis, a postura corriqueira que marca esta relação entre profissional de saúde vs. população local é pelo prisma da falta, do negativo, com frases do tipo *você não sabe, não tem, não é*, o que coloca os primeiros como os detentores absolutos do saber e ensaja, na melhor das hipóteses, um pseudo-diálogo. Em decorrência, as concepções dos especialistas não reverberam em mudanças sobre condições de saúde dos moradores locais, tampouco facilitam as relações sociais entre ambas as partes.

Em resumo, a *Kutipa* manifestada através da hierarquia de relações afeta negativamente a população *Kukama Kukamiria*, contribuindo para uma percepção de inferioridade em relação às demais culturas. Segundo a lógica local, seria desejável que os profissionais de saúde pudessem *Ikarar* a relação de cuidado com os indígenas, propiciando uma comunicação curativa, sem preconceitos nem imposições, com valorização dos conhecimentos e saberes locais, numa tentativa de articulação real de saúde numa perspectiva intercultural.

Kukamas Kukamirias: dissonâncias sobre gravidez, parto e puerpério e a assistência recebida

Na representação local há concepções bastante singulares sobre o processo de gravidez, parto e pós-parto. A gravidez é a etapa mais importante na vida, que significa realizar-se como mulher e

ser abençoada. Até o oitavo mês de gestação, as mulheres desenvolvem normalmente suas tarefas diárias que são consideradas *exercícios* que ajudam o momento do parto, caso contrário os ossos ficam duros²⁰. Somente ao final da gestação as mulheres deixam de fazer atividades pesadas, como carregar água ou realizar trabalhos na chácara. Neste período, deve-se evitar alimentos como carne de animais do mato que, por meio dos espíritos, pode *kutipar* o bebê. Evita-se também comer certas frutas (por exemplo, melancia, porque deixa grande demais a cabeça do bebê), assim como fazer uso de remédios industrializados.

As *ligadas* (tomar banho de diferentes folhas de plantas) é uma forma de cuidado que permite eliminar o frio, que pode acontecer quando elas pegam chuva ou quando estão demasiado tempo na água, lavando roupa no rio, ou resfriadas. Esse cuidado evitará cólicas, e ajudará a mulher a se preparar para o momento do parto, quando o corpo deve estar em equilíbrio: nem frio nem quente, para que haja uma boa dilatação.

A partir do sétimo mês da gestação, a *sobadas* (massagem terapêuticas no ventre) é utilizada frequentemente como sinônimo de segurança para a mãe e bebê, cujo propósito é *acomodar* (endireitá-lo – posição cefálica) e também manter um ventre flexível e *sem marcas* (estrias). Geralmente, nessas massagens são utilizadas gordura de porco, de galinha ou arraia, mas também unguentos ou vaselina sem cheiro.

Durante o trabalho de parto é importante a ingestão de chás de algodão, *sharamasho*, *malva* e *albaca branca* (ervas locais), e sempre acompanhadas pela parteira. Nascido o bebê, a parteira realiza a higiene com água morna à parturiente, que fica em repouso por oito dias, com o cuidado de não estar exposta às correntes de ar e ambientes frios. A mulher tem um lenço amarrado na sua cabeça, coloca meias nos pés e algodão nos ouvidos. Durante esses dias os familiares podem ver a puérpera e o bebê; também são aceitas visitas de pessoas que tenham *bom espírito* (para evitar as *kutipas*). É proibido aceitar visita de mulheres que estejam menstruadas, para evitar cólicas no recém-nascido. A alimentação está baseada em sopa de galinha e mingau de mandioca, de tapioca ou de banana verde. Posteriormente, elas podem alimentar-se de peixe assado ou de sopa, desde que não tenham muco, dentes e muito sangue. Cumprido os oito dias, a parturiente e o bebê tomam banho, que consiste em um preparado de folhas de plantas fervidas feito pela parteira. Só então mãe e filho podem sair do quarto (uma divisão dentro da casa, preparada especifi-

camente para o momento do parto e pós-parto) para integrar-se a todos os membros de sua família. Para ajudar a melhora da saúde do corpo, durante o período puerperal as mulheres costumam fazer um tratamento baseado em cascas de diversas árvores (maiteno, acapurana, cajazeiro, resina de muiratinga, unha de gato). Os maridos são os encarregados de arranjar as cascas, que logo preparam uma bebida com cachaça ou com água fervida (similar à ideia de “garrafada” encontrada em diversas partes do Brasil). Acondicionada em uma garrafa, a puérpera começa a tomar uma dose diária desse líquido por um mês, com intuito de limpar o ventre e de ajudar a eliminar o sangue que fica depois do parto.

As recomendações e os procedimentos relativos ao período gravídico-puerperal, que emanam dos profissionais de saúde, são bastante distintos destes que acabaram de ser descritos. Os profissionais de saúde não oferecem às mulheres informação clara e nem perguntam sobre dúvidas que elas possam estar tendo nesses momentos. Veja-se o depoimento de uma puérpera a respeito de seu parto:

Em meu primeiro filho, minha irmã me levou ao posto, eu já não suportava mais, e no fim a enfermeira me disse: Vamos!!! [rispidamente]. Me levou à sala de parto e pedia para fazer força, eu não tinha onde agarrar-me, estava deitada. Estava cansada, via várias cores não reagia bem, e minha irmã disse à enfermeira que eu estava morrendo, ‘não vai morrer’ [voz de brava], a senhora [enfermeira] replicou, se o feto morre dentro da barriga, ainda dá para salvar a mãe. E aí senti que me cortaram [episiotomia]. Quando fiquei grávida desse meu menino, se abriu a costura [epissiorrafia], e agora esta perna fica como inválida, sempre tenho dor... por isso, a partir de meu segundo filho, já o tive em minha casa. (Diana, 30 anos, puérpera)

Em San Regis, a maioria das mulheres escolhe dar à luz em casa. Durante o trabalho de campo foram observados: 17 partos atendidos pela parteira em casa e 09 partos atendidos no Posto de Saúde. A população em geral, expressa desaprovação quanto ao atendimento recebido nos serviços de saúde. Por exemplo, o marido de uma parturiente se queixou do fato do pouco diálogo e da falta de paciência percebida na conduta de alguns profissionais de saúde em relação ao trabalho de parto de sua esposa. Seu contraponto imediato foi em relação à atitude que as parteiras costumam ter:

Ai eles não nos dizem nada. Creio que só se encarregam quando vai nascer, e nada mais. Aqui no posto nem sempre o atendimento é bom. Isso é

muito ruim, porque eles não têm paciência. Com minha mulher, brigaram. Falavam, já estou cansado, falavam e saíam. Assim nos deixaram sozinhos. Eu acho que a parteira sabe mais que eles [profissionais de saúde] (Andrés, 28 anos, esposo).

Por seu turno, os profissionais de saúde relataram situações em tom de jocosidade quanto aos cuidados tradicionais que as mulheres têm no pós-parto, aspecto que revela desconhecimento e desvalorização das práticas tradicionais que detém importância para a população local. Uma enfermeira assim se referiu:

Aqui o que posso observar é que depois do parto as mulheres imediatamente colocam algodão na nariz e nas orelhas, para que não lhes entre ou saia o ar [gesto], não sei como é... ficam com algodões e algodões e não sei onde mais se colocam algodões [risadas]... no bebê também colocam algodão no seu ouvido, para que não lhe entre o ar (Claudia, 28 anos, enfermeira).

Dentre as diversas situações que acompanhamos, cito a de um pai que levou sua filha de 10 anos ao posto de saúde, que foi mordida por uma arraia. Depois de uma viagem de quatro horas em canoa, eles conseguiram chegar ao posto de saúde. Não houve um diagnóstico prévio: administraram uma injeção (supostamente para diminuição do evento doloroso) e o pai da menina não aceitou o nome do medicamento, nem às razões de seu uso. A dor não cedeu completamente. O pai ficou surpreso porque nem perguntaram como aconteceu o acidente. Ele ficou preocupado temendo que sua filha pudesse perder a vida. Indignado com o atendimento que teve, pediu ajuda a uma moradora da comunidade, a qual lhe proporcionou um fósforo e, exatamente em frente do posto de saúde (calçada), ele colocou fogo em “alguns paus” e posicionou a parte afetada da mordedura do pé para receber o calor e a fumaça que havia preparado. Percebia-se que ambos iam ficando mais calmos à medida que aparentemente a dor da menina cedia.

Os profissionais de saúde comentaram que tudo aquilo era uma *grande bobagem* e não acreditaram no que o pai fez com sua filha. O pai da menina lamentou haver feito uma longa viagem e não ter recebido um serviço competente e um *bom atendimento*. Essas atitudes de desconsideração aos conhecimentos tradicionais exemplificam as dificuldades da população em desenvolver uma relação de confiança com os serviços e com os profissionais de saúde²¹ (Figura 1).



Figura 1. Crença da magia: Pai *ikarando* a dor de sua filha mediante a fumaça.

Considerações finais

A etnografia permitiu conhecer de perto alguns saberes e práticas tradicionais do contexto social e cultural da população de San Regis, as quais ali continuam presentes, conferindo sentidos e significados aos eventos do cotidiano. O diálogo intercultural, baseado no respeito às diferenças, seria salutar para o bom desempenho profissional e para um atendimento menos etnocêntrico e impositivo, aspectos que permitiriam estabelecer uma maior confiança por parte da população nos profissionais de saúde e, quiçá, maior crença em seus saberes especializados. No entanto, há que se levar em conta aspectos estruturais e institucionais que transcendem a possibilidade de ação tomada de uma perspectiva individualizante. Por exemplo, o problema da formação dos profissionais de saúde quanto à adequação cultural de suas práticas está presente desde os estudos de graduação no Peru. Existem poucas atividades com temáticas comunitárias rurais e especificamente indígenas, como adequação cultural e interculturalidade, que exige uma reflexão em torno das necessidades e do reconhecimento próprio da realidade para um atendimento mais horizontal. Trata-se de uma proposição de diálogos interculturais que abarque a dimensão dos direitos humanos, reconhecendo-se, portanto, as diferenças dos grupos vulneráveis excluídos ou vitimizados pelos Estados, seja por práticas econômicas excludentes ou por práticas políticas ou culturais discriminatórias²².

Apesar das limitações macroestruturais e políticas, seria salutar que os serviços de saúde atendessem os indivíduos numa perspectiva integral

e integradora, levando em conta também suas especificidades socioculturais. É preciso considerar as tensões existentes entre a forma de organização das políticas públicas de cada localidade, e as concepções sobre o que seja saúde e doença para os pacientes, tensões que perpassam as práticas profissionais e os encontros entre estes e aquela população.

Nas áreas indígenas existe a necessidade de fornecer atenção diferenciada e que, concomitantemente, garanta o acesso aos serviços de saúde, com respeito e valorização dos saberes tradicionais⁹. Em outras palavras, tal como propõe Lévi-Strauss²³, sobre uma abordagem psico-fisiológica é possível chegar à cura desejada dentro de um contexto ritual, aceito e acreditado pela comunidade. Afinal, a eficácia da magia está na crença da magia. Pouco se deve perguntar sobre o uso de porções, cânticos e outras práticas do xamã. O feiticeiro cura quando virou objeto de consenso: a sociedade sabe (e quer) que ele cure, o doente crê na cura e, por fim, o próprio feiticeiro acredita na sua mágica.

Como pode ser visto, os desafios da perspectiva intercultural são diversos. As ações em saúde se concretizam a partir de distintos modelos de adoecimento e cura. Ao tornar-se dominante, a biomedicina ocidental moderna se sobrepõe a outros saberes, deslegitimando-os; os saberes tradicionais tornam-se menos valiosos que o conhecimento e tidos como um obstáculo ao desenvolvimento. As barreiras culturais podem levar a conflitos, sobretudo quando não há consenso sobre os significados atribuídos a determinados elementos. No momento em que existe imposição de uma visão sobre outra, se rompe a interação e compromete a interculturalidade. De fato, não são as diferenças que maculam o processo de intercâmbio, mas a imposição de uma visão sobre outra.

Finalmente, é necessário *ikarar* aos *kutipados* para criar melhores espaços entre os dois sistemas de saúde (sistema oficial de saúde e o sistema tradicional da população local) para encontrar espaços de produção de significados que permitam o encontro ou a interlocução entre essas duas cosmovisões. Entre os *kukama kukamiria*, pode-se considerar que suas noções de saúde não só se referem ao estado físico, mas também ao

conjunto de fatores sociais, afetivos, ambientais, espirituais e naturais que conformam uma harmonia interna e externa, individual e comunitária, como também uma relação de empatia, de comunicação curativa, entre profissionais de saúde e usuários. Este cenário, em que tais elementos encontram-se conjugados, é fundamental para os *kukama kukamiria* neste processo de *ikararse*, ou seja, de se perceberem purificados através da eliminação das *kutipas*, e, portanto, *curados*.

É necessário reconhecer e levar em conta a diversidade de valores e modos de aprendizagem como elementos centrais de políticas e programas, o que poderia promover condições equitativas e mutuamente respeitadas entre os atores. Assim, a adoção da perspectiva intercultural no que tange as ações em saúde pode contribuir para superar a falta de qualidade e de equidade com as populações excluídas socialmente, tal como são as comunidades nativas e andinas do Peru, e remover assim o manto da invisibilidade sobre a saúde indígena.

Colaboradores

RA Yajahuanca foi responsável pela concepção e planejamento do estudo; coleta, análise e interpretação de dados e redação do artigo. CS Cabral participou da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, redação e sugestões de referências bibliográficas. CSG Diniz responsável pela orientação do projeto, revisão do artigo da versão inicial e sugestões da versão final.

Agradecimentos

À Fundação Ford pelo apoio financeiro durante a realização do programa de Mestrado em Saúde Pública, junto à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Referências

1. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). *Primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas: hacia una política nacional intercultural en salud*. Saavedra: MINSAL; 1998.
2. Hernández AM. *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos; 2008.
3. Knipper M. Antropología y «crisis de la medicina»: el patólogo M. Kuczynski-Godard (1890-1967) y las poblaciones nativas en Asia Central y Perú. *Dynamis* 2009; 29:97-121.
4. Laplantine F. *Antropologia da doença*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
5. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26(4):368-376.
6. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC; 2012.
7. Follér M. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ABA; 2004. p. 129-147.
8. Greene S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist* 1988; 25(4):634-658.
9. Cardoso MD. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto- Xingu. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ABA; 2004. p. 195-215.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Dirección Nacional de Estadísticas Regionales y Locales. *II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana 2007*. Lima: INEI; 2009.
11. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Cien Saude Colet* 2014; 19(4):1019-1029.
12. Gobierno Regional de Loreto (PE). Dirección Regional de Salud de Loreto. *Análisis de la situación de salud de la Región Loreto-2010*. Iquitos: Gobierno Regional de Loreto; 2011.
13. Levino A, Carvalho EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 30(5):490-500.
14. Aquituari P. Vivendo bien: mucha salud y cuidado del alma y la comunidad. In: Elías E, Neira E, organizadores. *Salud reproductiva en la Amazonía: perspectivas desde la cultura y la comunicación*. Iquitos: Minga Perú; 2004. p. 223-228.
15. Oliveira RC. *O trabalho do antropólogo*. 2ª Edição. São Paulo, Brasília: Unesp, Paralelo 15; 2000.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
17. Anderson J. Mortalidad materna y derechos humanos. *Apuntes: Rev Cienc Soc* 2011; 38(69):101-127.
18. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2006; 23(1):22-32.
19. Berlin EA, Fowkes WC. A teaching framework for cross-cultural care: application in Family Practice. *West J Med* 1983; 139(6):934-938.
20. Yajahuanca RSA. *Sem Kutipa: concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes Kukamas kukamirias, Peru* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
21. Ferreira LO. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Cien Saude Colet* 2013; 18(4):1151-1159.
22. Santos BS. *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
23. Lévi-Strauss C. *Antropologia estrutural*. São Paulo: Cosac Naify; 2008.

Artigo apresentado em 16/09/2014

Aprovado em 08/12/2014

Versão final apresentada em 10/12/2014