

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Sem kutipa:
Concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre
os descendentes Kukamas Kukamirias, Peru.

Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientadora: Prof. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

São Paulo

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Sem kutipa:
Concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre
os descendentes Kukamas Kukamirias, Peru.

Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientadora: Prof. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz

São Paulo

2009

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Às mulheres, homens, crianças da comunidade San Regis, pela convivência, amabilidade, receptividade e a honra de haver-me dado a oportunidade de conhecer valiosas aprendizagens e lições de vida.

AGRADECIMENTOS

Nesses dois anos arrisquei-me em um país novo, fazendo novas amigas e amigos. É difícil dizer o que sinto hoje, mas gostei muito!!!

Eu acho que essa parte de agradecimentos é uma tarefa difícil, pois muitas vezes cometemos injustiças e, por esquecimento, não mencionamos nomes de pessoas que também contribuíram para o trabalho. Nada na vida conquistamos sozinhos, sempre precisamos de outras pessoas para alcançar nossos objetivos. Muitas vezes um simples gesto pode ajudar e mudar a nossa vida e contribuir para o nosso sucesso.

Primeiramente, desejo agradecer infinitamente à Fundação Ford, pela confiança e pelo apoio financeiro, sem o qual estava longe de poder cumprir com meu sonho de fazer um mestrado. Estou eternamente agradecida.

Meu agradecimento vai também à Dra. Joan Dassin, Ph. D. Executive Director Ford Foundation International Fellowships, que tive a oportunidade de conhecer pessoalmente em um encontro de bolsistas brasileiros; obrigada pelo estímulo constante e por sua amizade.

Para as pessoas representantes da Fundação Ford no Chile, Anita Rojas e Blanca Zevallos de México, muito obrigada a ambas que, na sua visita a São Paulo, deixaram um espaço de seu tempo para um encontro comigo, para saber sobre minhas pesquisas, retas e limitantes, em meu país de estudos e, claro, desfrutar também de uma gostosa caipirinha.

Para os representantes da Fundação Ford em Lima, Cecília Israel, Elsa Elias e Jorge Reyes, responsáveis pelas comunicações e ajudas muitas vezes pessoais, pelas orientações, pelo trabalho oculto que muitas vezes realizam para cada um de nós, os bolsistas, pela amizade e carinho, muito obrigada.

Ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que me acolheu nesses dois anos, aos docentes, funcionários e colegas do Departamento de Saúde Materno-Infantil.

À Dirección Regional de Salud de Loreto, Peru, à ex-diretora Dra. Carmen Montalvan Ingá, à colega Vilma Casanova, ao Dr. Cristian Carey Angeles, pela concessão de licença para a realização de trabalho de campo.

A todo o pessoal do Comitê de Ética em pesquisas do Instituto Nacional de Salud, Peru, pela amabilidade, orientações e informações proporcionadas para a apresentação da documentação respectiva.

Agradeço à Fundação Carlos Chagas, representante da Fundação Ford aqui no Brasil, às pessoas de Fúlvia Rosemberg, Maria Luisa Santos Ribeiro e Meire Blanche Lungaretti; obrigada por tudo o que as senhoras fizeram por mim, pela amizade de vocês e por ter sido presente enquanto eu mais precisava de ajuda. Também às outras pessoas que não tive, infelizmente, a oportunidade de conhecer mais de perto.

Um agradecimento especial para a Dra. Ida Lewkowicz, pelas coordenações aqui na Faculdade de Saúde Pública, autora de conseguir uma vaga para eu poder iniciar os estudos de mestrado nesta prestigiosa Universidade de São Paulo.

Meus agradecimentos profundos a minha orientadora e amiga Prof. Dra. Carmen Simone Grilo Diniz pelo estímulo permanente, orientações, sugestões, por haver acreditado em mim, por haver propiciado um ambiente de trabalho tão cordial e agradável e, principalmente, pelo bom convívio nesses dois anos de estudos. Com ela tive a oportunidade de enriquecer meus conhecimentos, com suas argumentações científicas e também nos momentos em que me sentia atrapalhada com a escrita da dissertação e batia na porta de seu escritório para conseguir o estímulo de suas palavras mágicas: “a luta continua”. Obrigada, amiga Simone, pela paciência com minha falta de pragmatismo; sua forma de conduzir-me nesse processo foi fundamental para edificar minha formação nessa etapa do mestrado. Pela fundamental contribuição no meu crescimento enquanto pesquisadora e por ensinar-me a desenvolver conscientemente minha espiral de aprendizagem.

Agradecimento especial para minha colega e amiga Camilla Schneck, pela sólida e verdadeira amizade, pela nossa alegre e tranqüila convivência, pela energia positiva e pelo carinho. Pela espera prolongada no aeroporto quando cheguei a São Paulo pela primeira vez, por todas as orientações para transladar-me de um lugar a outro aqui. Ainda estão comigo os croquis e suas preocupações em fazer-me sentir em família. Foi muito bom morar com você, querida Camilla. Tenha a certeza de que não vou esquecer todo o apoio que me brindastes. Obrigada também a sua mãe, à senhora Dalva Diveiro, suas tias, primas, primos, que em todo momento fizeram com que eu me sentisse como uma mais da família e isso encheu-me de confiança.

Agradeço a todos os professores do Departamento de Saúde Materno-Infantil. Especialmente quero agradecer ao Professor Cláudio Leone, uma pessoa maravilhosa, pelas orientações, por toda sua generosidade e ensinamentos, pela disponibilidade e paciência.

Agradeço também a Leandro e Yara, da secretaria do departamento de Materno-Infantil, à Vânia Santos, da oficina de aprimoramento, a Ângela e Samantha, da secretaria da pós-graduação, pelas atenções cordiais que sempre recebi.

Aos membros da pré-banca pela honra de tê-las em minha banca; à professora Néia Schor agradeço pela generosidade de uma educadora genuína em receber e valorizar as idéias, pelas contribuições a partir de sua experiência no tema de saúde sexual e reprodutiva e por ter aceitado participar da avaliação desse trabalho.

À Dra. Laura Perez Gil, pela disponibilidade de participar da leitura de meu trabalho. Sou grata pelo seu direcionamento essencial para não perder a objetividade de termos fundamentais desse estudo. Pela sua contribuição em compartilhar sua experiência na saúde indígena.

Às professoras da Faculdade da Enfermagem, Rosa Maria Godoy, Isabel, Neide, Isilia e Maria Luisa, pela honra de haver sido minhas professoras e seus bons ensinamentos.

Agradeço a mulheres, homens, crianças da comunidade San Regis, pela convivência e aprendizado no período em que fiz o trabalho de campo e morei três meses lá; agradeço à amabilidade, à receptividade e à honra de conviver com o cotidiano de suas famílias. Pelas valiosas lições de vida que cada um deles ensinaram a mim.

Aos meus pais biológicos, Benigno Avellaneda e Clara Yajahuanca, e meus pais de criação, Victor Ângulo e Nila de Angulo, que sempre me apoiaram para realizar meus sonhos, principalmente pela educação e pelos valores que sempre me ensinaram. Aos meus irmãos, Consuelo, Benigno, Arturo, Maria, Sara e Nila, por sempre torcerem por mim.

Para meus tios, tias, primos, sobrinhos, cunhados, todos fundamentais nessa minha trajetória.

Aos meus colegas de trabalho da Agência da Cooperação Espanhola em Iquitos, Peru, pelas suas motivações e amizade nesse tempo todo.

A todos meus amigos e amigas, à Lusvinda Tirado, pela sua colaboração e apoio nos tramites documentários lá no Peru; sem sua ajuda era impossível conseguir a documentação indispensável para realizar o trabalho de campo.

Para Maria Elvira Toledo, amiga brasileira que conheci em um evento no Peru, sou grata por dar-me sua amizade e pelos agradáveis momentos que passei aqui na sua casa.

Às minhas queridas amigas Agda Maria Oliveira, Maysa T. Motoki, Bianca Zorzam Amélia Parejo, Blanca Arevalo por todos os momentos divertidos que passamos e pela nossa amizade profunda. Também agradeço à Daniela Andretto, Claudia Fontaneli, Laura Matta pelas suas ajudas, motivações e amizade.

Outras tantas pessoas que, embora não tenham sido mencionadas, foram presentes e importantes nessa caminhada.

A todas e todos meus profundos agradecimentos.

RESUMO

YAJAHUANCA, RSA. *Sem Kutipa: concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes kukamas kukamirias, Peru, 2009.* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade De Saúde Pública da USP; 2009.

A Amazônia peruana ocupa 62% do território do país. Ali existem 42 grupos etnolinguísticos, que apresentam características culturais, econômicas e políticas diferentes de outras populações do território nacional. Existe uma grande dívida histórica de reivindicação dos direitos destas populações, o que pressupõe elaborar formas de entender a dinâmica entre culturas diferentes, e projetando novas formas de relação que propiciem o encontro intercultural. Isso é importante para que a atenção à concepção, gravidez, parto e pós-parto se torne mais satisfatória e efetiva, e também para que sejam implementados serviços de saúde culturalmente adequados, com mais respeito aos direitos sexuais e reprodutivos no período gestacional. **Objetivo:** Conhecer as concepções sobre as necessidades específicas de saúde sexual e reprodutiva, com foco na saúde materna, no grupo étnico kukama kukamiria da comunidade de San Regis. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo de base etnográfico, utilizando os instrumentos de entrevista aberta, observação participante e diário de campo. No total, foram realizadas 25 entrevistas individuais, com mulheres grávidas e puérperas, parteiras, médicos herbalistas, parceiros e servidores de saúde. A identidade dos participantes foi protegida com a utilização de nomes fictícios. **Resultados:** As mulheres grávidas costumam preferir os serviços das parteiras/ parteiros da comunidade de San Regis pelo vínculo emocional e afetivo entre as duas partes, que resulta numa atenção mais calorosa. As plantas e ervas medicinais são muito utilizadas para curar moléstias ou favorecer um melhor estado de saúde na gravidez, durante e depois do parto, além de serem usadas no cuidado do recém-nascido. Os serviços de saúde são menos procurados, por freqüentemente desrespeitos as tradições deste grupo kukama kukamiria e pelas técnicas inapropriadas que utilizam. **Conclusão:** As parteiras/parteiros são procuradas pela sua proximidade cultural e afetiva; nos serviços de saúde, freqüentemente a população se sente ameaçada pelo contato rude e procedimentos invasivos.

Palavras-chaves: Peru, saúde materna, sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, serviços de saúde, plantas medicinais, etnografia.

ABSTRACT

YAJAHUANCA, RSA. *Without Kutipa: perceptions about reproduction health and sexuality between descendent of kukamas kukamirias, Peru, 2009*. [Master's dissertation]. São Paulo: Faculty of Public Health of USP; 2009.

The Peruvian Amazon occupies 62% of the territory of the country. In such area there are 42 ethnolinguistic groups each presenting its own cultural, economic and political features, different from other groups within the national territory. A great historical debt exists in terms of the claims of these people, what calls for the construction of ways to understand the dynamics relations among the different cultures and for the proposal of new forms of relations allowing intercultural encounter.

This is important so that the assistance given during conception, pregnancy, labor and the post-partum period may be more satisfactory and effective, and also for the implementation of culturally adequate health services which pay due respect to sexual and reproductive rights during the pregnant period. **Objective:** To know the representations of the specific sexual and reproductive health needs with a focus on maternal health, in the ethnic group Kukama Kukamiria, in the community called San Regis. **Methodology:** This is a qualitative ethnographic study, using the instruments of open interview, participating observation and field diaries. Altogether 25 individual interviews were made, with pregnant women and women in labor, birth attendants, herbal doctors, partners and health personnel. The identity of the participants has been protected by the use of fictitious names. **Results:** The pregnant women customarily prefer the services of male or female birth attendants of the San Regis community because of the emotional and affective links between the two sides which results in more humanized assistance. Medicinal plants and herbs are very used to cure ailments or produce a better state of health during pregnancy and during and after labor as well being used in the care of the new-born. The health services are less preterably sought after because of their frequent disrespect to the traditions of th-is kukama kukamiria group and because of the inappropriate techniques used. **Conclusion:** The male or female birth attendants are sought after due to their cultural and affective proximity; conversely, in the health services, people frequently feel threatened by the rude approach and invasive procedures.

Descriptors: Peru, maternal health, sexuality, sexual and reproductive health, health services, medicinal plants, ethnography.

APRESENTAÇÃO

Tão logo terminei minha formação acadêmica na graduação como enfermeira, em fins de 1995, iniciei minha trajetória na saúde pública, em direção à atenção básica de saúde, longe da cidade, no “Centro de Saúde de Saramiriza” do Ministério da Saúde do Peru, na fronteira com a Colômbia e com o Equador.

Aqui comecei a ter minhas primeiras experiências com as mulheres que procuravam algum tipo de atenção no estabelecimento de saúde. Elas queriam de preferência ser atendidas por um profissional do sexo feminino. A consulta era sempre para seus filhos, com problemas de pele, diarreia ou infecções respiratórias que muitas vezes chegavam a um quadro complicado.

Foi assim que me dei conta das necessidades desses homens e mulheres no relacionamento com os profissionais da saúde e vice-versa. Muitas vezes as ordens médicas não ficavam claras, e dúvidas dos clientes não tinham resposta.

A precariedade de recursos com que contava o estabelecimento e a forma de atendimento eram preocupantes. Tive a oportunidade, juntamente com os demais colegas, de atender casos como o de uma mulher que chegou ao estabelecimento de saúde, acompanhada pelo parceiro e seus dois filhos, depois de oito horas de viagem de canoa, com o braço do bebê fora e o corpo ainda dentro. Aqui, só restava fazer uma cesárea; as condições no estabelecimento não eram apropriadas, mas tivemos que adotar o procedimento de emergência, realizando a operação, com muitos riscos, em uma sala que era reservada para esses casos.

A mulher ficou um mês no estabelecimento, para assegurar a cicatrização. Neste percurso fui entendendo que os profissionais têm que estar atentos à tradição e às crenças do paciente, buscar o código apropriado de comunicação e entender suas necessidades. Mas isso nem sempre acontecia. A paciente tinha algumas considerações especiais no cuidado de sua saúde, como não se banhar, evitar comer alguns alimentos que pudessem ser ruins para ela e para o bebê etc. Nada disso era importante dentro do conceito de cuidados de saúde daqueles profissionais.

Meu próximo passo na saúde pública foi em uma ONG, na qual tive a experiência de seis anos de trabalho em comunidades rurais mestiças de indígenas. Trabalhava com mulheres moradoras da beira do rio. Neste trabalho buscava promover condições de

igualdade, com uma visão integral e foco da comunidade sobre a saúde sexual e reprodutiva, direitos humanos, auto-estima, e prevenção da violência e cultura, entre outros temas. A familiaridade com a vida diária e com as singularidades da vida das mulheres rurais da Amazônia, me fizeram conhecer de perto as limitações e carências das diferentes populações destas comunidades. O assunto é pouco estudado, e pouca atenção é dada aos direitos destes grupos étnicos.

As noções de direitos reprodutivos se organizam neste grupo a partir das concepções locais do que é “saudável” ou não. Boa parte do discurso universal sobre direitos humanos está colocada em categorias que pertencem à concepção que a cultura local tem sobre a saúde, em geral do “viver bem”. De certo modo se pensa que as mulheres não conhecem os seus direitos; porém, a opção é buscar “ler” os direitos nas próprias práticas de vida, analisar as dificuldades existentes para a sua vigência, e os processos de mudança.

Em algumas regiões do país, os problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva são mais agudos devido a uma série de fatores sociais, econômicos e culturais. No Peru, o Departamento de Loreto é um dos mais extensos do país, e está localizado numa zona de difícil acesso. É uma região pluricultural ignorada pelos políticos centralistas dos setores oficiais; tem escolas muito precárias tanto do ponto de vista estrutural e profissional; e exhibe altos índices de mortalidade infantil, gravidez precoce e mortalidade materna.

A demanda das mulheres de exercer controle sobre sua sexualidade geralmente é assumida como prioridade dos grupos urbanos. Mas essa luta não é tão facilmente assumida como representativa das necessidades das mulheres rurais e indígenas. Na verdade, nessas comunidades, a demanda pelos direitos sexuais reprodutivos se confunde com os problemas que as mulheres enfrentam na vida diária nas comunidades, e às tarefas como criar filhos, cuidar da casa etc.

A diversidade está presente em todo lugar, mas o que acontece com as mulheres mais vulneráveis, pobres, moradoras da zona rural, onde seus direitos não são respeitados? Que acontece com as mulheres grávidas durante seu parto e no pós-parto, num estabelecimento de saúde?

Neste estudo especificamente pretendemos apresentar os resultados da experiência vivida durante trabalho de campo, procurando sempre que possível contribuir para a criação de propostas equitativas no tema de direitos sexuais e reprodutivos.

O trabalho possui seis capítulos. No primeiro, apresenta-se uma introdução e conceitos fundamentais relacionados ao tema de estudo. No segundo, descreve-se uma caracterização etnográfica dos Kukamas Kukamirias. No terceiro capítulo consta os objetivos. O quarto, procedimentos metodológicos; quinto, apresenta-se os resultados e a discussão. E, por último, considerações finais e recomendações.

A realização deste estudo nasce como resultado de interrogações constantes que surgiram a mim quando trabalhei com a população rural, acumulando a riqueza de saberes da cultura kukama kukamiria, assim como também da cultura Aguaruna, Secoyas, Urarinas e Borás, cada uma delas com particularidades diferentes umas das outras.

Por isso, meu sonho era utilizar esses conhecimentos por meio de uma sistematização de pesquisa, para compartilhá-los, inserindo-me, assim, na universidade.

Tive a oportunidade de concorrer à postulação de uma vaga de bolsa de estudos da Fundação Ford e, depois de cumprir os requisitos, finalmente fui selecionada entre muitos outros profissionais, obtendo a oportunidade de começar os estudos de mestrado.

Posteriormente, fui aceita pela Faculdade de Saúde Pública, no Departamento Materno-Infantil da Universidade de São Paulo, com a orientação da professora Dra. Carmen Simone Grilo Diniz.

ÍNDICE

1. CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA

1.1 Introdução.....	19
1.2 Minha experiência de trabalho com mulheres.....	21
1.3 Situação Socio-demografica da região amazônica	24
1.4 A saúde a partir da cultura e sua classificação das doenças.....	26
1.4.1 Classificação tradicional das doenças.....	29
1.4.2 Kutipa e Ikaró.....	29
1.5 Concepções de gênero e saúde reprodutiva	30
1.6 Sexualidade e os direitos sexuais e reprodutivos	32
1.7 Direitos sexuais e reprodutivos nas populações indígenas.....	34
1.8 Serviços de saúde: Profissionais e pacientes.....	37
1.9 Porque a saúde materna em direitos sexuais e reprodutivos.....	38
1.10 Posto de Saúde de San Regis	39

2. CARACTERIZAÇÃO ETNOGRAFICA DOS KUKAMAS KUKAMIRIAS

2.1 Família Kukama Kukamiria.....	43
2.2 Organização Social.....	45
2.3 Aspectos importantes dos ciclos vitais.....	46

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos específicos	50
---------------------------------	----

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Lugar da pesquisa	51
4.2 Tipo de estudo.....	54

4.3 Observação participante	55
4.4 Entrevistas	59
4.5 Diário de campo	61
4.6 Aspectos éticos.....	64
5. ESCUTANDO SUAS VOZES	66
5.1 Relações de gênero	67
5.2 Contexto de iniciação sexual e reprodutiva	68
5.2.1 Menarca	68
5.2.2 Iniciação sexual e vida reprodutiva	72
5.2.3 O sexo como saúde	74
5.2.4 O bem e o mal: saúde doença e Kutipa	76
5.3 Concepções, gravidez, parto e pós-parto.	78
5.3.1 Concepção e anticoncepção	78
5.3.2 Gravidez e autocuidado	80
5.3.3 Sobadas: Bebê crescendo no seu lugar e bem-estar da mãe	87
5.3.4 Vida sexual da gestante e puérpera	89
5.4 O parto	90
5.4.1 Sentir-se bem: Parto em casa.....	90
5.4.2 Atendida pela parteira com confiança: Parto na casa	95
5.4.3 Prefiro minha casa: Parto no estabelecimento de saúde.....	103
5.5 O puerperio: Cuidados maternos e paternos	108
5.5.1 Interdições e retomadas sexuais no pós-parto	110
5.6 Cultura e os saberes na saúde reprodutiva, com uso de plantas medicinais.	111
5.6.1 Homens parteiros	111
5.7 Encontros e/ou desencontros com os servidores de saúde	116

5.7.1 Uso inapropriado da tecnologia no serviço de saúde	118
5.7.2 Quando se procura os serviços de saúde. E os direitos das usuárias, onde ficam?.....	126
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
7. RECOMENDAÇÕES	141
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	143

ANEXOS:

Anexo 1: Termo de consentimento livre e esclarecido (USP)	150
Anexo 2: Consentimento livre e esclarecido em espanhol (Comitê de Ética Peru).....	152
Anexo 3: Aprovação do projeto de pesquisa: Direção Regional de Saúde Loreto.....	154
Anexo 4: Constancia de aprovação de protocolo:Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Saúde (Peru)	156
Anexo 5: Constancia : Ministério de Saúde, Instituto Nacional de Saúde (Peru)	157
Anexo 6: Guia de entrevista para mulheres	158
Anexo 7: Guia de entrevistas para provedores de saúde	162
Anexo 8: Guia de entrevista para parteiras e curandeiros	163
Anexo 9: Ficha certificado del nacido vivo	164
Glossário	166

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa dos povos indígenas do Peru	20
Figura 2: Mapa do Peru, situação socio-demográfica.....	25
Figura 3: Mapa região Loreto –Iquitos – Peru	25
Figura 4: Mapa das comunidades kukamas kukamirias, rio Marañón-Loreto- Peru	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição de partos por mês e lugar de preferência, San Regis, Peru, 2008	91
Quadro 2: Plantas utilizadas para o tratamento quando há problemas para conceber	114
Quadro 3: Plantas utilizadas para o tratamento na prevenção da gravidez.....	115
Quadro 4: Plantas utilizadas nos cuidados e/o tratamento durante a gravidez, parto e pós-parto	115

LISTA DE FOTOS

Foto 1: Posto de saúde San Regis, rio Marañón, Peru, 2008	40
Foto 2: Interior do posto de saúde San Regis, rio Marañón,Peru, 2008	40
Foto 3: Sala de partos posto de saúde San Regis, rio Marañón,Peru,2008	41
Foto 4-5: Mãe fazendo “ligadura” a filha grávida, San Regis, rio Marañón,Peru, 2008.....	83-84
Foto 6-7: Técnico de enfermagem fazendo pré-natal, posto de saúde San Regis, rio Marañón, 2008.....	86
Foto 8: Mulher em trabalho de parto tomando chá, San Regis, rio Marañón,2008.....	99
Foto 9: Mulher deitada antes de dar à luz, San Regis, rio Marañón,2008.....	100
Foto 10: Parteira assistindo a recém nascido, San Regis, rio Marañón, 2008.....	100
Foto 11: Mãe e filho, alojamento conjunto, San Regis, rio Marañón, 2008.	101
Foto 12: Mulher puérpera: Cuidados na casa, San Regis, rio Marañón, 2008.....	101
Foto 13-14: Cuidados da placenta pela parteira, San Regis, rio Marañón, 2008.....	102

Foto 15: Pai do bebê recém nascido enterrando a placenta.....	103
Foto 16: Parto no posto de saúde, episiotomia, San Regis, rio Marañón, 2008.....	132
Foto 17: Nascimento do bebê, posto de saúde San Regis, rio Marañón, 2008.	132
Foto 18: Episiorrafia. Posto de saúde San Regis, rio Marañón, 2008	133
Foto 19: Assistência do recém nascido, posto de saúde San Regis, rio Marañón, 2008.....	133.
Foto 20: Paciente pós-parto imediato, posto de saúde San Regis, rio Marañón, 2008	134

1. CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA

1.1 INTRODUÇÃO

Os povos indígenas da Amazônia peruana são muitos e diversos. Apesar disto, a existência histórica deles não teve espaço num panorama nacional que aceitasse um elemento indígena. O “vazio amazônico” continua a ser para muitos uma realidade inquestionável, e afeta a formação de uma consciência pluricultural no Peru.

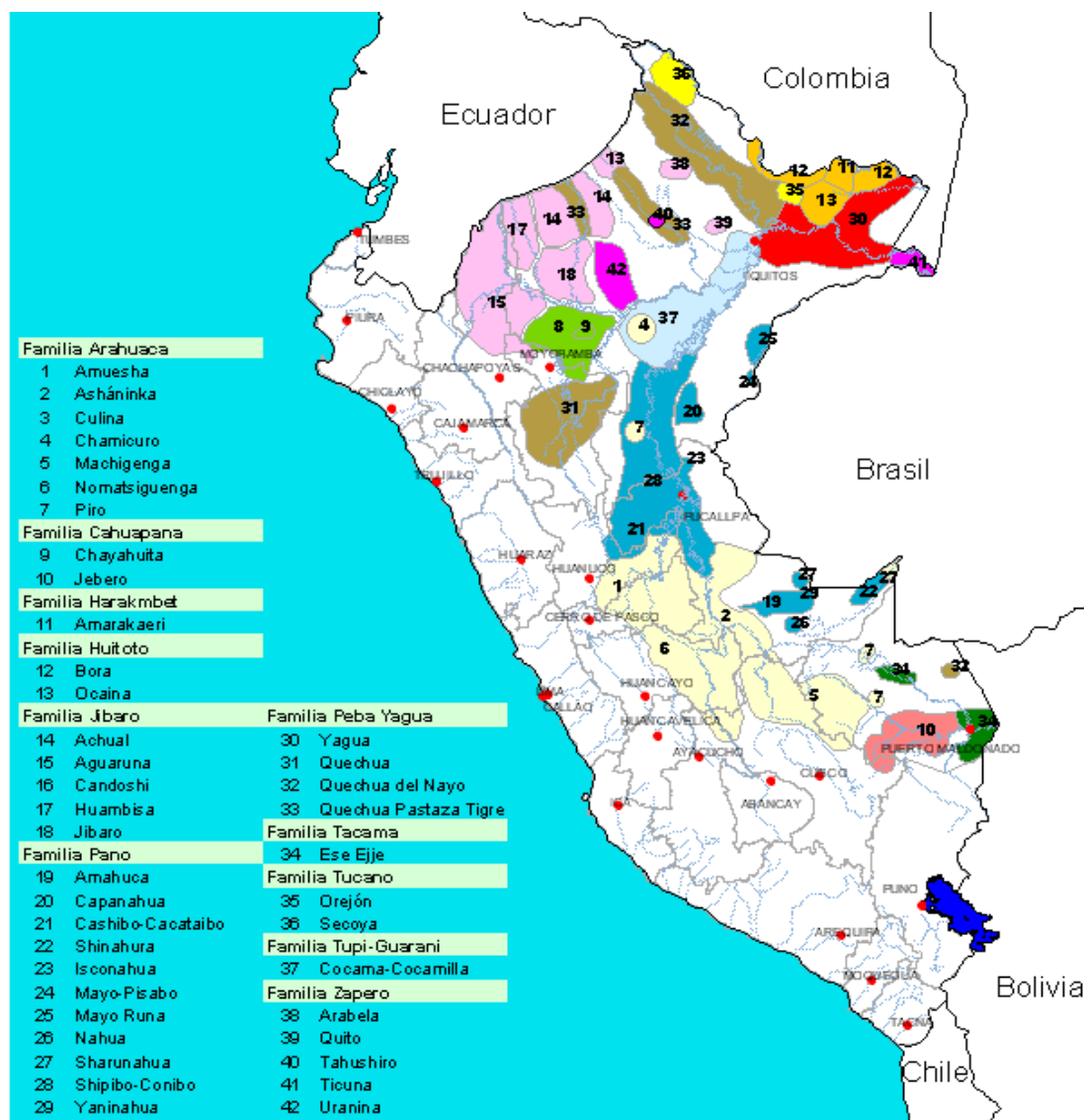
Existe uma grande dívida histórica de reivindicação dos direitos destas populações, que deveria ser saldada, mas que requer um trabalho paralelo em muitas frentes. O acesso a fontes de conhecimentos confiáveis, para que possamos trabalhar com estas populações, exige um exercício permanente de construção e reconstrução. Este exercício é um passo prévio indispensável no desenvolvimento de programas indígenas que envolvam esta população.

É necessário lembrar que o primeiro direito da pessoa é à vida; e que ele não é limitado apenas à esfera física. O direito à vida também significa exercitar os âmbitos mentais e sociais, e dentro de nosso trabalho devemos estar atentos para não privilegiar somente um destes aspectos, prejudicando a realização dos outros. Lidar com os direitos sexuais e reprodutivos de qualquer grupo cultural demanda um trabalho muito delicado e complexo. No caso dos povos indígenas da Amazônia se deveria considerar a compreensão de suas estruturas racionais, cosmogônicas, históricas e lingüísticas.

Hoje em dia, com o fenômeno da globalização, muitos afirmam que as diferenças culturais entre os diversos povos estão sendo suprimidas. Porém, paradoxalmente, a globalização gerou uma atitude de resistência de grupos diversos, que defendem suas culturas locais e o direito à diferença (GARCIA CANCLINI, 1995), a partir de considerações étnicas, de gênero e de estilo de vida, entre outras.

Ou seja, frente à suposta uniformidade provocada pela globalização, e à construção de um suposto “sujeito universal”, existe uma contracorrente que demanda o respeito às culturas locais, e que critica a concepção moderna de um sujeito único.

MAPA 1: DOS POVOS INDÍGENAS NO PERU



Fuente: Elaboración ASIST a partir del CD Amazonía, Biodiversidad, comunidades y desarrollo

Deste modo, o reconhecimento da existência de outras culturas deve ter o propósito de não excluir aqueles que não praticam valores ou formas de entendimento mundialmente hegemônicos. Isto pressupõe elaborar formas de entender a dinâmica entre culturas diferentes, reconhecendo a hegemonia; e então, projetar novas formas de relação, que propiciem o encontro intercultural.

Ao estudar a cultura de um povo, é fundamental entender o seu universo simbólico-imaginário, que joga um papel importante na construção das subjetividades. É necessário compreender como se estabelecem, nessa cultura, as relações interpessoais e as de poder. E é no intercâmbio de sinais e de palavras que se pode apreciar com mais clareza as representações e idéias de uma determinada comunidade (CASTORIADIS, 1994).

A atenção aos sentidos e significados das culturas locais, privilegiando uma aproximação de respeito e de procura de reconhecimento mútuo, se constitui não apenas numa aposta para a eficiência e a efetividade, mas também numa opção política e ética para a construção da justiça social.

1.2 MINHA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO COM MULHERES

Minha primeira experiência foi um encontro para capacitação com mulheres da zona rural. O evento se desenvolveu na Municipalidade Distrital, onde havia sido solicitado um espaço para reunião. O espaço foi concedido, e as mulheres começaram a chegar na hora marcada ao local.

Nesse mesmo dia um grupo de pessoas de classe média da cidade de Iquitos visitava o Distrito, e solicitaram o mesmo local, sendo atendidas pelos funcionários da Municipalidade. O ingresso das mulheres foi, portanto, impedido. Eu me encontrava ali, e fiz imediatamente uma reclamação pelo ato de injustiça. Depois os funcionários me procuraram para se desculpar, mas não consideraram necessário pedir desculpas às mulheres. Elas, por sua vez, observavam e escutavam em silêncio; nem todas se conheciam ali. Mais tarde, algumas delas esboçaram uma reclamação.

Os funcionários municipais atuaram dentro da lógica da ordem hierárquica comum das relações sociais. Nesta situação, tratava-se de ver quem é mais e quem é menos, e estabelecer logo a diferença na relação entre as duas partes.

Durante o século XIX, quando as elites nacionais tentaram inventar uma identidade para a nação peruana, o reconhecimento da diferença voltou à cena, como um dos males da República. Foram assumidas as crenças ocidentais de progresso e modernidade, e as categorias do pensamento racial europeu e norte-americano. O diagnóstico dos males da República identifica como causa destes a presença de raças inferiores.

É o momento em que o próprio território peruano é racializado, originando-se um paradigma de classificação que ainda hoje está na fala cotidiana: o litoral associado ao progresso e modernidade, a serra ao atraso, e a Amazônia, aos selvagens (DE LA CADENA, 2000). Assim, através da geografia, foram se estabelecendo e reafirmando classificações hierárquicas das crenças religiosas, dos saberes, das formas de organização, costumes, atividades produtivas, moral e sistemas legais. Dentro desse sistema hierárquico diferenciavam-se os corpos - incluído o aspecto particular do corpo que é a capacidade de comunicar (língua, sotaque, gesticulação, movimento, retórica) - assim como suas diversas formas de cobrir-se e mostrar-se; e, por certo, as masculinidades e feminilidades.

Depois que a categoria “raça” caiu em descrédito, após a II Guerra Mundial, as Ciências Sociais, e a Antropologia em particular denominaram o reconhecimento da diferença, da existência do “outro”. Usaram para isso as categorias do “grupo étnico” e da “etnicidade”, deixando um léxico que perdura até hoje.

No discurso das elites, o reconhecimento da diferença constituiu uma negação do outro, e não uma afirmação. O diagnóstico que surge nessa maneira de ver as coisas tem um sentido universal onde o comum ao outro – aos outros - é sua situação de carência, de não-ser. Assim estes outros são concebidos como nulos, e as propostas mais progressistas e ilustradas do país propõem preencher esta nulidade mediante diversas ações comunicativas dirigidas, seja a instruir esse outro, a elevar sua instrução, ou convertê-lo à cultura através da evangelização. É claro que a primeira mensagem transmitida ao outro é da afirmação de sua subalternidade de pessoa imperfeita. É ver o outro como alguém que deve escutar e permanecer em silêncio.

A persistência de discursos e práticas de dominação produziu nas populações indígenas padrões de pensamento que as levaram a sentir como menor o que lhes é próprio, e como maior o alheio. Por exemplo, uma vez tendo aceitado o prestígio de uma língua, esta se tornará a língua oficial; a língua materna fica na esfera familiar e

dos amigos, ou desaparece. A mesma coisa sucederá com as crenças. Os saberes próprios de um povo serão vistos como não-saberes, ou saberes menores. O mesmo sucede com as formas de organização, atividades produtivas, modos de ser mulher ou de ser homem, ou com os corpos. Finalmente as pessoas subalternas terminam aceitando sua condição de imperfeição, possibilitando a reprodução de uma ordem hierárquica (MOORE, 1996, CONNELL, 1995).

Ao reconstruir minha experiência com as mulheres com quem fiz trabalho de campo, notei que elas falavam retrospectivamente de diversas situações onde foram discriminadas e maltratadas, fosse pela condição de mulheres rurais, Kukamas (indígenas), analfabetas ou pobres. Lembravam sentimentos de vergonha por se considerarem mulheres que falam mal; porque foram tratadas como inúteis, feias, ignorantes. Relatam situações de iniquidade de gênero no interior de seus lares e comunidades, e também nas instituições que tiveram de procurar por alguma razão.

As formas de dominação inscrevem a iniquidade dentro de um conjunto de elementos como classe, raça, etnicidade, língua e cânones estéticos entre outros. Elas expressaram a persistência desta mensagem, já instalada como “natural”, quando lembraram sentimentos de humilhação, desesperança, frustração, medo de atrever-se a sonhar. Em suma, o sentimento de “não valer” e a crença de não poder mudar o curso de suas vidas.

1.3 SITUAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA REGIÃO AMAZÔNICA

A Amazônia peruana ocupa 62% do território nacional. Ali existem 42 grupos etnolingüísticos, que apresentam características culturais, econômicas e políticas diferentes de outras populações do território nacional. É um espaço onde a falta de rodovias e a natureza diversa e constantemente migratória das comunidades rurais dificultam as intervenções de saúde e educação, e também a criação de alternativas econômicas.

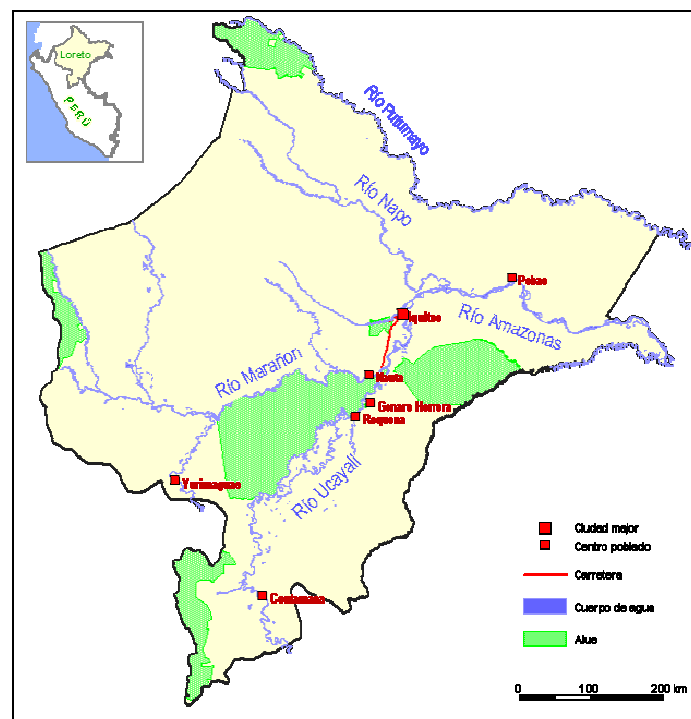
As vias de acesso a esta zona do país são complicadas. As estradas só chegam até determinados pontos, depois dos quais só é possível continuar por via fluvial. Esta última é custosa e irregular, pois não existem horários estabelecidos; além de ser perigosa em tempos de chuva. O transporte via aérea só chega a algumas cidades e é inacessível à maioria da população indígena, pelos seus preços elevados.

Com relação à televisão, ali só chega o sinal do canal do governo (Canal 7, Radio Televisão Peruana), e apenas quando a comunidade conta com antena parabólica e fontes de eletricidade para o seu funcionamento. Dado o relativo isolamento de algumas destas comunidades, e o seu limitado acesso à cultura urbana moderna, este universo mantém ainda uma cosmovisão tradicional da cultura, mais arraigada em algumas comunidades que em outras.

Mapa 2: SITUAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA



Mapa 3: REGIÃO DE LORETO



1.4 A SAÚDE A PARTIR DA CULTURA E SUA CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS

Nas comunidades rurais do Peru existe uma riqueza de saberes, práticas e costumes relacionados à conservação da saúde. Existem concepções, conhecimentos e práticas relativas à gravidez, nascimento e período pós-natal que correspondem a uma visão do mundo associada a conceito holístico e térmico (frio-calor). Estes conceitos são significativamente diferentes das considerações técnicas-clínicas da medicina oficial.

A falta de respeito à cultura da paciente, e a falta de relevância dada pelos profissionais de saúde a essa cultura no cuidado proporcionado nos centros de saúde; e a separação entre a visão biomédica dos prestadores de saúde e as visões tradicionais sobre gravidez e maternidade em comunidades andinas e amazônicas geram sentimentos de desconfiança entre as mães e famílias, que as impedem de procurar os serviços públicos de saúde¹.

A existência e importância das parteiras se justificam pela sabedoria que elas conservam desde tempos ancestrais. Essas mulheres fazem parte da comunidade, e seu trabalho não tem fins lucrativos. Seu vínculo mais importante com a população são os seus saberes sobre a existência das doenças, que todos reconhecem e que fazem parte da cultura; por isso, as parteiras são aceitas e gozam da confiança geral.

A base dos seus conhecimentos são saberes, práticas, ritos e interpretações transmitidas por seus antepassados. Com base nesses conhecimentos, identificam doenças a partir da sua própria linguagem e visão do mundo. Também explicam as causas dos males, que podem ser físicos, biológicos, humanos, influenciados pelos fenômenos naturais ou pelas divindades. Sejam quais forem as causas das doenças, elas conhecem sua cura ou alívio.

Os conhecimentos adquiridos pelos jovens profissionais como médicos, obstetras e enfermeiras egressos da universidade, não cobrem a epistemologia do saber da comunidade. Para esses profissionais, o saber comunitário não é visto como importante; apenas o conhecimento científico é valorizado.

¹ Associação Urpichallay: *Partos e parteiras na microcuenca Vicos-Marchara*, 2000.

As comunidades kukama kukamiria ainda têm características culturais e sociais próprias de sua tradição, que se refletem na forma de interpretar a saúde e a doença. O espaço da saúde está dado por dois sistemas: o oficial e o tradicional.

Estas comunidades têm um esquema integrado de atenção, que vai de níveis de menor a maior complexidade. O ponto de partida é um enfoque intercultural e humanístico, que consegue misturar a medicina tradicional com a moderna². Estes são:

Primeiro nível de atenção: quando se produz uma doença, o tratamento inicial se dá no lar, fazendo uso de conhecimentos próprios e de recursos naturais. Por exemplo, no caso das diarreias, o tratamento é com soro de cortiça, bebidas tradicionais e certos rituais ligados à causa da doença.

Segundo nível de atenção: fornecido pelos *curiosos (as)*, da comunidade, que têm conhecimentos avançados sobre uso de plantas medicinais para o tratamento de doenças catalogadas como menos complexas. São os *curiosos (as)* que determinam a dimensão da doença, e definem se o paciente precisa de apoio da medicina moderna, ou se deve ser atendido por um médico tradicional (também chamado banco). Este último cura doenças complexas, usando não só plantas medicinais, como também o poder dos espíritos da natureza, através dos quais é capaz de neutralizar os males influenciados por espíritos malignos.

Terceiro nível de atenção: se a doença é física ou também “doença de Deus”, ou transtorno do organismo. O paciente é referido ao promotor de saúde comunitário ou ao estabelecimento de saúde mais próximo. As doenças de Deus são aquelas que podem ser tratadas com apoio da medicina moderna.

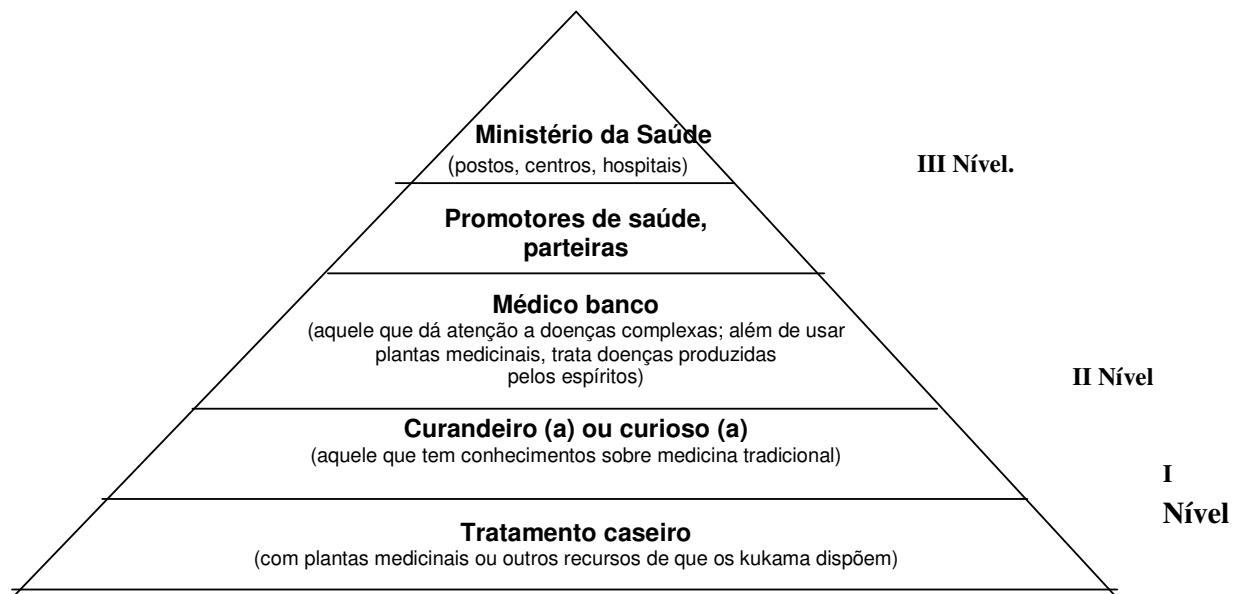
Se a doença tem conotações espirituais, chamadas também de “dano ou mal de gente”³, o tratamento estará a cargo do *médico curandeiro*.

Quarto nível de atenção: depois que o paciente recebeu atenção de medicina moderna, ao voltar à comunidade ele é atendido pelo médico curandeiro, que “protege espiritualmente o paciente” para evitar uma recaída da doença, e assegurar que o tratamento que recebeu tenha o resultado esperado.

² Esta classificação foi adaptada por Dora Ramirez e a autora, durante o projeto de filtros de água nas comunidades rurais, financiado pela Agência Espanhola de Cooperação Internacional (AECI).

³ “Mal de gente” é aquele provocado pelo mau-olhado das pessoas e pelo ambiente social; pode causar doenças e morte.

ESQUEMA LOCAL DE SAÚDE



1.4.1 CLASSIFICAÇÃO TRADICIONAL DAS DOENÇAS

Na medicina tradicional, se distinguem algumas classificações tradicionais das doenças como:

- Doenças do frio
- Doenças do calor
- Danos ou mal de gente
- *Kutipado*⁴

As doenças do frio e calor relacionam-se com a exposição de pessoas vulneráveis (crianças, gestantes, idosos) a mudanças bruscas de temperatura. Também se acredita, por exemplo, em doenças provocadas pela ingestão de frutas quentes.

Os danos ou mal “de gente” são provocados em geral por outros grupos e/ ou clãs familiares com os quais as relações não são favoráveis. Segundo STOCKS, 1981, antigamente a bruxaria era um dos motivos principais para a guerra entre clãs ou entre povos.

1.4.2 KUTIPA E IKARO

Entre as tradições do povo indígena kukama kukamiria estão a *kutipa* e o *ikaro*. As duas palavras se referem a conceitos do mal e do bem. A *kutipa* é algo que penetra no corpo, que aliena, causa dano e mal-estar. Está relacionada com a influência de espíritos de animais, plantas ou pessoas sobre outros seres mais fracos.

A maioria dos casos de *kutipa* em crianças e mulheres grávidas se relaciona com animais aquáticos como a jibóia, o lagarto, o sapo, e a enguia (*electrophorus electricus*), o delfim rosado e o boto vermelho (*ignia geoffroensis*) entre outros. O *kutipado* em crianças se dá quando esta tem espíritos fracos.

Quando a criança come a carne do lagarto *kutipa*, ou quando o seu pai, ao caçar, tem algum contato com este animal, acredita-se que ela terá uma diarreia esbranquiçada. A jibóia e a enguia, por sua vez, fazem com que a criança se retorça exageradamente; o sapo, com que sua barriga se avolume.

⁴ *kutipado*: influência de espíritos de animais, plantas e indivíduos sobre pessoas mais fracas.

A interpretação da saúde e da doença tem a ver com a harmonia entre o mundo espiritual, a natureza e a sociedade. A harmonia ou o conflito entre o espírito do bosque do rio e os humanos vão ter uma manifestação física concreta: boa ou má saúde, boa ou má pesca ou caça, entre outras.

As pessoas *kutipadas* apresentam debilidade, imobilidade e tristeza, de forma que o conceito de saúde supõe a idéia de purificação e expulsão do dano, utilizando os *ikaros*⁵.

Os *ikaros* são aplicados muitas vezes através da ação do médico e/ou médica herbalista, mediante uma dieta e ingestão de remédios de plantas naturais⁶.

1.5 CONCEPÇÕES DE GÊNERO E SAÚDE REPRODUTIVA

O acesso à experiência e às necessidades com relação ao corpo e à saúde são diferenciados pelo gênero, e mediados pelos sistemas vigentes em cada sociedade. A partir do conceito de gênero, entendemos os significados e os valores sociais e culturais que são dados às diferenças biológicas observáveis entre os sexos.

Quando falamos de relações de gênero nos referimos aos modos com os quais as sociedades e as culturas estruturam a interação entre as categorias sociais “homem” e “mulher” em uma distribuição de poder, prestígio, responsabilidades, tarefas e benefícios. Não podemos assumir que as relações do gênero de certa população tenham características semelhantes às de outras populações. Tais relações não são as mesmas em qualquer lugar, e sim determinadas pela influência do grupo étnico, classe social, religião, localização e geografia, entre outros fatores. Nesse sentido os estudos sobre estruturas de gênero e sobre a população de sociedades amazônicas peruanas na perspectiva de gênero foram desenvolvidos e adaptados nas últimas três décadas.

As pesquisas sobre organização comunal, direcionadas à defesa dos direitos indígenas, surgiram nas décadas de 70 e 80, e predisuseram à conceitualização dos povos indígenas como sociedades equitativas, sem hierarquias econômicas ou sociais. As relações entre os sexos eram observadas como complementares a uma divisão funcional de trabalho por sexo. Sempre que era observada alguma desigualdade interna,

⁵ *Ikaros*: cânticos, oração e/ou proteção, para limpeza do corpo, alma e mente. Permitem absorver o mal mediante o ritual.

⁶ Palestra da médica herbalista Norma Panduro no Foro Saúde Reprodutiva na Amazônia.

ela era subestimada estrategicamente nestes estudos, em favor da ameaça que representavam as relações de poder com o mundo externo⁷.

Nos anos 80 e 90, a influência da consciência democrática e do movimento feminista no mundo acadêmico muda as investigações sociais na Amazônia peruana. Surgem estudos que, pela primeira vez, problematizam as relações entre os sexos em termos de poder. A utilização de elementos estruturais de Antropologia, a prática ativista em defesa dos direitos indígenas e o movimento de emancipação das mulheres convergiram em uma nova geração de publicações de estudos de caso sobre as condições das mulheres⁸.

Durante os anos 90 as pesquisas equilibraram as interpretações de desigualdade entre os gêneros nas sociedades amazônicas, reconhecendo a desigualdade inerente às sociedades indígenas e as desvantagens e oportunidades que são produto de uma incorporação progressiva ao sistema nacional⁹. A separação dos ambientes de desempenho dos homens e mulheres e a relação hierárquica entre eles não permitem às mulheres questionar o poder e a autoridade dos homens.

Pode-se tipificar a relação entre homens e mulheres como uma relação de “conflito cooperativo”, ou seja, uma relação que é negociada sob condições de interdependência, como também de interesses próprios de cada gênero, como por exemplo, na sexualidade. Na prática, cada ator identifica o seu próprio interesse e a justiça das trocas que faz. O problema maior está justamente em como se dá esta negociação. Que peso tem cada uma das partes, e por que não existe negociação entre as partes, por exemplo, em relação ao uso de preservativos? Os processos de negociação oferecem oportunidades e riscos para alcançar uma igualdade maior entre gêneros.

A sexualidade e os corpos são territórios por excelência de transação, e a negociação dos interesses de homens e de mulheres, e os resultados dela, são expressos no exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e na saúde sexual e reprodutiva das mulheres. É oportuno aumentar a capacidade das mulheres para defender seus direitos individuais e coletivos nos marcos culturais que sejam relevantes para o desenvolvimento de suas vidas. A saúde sexual e reprodutiva das mulheres é, em grande parte, o resultado da capacidade de exercer os seus direitos - entre eles, os sexuais e reprodutivos.

⁷ Astrid Bant e Angélica Motta.

⁸ Astrid Bant e Angélica Motta.

⁹ Astrid Bant e Angélica Motta.

1.6 SEXUALIDADE E OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A sexualidade humana compreende o conhecimento, convicções, atitudes, valores e comportamentos dos indivíduos a nível sexual. As diversas dimensões dessa esfera incluem a anatomia, psicologia e bioquímica do sistema de resposta sexual; a identidade, orientação, funções e personalidade do sujeito; e os seus pensamentos, sentimentos e relações. Os valores éticos, espirituais, culturais e a moralidade influenciam a expressão da sexualidade¹⁰.

A sexualidade é um dos aspectos mais importantes na vida do ser humano. É o modo como uma pessoa sente, pensa e age enquanto ente sexual. É o grupo de manifestações biológicas, psicológicas, e sociais que estão relacionadas com o sexo de uma pessoa.

Ou seja, antes mesmo que a mulher tenha vida sexual ou engravide, já existe inerente a ela uma série de conceitos em relação à sexualidade. Esta é parte integrante de sua personalidade, e não está separada da afetividade, intelectualidade e sociabilidade.

A sexualidade será condicionada pelo grupo de experiências que uma pessoa viveu e pela forma particular com que elas vão se integrando, sendo um processo dinâmico e não estático.

Os sistemas culturais e sociais não só modelam nosso modo de viver a sexualidade, mas também os modos pelos quais interpretamos e entendemos esta experiência, e pelos quais todos os grupos sociais transmitem normas e tabus a respeito desta vivência.

O cuidado deficiente com a saúde e com os direitos sexuais e reprodutivos está na base de muitos dos problemas que a comunidade internacional identificou como urgentes - entre eles, a violência, o abuso sexual e a violação das mulheres e das crianças; o HIV/ AIDS; a mortalidade materna; a gravidez de adolescentes; as crianças abandonadas; as práticas como mutilação genital feminina; e a feminização da pobreza, com a prevalência das mulheres e das jovens nos grupos mais pobres da sociedade, entre outros. A violação dos DSR é uma violação dos direitos humanos fundamentais e da dignidade humana, atentando contra os direitos básicos à segurança e à liberdade da pessoa.

¹⁰ Ver Weeks J., *Sexualidade*.

DIREITOS SEXUAIS. Incluem o direito da mulher e do homem ao controle da sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, e o direito a decidir livre e responsabilmente sua sexualidade.

DIREITOS REPRODUTIVOS. Eles compreendem certos direitos humanos como: o direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsabilmente o número de filhos que pretende ter, e de dispor de informação, educação e meios para isto; o direito a alcançar o nível mais alto da saúde sexual e reprodutiva; o direito de adotar decisões na reprodução sem sofrer discriminação nem violência.

Num estudo de Souza e IRRRAG citado por (DINIZ 2001, p.60) em São Paulo, mostram que, na opinião de parte significativa das entrevistadas, o atendimento aos partos é violento, os funcionários são agressivos, freqüentemente humilham as pacientes e não respeitam sua dor. Outro estudo realizado em São Paulo mostra que a negligência e os maus- tratos na assistência ao parto são freqüentes nos relatos das mulheres, mobilizando nelas um intenso sentimento de injustiça.

Segundo Who citado por (DINIZ, 2001, p.62) No marco geral dos direitos humanos, cresce o reconhecimento de que, em muitos contextos, os profissionais de saúde são autoritários e rudes com as mulheres grávidas, que as mulheres sentem-se humilhadas e ameaçadas nas interações com profissionais. Esse quadro implica em repercussões graves para a segurança e a saúde materna e perinatal, resultantes da má qualidade dessa interação- o que tem levado organismos internacionais como a OMS a propor o marco dos direitos humanos das mulheres como fundamental para a conquista de uma maternidade segura.

Para a OMS,

“as mudanças na oferta de serviços e no acesso a eles não é suficiente. Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura não serão alcançados até que as mulheres sejam fortalecidas e os seus direitos humanos – incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto-sejam respeitados”

O tema da violação dos direitos humanos na assistência à saúde reprodutiva em geral e especificamente na gravidez, parto e pós-parto, também amplamente documentado pelo Comitê de America Latina e El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) em seu estudo “Silencio e Cumplicidad – Violência contra la Mujer em los Servicios Públicos de Salud en el Perú”; os depoimentos das usuárias fazem uma constante menção aos maltratos, humilhações, indiferença,

negligência. Nos seus testemunhos também dão conta de uma série de intervenções sobre o abuso sobre seu corpo, sem receber informação adequada, onde também algumas das usuárias perderam a vida.

O CLADEM, relatado por (DINIZ, 2001, p.64), “deve-se dar relevância aos instrumentos que protegem os direitos à integralidade pessoal e à autonomia nas decisões sobre a sexualidade e a reprodução, ai incluídos os documentos resultantes das Conferências de Cairo (população) e Pequim (Mulher e desenvolvimento), como orientações interpretativas das normas contidas nos tratados de direitos humanos. Este trabalho reforça que a esses casos de violação dos direitos aplicam-se muitos artigos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, entre eles os conceitos de que ‘todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança de sua pessoa’ e que ‘ninguém será submetido a torturas nem a castigos ou a tratamentos cruéis, degradantes ou desumanos”.

1.7 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

Estudos sobre saúde indígena mostram que a pobreza é associada a níveis mais altos de fecundidade, morbidade e mortalidade tanto materna como neonatal. A influência da pobreza sobre a saúde sexual e reprodutiva às vezes é direta (como no caso das mortes maternas, mais freqüentes entre as mulheres carentes dos recursos necessários para pedir ajuda a um serviço de saúde, ou que vivem em comunidades isoladas), mas também pode ser indireta (como quando, pelo seu poder limitado de decisão na família, a mulher não reage adequadamente ante um problema próprio da saúde).

A relação entre pobreza e saúde sexual e reprodutiva (SSR) não é linear, é circular: se por um lado as condições socioeconômicas precárias determinam uma SSR pior, por outro lado a SSR pobre também condiciona uma pior situação econômica. A morte de uma mulher jovem por causas geralmente evitáveis determina uma perda de produtividade para a economia nacional e para a casa, e tem efeito intergeracional. A morte precoce da mãe diminui a expectativa de vida dos seus filhos, e sua possibilidade

de receber atenção de saúde e de estudar. Além disso, também pode trazer um risco maior de união das filhas em idade precoce¹¹.

As Conferências Mundiais dos Direitos Humanos (Viena, 1993), sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e de Mulheres e Desenvolvimento (Beijing, 1995) ampliaram a idéia dos direitos universais, avançando a perspectiva de “direitos” na análise, avaliação e soluções da situação dos setores ou grupos sociais estruturalmente discriminados, como são as mulheres.

O documento resultante da Conferência de Beijing¹² assinala que se devem intensificar os esforços para garantir o gozo dos direitos das mulheres e das meninas que enfrentam múltiplas barreiras, como a de serem membros de uma comunidade indígena. E conclui assinalando que “a maioria de mulheres discriminadas pertence a setores de origem étnicos e culturais como culturas indígenas” como as populações andinas, amazônicas e afro-americanas. Estas populações subsistem em condições precárias e estão expostas a violações de seus direitos humanos.

Os movimentos de mulheres, global e local, convenceram muitos de que uma das causas principais, e sinônimo de discriminação das mulheres, é o não-reconhecimento dos seus direitos. Isso se reflete na esfera privada e íntima da vida dessas mulheres. Estes movimentos evidenciaram que a saúde e o bem-estar das mulheres dependem de um exercício autônomo de sua sexualidade, protegida da discriminação e da violência, que incluem a falta de respeito à reprodução.

Na Amazônia peruana, como no resto do país, as políticas nacionais são aplicadas com algumas adaptações locais. Não existe uma política diferenciada de atenção de saúde e de saúde reprodutiva para populações amazônicas indígenas; estas comunidades indígenas somam a nível nacional 1.450 povos, correspondendo a 65 grupos étnicos. Os departamentos com maior concentração de população indígena são os de Loreto (28%), Junin (19,2%) Amazonas (16,6%), Ucayali (13,5%) e San Martin (8,9%)¹³.

Existem diversos fatores culturais influenciando o cuidado com a SSR, como, por exemplo, a informação sobre sexualidade e vida sexual. As mães falam muito pouco com as filhas sobre sexualidade, embora os adolescentes comecem sua vida sexual precocemente: as meninas com 10 anos e os meninos aos 11 anos de idade¹⁴.

¹¹ Inei/Unicef. *A população das comunidades indígenas*.

¹² IV Conferência Mundial da Mulher, Beijing, 1995.

¹³ Instituto Nacional de Estatística e Informática, 2005 (INEI).

¹⁴ Rosario Avellaneda, *Sexo sin kutipa*, trabalho monográfico com população adolescente kukama kukamiria, 2003.

O papel de gênero definido pelas culturas amazônicas pressupõe o trabalho das mulheres no ambiente doméstico, nos cuidados da casa, da chácara e dos filhos. Neste caso é “desejável” que a mulher tenha muitos filhos, na medida em que isto mostra que ela está cumprindo o papel de mulher e de esposa (HEISE, 1999).

Os direitos sexuais e reprodutivos integram direitos sociais, políticos e econômicos. Seus objetivos variam desde a proteção da experiência mais pessoal e íntima, até a participação política de mulheres e homens. Os DSR incluem o direito de desfrutar de uma sexualidade livre de coerção, dor, doença e riscos; o direito de ter informação apropriada e completa, para a opção livre de ter filhos; o direito de ter o número de filhos desejado, com o espaçamento entre gravidezes necessário para a maternidade segura e saudável; o direito de acesso a serviços de saúde que respondam aos valores e necessidades dos usuários e usuárias; o direito à confidencialidade, e ao consentimento informado; o direito à não-discriminação por causa de orientação sexual.

A promoção de saúde das mulheres dentro de um paradigma de direitos humanos não pode ser separada de uma pesquisa sobre as oportunidades da mulher de se tornar uma agente autodefinida.

As suas identidades e suas vozes não foram integradas na fala pública ou às agendas políticas do governo central, e em alguns aspectos nem mesmo à agenda internacional.

Se a realização dos direitos sexuais e reprodutivos na Amazônia peruana implica exercício de poder, o poder tem formas positivas de interação. O discurso oficial dos agentes públicos da saúde reconhece que as relações de poder afetam a capacidade da mulher de ter boa saúde no contexto social; mas os mecanismos da saúde, no dia-a-dia, pouco fazem para mudar essa realidade. O poder decisivo da mulher é o de tomar abertamente decisões que sejam respeitadas. Só assim elas poderão recorrer a métodos de controle de natalidade, como primeiro passo para exercer as relações sexuais de forma protegida. Esta violação dos direitos é a mais fácil de identificar, já que podemos ver casos em que uma mulher foi forçada a fazer algo que ela não quis fazer, ou em que a proibiram de fazer algo que queria.

(ASTRID BANT & ANGELICA MOTTA, 2001), em estudo sobre Gênero e Saúde Reprodutiva, dizem que o modo como as mulheres vivem sua sexualidade, nos momentos diversos do ciclo reprodutivo, está caracterizado por uma ausência evidente de autonomia, e da possibilidade de decidir por si mesma. O começo da vida sexual da

mulher pode se dar de modo precoce, em um contexto de ignorância, inexperiência e relações de poder, criando a possibilidade de uma gravidez não-desejada ou infecções de transmissão sexual.

Existe a possibilidade de um exercício completo no campo dos diversos direitos que protegem homens e mulheres desde a sua infância. No caso dos direitos sexuais e reprodutivos, o acesso a estes por parte de homens e mulheres se dá inicialmente a partir do lugar que a sociedade reserva para eles na perspectiva de gênero - e que foi estruturado por uma racionalidade e contexto próprios daquela sociedade.

Neste caso, o começo de seu exercício inclui de modo simultâneo um grupo muito exigente de responsabilidades familiares e sociais, nas quais os homens e mulheres são envolvidos de um modo diferenciado.

1.8 SERVIÇOS DE SAÚDE: PROFISSIONAIS E PACIENTES

Fator importante, da perspectiva dos direitos humanos, é a má qualidade do atendimento de saúde às mulheres, que varia dos maus-tratos ao menosprezo, passando pela humilhação que sofrem as pacientes. Nesses locais acontece, por exemplo, que a paciente seja obrigada a tirar a roupa toda para um exame simples. Ela é tratada como um objeto e não como uma pessoa digna de ser respeitada. Apesar da gravidade dos abusos, as pacientes simplesmente não conhecem seus direitos (YAMIN, 2003).

(ANDERSON, 2001, p. 283) assinala que com esta atitude surgem problemas associados ao serviço de saúde, e a pior situação é a da exclusão total dos serviços. Quando isto acontece, *“as pessoas deixam de perguntar, exigir e pedir informação, e em muitos casos simplesmente não usam mais os serviços de saúde”*.

A falta de conhecimento do direito à saúde e dos direitos em geral gera a idéia de que a atenção médica é um favor que estas pacientes recebem. Os médicos não estão conscientes da existência do problema, então as usuárias do sistema de saúde perdem a confiança neles. Esta falta de confiança se difunde nas comunidades e afeta de forma determinante a decisão de procurar os estabelecimentos de saúde, seja para a atenção do parto ou para emergências obstétricas, pois as atitudes que as mulheres e suas comunidades têm em relação aos serviços se formam a partir dos maus-tratos.

Novamente, nota-se que os maus-tratos estão relacionados com o desencontro cultural. Eles afetam as necessidades de saúde das mulheres, principalmente das áreas

rurais, o que sistematicamente atenta contra o direito à vida e à realização do direito à saúde dessas pessoas, mantendo práticas de discriminação de gênero, etnia, classe e posição social. E esta hierarquia se expressa em vários momentos, desde a relação do provedor nos postos de saúde com a mulher usuária até os planos elaborados pelos responsáveis pelos programas dirigidos às mulheres pobres, rurais e com baixo nível de instrução - que são as mais vulneráveis.

1.9 PORQUE A SAÚDE MATERNA EM DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

O tema de Saúde Materna sempre está em debate em muitos países, com o propósito de diminuir as mortes maternas ou para melhorar a sua prevenção.

A mortalidade materna é reconhecida como um problema de direitos humanos. Mas pode-se dizer que as mulheres afetadas pela mortalidade materna não morrem simplesmente por complicações obstétricas. Estas mortes indicam que em muitas sociedades, incluindo a peruana, não se valoriza a vida das populações e especificamente, não se valoriza a vida das mulheres indígenas das zonas rurais. Em outra ocasião, quando trabalhava na zona da fronteira, onde 99% da população é de origem indígena (Aguaruna), um dia chegou um marido com sua esposa para uma consulta médica. A mulher tinha febre há vários dias (malária). Ao final da consulta o médico assim se expressou: *“Deveríamos contratar um helicóptero para espalhar gasolina e botar fogo nessas comunidades, para acabar com estes índios que sempre dão problemas e não nos deixam avançar”*.

Para pessoas como esse médico, fica claro uma vez mais que os responsáveis pelo aumento das estatísticas de gastos para a saúde pública são as populações rurais indígenas.

A respeito da saúde materna (YAMIN, 2006, p. 41-42) disse, *“Uma perspectiva de direitos humanos não significa simplesmente ser amável ou respeitoso com os pacientes. O direito à saúde requer que o governo tome medidas programáticas elementares [...] A saber, com respeito aos cuidados obstétricos essenciais (COE), seria um erro centrar-se exclusivamente no tratamento que as mulheres recebem quando chegam ao Centro de Saúde. É verdade que, em muitos lugares, quando as mulheres chegam aos Centros de Saúde, são maltratadas, a às vezes muito maltratadas mesmo.*

[...] Mas, mesmo assim, é verdade que a evidência obtida pelos grupos de mulheres indica que este não é o único problema, as mulheres da serra andina (Peru) repetidamente afirmam que não vão aos Centros de Saúde porque esses carecem de capacidade para resolver suas emergências, são casas da morte”.

Por isso, deve-se prestar atenção à criação de políticas diferenciadas que respondam às prioridades locais, fortalecendo um sistema de saúde integrado, prático, construtivo e funcional, que possa contribuir para a melhora de problemas de saúde muitos sérios, complexos e específicos. Esse sistema deve privilegiar o respeito às decisões das usuárias/os, e permitir que estas(es) desfrutem de boa saúde, salvando vidas e reduzindo o sofrimento, sobretudo dos mais vulneráveis, desfavorecidos e excluídos, sem colocar em risco os direitos humanos e particularmente sem violar dos direitos das mulheres à vida e à saúde.

Os direitos sexuais e reprodutivos, refere-se ao desfrute de uma sexualidade livre de dor, doença e riscos, ter informação adequada e completa, livre opção de ter filhos, maternidade segura, acesso aos serviços de saúde que respondam aos valores e necessidades das usuárias, confidencialidade e consentimento informado.

1.10 POSTO DE SAÚDE DE SAN REGIS

Este serviço de saúde está a cargo de um técnico de enfermagem, que fica no local por um ano e dois meses; uma enfermeira que cumpre os Serviços Rurais Médicos (SERUM) e que fica por um ano; e três praticantes de auxiliares de enfermagem que cumprem suas práticas por seis meses.

A infra-estrutura do posto é pequena: conta com dois cômodos para hospitalização, mas só um é utilizado para tal fim. O outro é utilizado como moradia. Também há uma sala de farmácia, um serviço higiênico, uma sala que é utilizada para partos e atendimento de emergências, outros dois cômodos que são utilizados pela enfermeira e técnico de enfermagem para prestar os serviços, e um ambiente previsto como sala de reuniões.¹⁵

¹⁵ Todas as fotos apresentadas foram tomadas pela pesquisadora

Foto 1: Posto de saúde San Regis, Rio Marañón, Peru,2008



Foto 2: Interior do posto de saúde San Regis, Rio Marañón,Peru,
2008





Os horários de consulta são de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 13h, e à tarde das 15h30 às 18h; aos sábados de 7h30 às 12h, e atendimento de emergência 24 horas por dia. A prestação de serviços de saúde se dá principalmente nas segundas-feiras pelas manhãs e aos sábados, quando chegam mães com seus filhos de outras comunidades. Nos outros dias e em geral às tardes são poucos as/ os usuárias/ os que vêm para as consultas.

São nos horários da tarde que as mães devem preencher as folhas de dados, e também é nesse momento que são entregues os alimentos do PIN (Programa Integral de Nutrição) que em média beneficiam cem mães. Os casos de hospitalização são esporádicos. As mulheres que chegaram para atendimento ao parto ficam o máximo um dia depois de dar à luz, e no dia seguinte já estão voltando para sua casa.

Um dos maiores problemas é que os profissionais só ficam no local por um tempo determinado, em geral um ano. Quando a enfermeira finaliza com o período do SERUM e os estudantes auxiliares de enfermagem chegam ao final de seus estágios, é preciso esperar que cheguem novos funcionários. Os servidores reconhecem que as

usuárias/ os não gostam de ir ao posto quando o pessoal é novo, porque acham que estes funcionários recém-chegados não têm muita “experiência” no serviço.

O pessoal do posto diz que suas maiores limitações são a falta de materiais, de ambiente adequado e de pessoal, principalmente de obstetrícia, para realizar um trabalho melhor.

2. CARACTERIZAÇÃO ETNOGRÁFICA DOS KUKAMAS KUKAMIRIAS

2.1 Família Kukama Kukamiria

Conhecer melhor este grupo indígena é importante para entender a sua cultura. Os Kukama Kukamiria foram o maior povo que existiu na história da Amazônia. A etnia Kukama Kukamiria pertence à família Tupi-Guarani, e encontra-se no Departamento de Loreto e Ucayali, entre os rios Ucayali, Marañón, Nanay e Amazonas; há também povoados dessa etnia próximos às cidades de Pucallpa e Iquitos, e ao rio Putumayo, na fronteira com a Colômbia e também com o Brasil. Alguns indivíduos desse povo estão na cidade de Nauta, fundada há 150 anos por Kukama Kukamiria Pacaya.

O padre Lucas Espinoza¹⁶ indica duas prováveis origens da palavra kukama, dependendo das raízes que têm para explicar o vocábulo: “gente de força” e “gente de lá”. No caso da palavra kukamiria, afirma que o significado seria “kukama coração” ou “kukama legítimo”: A tendência dos jesuítas foi falar apenas de “kukamas”, sem distinguir seus diversos ramos. A nação Kukama ou Grande Kukama tinha fama de ser muito numerosa na região do rio Ucayali. Aos Kukamiria as crônicas chamam “pequena Kukama”, ou também Huallagas, por estarem assentados às margens deste rio.

Os kukamas são mencionados pela primeira vez em 1557, na crônica da expedição de Juan Salinas de Loyola. Ele foi o primeiro europeu a navegar o rio Ucayali. Povoados de 200 e 400 pessoas se estendiam ao longo de mais de 300 km de margens do rio. O nome de Grande Kukama ficava assim justificado.

Um século depois os jesuítas iniciaram o trabalho de reunir a população em centros missionais, com a finalidade de evangelizá-los e aproveitar sua força laboral nos transportes e na expansão da própria obra religiosa. Na mesma época houve uma série de epidemias que ocasionaram mortes massivas entre os indígenas. Os indígenas se levantaram e entraram em conflitos violentos, que levaram à morte muitos missionários.

Nos séculos posteriores o auge econômico do barbasco (*lonchocarpus*) e da borracha (*castilloa ulei*) levou muitos kukamas ao trabalho na lavoura e na colheita; outros migraram para o Brasil, para trabalhar em fazendas.

¹⁶ Ver livro *Os nativos invisíveis*.

Construíam grandes casas familiares comunais de forma retangular – *Cocameras* – com teto de duas águas, de plataformas elevadas para dormir. Usavam leques, mosquiteiras, redes, esteiras e bancos para sentar-se ou descansar os pés. Na atualidade mantém os mesmos utensílios. A casa também mantém sua estrutura básica e forma retangular, que passou a ser o modelo de habitação de todas as comunidades, sendo que a casa comunal foi substituída pela familiar.

A economia dos Kukamas e Kukamirias se baseava – e ainda se baseia, nos dias de hoje - na exploração pesqueira dos lagos (*cochas*) e rios. Os kukamas são magníficos pescadores, e pela habilidade que demonstram no seu método tradicional de pescar com lança e arcos são considerados como “caçadores de peixes” ou “grandes pescadores”.

Também cultivam chácaras mediante o procedimento de roçar e queimar. Nas praias fluviais, durante a vazante, têm melão, melancia, mandioca, batata, abóbora, abacaxi, banana, milho e amendoim. Também apresentam frutas silvestres como a castanha-do-pará, além de mel, ovos de formiga e de tartaruga. Em geral os Kukamas dependem principalmente da várzea, por isso se assentam às margens dos grandes rios.

Os habitantes das comunidades se autodenominam “mestiços ou mestiças ribeirinhos”. Apesar desta parte do rio Marañón ser um território de maioria kukama, esta denominação não é de uso público. De fato, parece tratar-se de uma identidade “privada”, “oculta”. Não obstante, hoje existe um movimento de recuperação do orgulho de ser kukama.¹⁷

Ao se referir à suas origens familiares, todas as pessoas com que falei referiram algum tipo de parentesco com pessoas lamas (grupo étnico dos lamas); esta presença remontaria ao século XVII. A partir dos testemunhos de alguns anciãos, podemos conjecturar que na zona estão presentes muitos povos que chegaram de zonas hoje pertencentes ao território do Brasil. De fato a própria presença kukama na zona parece ter sua origem na época colonial, já que seu território originário se localizava no rio Ucayali - conhecido como Rio Kukama no século XVII (MARTIN RUBIO, 1991).

Foi a partir da “era da borracha” que, ao que tudo indica, se deram as maiores migrações de população (ARAMBURU, 1982, BARCLAY, 1998). A violência sofrida por estas populações no momento em que sua região se articulava ao sistema capitalista mundial está presente ainda hoje na tradição oral do lugar. A extração de recursos naturais se deu num sistema de relações de produção quase escravistas.

¹⁷ Fala do professor indígena Pascual Aquituari Fachin.

Segundo os testemunhos¹⁸ de um casal de anciãos, os varões eram obrigados a procurar os recursos em lugares afastados, “como escravos”. Suas famílias permaneciam nas fazendas. Estas separações podiam durar até dois anos. Outro testemunho assinala que as crianças trabalhavam nas fazendas preparando lenha para abastecer a demanda de combustível das embarcações; o pagamento por um dia de trabalho era uma bala.

Estas lembranças marcam a construção das identidades de gênero até hoje; em particular, a figura hegemônica desta dominação - o patrão - está presente na construção das masculinidades. O testemunho de um homem que entrevistei¹⁹, e que não leva o sobrenome Kukama, é de que em algum momento da história de seu povo o patrão registrou a toda a população com seu sobrenome, como maneira de marcar seu “patrimônio”.

A língua “oficial” na zona é o espanhol. O manejo da língua kukama - e também o quéchua - fica na esfera privada. A população mais jovem parece ter só o uso passivo destas línguas: ouvem e entendem, porém não as falam.

Poderia-ia dizer que a língua está em perigo de extinção, pois só é usada em situações comunicativas muito restritas, e em sua maioria por anciãos. Os processos naturais de transmissão da língua de geração em geração foram interrompidos. Sabe-se que também existem comunidades Kukamas na Colômbia e no Brasil onde a língua está quase extinta.

2.2 ORGANIZAÇÃO SOCIAL

A organização social desses nativos Tupis, na época pré-conquista, se baseava em agrupamentos organizados em clãs, que formavam uma comunidade, e moravam em concentrações de *Cocameras*. Essas chegavam a abrigar 40 pessoas, e com o passar do tempo derivaram em casas familiares.

“Os grupos nativos da selva se baseam no parentesco e tem diversos mecanismos para vincular às famílias” (REGAN, 1993). Os kukamas kukamirias praticavam a forma de residência pós-matrimonial patrilocal, ou seja, ao se casarem, o casal vive perto da casa dos pais do noivo. Tipicamente, o casal vive inicialmente na mesma casa dos pais

¹⁸ Froilan, 70 anos e Matilde, 72 anos, da comunidade de San Regis, no rio Marañón. Entrevistados durante o trabalho de campo, ano 2002.

¹⁹ Juan Perea, de 75 anos, na comunidade Puerto Peru.

da noiva, para cumprir com o período de serviço do homem ao sogro. Logo, o homem constrói sua própria casa em um lugar perto ao do pai.

A tendência patrilocal faz com que se formem pequenos núcleos, ou bairros, de homens do mesmo sangue com suas famílias. Essas são as pessoas que se ajudam e que colaboram na agricultura, pesca, caça, entre outros.

No caso das irmãs que se casam com homens do mesmo sangue, essas podem morar em casas próximas, ajudar-se mutuamente e participar dos mesmos trabalhos da comunidade.

Os kukamas kukamirias são patrilineal; a descendência concebe-se como um vínculo entre pais e filhos. O pai e filhos formam um sangue, e a mãe pertence ao sangue do pai.

Cada um destes clãs tinha um chefe – Kuraca – que os espanhóis chamavam de “cacique”. Os Kuracas gozavam do privilégio de ter várias mulheres – alguns tinham até dez. Eles deviam velar pela paz e bem-estar do clã, organizar a guerra e distribuir o trabalho comunal e as tarefas de pesca e caça. (FIGUEROA, 1904, pág. 252-254).

2.3 ASPECTOS IMPORTANTES DOS CICLOS VITAIS

Antigamente, entre os ciclos vitais dos Kukamas, o momento do parto e o posterior pós-parto estão envolvidas em práticas rituais e constituem momentos importantes no ciclo vital das pessoas. (alguns dos quais ainda se conservam):

- O rito do parto das mulheres, que davam à luz de cócoras e depois enterravam o cordão umbilical e a placenta. Elas também controlavam o índice de natalidade de suas famílias. Quando consideravam que já tinham filhos suficientes, com frequência enterravam vivos os recém-nascidos; também provocavam o aborto por meio de plantas abortivas, ou matavam os nascidos com deficiências e deformações físicas.
- O rito da reclusão do pai, depois do nascimento do bebê. O pai era isolado em casa e suportava um regime de dieta de carne e sal durante seis ou 10 meses. Se fundamentava-se na *kutipa*, forma de contágio mágico que afetava os filhos recém-nascidos. Se o pai comia a carne de animais que matava durante a caça, então o animal contagiava o bebê com alguma característica própria do animal.

- Rito de iniciação infantil, realizada quando a criança adquiria a palavra. O *kuraca* (chefe da comunidade) cortava o cabelo do menino ou da menina. A partir dali, consideravam que o infante havia alcançado o estado de pessoa e constituía-se como ser humano completo.
- Rito de iniciação da puberdade e em especial o rito da primeira menstruação das mulheres, na qual a adolescente era suspensa em uma rede pendurada do teto da casa durante oito dias de jejum, ingerindo somente água e mandioca. Depois ficava reclusa em casa durante um mês. Quando terminava esta fase, ela era banhada no rio, pintada e adornada com plumas na parte superior do corpo. Nessa ocasião, ganhava um novo nome.

Na atualidade estes ritos e costumes da cultura kukama não mudaram muito: as mulheres ainda dão à luz em casa, na maioria dos partos, e em certas ocasiões utilizam plantas abortivas para o controle da natalidade. As famílias ainda são numerosas, com uma média de oito a dez filhos. A primeira menstruação continua a ser uma etapa importantíssima na evolução e preparação da mulher para o casamento e reprodução.

Entre suas tradições religioso-espirituais deste povo destacam-se aquelas que consideram que a doença e a morte têm origem extranatural, sendo causadas pelo mal desejado por outra pessoa, normalmente projetado e/ou relacionado com a perda ou da alma ou espírito (STOCKS, 1981).

Atualmente a população kukama kukamiria é composta de 9.422 habitantes. Neste grupo ante o visitante de fora, em termos de aparência, os kukamas kukamirias não se diferenciam muito da população não indígena regional, mas eles continuam tendo praticas costumes e idéias que remetem e são identificadas com sua tradição cultural.

O nível de analfabetismo das comunidades kukama kukamiria é de 21%. Embora não haja estatísticas nesse sentido, sabe-se que há uma brecha notável entre a educação de homens e mulheres. Os homens têm acesso a maior instrução, já que constituem o nexo de ligação com o mundo externo, são os responsáveis pelas relações sociais e podem ocupar posições de autoridade no interior da comunidade. A maioria das comunidades têm escolas de ensino primário, mas com uma infra-estrutura inadequada e número reduzido de professores.

Um dos motivos da deserção escolar das mulheres é a gravidez precoce, que as obriga a abandonar a escola. Em outros casos, elas precisam cuidar dos irmãos mais novos e cumprir atividades domésticas.

Apuramos que a região com maior porcentagem de mães adolescentes é a de Loreto, com 34% de predominância desse tipo de gravidez. Ali, a iniciação sexual de adolescentes é em média de 16%, segundo (*Encuesta demográfica y de Salud Familiar-ENDES*, 2000). As adolescentes no Peru respondem por 15% do total das mortes maternas, durante a gravidez, parto e pós-parto. Os abortos de adolescentes correspondem a 20% do total. Na Amazônia peruana, três em cada 10 adolescentes que estudam referem ter tido atividade sexual (MINISTERIO DE SAÚDE, 2002).

Em pesquisa realizada²⁰, as mulheres indígenas expressaram o desejo de ter só quatro filhos.

Algumas cifras mostram a falta de equidade nas possibilidades de desenvolvimento para as moradoras nas zonas rurais do Peru²¹:

- No ano de 2001 mais de 7% da população feminina maior de 15 anos era analfabeta nessa região, em comparação aos 6,1% de analfabetos do mesmo grupo etário, entre os homens.
- Só duas entre cada 10 meninas bilíngües das zonas rurais conseguem escrever um texto e compreender a sua leitura.

Um documento da CEPAL²², que trabalha a articulação das relações de gênero, étnicas e de classe como fator determinante dos graus e características associados à discriminação contra as mulheres, faz um balanço dos mecanismos e instrumentos para combater as discriminações étnica/ racial e de gênero. Os estudos mostram que os avanços ainda são insuficientes para conseguir o pleno respeito aos direitos humanos das mulheres, especialmente das mulheres indígenas.

É verdade que já existe, como resultado de esforços desse tipo, uma normatividade jurídica dirigida a sancionar e erradicar as diferentes formas de discriminação das

²⁰ Estudo de pesquisa do projeto Nippon Foundation - MINSA 2000.

²¹ Dados extraídos de CESIP, *Equidade de gênero, requisito para a democracia*, agenda elaborada no marco do projeto “Apoio à sociedade civil para uma aproximação entre o Congresso e cidadania”, fevereiro 2003. *Compêndio estatístico 2002*, INEI, Lima 2002.

²² Peredo Beltran, Elizabeth, “Uma aproximação à problemática de gênero e etnicidade na América Latina”. CEPAL: *Unidade, mulher e desenvolvimento*, Santiago de Chile, abril 2004: p.53.

mulheres na região. Ainda é difícil afirmar, entretanto, que os esforços realizados constituam um corpo sistemático, homogêneo e articulado nos diferentes países.

A diversidade e heterogeneidade das situações das mulheres no continente e a maneira pouco uniforme com que os Estados têm assumido as políticas para equidade de gênero e respeito dos direitos humanos das mulheres evidenciam que ainda é preciso trabalhar muito para melhorar a situação das mulheres com um enfoque integral.

O documento da CEPAL mostra também que, apesar da existência de normas, leis nacionais e instrumentos internacionais, ainda não se generalizaram as práticas de monitoramento da implementação de tais instrumentos, levadas adiante pelas mulheres organizadas em sua diversidade.

3. OBJETIVOS

Conhecer as concepções sobre as necessidades específicas de saúde sexual e reprodutiva, e como estas necessidades são satisfeitas, com foco na saúde materna, no grupo étnico Kukama Kukamiria da comunidade de San Regis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer as concepções sobre sexualidade, concepção, gravidez, parto e pós-parto no grupo étnico Kukama Kukamiria da comunidade San Regis, no Rio Marañón;
2. Identificar a concepção em relação a uma melhor ou pior atenção formal e informal, com enfoque na sexualidade, concepção, gravidez, parto e pós-parto, em relação ao atendimento em estabelecimentos de saúde da comunidade de San Regis, no Rio Marañón;
3. Identificar a relação destas questões percebidas com o atendimento de saúde informal em relação à concepção, gravidez, parto e pós-parto da comunidade de San Regis, no Rio Marañón;
4. Identificar qual é a relação entre o cuidado oferecido e o necessitado durante a concepção, gravidez, parto e pós-parto das mulheres da etnia Kukama Kukamiria da comunidade San Regis, no Rio Marañón.

4. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.

4.1 LUGAR DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no departamento de Loreto, Província de Loreto, no Peru. Num primeiro momento a comunidade de estudo foi San Martin del Samiria, situada na bacia do rio Marañón, a 24 horas de Iquitos (em embarcação pequena). No decorrer da pesquisam, por motivos de tempo, se decidiu mudar dessa comunidade para a de San Regis, que fica a doze horas da capital, Iquitos. Ali, cerca de 1.200 dos moradores pertencem ao grupo étnico kukama kukamiria. Esta comunidade já havia abrigado uma missão jesuíta, e desde finais do século XIX (SAN ROMAN, 1994), era sede de uma fazenda organizada em função da demanda internacional da borracha, e posteriormente da madeira.

Os residentes da comunidade se denominam “os mestiços da beira do rio” ou “os mestiços”. Embora haja presença da cultura Kukama Kukamiria, esta dominação parece ser uma identidade “privada ou escondida”. Isto acontece porque a população da comunidade constantemente é excluída pela população urbanizada, por ser da beira do rio e pela sua condição indígena. Ser indígena é sinônimo de ser sujo. Índio é aquele que não sabe e que não é desenvolvido (NEYRA, 2002).

O idioma falado em público é o espanhol, embora na esfera privada esta comunidade fale seu idioma nativo, que é o kukama kukamiria. Os adolescentes e crianças falam apenas de forma passiva sua língua materna.

As mulheres da comunidade de San Regis centram basicamente suas atividades na educação e nos cuidados com os filhos e na manutenção da família. Trabalham na chácara quase todos os dias, sozinhas ou em companhia do marido e filhos, e fazem peças de artesanato que são comercializadas num albergue turístico a uma hora da comunidade. A preparação e vendas de comidas, comercializadas nas embarcações que navegam pelo rio Marañon, são outras atividades que ocupam essas mulheres e suas filhas.

Na comunidade de San Regis existe escola primária e secundária. Os adolescentes que têm possibilidades de continuar seus estudos viajam até a cidade de Nauta ou Iquitos; os homens têm prioridade para viajar. Entre as mulheres adolescentes, observamos uma taxa maior de evasão escolar, devido à gravidez precoce não-

planejada. Nesse momento, diminuem as possibilidades da adolescente continuar seus estudos. Em outros casos, algumas delas – mas em menor proporção, e durante as férias - migram até as cidades mais próximas em busca de trabalho como empregadas. Não tendo mais possibilidades de continuar estudando, convertem-se em mães solteiras, voltando novamente para sua comunidade.

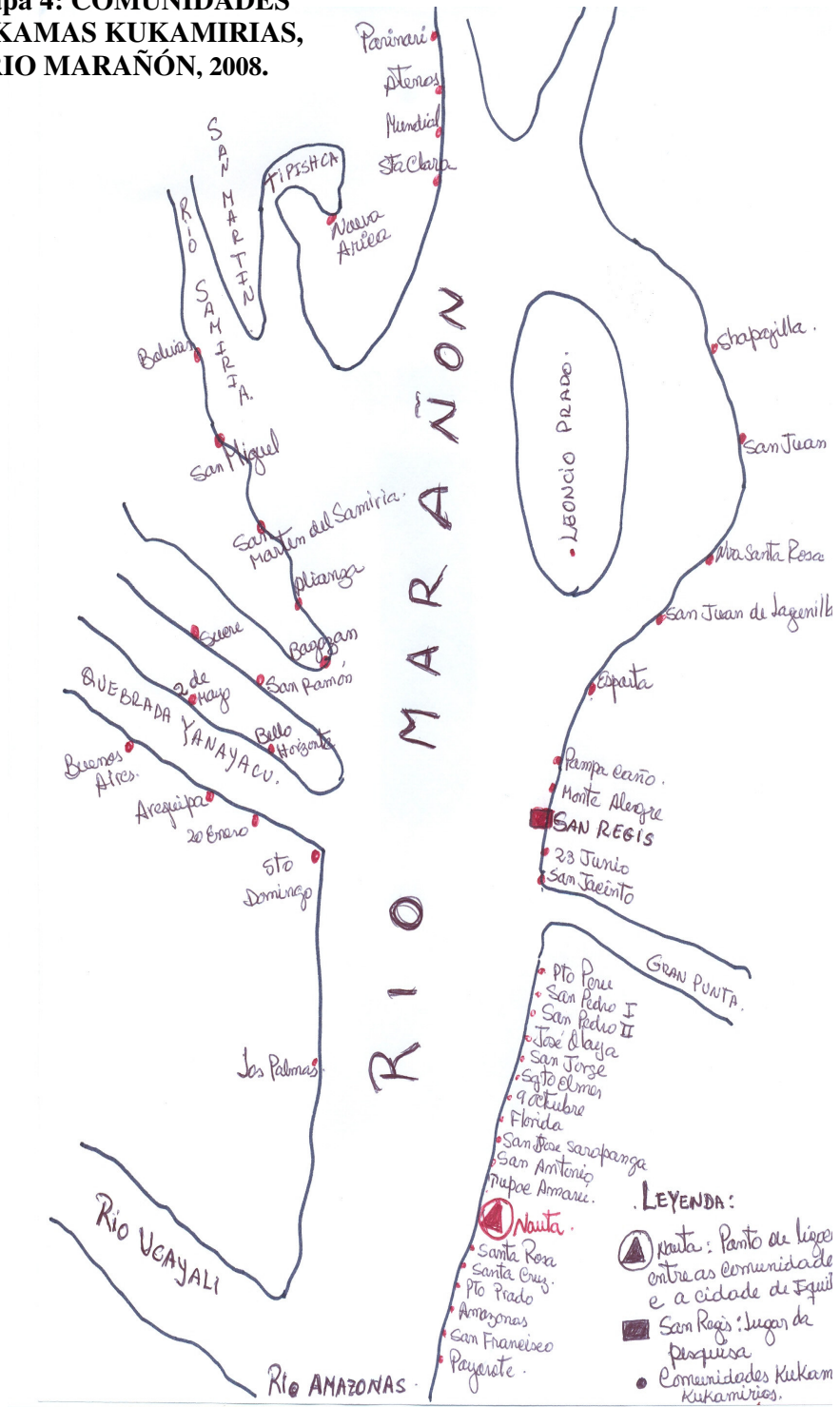
As mulheres no Departamento de Loreto começam a ter filhos em idade bem mais jovem do que no resto do país. 18 % das mulheres entre 15 e 19 anos já são mães na área urbana; enquanto na zona rural, essa taxa chega a 48%. Esta região tem um das taxas de fecundidade mais altas do país, com uma média de quatro filhos por mulher; e na zona rural esta taxa é de seis filhos por mulher em idade fértil.²³ Infelizmente não há dados específicos das populações indígenas.

San Regis tem um Posto de Saúde, mas ainda não tem uma equipe completa de profissionais que possa atender as necessidades desta comunidade, que tem mais de mil habitantes, e de outras comunidades próximas. O pessoal responsável por este estabelecimento está a cargo de um técnico de enfermagem, e em forma rotativa anualmente há uma profissional de enfermagem.

A cidade de Nauta é o principal centro urbano da zona, com 33.918 habitantes em nível distrital. É também o lugar onde convergem os rios Marañon e Ucayali, dando origem ao rio Amazonas. Nauta é a ligação de San Regis e outras comunidades com a cidade de Iquitos.

²³ *Encuesta demográfica y de salud familiar 2000*. Lima: UNEI, Usaid, Unicef, Measure, octubre 2001. www.inei.gob.pe/biblionei.asp

Mapa 4: COMUNIDADES KUKAMAS KUKAMIRIAS, RIO MARAÑÓN, 2008.



4.2 TIPO DE ESTUDO

Para trabalhar o objeto em questão, utilizamos a metodologia qualitativa, uma vez que queremos trabalhar “com o universo de significados, motivos, aspirações, tradições, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 1995, p. 21-22).

A metodologia qualitativa, pelo fato de trabalhar em profundidade, possibilita que se compreenda a forma de vida das pessoas, não sendo apenas um inventário sobre a vida do grupo. As técnicas utilizadas permitem, entre outras coisas, o registro do comportamento não-verbal e o reconhecimento de informações não esperadas porque não seguem um roteiro fechado. Com estas técnicas percebemos como bem-vindos os dados novos, não previstos anteriormente.

Os métodos qualitativos da pesquisa são úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre. Assim, em um pequeno grupo, eles permitem a observação de vários elementos simultaneamente. Essa abordagem é capaz de propiciar um conhecimento profundo de um evento, possibilitando a explicação de comportamentos.

Uma das principais características dos métodos qualitativos é o fato de que as pesquisas são formuladas para fornecerem uma visão de dentro do grupo pesquisado. Busca-se estudar sempre um grupo pequeno de pessoas, o qual é escolhido de acordo com critérios previamente adotados conforme os objetivos do estudo. Para que seja feita a escolha é necessário um conhecimento prévio do contexto a ser investigado, o que é feito com ajuda de uma série de técnicas de pesquisa dentro de uma orientação etnográfica (GOMES & RIVA & AGRA, 2000; p.37-38-39).

Entendemos que o objetivo da pesquisa é, numa perspectiva construtivista, “o de ampliar a compreensão e re-construir as construções que as pessoas (incluindo o pesquisador) têm no início da pesquisa, buscando um conhecimento consensuado, mas ainda aberto para novas interpretações, à medida que a nossa compreensão dos fenômenos estudados amplia-se e se torna mais sofisticada”. Nesse ponto de vista, “advocacy” e ativismo também são conceitos-chave e o pesquisador é posto num papel de participante e facilitador no processo (GUBA & LINCOLN, 1993, p.113).

O conhecimento consiste, nessa perspectiva, daquelas construções sobre as quais há um relativo consenso (ou pelo menos um movimento em direção ao consenso) entre

aqueles considerados competentes para interpretar a substância daquela construção. Múltiplos conhecimentos podem coexistir quando intérpretes igualmente competentes (ou respeitados) discordam, dependendo de fatores sociais, políticos, culturais, econômicos, étnicos e de gênero. Essas construções são sujeitas a uma revisão contínua, com mudanças que se tornam possíveis de ocorrer quando construções relativamente diferentes convivem justapostas, num contexto dialético. (GUBA & LINCOLN 1993, p.113).

Assim também o método etnográfico de pesquisa é um conjunto de concepções e procedimentos utilizados tradicionalmente pela Antropologia, para fins de conhecimento científico da realidade social. Uma abordagem qualitativa dos problemas de saúde identifica-se de várias formas como método etnográfico.

O método etnográfico de pesquisa possibilita ao investigador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo as relações entre os fenômenos específicos numa determinada visão de mundo.

Deve-se ressaltar a importância de se trabalhar considerando três níveis da realidade: dados de observação, depoimentos, e documentos escritos; na medida em que a apreensão de apenas um deles seria uma apreensão parcial da realidade.

Numa investigação sobre a realidade social, deve-se considerar o fato de que a pesquisa de campo do tipo etnográfica implica uma relação social entre o pesquisador e os pesquisados. A qualidade dos dados obtidos depende em grande parte da maneira como essa interação social se estabelece (GOMES & RIVA & AGRA, 2000; 53-54-55).

A análise do material resultante dos instrumentos qualitativos (entrevistas transcritas e diário de campo da observação) seguirá as seguintes etapas: primeiro a leitura flutuante do material – o contato exaustivo e a impregnação pelo conteúdo das transcrições e anotações (diário de campo). Em seguida, a leitura detalhada e distribuição na forma de temas; e finalmente, faremos uma análise temática do material selecionado, a partir das categorias de análise iniciais e aquelas que porventura surgiram no decorrer do trabalho (MINAYO 1993, 1994).

4.3 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.

Observar, na pesquisa qualitativa, significa “examinar” em todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, ou um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo

de descrevê-los. O ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não-verbal, a seqüência, a temporalidade em que ocorrem os eventos são fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para a interpretação posterior dos mesmos; mas também devemos ter em conta que muitas ações observadas podem ter sido geradas pela própria presença do observador (GOMES & RIVA & AGRA, 2000, p. 62-63).

Durante os dias de trabalho de campo, foi possível conhecer a vida cotidiana na comunidade; as atividades realizadas pelas mulheres, homens, jovens, crianças; em particular, a vida nos lares onde fiquei enquanto vivia na comunidade. Ali pude vivenciar de perto a relação e a transmissão da aprendizagem dos pais para as filhas e filhos.

Tive oportunidade de passar alguns dias e também algumas horas da noite no estabelecimento de saúde, onde pude observar e/ ou conhecer de perto o trabalho dos servidores de saúde, seja numa consulta médica, no atendimento às crianças ou no caso em que alguma mulher decidiu ir ao estabelecimento para dar à luz.

Transcorriam os dias. As falas nas noites com as mulheres, seus maridos e filhos, eram de rede a rede; a gente foi se conhecendo mais, ganhando confiança; o que me permitiu ter a oportunidade de observar como a mãe fazia uma “ligada”²⁴ quando a filha começa a sentir as dores de trabalho de parto. Também pude entrar e observar um parto em casa, assim como na sala de partos do estabelecimento.

Os domingos são o dia de “descanso” das famílias, que não vão à chácara, mas sempre aproveitam para arrumar alguma coisa em casa, jogar uma partida de futebol ou vôlei, receber a visita de algum familiar. Nessas ocasiões elas me contavam histórias da cultura Kukama Kukamiria, dos seus costumes e tradições mais arraigadas, talvez em alguns momentos ficando pensativas, caladas, sem conseguir dissimular a emoção e/ ou a tristeza, ao se lembrar das coisas boas e ruins.

Em San Regis, as mulheres estão sempre atentas ao som dos barcos, para ir ao porto e vender frutas ou comida às lanchas e outras embarcações que, em alguns dias estabelecidos, passam por esta comunidade entre as 12 ou 13h - hora de almoço - às 17 horas, ou nas madrugadas. Na embarcação os passageiros têm direito a comida, que consiste em macarrão com atum e arroz no almoço, aveia e pão no café da manhã e jantar.

²⁴ Infusão de diferentes folhas de árvores para banho de vapor ou assento nas mulheres grávidas para eliminar o frio.

Dependendo do destino final da embarcação, a viagem pode demorar vários dias; por isso os passageiros costumam comprar frutas frescas ou algum alimento que seja diferente do oferecido na lancha. Mulheres e moças vão ao porto com suas bandejas cheias de comida - peixe assado, mandioca, banana verde cozida, carne de veado, paca, tapir - ou frutas, como mamão, ingá, goiaba, manga, banana, laranjas, caimito.

Alguns homens também vão ao porto, para esperar algum familiar que viajou ou simplesmente, como eles dizem, para “distrair a vista”, olhar algo novo que não se vê na comunidade.

Ver pessoas desconhecidas também chama a atenção. Quando desci da lancha pude reconhecer as pessoas que conhecera há algum tempo, quando realizava trabalho nessa comunidade. Agora, tinha que ir à casa da autoridade local (o chamado tenente-governador) explicar-lhe o motivo de minha visita a San Regis.

No caminho, se aproximou de mim uma moça chamada Margarita, que conheci quando tinha doze anos. Agora já tinha dezoito; me perguntou: “Charito, é você? eu estava na dúvida. Você está tão diferente, com o cabelo comprido”. Pegou minha bolsa para ajudar-me a carregar e me convidou para ir à sua casa. No caminho me perguntava: “Você já tem marido? E filhos? E que milagre que de vez em quando lembras de nós! Onde estás morando? Por que sumiste tanto tempo?” Também perguntou pelas outras colegas com quem eu trabalhava, quando a conheci. Seus pais e irmãos estavam na chácara. Deixei minha mochila em sua casa e fui falar com a autoridade.

Mais tarde chegaram seus pais, Francisco e Manuela, que eu já conhecia também. Manuela é promotora comunitária. Ofereceram sua casa para que eu me hospedasse, e foi ali que fiquei morando do mês de fevereiro até final do mês de abril. Eles não acostumam receber pagamento quando alguém fica na sua casa, então compartilhávamos os alimentos que levei.

As conversas sobre suas lembranças eram intermináveis. Falavam de algumas instituições que estão trabalhando na comunidade. Mas há um certo descontentamento, porque nem todos têm oportunidade de participar dos projetos.

Aqui o costume de homens e mulheres em geral é despertar muito cedo. Às quatro da manhã os homens já estão a caminho da chácara. Às 10 estão de volta para tomar café da manhã. Voltam para a chácara, e caso tenham muito trabalho levam comida preparada de casa. Retornam para casa às 16 ou 17 horas. Algumas vezes vão trabalhar acompanhados dos filhos, pelo menos quando eles não estão na escola.

As famílias acostumam tomar só café da manhã e jantar. Por isso é necessário tomar um bom café da manhã para ficar satisfeito e esperar que chegue a hora de jantar. Os alimentos são mandioca cozida ou farinha, banana verde cozida, arroz e mingau de farinha de banana, sopa de peixe, peixe assado. Em geral a comida tem que ser muito sólida.

Manuela e sua filha preparavam os alimentos, e às vezes eu ajudava. Elas não queriam, protestavam dizendo que eu ia ficar cheia de fumaça por causa do fogão.

À tarde Percy, de 12 anos, filho de Manuela, carregava um balde de água para banhar-me; mas algumas vezes eu mesma ia ao rio ou quebrada, porque tinha que lavar minha roupa.

Duas vezes tive que voltar para a cidade de Iquitos por quatro dias, para me abastecer de alimentos. Lulu, de cinco anos, filha caçula de Manuela, pedia que eu não me esquecesse de comprar balas, pão, bolachas; tanto as crianças quanto os adultos gostam muito destas coisas. O filho me pedia que comprasse pilhas, muito úteis para a caça à noite. Algumas das senhoras me davam de presente frutas, mandioca ou banana, para que levasse à minha família em Iquitos. São gente muito boa, e entre vizinhos sempre se ajudam.

De volta de uma das minhas viagens, Juana foi visitar-me, e me falou de sua sobrinha Vilma, de 19 anos, que já havia dado à luz na sua casa, atendida por Maritza, a parteira. “Deu à luz na madrugada para amanhecer hoje, se você chegasse ontem tinha um afilhado de umbigo”. Quando o bebê estava com oito dias, a mãe mandou me chamar. Queria que eu fosse madrinha de corte de unha. Segundo a crença deles, as unhas do bebê devem ser cortadas aos oito dias por uma pessoa boa e profissional para dar sorte ao bebê. As unhas são guardadas numa caixinha.

Eu era convidada pelo tenente-governador (chefe da comunidade) a assistir a todas as reuniões do lugar. As reuniões eram sempre à noite, à luz de um lampião, com a participação majoritária dos homens. Só algumas mulheres participam; as que têm filhos pequenos ficam em casa cuidando deles. A pauta das reuniões era sobre os trabalhos comunais em mingas²⁵, limpeza das trilhas, problemas com os professores que ainda não tinham chegado para iniciar o ano escolar. Também discutiram como coordenar a visita do Presidente da Região. Os colaboradores do Presidente enviaram quatro dias antes papel e marcadores para que eles fizessem letreiros de boas-vindas. A

²⁵ Trabalho em grupo.

visita aconteceu num sábado. A população toda esperou a autoridade. O objetivo desta visita era a consulta ao povo sobre a construção de uma estrada que fosse da comunidade até a cidade de Iquitos - projeto que ainda não começou e deve demorar ainda muito tempo. Ao final da reunião os colaboradores entregaram camisetas às pessoas que colaboraram na confecção dos letreiros - que neste caso foram, as mulheres mais jovens.

Todas as sextas feiras eu ia com uma turma de mulheres para um albergue que fica a trinta minutos da comunidade, e onde elas vendem suas peças de artesanato. Isso porque ali chegam semanalmente turistas estrangeiros que visitam esta zona. Mas nem sempre as vendas são boas; algumas vezes vendem, outras não. Para ingressar no local, elas têm um cartão emitido pelo administrador do albergue, que devem apresentar aos encarregados da vigilância. No meu caso tive que apresentar meu documento de identidade.

4.4 ENTREVISTAS

Foram realizadas um total de 25 entrevistas individualizadas, com mulheres grávidas, puérperas, parteiras, médicos herbalistas, parceiros e prestadores de saúde. O objetivo era conhecer de perto suas falas relacionadas ao tema da gravidez, parto e pós-parto; à sua cultura e crenças; e ao seu atendimento, seja em casa ou no estabelecimento de saúde. Escolheu-se a entrevista aberta porque ela permite que a partir de uma situação, necessidade ou mesmo de uma pergunta disparadora, o entrevistado determine o quê, quando e como contar e/ou revelar, mediante a empatia pesquisador-pesquisado. As entrevistas foram gravadas e seguiram um roteiro temático para mulheres e servidores de saúde, previamente elaborado para o estudo. Antes do trabalho de campo, foi realizada uma prova-piloto, para saber se as perguntas dos roteiros cumpriam os objetivos da pesquisa.

Metodologicamente, os entrevistados tiveram seus nomes próprios substituídos por fictícios, para preservar a sua identidade; ganharam outros nomes, escolhidos pelo pesquisador.

As entrevistas foram realizadas alguns dias depois que participei com eles/ elas de atividades próprias das mulheres, e/ ou atendimentos no estabelecimento de saúde e

de atividades na comunidade em geral. Assim, ganhou-se mais confiança de cada entrevistado. Tal como diria (ARENDR, 2002), para ilustrar a postura a adotar tanto nas entrevistas como nas conversas, “*a amizade reside no fato de que, no verdadeiro diálogo cada um dos amigos pode compreender a verdade inerente à opinião do outro*”.

Em sua maioria as entrevistas foram realizadas nas casas dos entrevistados, à tarde; no caso dos homens, aos domingos; e com os servidores de saúde, nos momentos em que estes não tinham usuários à espera de consulta, ou no final do dia. Cada conversa durou em média uma hora; algumas, entretanto, tomaram mais tempo, principalmente no caso das mulheres. Isso porque nos abrimos para a escuta de alguns problemas familiares, problemas da comunidade ou alguma história própria de suas vidas, da qual lembravam nesses momentos. Em alguns casos combinamos uma hora para continuar no dia seguinte, pela disponibilidade de tempo da mulher. Algumas delas tiveram que interromper a entrevista para ir à chácara, cozinhar para vender comida nas lanchas ou lavar roupas.

(BOSI, 2003, p. 60), escrevendo sobre as entrevistas, afirma que “*a entrevista ideal é aquela que permite a formação de laços de amizade; da qualidade do vínculo vai depender a qualidade da entrevista*”. Sugere que na entrevista o vínculo entre entrevistador e entrevistado envolve a responsabilidade de um pelo outro; um pelo que aprendeu e outro pelo orgulho do que pode contar.

As mulheres, as crianças, as pessoas idosas, os homens foram fazendo uma amizade profunda comigo. Algumas mulheres chegaram a me confiar problemas diversos. Eram falas intermináveis, pois elas encontravam alguém que as ouvia. Começavam a romper o silêncio, falando até dos seus sonhos para suas famílias. Elas me convidavam para acompanhá-las à chácara, para ir com elas ao lugar onde vendiam suas peças de artesanato. Cuidavam de mim na viagem pelo rio, procuravam-me para batizar uma criança recém-nascida etc.

Os homens contavam-me histórias da selva, dos encontros com outros seres quando eles vão à caça.

As entrevistas com os servidores de saúde num primeiro momento foram como vistas de “hierarquia”, em que eles me identificavam como um superior. Por causa disso, num primeiro momento, quando fiz perguntas em relação ao serviço prestado às

usuárias e à população em geral, sempre buscavam ficar bem ou simular certo respeito à cultura da comunidade. Depois de alguns dias começaram a pedir-me que colaborasse com eles no serviço e que lhes tirasse algumas dúvidas.

(BOSI, 2003, p.65) diz em relação às entrevistas: *Pesquisadores de campo somos hamletianos, desconfiados do discurso desenvolvido, sem lastro. Estamos sempre à procura do que está ainda inexpresso e do que hesita em ser capturado pela interpretação.*

4.5 DIÁRIO DE CAMPO

O diário de campo se revelou um instrumento valioso, tanto de registro das comunicações pessoais, observações e impressões, como de articulação. As fotos também formam parte do meio do registro.

Durante minha estada em San Regis, era importante que eu escrevesse tudo o que podia ver e ouvir. Como, por exemplo, as conversas diárias com as mulheres e as brincadeiras com as crianças. Geralmente eu escrevia todos os dias após cada ato ocorrido, mas, também escrevia durante a noite. Quando todos iam dormir, eu entrava na mosqueteira com uma lanterna e começava a ler os escritos e, se lembrava de algum fato ainda não registrado, eu o acrescentava. Aproveitava também para ouvir as fitas gravadas, e me perguntava como eu organizaria aquela riqueza de informação.

Manuela, a dona da casa onde me hospedei nesses três meses em San Regis, a cada manhã, me falava que eu não estava dormindo bem e que eu sempre estava na mosqueteira escrevendo ou lendo. Ela também perguntava se eu estava sentindo-me à vontade na sua casa.

Um dia, em uma das rotineiras conversas com alguma pessoa da comunidade, começou a chover como de costume e, como já era tarde, eu tinha que voltar para casa. Manuela havia preparado peixe ao carvão e me convidou para comer. À noite, quando estava arrumando minha cama para deitar, percebi que as fotos tiradas por mim no dia anterior não estavam mais no meu bolso, por isso, tive que tentar me lembrar quais eram os lugares em que eu havia estado.

Ao despertar comentei com Manuela que não lembrava onde eu poderia ter esquecido as fotos ou em que local elas poderiam ter caído, então nós duas fomos às casas visitadas por mim na tarde do dia anterior. Eu lembrava de algumas das senhoras com quem falei e de suas crianças. Mas, Manuela sugeriu a idéia de ir e pedir, como

favor, ao moço encarregado do alto-falante, que ele colocasse um aviso pedindo *a quem encontrasse um frasco preto que fosse devolver em sua casa.*

Em poucos minutos o aviso estava saindo pelo alto-falante, e, após o terceiro anúncio, Jovita me entregou o frasco que seu filho de três anos havia encontrado quando estava jogando. Jovita não sabia o que era e quando expliquei que se tratava de um material fotográfico ele falou que não conhecia aquelas “coisas” porque não haviam tais objetos em sua comunidade.

Os dias domingos que as famílias ficam mais tempo em casa. Nesses dias eu procurava conversar com as pessoas mais velhas da comunidade, que são muito extrovertidas. Por exemplo, o senhor **Oscar, médico vegetalista de 60 anos**, falava assim sobre os kukamas:

“Eles se dedicavam a pescar, fazer chácaras e masato²⁶; celebravam seus aniversários, e não se baseavam em calendários em sim na quilla²⁷. Quando esta se perdia e voltava a sair significava que estavam em outro mês. E assim sabiam que ia passar um aniversário; eles não sabiam sua idade, só conheciam os meses. Os kukamas em minha época não eram muitos. A uma distância de 10 ou 20 km vivia uma família, se nessa família havia varões iam a outra família trazer uma senhorita, em acordo com o pai. Eles diziam que eram católicos; nesse tempo não havia adventista, evangelista, todos eram católicos. Uma vez cada dois ou três anos o sacerdote ia visitá-los e os batizava. O mais velho reunia a todos e os fazia batizar e casar. Aí todos tinham que casar-se e nesse tempo em que estava o sacerdote estava ali, ele os unia. Esse casal tinha que viver uns dois ou três anos para que se conhecessem bem e logo se casassem. Assim, assim estava organizado o povo Kukama Kukamiria.

“Aqui por exemplo os kukamas são as pessoas de sobrenome 'bajo'²⁸ digamos Tamani, Ahuanari, Murayari. Agora os kukamas tem vergonha de ser kukamas, por sua linguagem, que nenhum professor que ia à comunidade permitia que fosse falada. Aquele que falava era fortemente castigado na escola. Por isso hoje em dia já não falamos. Só alguns de nós falamos. Por exemplo, eu falo e escuto bem, porque quando criança tinha o olho bem aberto, me falavam tudo em kukama kukamiria. Dessa maneira ficou em minha memória e não me esqueci.

²⁶ Bebida de mandioca fermentada.

²⁷ Quilla em kukama kukamiria quer dizer lua.

²⁸ “Bajo” se refere a algo inferior ou desprezível.

“Quando eu tinha oito anos meu avô ia trabalhar e eu conhecia os madeireiros, pessoas que trabalhavam com a borracha, e este trabalho era vendido no Brasil. Nesse tempo as brasileiras de 16, 18 anos, andavam com sua espingarda para sua defesa, porque o onça era brava e atacava as pessoas.

“Agora eu sinto que os kukamas querem negar sua tradição, que muita gente conhece. Eles sentem vergonha, mas eu não. Pelo contrário, tenho orgulho de ser legítimo kukama, somos os legítimos peruanos, e esse orgulho é o que a pessoa que se sente kukama kukamiria deve ter”.

A senhora Michell, parteira e curandeira de 65 anos, também nos conta sua vida: *“Eu tive 15 filhos e ainda estou tranqüila, forte, corajosa. Vou para a chácara cruzando o rio com chuva ou sem chuva, mas eu não tenho medo, só penso em Deus que vai me salvar do perigo [...] Antes eu vivia em Panguana (rio Amazonas). Ali viviam os quéchuas, não viviam os kukamas, eu era wambra²⁹, tinha 9 anos, Meus avós falavam o quechua. Depois fui crescendo e conheci meu marido, que é de família kukama. Eu não aprendi a falar o quechua. Quando morreu meu avô, meu pai nos trouxe para morar aqui em San Pablo, em Sucre (na Reserva Nacional Pacaya Samiria). Lá não era um casario, só haviam quatro casinhas. Na comunidade de Alianza morava a família de dom Manuel (marido) e todos os homens e mulheres falavam kukama, por isso ele sabe falar a língua. Eu os escutava, mas não os entendia. Me chamavam de wiracocha³⁰ (risadas).A família de Dom Manuel falava e ria no seu idioma. Faziam sua comida em panelas grandes de barro, matavam peixes como os pacus e jaús. As famílias moravam numa casa grande só. Cada casal dormia de um lado da casa, e eu também dormia assim com ele. Quando ficava tarde, uma multidão começava a arrumar seus mosquiteiros, com lamparinas na mão. Assim era antes; depois, as famílias começaram a fazer suas próprias casas. Quando viviam todos numa casa, aí havia uma cozinha só, uma comida só, numa panela grande para todos comerem.*

“Meu pai estava vivendo com uma das tias de Don Manuel. Ia caçar e vinha matando tapir, e minha madrastra dizia: prepara já essa carne, assim já defumada, e colocava em cestas. Não faltava comida, ai também já havia o suficiente para servir quando se fazia uma minga. Pois assim era antes, senhorita”.

²⁹ Menina.

³⁰ Pessoa de cor branca ou mestiça

Sobre o assunto, o antropólogo Jose Magnani, lembra que o caderno de campo é um instrumento indispensável para o etnógrafo. Para o autor, o caderno de campo, (MAGNANI, 1996, p.3)

“(...) pode ser pensado também como um dos instrumentos de pesquisa. Ao registrar, na linha dos relatos de viagem, o particular contexto em que os dados foram obtidos, permite captar uma informação que os documentos, as entrevistas, os dados censitários, a descrição de rituais, - obtidos por meio do gravador, da máquina fotográfica, da filmadora, das transcrições – não transmitem.

Os registros das experiências no caderno de campo foram essenciais para o registro dos acontecimentos. Reunimos ali informações que outros instrumentos de pesquisa não captam, e que ajudaram também no processo de reflexão sobre os dados, e de auto-reflexão da pesquisadora sobre os acontecimentos e relações estabelecidas.

Ainda (MAGNANI, p. 3) escreve *“Diante da cultura dos outros, somos todos aprendizes e, quase sempre, aprendizes desajeitados”*. O caderno de campo permitiu que através da escrita fossem comparadas experiências do campo diferentes e até contraditórias, tanto resolvendo as dúvidas como descobrindo coisas inéditas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) mencionando que os dados coletados serão garantidos com a Resolução 196/ 96.

Por se tratar de uma pesquisa no Peru, o projeto foi também submetido ao Comitê de Ética do Peru, Instituto Nacional de Saúde, Direção Regional de Saúde de Loreto, tendo sido analisado, e aprovado no dia 28/12/2007 e 03/03/2008 respectivamente, conforme cópias anexas.

O TCLE pautou-se pelo esclarecimento dos objetivos da pesquisa, pelo convite aos participantes de forma livre e voluntária e pela garantia de que o entrevistado poderia desistir de participar em qualquer momento da entrevista, sem prejuízo algum entre ambas as partes. Também foram colocadas à disposição dos participantes as informações necessárias para que pudessem, caso assim desejassem, entrar em contato com o pesquisador e/ ou com as instituições que emitiram aprovação.

Em seguida, esclareceu-se a forma, tempo e local de coleta das informações, e que não estavam previstos direitos sobre essas entrevistas. Entretanto, as entrevistas também não deviam acarretar, para os entrevistados, despesas financeiras ou malefícios. Garantiu-se, também, o sigilo sobre as identidades dos participantes, e informações privadas que permitissem sua identificação quando oferecidas ao pesquisador. Ficaram assegurados o zelo e a guarda dos materiais, o acesso da população aos resultados da pesquisa e a necessidade do responsável legal (a pesquisadora).

Por se tratar de um estudo com população indígena foram tomados os maiores cuidados no momento de realizar o trabalho de campo, respeitando a privacidade e os direitos das pessoas que participaram da pesquisa.

Durante o trabalho de campo foram feitos registros fotográficos, com o consentimento informado do participante, os mesmos que serão utilizados, tendo em conta as normas de pesquisa, para documentos de publicação.

5. ESCUTANDO SUAS VOZES

Neste capítulo, serão apresentados fragmentos de falas registradas durante o trabalho no campo, com mulheres na etapa da gravidez, parto e pós-parto, e com especialistas em saúde tradicional – parteiras/os e médicos herbalistas – que nos informaram sobre as plantas medicinais para evitar a gravidez ou para tratar a infertilidade; as plantas para o cuidado durante o parto e/ ou depois do parto; ou para resolver problemas relacionados à lactação.

Disso tudo sabemos que a possibilidade de decidir sobre a reprodução e em geral, sobre o cuidado com o corpo, principalmente em cada fase acima mencionada, está presente como direito, nos discursos locais.

O levantamento das várias informações que se seguem exigiu cuidado para não interferir com as costumes culturais. Para alguns as perguntas não chegavam a constranger; para outros eram perguntas delicadas, e foi necessário usar muita sensibilidade para abordá-los. O jeito encontrado para lidar com essas situações foi respeitar os limites de cada um dos participantes, deixar a conversa fluir, investigar outro tema e num momento mais adequado, pautar as questões mais delicadas.

Todas estas pessoas contam com algum nível de estudos escolares, em geral de nível fundamental; os mais novos contam com ensino médio.

A proposta deste estudo é encontrar a cultura local nas questões relacionadas a saúde sexual e reprodutiva: cuidados com as mulheres grávidas, ou durante e depois do parto; o modo como se articulam e/ou desarticulam com os serviços prestados no estabelecimento de saúde; enfim, escutar as vozes da população, trazer a sua fala para a discussão. Antes disso, entretanto, pretendemos apresentar o contexto de iniciação sexual e reprodutiva na cultura kukama kukamiria.

Em relação aos temas objetivos da pesquisa, todo esse material nos leva a pensar que o serviço público de saúde ofertado pelo Estado aos kukamas kukamirias é deficiente em vários aspectos, desde o despreparo dos profissionais, não apenas para realizar com efetividade as tarefas que lhes competem, sinão também para tratar adequadamente à população, até os meios materiais e a infra-estrutura.

Por isso neste estudo, existem aspectos que devem ser revistos e analisados e levar a uma reflexão de respeito à cultura da população por parte dos provedores de saúde.

5.1 RELAÇÕES DE GÊNERO

As sociedades e culturas constroem uma forma de relação entre os seus membros, e de alguma maneira o que acontece entre homens e mulheres e os papéis e espaços a eles designados. Na cultura Kukama Kukamiria a divisão do trabalho no interior da família e da comunidade se organiza em padrões rígidos de gênero.

As famílias manejam um portfólio de atividades que inclui: agricultura, criação de animais menores, pesca, caça, e artesanato. Nem todos realizam todas essas atividades, mas a agricultura e a criação de animais menores parecem ser comuns a todas as famílias.

As mulheres se dedicam ao trabalho doméstico: lavar, cozinhar, limpar a casa, atender ao esposo e aos filhos, tarefas na chácara e criação de animais menores. Também contribuem para o sustento do lar. A socialização começa muito cedo; as meninas aprendem ajudando nas tarefas e assim vão se preparando para quando se tornarem mães. Também têm a responsabilidade de cuidar dos irmãos mais novos.

O artesanato é uma atividade orientada à revalorização da mulher, além de gerar alguns meios econômicos para ajudar nas necessidades urgentes dentro da família. Da mesma maneira as mulheres, ajudadas pelas filhas, preparam e vendem alimentos que comercializam nas diferentes embarcações fluviais que ali transitam.

Quanto à pesca, pode-se dizer que em relação às antigas gerações houve certa mudança; hoje, homens e mulheres realizam esta atividade.

A participação da mulher na chácara é um trabalho em conjunto com seu parceiro e com a família. Ela participa durante a preparação do terreno e sua respectiva semeadura, colheita e venda dos gêneros. Parte dos produtos são comercializados para gerar renda familiar, e outra parte fica para a subsistência.

No comércio, as mulheres encontram uma atividade na qual têm mais possibilidades que os homens. Elas fazem a comercialização do artesanato, alimentos e produtos que confeccionam.

As atividades dos homens é o cultivo da chácara. Os filhos homens aprendem com o pai a tirar lenha, caçar e pescar. Meninas e meninos acompanham aos pais à chácara, carregando produtos e ajudando na limpeza e colheita.

Ainda nas atividades especializadas por sexo os pais não permitem que os filhos homens tenham que fazer atividades que consideram próprias das filhas mulheres, por

causa de hábitos ainda fortes em sua cultura kukama kukamiria. Apesar disso há resistência das mulheres jovens. Atualmente, elas não concordam que deva haver diferenças entre um e outro sexo, na hora de fazer certas atividades.

Dolores, puerpera de 25 anos, disse: “Aqui não é bem visto pelo pai (que o menino faça tarefas domésticas). Às vezes o pai fica bravo, mas eu falo com meu filho, você não nasceu assim, quem vai ser homem homossexual já nasce assim. Ele me diz não quero tocar em alhos, mãe, porque senão viro homossexual. Isso é mentira, digo eu, a mulher não faz com sua pishura³¹ e sim com as mãos. Meu filho lava os pratos e seu pai fica bravo e briga comigo para que não permita que ele lave. “Porque senão, vira chivo³². Para isso tem irmãs mulheres; elas que façam isso”, diz meu marido.

5.2 CONTEXTO DE INICIAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA

5.2.1 A MENARCA

As mulheres têm sua menarca entre os 12 e 13 anos. Esta significa um importante marcador biológico da puberdade, no âmbito das vivências da cultura kukama.

Antes da etapa da menarca as entrevistadas descobriram mudanças no próprio corpo como seios e pêlos púbicos, que foram as que mais marcaram essa fase. E juntamente com a menarca disseram ter sentido temor, vergonha, estranheza, mal-estar, incômodo; elas se perguntavam, por quê? e para quê? dessas mudanças. Pois todas sentiam falta de informação, algumas delas achavam que algo anormal estava lhes acontecendo. Não encontravam sentido nas mudanças do seu corpo.

Dolores, puerpera de 25 anos, disse: “Quando a mim me deu a regra, aos 11 anos, não sabia porque não nos diziam nada. Ali eu chorei, pois via que estava enferma, e tinha medo que minha mãe me batesse se eu falasse com ela. Até que alguém me falou que não, que é assim que se enferma uma mulher”.

Marcela, grávida de 25 anos, disse: “Teu corpo vai crescendo; como dizem as avós; a primeira regra é como se fosse um homem e começasses a engordar, crescer tudo isso, né?”.

³¹ Vagina

³² Termo utilizado para referir se à palavra homossexual

Atualmente, esta situação é menos freqüente, as jovens recebem alguma orientação na escola.

Bertha, puerpera de 30 anos, disse: “Eu quando menina era pois magrinha magrinha; e quando chegou minha fase de adolescente, vi uma mudança no meu corpo, pois, como se diz em geral, ele já se “bota” (fora). Quer dizer, temos o corpo diferente, como uma senhorita, pois já vi minha menstruação, o monte de vênus, meu seio. É quando deixamos de ser crianças; não sabia nada, só parecia um animal porque saía sangue e pronto. Isso porque nossa mãe não nos dizia nada, nunca nos explicavam nem eu sabia para quê era aquilo. Minha irmã com navalha raspou todos os pêlos; meu irmão também. Eu era wambrilla (moça) então quando os olhava dizia a mim mesma que também vão me sair pelos e eu também vou me raspar. Eles diziam que o pelo ia estorvar.

Quando me saíram os seios eu e minhas irmãs começamos a achatá-los com colher quente. Eu não queria ter seio, e pensava, para que nos cresce isso? tinha vergonha, pensava que alguma coisa íamos ter, e minha mãe não nos dizia nada. Minha mãe nos dizia para achatá-los para que não tenhas muito seio, wambra. Depois já uma senhora nos disse que toda pessoa tem isso.

Quando veio minha primeira menstruação, aos 12 anos, eu não sabia. Fui fazer xixi, olhei minha calcinha e vi sangue. Meu Deus, eu estava bem assustada: que é? que eu tenho? por que desce sangue? Abri-me para olhar. Eu me limpava e dizia: como vai sair sangue daqui, e assim? chorava e não voltei para casa de medo que minha mãe batesse em mim... mais tarde minha cunhada foi me buscar”.

Algumas das mulheres ainda passaram pelos costumes e rituais da cultura Kukama, que evidenciavam o fato mais importante da adolescência: a passagem do estado de meninas para mulheres e mães.

Elas ainda lembram e fazem referência à celebração pela sua primeira menstruação, quando ficaram isoladas. Tiveram que obedecer algumas restrições nesse período, como: não ver ninguém até completar os dias e evitar o contato com água fria. Nesse momento os homens também não podiam olhar para elas, pois como eram caçadores, o sangue, que é algo impuro, poderia trazer *kutipa* a eles. Enquanto isso as avós lhes ensinavam atividades como coser, fazer artesanato, e lhe davam

recomendações sobre a nova fase de sua vida e responsabilidades que as esperavam no lar com o marido.

Em outras ocasiões a moça só permanecia deitada; sua alimentação baseava-se em peixe e banana verde assada sem sal. Tinham que evitar coisas doces, porque deviam fazer uma limpeza do corpo. Esta limpeza se complementava com a mastigação de ervas para ter bons dentes, durante os dias da menstruação. Quando a moça saía do isolamento, a comunidade já sabia de sua primeira menstruação, e que estava preparada para formar uma família.

Bertha, puerpera de 30 anos, disse “*Antes uma mulher que estava pela primeira vez com sua regra (menstruação) devia fazer dieta. Depois de três dias já me tiraram dela, porque o tempo que nos fechavam era o tempo que durava a regra. Nesse tempo eu comia banana assada, assim era a crença antes*”.

Michell parteira e curandeira de 65 anos disse: “*Antes nos isolavam num terrado (sobrado) onde estava a avó, que cuidava de nós. Ninguém mais nos olhava por oito dias, e aí davam folhas de plantas para que as mastigássemos, para que os dentes não criassem cáries. Usavam-se umas folhas que deixavam os dentes tingidos de preto. Isso se chamava “fazer dieta” e também se proibiam alguns alimentos como doce. Ficávamos aos cuidados da avó; se não tivéssemos avó, havia sempre outra pessoa, da parte da mãe ou do pai... comíamos peixe com banana sem sal, e não tomávamos banho enquanto não cumpríssemos nosso tempo. Comíamos em nossa cama como se estivéssemos doentes. Quando chegava a regra – menstruação - os Kukamas consideravam a menina como doente. A avó dizia: a fulaninha está doente, Está com seu “yawacara”, como diziam os Kukama. E o sangue é ruim para os homens, para os animais e para as plantas aqui na comunidade”*

Rita, grávida de 20 anos, disse: “*Quando veio pra mim pela primeira vez não me deixavam sair. Fiquei em minha cama por uma semana até que me passou a regra – menstruação - me diziam pra não sair. Quando tinha que comer me levavam a comida na minha cama e aí só comia pescado. Durante a semana inteira fiquei na cama deitada, era chato, mas minha mãe não me deixava sair, porque quando você não faz*

dieta fica pishpiras³³, sai com um ou com outro. E assim tinham que fazer todas minhas irmãs também”.

Os homens também passavam por este ritual do isolamento, só que por muito mais tempo. Os encarregados de lhes ensinar as atividades necessárias aos homens de bem eram os avôs ou pais.

Victor parteiro de 70 anos disse: *“Quando o jovem tinha 15 anos, passava por uma dieta, mas muito mais dura. Ele passava 30 dias fechado, e ao sair dessa dieta lhe faziam mascar umas pimentas chamadas pucunucho, até que babasse, para que não ficar afasio (homem que não gosta de trabalhar). Faziam isso de madrugada e depois o levavam à cocha, lugar onde se pesca. Durante todo esse dia ele não comia, nem pescava, ficava caminhando com seu pai. De tarde podia comer um assadinho – peixe cozinhado em folha. Durante os trinta dias da dieta comia só peixe assado e a metade de uma banana verde cozinhada sem sal. Como era dieta não podia comer sal. A dieta era muito dura, assim ficavam magrinhos, eram 30 dias de dieta. A da mulher era mais fácil”.*

Atualmente este costume mudou. Algumas meninas são cuidadas só na primeira menstruação pela mãe. Mas não são mais isoladas.

Victor, parteiro 70 anos, disse: *“Agora já não é assim, por fim nem sabemos quando menstruam nossas filhas... agora isso já não se pratica. Agora quando a moça está com a primeira menstruação, é como se fosse qualquer doença. Mas antes não era assim, isso era bem importante, antes não se podia olhar para ela. Assim não virava pishcota, quer dizer, louca, né, que se dá com um e com outro, com todos”.*

De acordo com (BELAUNDE, 2003) em um estudo com a população Yine, observou-se que durante a primeira menstruação, a jovem encontra-se em um estado moderável, similar ao do recém-nascido, e é particularmente suscetível a transformações.

Além disso, de acordo com a etiologia Yine de desenvolvimento corporal, o corpo da jovem se solidifica e suas capacidades de ação se definem pela forma como os ossos foram dispostos, ritualmente, para dar início às funções reprodutivas na primeira menstruação.

³³ Sexualmente promíscuas.

5.2.2 INICIAÇÃO SEXUAL E VIDA REPRODUTIVA

De acordo com a cultura o início da vida sexual e reprodutiva acontece entre os 12 e 13 anos, talvez já na primeira menstruação. A menstruação é considerada um aspecto importante do início, associado a ter namorado e iniciação sexual.

Antigamente, o pai entregava a sua filha a um membro da comunidade para que fosse sua mulher e o servisse em casa.

Felix parteiro de 50 anos, disse: *“Pelo que meus pais me contavam, antes os pais eram os únicos que decidiam o casamento da sua filha ou do seu filho: 'bom, filha, tal fulano vai ser teu marido', e a moça não podia casar-se com outra pessoa... minha mãe nos contava que nem conheceu quem ia ser seu marido, porque os mais velhos já faziam o convênio, o trato, e ficava por isso mesmo”.*

Atualmente, o namorado é escolhido de forma voluntária. As moças começam na escola, embora em alguns casos tenham preferência por homens mais velhos. Em geral o jovem vai à casa da moça para pedir licença e viver com ela. Na maioria dos casos isso ocorre quando a moça já está grávida, e é conhecido como “pedido de mão”, onde o pai entrega sua filha.

Victor parteiro de 70 anos, disse: *“Antes quando um jovem estava namorando uma moça, o pai do jovem conversava com o pai da moça e dizia: eu quero que tua filha seja minha nora, e então preparavam o masato e já se uniam. Chamavam a jovem e lhe diziam: este jovem vai ser teu marido, desde este momento é teu marido, e tu tens que obedecer quando ele te mandar lavar sua roupa e preparar sua comida. Colocavam o mosquiteiro em casa, os dois entravam debaixo do mosquiteiro e já estavam unidos. Era como um segredo para que não se desunissem, para que não acontecesse separação. Era como um reconhecimento de marido e mulher. Os que decidiam era os pais (homens) dos jovens”.*

Felix parteiro de 50 anos, disse: *“(...) Agora não é assim, agora o pai nem sabe quem vai ser o marido da filha, porque eles, entre os jovens, já fazem tudo sozinhos e nós nem conhecemos a pessoa. Da minha parte acho que toda coisa tem seu lado bom e seu lado ruim. Por exemplo, antigamente às vezes te ofereciam para companhia uma 'coisa' de que você não gostava. Isso era ruim, uma falha antiga, não era bom que teu pai ou tua mãe te entregassem ou dissessem: 'Este vai ser teu marido', se não era do*

teu gosto. Agora pois não é mais assim, cada jovem procura com quem vá casar-se; nesta situação o pai nada tem que ver; porque agora por causa da oposição há problemas porque o pai não entende, a mãe está em desacordo, e às vezes diz por que vais casar com o fulano? Mas que podemos fazer? quando assim é seu querer, seu destino, o que resta é só aceitar essa situação”.

Durante o trabalho de campo encontramos moças de 13 anos com seu primeiro filho, mulheres entre 20 a 24 anos com três a quatro filhos, e ainda mulheres com 40 ou 43 anos que tem entre 15 a 16 filhos.

Os meios de comunicação são limitados, só chegam ao local um mínimo de emissoras de rádio, e sem programas específicos com temas de orientação aos jovens. Os prestadores de serviços de saúde não têm estipulados dentro de seus cronogramas atividades com as escolas, para trabalhar esse tipo de problemas.

Bertha puerpera de 30 anos, disse: *“A mim nunca me falaram nada. Pelo contrário, minha mãe, quando eu lhe perguntava - porque eu era bem curiosa - nunca nos falava do uso sexual, ao contrário nos negava. Quando nascia o llullo (bebê) de minha mãe eu perguntava: mãe, e de onde veio este llullo? E ela nos: 'filha, por acaso não escutou esse avião que veio aqui e deixou o bebê?' 'Mas e tua barriga?' 'Minha barriga estava inchada'. Minha mãe teve filhos todos os anos, nós perguntávamos e ela falava que tinha saído de seu pupo (umbigo), de sua boca, e por fim um dia nos falou, 'algum dia vão saber disso quando forem grandes, quando forem senhoritas'. Nunca nos falavam do uso sexual”.*

A maioria das mulheres com quem falamos passou por experiências negativas: violações, homens que chegavam à comunidade e se aproveitavam delas, e também episódios em que os pais as entregavam a “desconhecidos” por interesse material.

Michell parteira e curandeira de 65 anos, disse: *“Sentia, pois, que estava mais grande, que já me saíam os peitos, e acredite, senhorita, os homens assobiavam para mim. E com estas mudanças, eu sentia essas que estava senhorita (risadas), mas não deixava que se aproximassem. Tinha medo dos homens, porque minha madrastra dizia que nos ‘rompem’³⁴ os homens e ficamos grávidas, mas só quando nosso ‘micróbio’³⁵ já está lá (risada). Aos 13 anos eu vivia com uma professora que era como minha mãe, ela me criava. Assim vivia, e casualmente, de seu primo-irmão tive minha primeira filha. O primo-irmão dessa professora me emprenhou, digo, engravidou. Eles eram*

³⁴ Termo utilizado para referir-se a uma relação sexual.

³⁵ Termo utilizado para se referir ao desejo sexual da mulher.

gente com dinheiro e me queriam me tirar minha filha quando já tinha um ano. Mas eu não quis dá-la, e meu pai a criou”.

Diana puerpera de 34 anos, disse: “Eu não quis, não foi como com outras moças, que querem. Ele me pegou à força, ou seja, me violou”.

Elas contam que quando a mulher começa a menstruar desenvolve o desejo de ter relações sexuais, que neste período se faz mais intenso; e que começa a ter curiosidade pelo sexo oposto. É o caso das moças que começam namorar no colégio, originando-se então uma gravidez precoce. Muitas delas ficam sozinhas por um determinado tempo, até encontrar novo parceiro que aceite seu filho. Nesse período ficam morando com os pais. Outros casais só convivem em casa dos pais dela, ou dele, até que possam construir sua própria casa. Mas quase ninguém regulariza o matrimônio, como acontece, aliás, com a maioria de casais que moram na comunidade.

Branca grávida de 18 anos, disse: “Meu marido e eu nos conhecemos no colégio quando estávamos estudando. Ele já saiu faz um ano e eu há dois. Como nos conhecíamos, ele conversou com meus pais e chegou com confiança à minha casa. Assim, vivemos juntos desde os 15 anos. No começo eu não pensava em ficar grávida tão rápido, porque era menor de idade e agora já sou adulta”.

5.2.3 O SEXO COMO SAÚDE

O direito ao gozo — mesmo que não seja fraseado nestes termos - também parece formar parte dos conhecimentos prévios. O termo utilizado localmente é “*servir*”, numa visão onde o homem é o provedor do gozo. Quando há infidelidade por parte da mulher elas mencionam como hipótese que seguramente o marido “*não lhe servia*” na intimidade. Na realidade todas as mulheres conhecem casos da infidelidade - mulheres e varões – e uma das causas de violência doméstica são os ciúmes. Por isso é importante compreender, ou decifrar, o conceito do direito ao desejo e ao gozo; o direito de se sentir bem.

Embora o tema não seja discutido nas famílias, as relações sexuais são valorizadas por homens e mulheres. O sexo é considerado uma “*vitamina*” que leva o indivíduo a ficar saudável. Também se acredita que evite os problemas de câncer nas mulheres e dores de cabeça nos homens. Neste último caso, pensa-se que o sêmen sobe à cabeça e produz dores, porque é algo que deve ser eliminado.

Os encontros dos jovens se dão quando vão à chácara, à escola, na hora de lavar roupa no rio, nas viagens às comunidades vizinhas, ou nos encontros esportivos. Mas também se reconhece que a infidelidade acontece principalmente com os jovens.

Anita grávida de 24 anos, disse: “Aqui, os encontros se dão quando assim vamos lavar roupa no rio ou na chácara. Aí isto sempre acontece. Aqui os mais infiéis são os jovens, os adultos não. Talvez por que já serem mais responsáveis”.

Estas formas de conceber a sexualidade na cultura Kukama Kukamiria não têm como objetivo só a reprodução, mas também o prazer e o gozo como parte da saúde. A diferença com outras culturas é que a ênfase não é só na satisfação sexual do homem. Por exemplo, na cultura Aguaruna as mulheres, a respeito do tema, nos contavam que seus parceiros sempre fazem sexo, mesmo quando elas não têm desejo. Quando vão à chácara são agarradas por seus parceiros e logo se “*levantam*”, como diziam, brincando e comparando esse comportamento com o do galho com a galinha.

Ligia puerpera de 27 anos, disse: “A mulher e o homem não podem viver sem ter relações sexuais porque como se diz por aí, né, é uma vitamina, e ajuda para que ambos fiquem bem”.

Gina puerpera de 34 anos, disse: “Se você não faz sexo aí sofre de dores de cabeça. Quem não faz fica raivosa, e também pode atacar a matriz com alguma doença. Dizem isso do câncer. Porque é como uma máquina que se oxida e se estraga”.

Felix parceiro de 50 anos, disse: “De todas as maneiras é importante na vida, é uma necessidade que temos homens e mulheres. As moças quando não fazem sexo ficam *ponguetonas*³⁶, por isso o sexo é importante. Os homens também, se não fazem, podem se tornar *afeminados*³⁷, por isso também tem que fazer. Porque quando o jovem não vive sua sexualidade fica triste, doente. Porque não desafogou o que seu corpo deseja e também pode sofrer de dores de cabeça, então devem começar logo”.

Leonel parceiro de 35 anos, disse: “(O sexo) tem seu momento, e devemos fazer, porque senão não se bota para fora o ‘leite’³⁸, como se diz, e ele se junta no corpo e sobe à cabeça e isso é ruim. Com as mulheres é a mesma coisa, mas devem fazer só com seu parceiro, ninguém mais”.

³⁶ Pálidas.

³⁷ Homossexual.

³⁸ Sêmen.

5.2.4 O BEM E O MAL: SAÚDE, DOENÇA E KUTIPA

O conceito de bem-estar da mulher guarda relação com a noção do equilíbrio no interior de sua família, da comunidade, do meio-ambiente e do mundo mágico-religioso. Para manter o equilíbrio existem rituais baseados em seus conhecimentos tradições. A finalidade desses rituais é purificar o corpo.

A saúde é entendida como ausência da doença. A origem da doença pode estar nos espíritos do bosque. Para curá-la, é preciso fazer vaporizações e/ou visitas ao curandeiro ou médico banco, usando as plantas medicinais.

A doença é entendida como a presença de doenças. Estas doenças podem ser de diferente índole, afetando mulheres grávidas, crianças, pessoas fracas. Aqui a população em geral, no primeiro momento, vai aos especialistas tradicionais da saúde. Conforme o caso, e dependendo do que esse especialista tradicional encontrou, pode buscar os serviços do estabelecimento de saúde.

Geralmente, esta dinâmica de procurar especialistas tradicionais não é bem vista pelos servidores de saúde. Eles acham que esses serviços agravam as doenças, e que quando o paciente chega ao posto, seu estado já está pior.

Duas palavras na linguagem médica local, usadas no dia-a-dia, nos permitem compreender claramente o significado da saúde e doença em termos mais culturais: *Kutipa* e *Ikara*.

A primeira palavra é uma regra de vida: não se pode transgredir as normas, do contrário se fica *kutipado*. Ou seja, doente.

Felix parteiro de 50 anos disse: “A víbora pode kutipar, e também o lagarto, o bicho-preguiça. Esse é terrível kutipando. A criança fica triste, sossegada. O bicho-preguiça kutipa antes e depois de nascer. Quando a mãe o vê por ali e diz: que animal feio, com certeza que kutipa. Para curar, o remédio é o pêlo mesmo do animal. Do contrário pode até levar a criança à morte”.

O *ikaro* é a forma de curar aos doentes - de curar um *kutipado*, e em geral as doenças ocasionadas por alguém. Para isso usam-se cantos e/ ou oração, com conteúdos falando de árvores, animais, aves, peixes bons e fortes. A saúde leva neste caso a idéia de purificação, expulsão do dano, graças à ação do médico herbalista; seja pela dieta ou pela ingestão de remédios vegetais. O *ikaro* é um ritual.

Felix parteiro de 50 anos disse: “Cada doença tem seu canto; o manchari (medo) tem seu canto. Tem uma erva que faz soar sha sha sha (ele se refere à shacapa, com cujas sementes se faz um chocalho, usado nesses rituais) em tua cabeça e ele (o curandeiro) começa a cantar, soprando com tabaco. Duas ou três vezes que te soprem já ficas sano. Os cantos imploram segundo o que ensina o árvore, ou seja, sua mãe³⁹. E conforme vai cantando ele vai soprando fumaça no doente com a shacapa. Os cantos vão ikarando (curando a doença). Se canta para curar qualquer doença”.

Especificamente na gravidez, parto e pós-parto as mulheres têm cuidados especiais, relacionados a manter o equilíbrio frio/ calor no corpo. A mulher se cuida com banhos quentes, utilizando folhas de diversas classes de plantas para eliminar o excesso de frio. O termo utilizado na comunidade para se referir a esse cuidado é “ligadura”, e se diz “ligar”, para alguém se refere a este cuidado.

A mulher grávida passa por estes cuidados três ou quatro vezes durante a gravidez, a partir do sexto mês de gestação; pois elas assumem que ficam na água por tempos prolongados, quando vão lavar a roupa, e também pegam chuva, o que faz que apanhem resfriados. Ora, este fator limita as chances de um bom parto, e causa dificuldades na dilatação e nascimento do bebê.

Fela partera de 42 anos, disse: “A ligadura é para que tenhas rápido a criatura. Às vezes o frio pega na grávidas, às vezes te faz doer a rabadilla (cintura), e pronto, elas dizem já vou ter, já vou ter. Isso é de muito frio que passam, pois ficam lavando todos os dias no rio, na água. Faz doer sua barriga, suas pernas, seu tudo; e dizem, o que eu tenho? E isso é o frio que se introduz e já começa a torcer a barriga; por isso também o llullo (bebê) nasce doente, com problemas nos pulmões, diarreia, essas coisas. A ligadura se prepara com folhas de limão, toranja, café, canha, caimito, laranja, verbena-limão, algodão. Tudo isso se faz ferver e a mulher se senta numa bacia quando está morno, e se lava ou se banha até que esfrie. E tem que fazer dieta de frio, não pode pegar água fria até que se normalize. Porque se estiver assim ligada e entrar no frio todo o corpo se incha (edema), e se isso acontecer tem que ligar com as mesmas folhas, se não o llullo pode morrer. A folha de algodão também é boa quando a mulher está inchada, para a dor de barriga. Se toma com um Melhoral e adeus”.

Algo menos importante, mas que é considerado uma forma de estar bem, é a satisfação de alguns desejos na etapa da gravidez. Cabe ao marido atender esta

³⁹ Na mitologia dos índios da Amazônia Peruana, cada árvore tem uma “mãe”, ou seja, um espírito superior.

necessidade, e caso sua vontade não se cumpra, o risco é que a mulher possa perder o bebê. O aborto está relacionado à não-satisfação do desejo.

Elva puerpera de 42 anos, disse: “O aborto é porque a vezes se tem vontade de comer alguma coisa e não se come. Então aí algumas mulheres abortam porque querem e não se cumpre o pedido, né. Aí, quando a criatura quer e a mãe não come, então aborta. Porque às vezes temos vontade de comer uma fruta ou comida, a qualquer hora, e tem de comer”.

5.3 CONCEPÇÕES, GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO.

5.3.1 CONCEPÇÃO E ANTICONCEPÇÃO

De forma geral descobrimos que as mulheres têm muitos filhos. Existe um interesse em regular a fecundidade, mas sempre se expressa o desejo de ter filhos, que significam ajuda nos trabalhos domésticos, e fazem companhia aos pais. Mas também existe uma pergunta: porque estou novamente grávida?

Em comparação com gerações antigas, atualmente as mulheres têm um numero de filhos menor, já que nos depoimentos as mulheres mais velhas lembram que o número de filhos antes era entre quinze, vinte, ou às vezes até mais. As mulheres que não tinham filhos eram malvistas, pois não tinham se reproduzido nem se realizado enquanto mulheres. Porque a idéia é que mulher nasceu para ser mãe. Também destacam a importância de ter filhos.

Michell parteira e curandeira de 65 anos, disse: “Antes diziam que Deus fez as mulheres para que tenham filhos, assim diziam os velhos. E das mulheres que não tinham diziam que eram machorras – mulheres que não sabem ter filhos. ‘Talvez queira ter um filho gusano (minhoca)’ diziam, quando a mulher não tinha filhos”.

As mulheres são conhecedoras de métodos naturais (ervas) como anticoncepcionais. Na comunidade existe uma variedade de plantas, e ainda há famílias que as cultivam preparando hortos de plantas medicinais, perto de casa.

Sara puerpera de 30 anos, disse: “Há plantas para cuidar-se, como o pinhão-roxo, que se toma quando inicia a regra, e até que termine; e também a resina que tomamos em água quente. Com ela, nos próximos dias, quando tens relações sexuais não ficas grávida, e se queres ficar grávida deixas de tomar”.

Os métodos anticoncepcionais modernos mais conhecidos são as pílulas e a injeção que algumas utilizaram, tendo resultados negativos. Com as pílulas muitas ficaram grávidas, e também experimentaram efeitos colaterais como dor de cabeça, sangramento, debilidade, náuseas; com a injeção perderam a periodicidade de sua menstruação. Neste caso a idéia é de que o sangue, se não sair, sobe à cabeça e faz mal à saúde, porque ficam doentes com dores e não podem trabalhar bem. *“Ficamos inúteis”* falam, também porque se de alguma maneira querem ficar grávidas já não conseguem, ficam estéreis. Tudo isso evidencia a falta de uma adequada orientação ao momento de dar as indicações para esses meios anticoncepcionais.

Karen grávida de 41 anos, disse: *“Eu estava me prevenindo com pílulas e no final não sei como foi minha gravidez. Eu não pensava que estava grávida, porque estava me prevenindo, mas porque será, meu Deus, que eu tenho este llullo?”.*

Os demais métodos modernos são pouco conhecidos e utilizados. Em suas falas não é mencionada a tabelinha, porque ter relações sexuais nos mesmos dias faz mal à mulher e também ao parceiro.

Rosa parteira de 50 anos, disse: *“Ai, não se tem, senhorita, porque isso nos ensinavam antes, que quando estás com a regra não se deve fazer porque cria câncer no ventre”.*

Sara puerpera de 30 anos, disse: *“Não tenho relações, ai, não é bom quando se está assim, a mulher sofre de dores e o homem também, porque o sangue é mau, eu nunca fiz estando com a regra”.*

Fela parteira de 42 anos, disse: *“Topar-se (ter relações sexuais) quando estamos com a regra da hemorragia, acontece alguma doença. Porque estás botando sangue, mas já te passa”.*

Dentro de sua cultura existem ainda tradições enquanto ao tema que se refere. Mas, também, se nos referimos aos métodos anticoncepcionais modernos, mulheres que experimentaram algum método, como as pílulas ou os anticoncepcionais injetáveis, contaram que as *náuseas, dores de cabeça, sangramento freqüente e vômito* são as moléstias que mais a incomodaram. Além de algumas que engravidaram mesmo utilizando esses métodos.

Elas dizem não entender quando explicam sobre os métodos, além de receberem, como sugestão, a opção *pela injeção*, por não ter problema com o esquecimento, que poderia haver com a pílula.

A carente informação que receberam faz com que ocorra casos como o de Karem, que saiu grávida mesmo com planejamento familiar e, assim como ela, há outras mulheres que passaram pela mesma situação.

5.3.2 GRAVIDEZ E AUTOCUIDADO

A gravidez é considerada como uma fase normal da mulher, e reconhecida como uma etapa importante na vida.

Em termos locais elas falam de “*topar*” com seu parceiro – ou seja, ter relações sexuais. A etapa fértil do ciclo é conhecida como “*etapa de perigo*”, quando passam alguns dias depois da regra.

Dolores puerpera de 25 anos disse: “Minha mãe me dizia, não vá 'toparte'(ter relações sexuais) com homens, eu pensava que quando nos topam assim, ficamos grávidas. E no fim não, quando se faz relação sim, mas ela não me dizia isso, né”.

Reconhecem a gravidez na ausência da “*regra*” (menstruação) e algumas começam a ter alguma sintomatologia como náusea, falta de apetite, anemia, debilidade, dor, cansaço; a maioria não recebe tratamento, só algumas tratam-se com vegetais. A primeira experiência da gravidez se dá em uma etapa de pouca ou nenhuma informação, ficam com temor e medo, mas já pensam em converter-se em mães.

Elva puerpera de 42 anos disse: “A mim me agarrou com anemia (gravidez) e dor, me cansava, via tudo escuro. Aos três meses isso já tinha me passado, tive meus filhos normais, né? Não tomava nada quando sentia tudo isso, mas quando o llullo era recém-nascido, aí sim tomei vegetais”.

Karen grávida de 41 anos, disse: “Me assustei de saber que estava assim (grávida), eu também já, pois queria né, mas me dava muito medo quando me contavam que o parto tinha dor; eu me dei conta de estar grávida quando não me dava a regra (menstruação) segundo mês, mas não sentia nada. Dizem que se enjoa muito, no meu caso era diferente”.

Michell parteira e curandeira de 65 anos, disse: “Sentia meu corpo feio, e só queria dormir. Tinha asco ao café e pão. Queria comer peixe; não sabia que estava grávida, eu fritava banana, fazia tacacho(comida típica baseado em banana) e tomava com chá. E passou o mês e não veio minha regra, não houve sangue”.

Nora puerpera de 42 anos, disse: “Aí o que me deu é que eu tinha asco da comida: ‘não posso ver isso na minha frente’, não tinha apetite. Via uma coisa que não

queria comer, mas havia outra coisa que conseguia comer, que entrava né? O que eu queria eram coisas ácidas, sem isso não podia comer”.

Durante a gravidez elas continuam fazendo suas tarefas sem mudar o ritmo de vida: vão à chácara, lavam, carregam água, entre outras atividades. Deixam de fazer algumas atividades mais pesadas, como carregar água e trabalhar na chácara, a partir do oitavo mês da gestação.

Todas as atividades realizadas pelas mulheres grávidas são consideradas *exercícios* importantes para manter uma atitude *ativa e combativa* durante o parto, porque, segundo essas mulheres, os *ossos ficam duros* caso não sejam submetidos a tais atividades.

Victor parteiro de 70 anos, disse: *“Quando está grávida a mulher deve estar de obra na mão, exigentemente, porque se está sentada, na hora do parto se acovarda – não pode dar à luz. Então ela deve estar em ação cozinhando, lavando, melhor dito deve estar em movimento; assim faziam as velhas antigas e não demoravam em dar à luz, quanto muito em meia hora”.*

Os cuidados especiais com o frio e com o calor, com a alimentação, com frutas que contém ácido e com remédios farmacêuticos, e também a visita à parteira, são importantes para a etapa posterior, que é o parto. A grávida evitará comer carne de alguns animais porque isso *kutipará* o bebê, que corre o risco de morrer. Também evitará alimentos que fazem que o bebê se desenvolva muito e ganhe peso, o que seria um risco na hora do nascimento.

De alguma maneira elas ficam preocupadas com o nascimento: como nascerá? Apresentará algum problema? virá normal ou com alguma doença? E qual será o seu sexo? Neste caso, para diminuir as angústias fazem uso dos costumes e conhecimentos tradicionais, seja com plantas naturais ou cuidados na alimentação.

Sara puerpera de 30 anos, disse: *“Não se come alimentos que desenvolvam muito o bebê, porque aí se temos desejos de tudo e si tu comes de tudo o llullo vai desenvolver e na hora de nascer podes não ter coragem de fazer força. Estão proibidos os alimentos que contém ácido, não se toma nada de remédios de pílulas quando estamos doentes porque o llullo fica doente; outros saem danhaditos (com algum problema patológico) por isso não é bom tomar pílulas; vegetais se pode tomar, como bebidas de lancetilla, malva. Às vezes quando se está grávida se sofre de dor de xixi*

(infecção urinária), para isso se deve tomar malva serenadita (que repousou de um dia para outro) com isso a dor vai passar, aí você toma banho, já está bem”.

Karen gestante de 41 anos, disse: “Aqui quando você está assim faz dieta de várias coisas, como a melancia: não se come porque faz kutipa, pois deixa grande demais a cabeça do bebê; da canha se diz que dá muito sangue como hemorragia; não se comem coisas ácidas, como a cidra, porque o sangue se faz água e então você incha (tem edema); a paca também não se lhe come, porque deixa os llulos chorões. Por isso durante a minha gravidez eu não como nada disso”.

Michell parteira e curandeira de 65 anos, disse: “A única coisa que me diziam para não comer era a tartaruga, quando estava grávida, porque a tartaruga se pendura e o llullo não pode nascer. A tartaruga também não se pode comer porque ‘entra’ sua cabeça, e eu fazia dieta dessa carne, de medo, para que meu filho nascesse com muita dor”.

Nesta etapa a mulher grávida tem muito cuidado para evitar as *kutipas*. Qualquer mulher que não respeite as regras correu um risco, como é o caso do filho de Elva, que nasceu com Síndrome de Down.

O não reconhecimento da patologia passa pela falta de informação. Elva, antes do dia em que a encontrei no Posto de saúde, já viera se consultar, mas sempre voltada para casa sem ser atendida. Isso porque, quando chegava ao Posto de saúde, ninguém perguntava do que precisava.

Elva puérpera de 42 anos, disse “Alguns também nascem doentes e aí é porque algo ou algum animal os kutipa, como o bicho-preguiça; quando estava grávida eu vi esse animal e ele faz mal, por isso este meu llullo nasceu assim. Porque já há várias mulheres que foram kutipadas, e seus filhos saem desse jeito... Quando alguém é kutipado por esse animal o médico banco o cura com o osso. O osso é queimado e o kutipado recebe a fumaça. Mas tem que matar o bicho-preguiça; ainda não fiz isso porque esse animal é difícil de encontrar”.

É importante também ter cuidado com o frio, que está relacionado às atividades que a mulher pratica quando está grávida. Aqui elas têm como norma fazer os tratamentos à base de folhas de plantas para tomar banhos quentes - “ligar ou fazer ligadura” como é conhecida essa prática na comunidade. Este é um tratamento para ajudar a eliminar o frio no corpo, pois o efeito de um resfriado pode provocar dores fortes, similares à dor de trabalho de parto. Estas terapias também ajudam para que no

momento do parto o bebê possa nascer rápido. Uma vez realizado o tratamento, a pessoa faz dieta por um dia. As mulheres mais jovens conhecem as plantas, assim como as mais velhas.

Marcela grávida de 25 anos, disse: “Tem que ligar – tomar banho com plantas – por causa do frio, porque às vezes estamos resfriadas, e o frio também faz doer nossa barriga e então nos ligam. As plantas que utilizam são a folha de malva, sapucho (banana madura), verbena-limão, cidra. Com isso minha mãe me liga; isso se coloca na água fervendo e depois na bacia, e aí pode ficar sentada ou parada, com a perna aberta para que suba a quentura, e aí vais saber se é frio, pois vai descer um suor bem frio pela tua perna”.

As concepções correspondentes ao frio e ao calor são conceitos significativamente importantes por serem inócuas e benéficas para a saúde das mulheres grávidas. Esses conceitos são diferentes das considerações técnico-clínicas do sistema de saúde, às quais são responsávelidade dos servidores de saúde oficial que trabalham nas zonas rurais, porém é preciso que esses profissionais respeitem e conservem essas culturas.

Foto 4: Mãe fazendo “ligadura” a filha grávida. San Regis, rio Marañón, 2008.





O pré-natal é realizado em forma paralela, seja no estabelecimento de saúde ou na parteira; e outras só recorrem à parteira.

O pré-natal no estabelecimento de saúde primeiro passa por uma triagem para controle de funções vitais; mas a pressão arterial não era tomada, porque o equipamento estava quebrado; só controlavam peso, pulso e temperatura. A consulta propriamente dita de pré-natal é feita pela medição de altura uterina e pela escuta dos batimentos fetais. Na observação que fiz, a mulher não é examinada para detectar sinais de edema ou qualquer outro problema. A consulta demora aproximadamente cinco a oito minutos, e não são dadas orientações sobre cuidados ou alimentação.

Emira grávida de 23 anos, disse: “Aqui há varias parteiras. Ao lado de minha casa há uma parteira e nela me faço sobar⁴⁰, porque aqui no Posto só nos escutam (os batimentos fetais)... Antes nos palpavam (nas laterais da barriga) e nos diziam como está o llullo né; agora não, só nos medem e nos escutam, nada mais”.

Dolores puerpera de 25 anos, disse: “O pré-natal no posto de saúde só mede a barriga, peso e altura. Perguntam em que data vamos ter o bebê e nos perguntam onde vamos ter”.

Os servidores de saúde não aceitam que elas recorram à parteira, argumentando que as “sobadas” ou as puxações que realizam as parteiras, fazem que o bebê muitas

⁴⁰ Massagem feita à mulher grávida pela parteira, durante o CPN

vezes ao final da gestação tenha o cordão umbilical circular, ou que o bebê fique em má posição; mas esses comentários não transmitem segurança a elas. A partir dos seis meses procuram a parteira para prevenir possíveis problemas no momento do nascimento - principalmente uma má posição do bebê que repercute em moléstias para a mãe no momento do parto.

Ao conversar com algumas parteiras da comunidade, a opinião dessas mulheres é de que, de alguma maneira, os servidores da saúde querem mudar o que, para elas e as mulheres grávidas, é a base tradicional de seus saberes e práticas. Na comunidade, a “*sobada*” é utilizada freqüentemente por todas as gestantes durante o pré-natal numa indicação significativa que se inicia bem antes do parto, e é para elas também sinônimo de segurança para sua saúde.

Embora o atendimento feito pelos servidores de saúde durante o pré-natal manifeste interesse na saúde das mães e dos bebês, o distanciamento entre as pacientes e os profissionais e a falta de comunicação dificulta o atendimento e é motivo de reclamação por parte das mulheres.

Segundo elas, os servidores da saúde mostram-se sempre como dotados de razão e, às mães, cabe apenas ouvir todas as recomendações em silêncio. Ou seja, não há um diálogo entre gestantes e profissionais, dificultando que as primeiras sanem suas dúvidas. Essa atitude dos servidores é considerada pelas mulheres como atendimento em “*silêncio*”.

O pré-natal é um componente importante para a saúde materna: inclui orientação nutricional, vacina de tétano, serviço de monitoramento em caso de complicações e, conseqüentemente, contribui direta ou indiretamente na prevenção de mortes maternas.

Inegavelmente, as escolhas que as mulheres grávidas fazem para lhes dar suporte no pré-natal ou cuidados durante a gravidez estão direcionada às parteiras, pelo papel que exercem no contexto da vida comunitária, onde são reconhecidas e valorizadas.



Foto 7: Pré-natal



5.3.3 SOBADAS: BEBÊ CRESCENDO NO SEU LUGAR E BEM-ESTAR DA MÃE

As “sobadas” são massagens terapêuticas que as mulheres grávidas recebem no ventre, de um lado para outro. A massagem é realizada pelas parteiras para ver o desenvolvimento e/ ou para endireitar o bebê e para ajudar a pele da mãe, facilitando uma manutenção de um ventre flexível e sem marcas⁴¹ e também do equilíbrio e da saúde.

As “sobadas” costumam ser feitas a partir dos seis meses; algumas gestantes começam aos sete meses. Daí prosseguem até o final da gestação. Realizam-se em ambientes fechados em que não haja correntes de ar, de preferência de noite, para que a gestante descanse. O tempo das massagens é entre 30 e 40 minutos, segundo a referência das parteiras/ os. Antes se usavam nessas massagens gordura de porco, galinha ou arraia; atualmente se usa mentol, unguentos ou vaselina. Durante a realização das massagens a parteira transmite conhecimentos de cuidados com o corpo, gravidez e parto.

Felix parteiro de 50 anos, disse: “É para acomodar o llullo, é para deixá-lo direito, porque alguns, nos primeiros meses, costumam crescer atravessados. E devem ficar bem endireitados. Quando se soba se sente os pés e pode-se colocá-los para cima e virá-los e já está endireitado; o parteiro vai examinando assim mensalmente se está tudo bem, se está direito, se não há problema. Antes utilizávamos unto⁴² de porco ou de galinha, mas agora utilizamos vaselina sem cheiro, unguento ou mentol. Começar quando o llullo está de seis meses é difícil, porque a mãe não resiste, há dor e dificuldade para caminhar, por isso é recomendável sobar desde os três meses, porque aí vai crescendo no seu lugar e não há perigo. Porque alguns vão crescendo de pé e precisam virar; quando são pequenininhos é mais fácil. Mas às vezes quando chegam aos seis meses e crescem de pé é por culpa da mãe; aí há muito perigo, e é preciso endireitá-lo”.

Segundo (SILVA, 2008) no Brasil, dentre os procedimentos realizados pela parteira tradicional “a puxação é o maior alvo de crítica e interdição pelos profissionais da saúde. Assim, ela tem sido progressivamente abandonada pelas

⁴¹ Estrias.

⁴² Gordura.

parteiras do Amapá... essa prática é condenada pelo saber médico, porque é considerada responsável por casos de deslocamentos da placenta, o que por sua vez pode provocar aborto ou nascimento prematuro da criança”.

Esther grávida de 30, anos disse: “No Posto de Saúde nos dizem que é ruim que nos façamos sobar. Mas eu não creio nisso, porque aqui há uma senhora que o llullo estava de pé e então tiveram que sobar para endireitar. Antigamente todas as mães se sobavam. Antes era assim e dava certo, porque antes não existia Posto”.

Nora puerpera de 42 anos, disse: “Nós vamos a ela quando temos sete, oito meses. Quando sentes dor, ela te diz que a coisa vai mal e vai te endireitar. Com isso já ficas mais calma; dizem que o mal-estar é porque o llullo está mal acomodado”.

Dolores puerpera de 25 anos, disse. “Eu vou ao posto, mas também à parteira, ela soba mensualmente dos seis até os 9 meses, me soba para que o llullo nasça direito, porque pode estar de pé, atravessado; por isso nos cuidamos. Todos os meses temos que nos sobar. No Posto de Saúde nos dizem para não nos sobar: ‘Basta que aqui estamos controlando. Não te sobes’. Eu não faço caso, porque não são eles que vão agüentar a dor quando o llullo nasce de pé. Assim, eu me mando sobar e o filho nasce direito. Confio mais na parteira, no Posto não, porque nunca tenho meus filhos lá, todos meus filhos nascem com parteira. Minha sogra e minha madrinha são parteiras, elas me atendem, com elas não há problema nenhum e é melhor que no Posto”.

Marcela grávida de 25 anos, disse: “A parteira nos diz se está direito ou atravessado, por isso confiamos nelas. Nos médicos não, porque eles só se encarregam de você quando a criança vai nascer. Já a parteira soba a barriga com mentol para que o llullo possa endireitar. No posto não, pois lá é só injeção, e com essas injeções não endireitam o llullo”.

No trabalho de campo se observo que, mesmo sendo uma técnica criticada, continua sendo utilizada pelas mulheres grávidas com muita frequência durante os cuidados durante a gravidez.

As parteiras/os gozam do reconhecimento da comunidade, o que permite construir uma referência sobre o poder e o saber; elas conhecem as ervas, seus poderes de cura, e as técnicas para desenvolver um parto tranquilo.

5.3.4 VIDA SEXUAL DA GESTANTE E PUÉRPERA.

Aspecto importante na etapa da gravidez são as relações sexuais, que devem manter-se durante todo o período; e evitam dificuldades no momento do parto. Algumas mencionam um incômodo quando a barriga está grande, mas nesse caso optam por uma posição melhor.

A frequência também varia entre uma e outra. Algumas mencionam que não têm desejos e praticamente são “exigidas” pelo marido, porque depois do parto, só depois de três meses reiniciam as relações sexuais.

Dolores puerpera de 25 anos, disse: *“Deve-se ter relações, porque isso nos ajuda para que não sofras quando dá à luz; em meu caso eu faço um dia sim dia não. No início eu não queria, porque não te sentes bonita, te sentes feia, te sentes morrer. Eu dizia isso a meu marido, mas eles não sabem entender. Ele dizia, logo vais ter o llullo e não vamos ter (relações) durante três meses. Por isso eu fazia, mesmo sem muita vontade, mas parece que te vai sair o filho pela boca”.*

Rosa parteira de 50 anos, disse: *“Devo ter relações para que meu corpo esteja em funcionamento, e para não ter dificuldades no meu parto quando for dar à luz. Eu não demorava, senhorita, assim que me doía já rapidinho tinha meu llullo. Quando estava grávida, tinha relações sexuais desde o primeiro mês até o oitavo, no último mês já não, fazia no máximo uma ou duas vezes, mas ainda estava em atividade. Aí se tem desejos... há que ter (relações) durante toda a gravidez, porque há senhoras que sofrem porque não fazem. Como funcionam a máquina e o motor? Com óleo; então, assim temos que estar azeitadas, para não ter dificuldades no parto”.*

Martha grávida, de 28 anos, disse: *“Eu tenho relações até os seis meses, a partir daí já não se pode mais, só de vez em quando, como dizem as velhas, quando se tem desejos. Nas (gravidezes) anteriores fazia até os oito meses, agora o corpo está diferente.”.*

As moléstias mais comuns que elas mencionam nesta etapa são a infecção urinária - conhecida por elas como dor de xixi - e a debilidade.

Em comparação com algumas mulheres grávidas da zona urbana, as relações sexuais durante a gravidez para as mulheres de San Regis têm um conceito diferente. Embora algumas delas mencionem que isso é um incômodo, porque as relações sexuais

no período de gestação são diferentes de quando a mulher não está grávida, elas acham que as relações são vantajosas na hora do parto.

As mulheres revelam que, às vezes, são os seus parceiros que sentem temor, porque pensam que vão afetar o crescimento do bebê, mas elas afirmam que isso são falácias. Algumas gestantes acreditam que durante essa etapa o desejo sexual aumenta. Uma das senhoras afirmou que fez relações sexuais até mesmo no dia em que entrou em trabalho de parto e que seu marido ficou assustado pensando que ele tinha sido responsável pelo adiantamento do nascimento do bebê.

5.4 O PARTO

A costume de dar à luz em casa, sozinhas ou acompanhadas pela parteira ou algum familiar, é parte da realidade em muitas comunidades rurais. É comum que mulheres de alguns grupos culturais amazônicos tenham o bebê com pouca ou nenhuma ajuda, como no caso das mulheres Secoyas, Urarinas e Yine, entre outras, onde os serviços das parteiras tradicionais são requeridos somente nos casos difíceis, e os serviços médicos, apenas quando estão presentes na comunidade ou em uma emergência que colocam em risco a saúde da mulher grávida.

Durante a realização da pesquisa presenciamos de perto as escolhas que fazem as mulheres, entre ficar em casa e procurar o estabelecimento de saúde. Deu para entender e/ ou compreender as razões pelas quais elas preferem ter o parto na sua casa, pois apesar da existência de um Posto de Saúde na mesma comunidade, este ainda está muito longe de prestar um serviço com um enfoque intercultural de respeito às suas tradições. Muitas mulheres não estão dispostas a deixar seus costumes para enfrentar condições “ameaçadoras”.

5.4.1 SENTIR-SE BEM: PARTO EM CASA

No quadro No 1 apresentamos o número de mulheres atendidas no estabelecimento, comparado com o número das que tiveram seu filho em casa.

Quadro 1: Distribuição de partos por mês e lugar de preferência, San Regis, Peru, 2008

MESES						
Lugar de preferência	Janeiro	Fevereiro	Marco	Abril	TOTAL	%
Posto de Saúde	0	2	3	4	09	34,6
Casa	4	4	4	5	17	65,4
TOTAL	4	6	7	9	26	100

Fonte: Caderno de registro do Posto de Saúde San Regis.

A escolha da maioria das mulheres é ficar em casa. O posto é visto como um lugar não acolhedor, que não inspira confiança. As mulheres se sentem atingidas em seus direitos e identidade quando, por exemplo, o pessoal não permite que tomem chás quentes. E se sentem maltratadas quando, ao chegar ao estabelecimento são abandonadas, ou ficam sozinhas com as dores, quando o que precisam é de apoio.

A maioria delas sabe bem quando o bebê nascerá, contando a partir de sua última menstruação. Também sabem identificar as dores quando chega o momento do parto.

O pedido de ajuda acontece conforme a intensidade da dor e os sinais do parto. Em alguns casos a mulher é atendida pelo marido, pela sogra, pela irmã mais velha, pela parteira ou por algumas mulheres que tiveram sozinhas seu primeiro filho.

Camila grávida de 25 anos, disse: “Aqui em tua casa caminhas livremente; no posto te fecham e ficas dando voltas. Em tua casa caminhas por todo o espaço... no posto te vem a dor e não há onde se agarrar, por isso eu digo que aqui é melhor. Tomamos nossos chás quentes que nos oferece a parteira quando estamos com dor; ela já sabe e não nos faz puxar antes da hora. Quando estás lá no posto te mandam logo embora e tens que voltar caminhando. Por isso prefiro minha casa; aqui depois de ter meu llullo estou deitada em minha cama. No posto não esperam os oito dias, e tens de caminhar com o corpo maltratado”

Fela parteira de 42 anos, disse: “Em minha casa eu tive meus filhos de joelhos, agarrada à parede de minha casa; essa era minha parteira. Eu tive sozinha meus cinco filhos, porque às vezes seu pai ia trabalhar, ver a ‘armadilha’ (de pesca), e quando ele voltava eu já estava com o llullo. Meu marido dizia que eu era como um animal, como

podia dar à luz sozinha? Eu não sofria em meus partos, dava a luz rápido, às vezes os vizinhos passavam nesse momento, e eu lhes dizia chamem a Fulaninha, aí ela vinha e cortava o pupo (cordão umbilical) e já era minha comadre... Eu sozinha preparava meus chás, suava e rapidinho tinha meu llullo. Quando estava começando a dor eu continuava fazendo as coisas, a trazer a água do rio. Quando sentia que a cabecinha estava mais perto, era só me colocar de joelhos. Ao vir a contração, eu empurrava e já nascia”.

O trabalho da parteira é reconhecido pelas condições que ela oferece o espaço em que atende e dá recomendações; a relação entre a mulher e parteira é de respeito e confiança, porque esta última é “*a que sabe*”, e entende do assunto por suas experiências anteriores de cuidado de outras mulheres.

Elva puerpera de 42 anos, disse: “*A parteira te oferece chá de algodão, sova (faz massagem) e espera a hora. Ela vê o apuro da criatura, a dor. Ela sabe, pois nós já sabemos como é a dor da criatura. Meu esposo também já sabe. Basta que me sovem e pronto. Quando nasce vêm os padrinhos”.*

Nora puerpera de 42 anos, disse: “*Eu sempre tive meus filhos em casa porque (risadas), como sempre digo para meu marido, tenho vergonha que outras pessoas fiquem olhando. Por isso tinha filhos só com ele perto”.*

Para essas mulheres, a situação de ser observada por pessoas estranhas produz vergonha e incômodo. Acreditam que no momento de dar à luz o bebê demora a nascer porque fica com “*vergonha*”; por isso a mulher só deve estar acompanhada pela pessoa que cuida dela, e de um familiar, que pode ser o marido.

Enquanto tem contrações, a parturiente continua fazendo os trabalhos domésticos, até que as dores sejam mais intensas. Enquanto isso vão tomando alguma bebida quente, para apressar as contrações. Ficar com o corpo quente evita que o frio possa interferir com o avanço do trabalho de parto. Os chás garantem um parto rápido, sem dor e sem complicações.

As próprias mulheres são conhecedoras de plantas como gengibre, folha de algodão, malva, albaca branca e orégano. As acompanhantes também lhe oferecem chás e remédios; se tiveram algum comprimido de Melhoral ou Aspirina acompanham com os chás, acreditando que também ajudam do parto.

(LANGDON, 2005, p. 136) faz menção a esse fato: “*Produtos biomédicos, tais como medicamentos, muitas vezes são usados em novos contextos ou em tradições*

culturais... já vi diversas vezes xamãs Shipibo-Conibo acrescentarem comprimidos de Aspirina aos remédios caseiros elaborados com plantas medicinais. A motivação do xamã é de que tal ação torne a cura mais potente”.

Esta prática de utilizar ou misturar medicamentos com plantas medicinais se dá em quase todos os povos indígenas.

O acompanhante (neste caso a parteira) vai acompanhando o avanço do parto. Elas têm um método de controle, monitorando a sudorese da cabeça, a intensidade do pulso etc. As parteiras, embora não tenham um relógio na mão, sabem muito bem que uma vez iniciado o trabalho de parto há um tempo determinado para o nascimento do bebê. Ficam atentas a qualquer atraso que possa ter complicações graves.

Emira grávida de 23 anos, disse: *“Eu tenho meus filhos em minha casa porque meu pai também é parteiro e ele nos faz o parto... eu não sei como será no posto. Em casa eu caminho normal até que chegue a dor. Quando já não podes caminhar, aí fazes força, o parteiro oferece bebidas quentes, leite quente e outras plantas, e toca nossa testa. Quando está muito quente e suando, já está para nascer”.*

Sara puerpera de 30 anos, disse: *“A parteira nos atende quando já estamos com dor e vai nos tocando a cabeça, e sabe se nos falta muito ainda. E vai dizendo que ainda não é hora, e continua cuidando de nós. Logo nos tocam outra vez, quando já a cabeça já está quente, nos dizem para nos colocarmos na posição para ter o bebê; pois quando desce o sangue e o muco ela nos ajuda com malva quente, e já sabe que está perto. Aí já não podes caminhar e a parteira vai receber o bebê, ela prepara a cama e fazes força pendurada da corda... um de meus bebês não queria nascer, era bem grande e a parteira me disse para abrir minha perna um pouco mais e fazer mais força do que o normal. Aí a parteira moveu sua cabecinha, que estava um pouquinho fora, e saiu”.*

As parteiras não realizam toque vaginal, só verificam os movimentos do bebê em cada contração, e sabem diferenciar quando a criança pode estar em sofrimento fetal (movimentos fracos) ou sem complicações (contrações boas e contínuas).

O lugar ideal para atender à parturiente não deve ser aberto – deve-se protegê-la do ar -, e o mais comum é no chão colocando plástico e colchas. As posições preferidas para o parto variam muito: sentada, semideitada, em pé, ajoelhada, de cócoras. Ou seja, cada parturiente adota uma posição de acordo a sua comodidade; mas nenhuma fala em dar à luz deitada, pelo incômodo que isso significa para elas.

Sara puerpera de 30 anos, disse: “Aqui eu tenho meus filhos semideitada, ou seja, quase sentada. Amarram uma corda no teto da casa e aí faço força, abrimos nossa perna o necessário, e lá está a parteira que nos atende”.

Quando está na fase expulsiva a mulher tem a sensação de precisar puxar, evacuar ou fazer xixi. Ali só fica descoberta a parte dos genitais, que após o nascimento é coberta para prevenir a entrada do frio.

Uma vez que o bebê nasceu, não se corta o cordão umbilical. Em vez disso espera-se a saída da placenta, que ocorre de forma quase que imediata. De acordo com as suas tradições, esperam-se uns minutos para cortar o umbigo, que foi a conexão do bebê com o alimento, durante os meses da gravidez.

As pessoas escolhidas para padrinhos são chamadas para cortar o cordão umbilical. Para tal utilizam a izana - espécie de canha - ou também uma navalha. O cordão é amarrado com fio de costurar ou com fio feito da cortiça de uma árvore chamada tucumã. Depois, o corte é tratado com o pó de cortiça de pona (uma árvore). O bebê é vestido e levado ao contato com a mãe e para a amamentação. É banhado ao completar oito dias.

Em certos casos se utilizam remédios como Aseptil vermelho, iodo ou mertiolate para cicatrizar o umbigo.

Os padrinhos têm importância na vida da criança, proporcionando-lhe ajuda caso seja necessário, na ausência dos pais.

A placenta é enterrada na horta da casa, num buraco. Esta responsabilidade é do pai. A placenta é considerada vida, que deu vida a um novo ser, e portanto deve ser tratada como alguém que viveu. Também é considerada algo sagrado.

Dolores puerpera de 25 anos, disse: “A placenta, depois de ter o bebê, tem que ser enterrada, porque é parte do bebê, a quem deu a vida”.

Victor parteiro de 70 anos, disse: “A placenta significa uma parte da vida do bebê, então há que ter muito cuidado”.

Fela parteira de 42 anos, disse: “A placenta é uma coisa sagrada. Nós enterramos porque senão o bebê pode ter infecção, ou alguma coisa pode acontecer à parturiente. Enterra-se a placenta como se fosse um morto, porque senão estás pecando, estás matando alguém... no posto não fazem isso, lá não perguntam: ‘o que vão fazer com a placenta?’ Os doutores não dizem nada, porque têm estudos, mas não sabem. Eu não tenho nenhum estudo, mas conheço”

Falar de um acontecimento tão significativo como o parto e as relações que se estabelecem entre as pessoas envolvidas é indispensável para entender as razões pela quais as mulheres preferem dar à luz na sua casa.

Um dos elementos que faz diferença entre o parto atendido pela parteira na casa e aquele que é realizado nos serviços de saúde é que, no primeiro, as regras são “simétricas”. A/O parteira/o compartilha os mesmos códigos e o ambiente é cálido e familiar, ou seja, as relações são sólidas.

Nos serviços de saúde, porém, o provedor assume uma posição particular, funcional e com características assimétricas. Quando as mulheres recorrem ao serviço de saúde para dar à luz, os espaços não são compatíveis com sua própria cultura.

5.4.2 ATENDIDA PELA PARTEIRA COM CONFIANÇA: PARTO EM CASA

O relato que apresento é da observação do parto de Karen em sua casa: Karen, uma mulher de 41 anos, que depois de 17 anos ficou grávida. Ela diz que *“ficar grávida deste llullo foi uma surpresa. Eu sofria muito, ah, Deus meu, eu ficava preocupada. Deus meu, eu dizia, como Deus me castiga; aqui estavam grávidas a mulher de meu filho, minha filha e agora eu também. Muitas coisas passaram por minha cabeça, até fazer um aborto. Mas depois de falar com meus familiares me convenci que devia tê-lo. Eu estou fazendo meu pré-natal no Posto de Saúde. Mas lá não dizem nada, só falam que devo ir sempre ao controle, (pré-natal) e nada mais. Minha mãe que é parteira também me controla aqui em casa. Lá no posto sabem que minha mãe é parteira, e eles não gostam que as mulheres passem por elas, porque aí dizem que o bebê (...) fica em outra posição ao momento de dar à luz (...). Eu já decidi ter meu filho aqui em casa. No posto não tratam bem, aqui em minha casa estou em confiança, me sinto bem”*.

No dia 23 de abril, à meia-noite, a filha de Karen passa para me pegar na casa onde eu dormia, para avisar-me que sua mãe está com dores e parece que seu irmão vai nascer. Imediatamente saí e fui com ela, (a casa ficava a oito minutos dali). A noite estava muito escura, mas a lanterna ajudou a chegar lá. Uma lamparina a querosene iluminava a casa. Karen estava começando seu trabalho de parto. Tive que lhe agradecer por ter me mandado chamar, porque não é comum que façam isso. Karen aparentemente estava tranqüila. Nessa hora sua mãe (parteira) teve que acender o fogo

(tushpa) para ferver água. A filha foi à procura de algumas plantas como sharamasho, malva e alface branca, que tinham na horta da casa para preparar os chás. Os chás foram tomados pouco a pouco. O primeiro chá foi acompanhado de um comprimido de Melhoral – adquirido quando alguma pessoa da cidade esteve de visita pela comunidade, ou quando alguém da comunidade viajou. A crença é de que o comprimido, junto com os chás, ajuda nas contrações, ou, como eles dizem, ajuda a “apurar”- a nascer rápido.

Eu acompanhei a filha quando foi pegar as folhas de plantas necessárias, porque além de tomar os chás a parteira fez “ligada” para ajudar a eliminar o frio e favorecer um bom parto. Pegam-se folhas de toranja, cidra, malva, verbena-limão, pinhões. Ferve-se tudo isso, coloca-se numa bacia, e sentada, toma-se esse vapor até que a água fique fria. Segundo a parteira, o costume é fazer assim, quando o parto é em casa.

Karen ficou no quarto, onde esperou o momento de dar à luz. Tinha preparado uma cama no chão com plástico, colchas e mosquitoireiro. Em nenhum momento a parteira realizou toque vaginal; só observou os avanços das contrações e a sudorese na cabeça, dizendo que estava “avançando bem”. Continuou oferecendo os chás quentes, e foi perguntando se Karen se sentia bem e/ou se precisava de alguma coisa. Os minutos transcorriam, e as contrações ficaram mais seguidas. Quando vinha uma contração mais forte, a parturiente ficava parada, abraçada na viga da casa, respirando.

Faltando alguns minutos para as quatro da manhã, ela disse que “parecia que já ia sair”. A parteira pediu que ela se deitasse na cama e apalpou por debaixo da colcha. Diz que já estava “coroando”, e as contrações eram mais seguidas. Karen ficou de joelhos e foi empurrando a cada contração. A parteira ficou ao lado dela. Às 4h30 o bebê nasceu. Chorou forte, o que significava que tinha nascido bem. Imediatamente surgiu a curiosidade para saber o seu o sexo, e se falou com muita alegria que era um varão. A mãe deu um sorriso e acariciou o bebê. Antes disso, a parteira ou outras pessoas já tinham feito uma “ecografia ocular”: sabiam qual ia ser o sexo pela forma da barriga da grávida.

O cordão umbilical ainda não foi cortado nesse momento. Esperou-se a expulsão da placenta. A parteira estava atenta e aguardava. Passaram-se mais ou menos uns quinze minutos e houve a expulsão. Este procedimento de deixar o bebê em

contato com a placenta é para favorecer a oxigenação e contemplar o significado que a placenta tem durante a gravidez, que é alimentação do bebê.

Grande surpresa, quando a família já tinha pensado que eu seria a madrinha de “pupo” - ou seja, que cortaria o umbigo- eu não tinha nesse momento luvas, pinças ou tesoura - nesse momento mandaram tirar a folha de uma planta de canha brava ou izana, que é muito afiada. Tinham fio de costura para amarrar o cordão e o pó da cortiça da árvore de pona para fazer curativo no umbigo. Eu nunca cuidara de alguém desta maneira. Decidi correr até o Posto de Saúde para trazer uma tesoura e o clipe para o cordão umbical, além de gaze e álcool para a cicatrização. Eles concordaram. Quando cortei o cordão, tinham os olhos postos em mim. A mãe sugeriu que eu devia cortar aproximadamente cinco cm, ou quatro dedos, porque quando se corta menos, fica-se muito pegado à pele, e pode-se contaminar o bebê com tétano. Na hora de cortar o cordão, a parteira pegou sangue dele e colocou em sinal de cruz na testa do bebê. Costumam fazer assim para quando adulto seja honesto e trabalhador.

O marido estava na pesca. Chegou às 5h30. A pesca havia sido muito boa, a canoa estava cheia de peixe, e quando chegou ficou muito feliz de encontrar seu filho nascido e sua mulher sem complicações. Faltava enterrar a placenta, e o encarregado era ele. Enterra-se atrás da casa, porque significa “uma vida que deu vida”.

A parteira fez a higiene de Karen com água quente, e arrumou uma cama nova onde Karen e seu bebê se deitaram juntos. O bebê começou a mamar. As filhas mais velhas e a comadre (neste caso eu) preparáramos uma sopa de galinha. É importante se alimentar bem depois do parto, para que a mulher recupere as energias perdidas. Karen ficou repousando oito dias sem sair, por prevenção contra os maus ares ou alguma coisa negativa que pudessem afetar a mãe e o bebê. Cumprido este tempo ambos já podiam tomar banho, sendo o primeiro com a fervura de folhas de diversas plantas. Pode-se também retomar o contato com outras pessoas. Antes, só os familiares visitam a puérpera, ou pessoas que tenham 'bom espírito'.

Tenho que confessar que para mim essa situação era incômoda em alguns momentos, já que em princípios eu deveria atender o parto. Mas tive que manter o distanciamento, esquecer que sou enfermeira e deixar que a parteira fizesse seu trabalho. Esta experiência de estar como observadora rompeu meus parâmetros, e tenho que agradecer a esta família por esta aprendizagem, numa situação onde o parto natural ou normal fica garantido quando as mulheres são atendidas sem medos, e cheias da

confiança na pessoa que presta ajuda, deixando transcorrer o momento do parto de acordo a natureza.

Sem dúvida o papel das parteiras é importante, mas também passa por técnicas que não cumprem algumas regras de higiene. Por exemplo, utilizar izona para cortar o cordão umbilical ou o pó de alguma árvore para cicatrizar o umbigo poderia representar risco de doenças e infecções para o bebê.

Esta forma de cuidado dos recém-nascidos (RN) é costume em alguns grupos étnicos, e a população continua utilizando inclusive onde há estabelecimento de saúde. Existe carência de pesquisas para apurar a continuidade ou não deste costume.

Como foi observado no parto domiciliário, existe uma identidade cultural entre a parteira e a gestante que favorece um desenvolvimento de uma relação de confiança.

Com a parteira, por exemplo, há a possibilidade de que a mulher em trabalho de parto possa adotar a melhor posição para o nascimento do bebê e utilizar plantas medicinais que ajudem no processo do parto, assim como também existe a oportunidade da gestante dar à luz num ambiente cálido e familiar e de estar acompanhada pelos seus familiares.

O parto realizado pelas parteiras sempre esteve presente na história da humanidade e foi considerado natural, o mais espontâneo possível, e com um mínimo de sofisticação na sua assistência, sendo a melhor maneira observá-lo sem interferir no seu andamento.

A parteira que acompanhou o parto de Karen (sua mãe) revela que dar à luz deitada condena a mulher a sofrer passivamente durante o parto e dificulta o nascimento do bebê e a expulsão da placenta, prolongando a dor e o risco de agressão ao feto. Comparando as recomendações feitas pela parteira com a realização do parto no serviço de saúde, percebe-se que, no segundo caso, é desvirtuada a idéia de que o parto é um momento privilegiado do ser feminino.

Segundo BESSA e FERREIRA (1999), as parteiras não pretendem concorrer com o saber científico e tecnológico da medicina. O objetivo delas é conseguir o sucesso no trabalho que realizam com os instrumentos que possuem, ou seja, nos partos que são assistidos por elas, as parteiras procuram executar sua função da melhor maneira possível.

Durante a observação do parto de Karen, e nas conversas que tive com outras mulheres, me chamou a atenção o procedimento de controlar a sudorese na cabeça da

mãe durante o trabalho de parto. Esse controle é concebido pela gestante como um processo de exercício de transmissão de força entre mãe e filho, que tem relação com a força da mulher nos ossos. Pode-se associar essa força com o esforço despendido nas atividades diárias das mulheres grávidas, como ir à chácara, lavar a roupa, e especialmente carregar peso.

Durante minha estada em San Regis, quando ia com as mulheres ao rio e carregava um balde com água ou nas ocasiões em que eu ajudava a carregar um cesto com mandioca na chácara, sempre brincavam comigo, dizendo que as pessoas que moram nas cidades são “*debiluchas*”⁴³ – sem força para trabalhos pesados. No parecer delas significa que nossos ossos são fracos.

Foto 8: Mulher grávida em trabalho de parto tomando chá.San Regis, rio Marañón, 2008.



⁴³ Pessoa sem força, fraca

Foto 9: Mulher deitada antes de dar à luz. San Regis, rio Marañón, 2008.



Foto 10: Parteira assistindo a recém nascido. San Regis, rio Marañón, 2008.



Foto 11: Mãe e filho, alojamento conjunto. San Regis, rio Marañón, 2008.



Foto12: Mulher puérpera: cuidados na casa. San Regis, rio Marañón, 2008.



Foto13: Cuidados da placenta pela parteira. San Regis, rio Marañón, 2008.



Foto14: Cuidado da Placenta



Foto15: Pai enterrando a placenta. San Regis, rio Marañón, 2008.



5.4.3 PREFIRO MINHA CASA: PARTO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

O Posto de Saúde de San Regis está a cargo de um técnico e de um profissional de enfermagem, ambos procedentes de zona urbana. Usam uma linguagem e lógica técnica, e um sistema de idéias e pensamentos que não é próprio da comunidade.

O parto no estabelecimento de saúde ainda não encoraja as mulheres a procurar o serviço de saúde voluntariamente. O trabalho de campo me permitiu acompanhar de perto o serviço que as mulheres recebem.

Quando falo que não se procura o Posto de Saúde “voluntariamente” é porque as mulheres são de alguma maneira quase coagidas a ter seu bebê no estabelecimento de saúde.

No Peru, os recém-nascidos até os 28 dias de idade nascidos em casa, no estabelecimento de saúde ou qualquer outro lugar, obtêm de forma gratuita a certidão de nascimento, (ANEXO 9) que consiste no preenchimento de uma ficha com os dados do recém-nascido e dos pais, além da impressão plantar do bebê.

Esse documento é expedido por qualquer profissional de saúde que constate o nascimento do bebê ou quando os pais vão ao serviço de saúde acompanhados do bebê nascido em casa, para solicitar sua certidão de nascimento.

A certidão de nascimento é importante para o próximo passo, que é inscrever a criança no escritório de registro público e obter a partida de nascimento.

Porém, constatou-se que as mulheres que tiveram seu filho em casa, quando vão à procura da certidão de nascimento, são obrigadas a realizar o pagamento de uma taxa de S/ 45,00 Nuevos Soles (aproximadamente US\$ 15,00) para ter o direito de obter a impressão plantar.

Diana puerpera de 30 anos, disse: “Minha sobrinha fala que foi ter seu llullo lá, para que não lhe cobrem esse papel com seu pezinho desenhado”.

Outra forma de convencer as usuárias a ter filhos ali é pela entrega de alimentos destinados a crianças menores de cinco anos e mulheres grávidas. Algumas delas recebem os alimentos, mas ficam em casa na hora de ter seu bebê. Isso porque não sentem confiança, nem encontram e um bom serviço no posto. Os servidores chegam como “aprendizes” e as tratam mal. Não é permitido a essas mulheres o uso de chás quentes, acompanhamento da parteira, padrinhos no corte de cordão umbilical etc.

Andrés parceiro 28 anos, disse: “Aqui, às vezes se escolhe o Posto de Saúde, quando são bons trabalhadores, boas pessoas. Quando são intratáveis não se pode ir lá, então é melhor procurar parteira. No posto são intratáveis, pois nos obrigam a fazer coisas, ralham conosco, dizem às mulheres que façam força, quando ainda não é sua hora, não é hora de nascer. Aí lhes ‘tocam’(toque vaginal) e exigem que façam força. No fim das contas, a parteira sabe mais que eles, os enfermeiros. No posto apertam a barriga da mulher para que a criança possa nascer. Eu digo que as mulheres podem dar à luz e serem melhor tratadas. Minha mãe nunca deu à luz no posto, todos os seus partos foram em casa. Ali se garante que haja um pau com uma corda, onde a mulher se pendure e faça força. E isso é melhor que no posto, porque deitada não se pode fazer força para que nasça... minha mulher queria se colocar de cócoras e o técnico lhe disse que não, não, suba à cama”.

Karen grávida de 41 anos, disse: “Em minha casa se vou dar à luz, vou buscar minha parteira. É normal que não queira ir ao posto (risadas), lá a enfermeira é muito brava. Há uma senhora que veio ter seu filho assim de minha idade. Ela é de outra comunidade e diz que estava com medo, e a enfermeira dizia: 'quem mandou querer filho já tão velha. Quando somos velhas já não se quer ter filhos'. Assim lhe dizia, e também ralham duro com a pessoa”.

Sara puerpera de 30 anos, disse: “O serviço no Posto de Saúde é regular, porque alguns são malvados, não querem nos atender; aí quando dás à luz não tens compadres de pupo (umbigo), porque os enfermeiros não querem... assim uma pessoa não se sente bem ali, não é como em casa. Em tua casa a qualquer momento te dão chá quente; mas no posto não é assim”.

Tal como já se mencionou anteriormente, o estabelecimento de saúde é visto como um lugar “incompreensível e ameaçador” porque não há por parte do pessoal e do próprio estabelecimento uma interação com as usuárias, o que contribui para o desencontro e a desconfiança.

No estabelecimento aplicam o “protocolo” de forma geral sem ter em conta suas tradições; e os servidores não procuram oferecer um serviço intercultural de acordo com a realidade da população. Pelo contrário, aplicam técnicas que não são conhecidas por elas, e são rechaçadas por serem consideradas desnecessárias, como o toque vaginal contínuo, posição deitada durante o parto, uso de injeção para ajudar as contrações, episiotomia ou “cortes”, entre outros.

Michell parteira e curandeira de 65 anos, disse: “O serviço no posto... eu digo, em minha casa estou mais tranqüila. No posto te abrem, te revistam toda, te cortam e te fazem caminhar no dia seguinte. Eu não fui mas me contaram... à minha filha fizeram um corte porque não conseguiam que saísse a cabeça do llullo, o técnico de enfermagem, lhe cortou com navalha em seu primeiro filho. Depois lhe puseram uma injeção para a dor e infecção e assim se curou. Em sua segunda filha o corte se abriu de novo ... isso não é bom, é outra dor quando te cortam... é como cortar um pedaço de carne, não é bom”.

Rosa parteira de 50 anos, disse: “Eu tive meus filhos na minha casa... quando minha filha teve seu filho no posto vi que não atendem bem. Minha filha chegou à uma da manhã e aí nos deixaram sozinhas até a hora em que foi ter o bebê. Nasceu às 5h30. Da minha parte eu diria às mulheres que é melhor que tenham em sua casa, porque aí vão repousar. Mas no posto não é assim, senhorita, minha filha não recebeu um trato, ela teve seu filho às 5h30 da manhã e fui eu que a limpei, o llullo também fui eu quem cuidei, coloquei sua roupinha e o levei para a cama. Não havia um trato, não permitem dar um vegetal quente, não tomas nada”.

No programa Materno Perinatal do Ministério de Saúde existe o Seguro Integral de Saúde. Foi criado para beneficiar as mulheres, e implica em serviço gratuito. Mas

não é cumprido ou não chega de forma integral à população ribeirinha. Existe um desabastecimento de insumos, e os servidores esquecem que é um programa gratuito, cobrando as pacientes.

Problemas como o maltrato do pessoal de saúde, desconhecimento das tradições, ineficiência e má qualidade do serviço são as concepções negativas mais frequentes encontradas na população.

É importante mencionar que no ano de 2004, numa iniciativa do Ministério de Saúde, foi lançada a “Carta da Saúde”⁴⁴ convocando a população a escrever sobre as necessidades de saúde. A principal tendência numa mostra representativa foi a demanda por melhor qualidade do serviço, acesso a medicamentos, melhor tratamento por parte do pessoal de saúde e maiores ações de projeção comunitária⁴⁵.

Como se observou no serviço de saúde de San Regis, não há uma boa infraestrutura nem profissionais capacitados; as orientações sobre gravidez, parto e pós-parto não são adequadas, sendo que, em alguns casos, as mulheres nem são orientadas.

Não só as mulheres grávidas, como a população em geral, expressam aspectos positivos e negativos, ou o total rechaço, pelos serviços de saúde, devido a experiências vividas por elas ou por familiares.

As pessoas em San Regis acreditam que talvez não sejam bem atendidas por serem pessoas “*pobres e humildes*”, afirmando que quando alguns profissionais (enfermeiras ou técnicos de enfermagem) chegam à comunidade eles sempre mostram ser “*superiores. Será que é por eles terem uma boa educação. É difícil falar com eles, pois não se mostram cordiais*”. Mas, também, “*há outros (profissionais) que realizam um bom trabalho e falam com todos (comunidade), não são sobrados*”⁴⁶. Até queríamos que esse tipo de pessoa ficasse mais tempo trabalhando aqui, pois vamos nos acostumando a eles”.

O trato/maltrato mencionado pelas mulheres e homens durante o trabalho de campo foi acompanhado de perto, desde os serviços oferecidos pelos provedores às mulheres durante o parto até os momentos em que uma mãe leva a sua filha por ela apresentar problemas de saúde.

⁴⁴ Derechos Humanos en Salud en el Perú.

⁴⁵ *Carta de Salud: Escuchando la voz de la población. Cruzada Nacional por los Derechos y Responsabilidades en Salud*. Ministério de Salud/ CARE Peru. Capítulo III: “Diagnosticados” por la Población. Editorial Sonimágenes del Peru. Lima, agosto de 2006.

⁴⁶ Refere-se as pessoas que se inter-relacionam com todos.

Em um dos partos, assistido pela enfermeira, esta começou a gritar à paciente: “*Mamita (diminutivo de mãe), você é quem vai sacar seu filho, tem de ajudar você também, já estamos quanto tempo aqui?*”. E nos momentos em que acontecia alguma contração a enfermeira dizia: “*Já, já (gritando). Agora deve ajudar para que saia seu filho!*” Podia-se observar vergonha, medo e desespero em cada contração do rosto da gestante e em sua expressão lia-se a pergunta: “*Por que estou aqui?*”.

Em outro caso, uma mulher chamada Estela notou que sua filha de nove meses tinha dificuldades para respirar e por isso decidiu levá-la ao posto de saúde. Nesse dia, apesar de não haver muitas pessoas na fila para serem atendidas, Estela teve que esperar mais de uma hora; quando foi atendida, o técnico de enfermagem demorou apenas dez minutos para diagnosticar que a criança estava bem, ainda que a mãe observasse o contrário.

Assim que chegou em casa, Estela procurou a senhora Paqueta, que começou a massagear as costas da criança com vinagre branco esquentado.

No dia seguinte, Estela voltou ao Posto de saúde com sua filha, afirmando que passou a noite muito agitada. Segundo o técnico de enfermagem, a menina estava com seus “*brônquios mais avançados*” e, por isso, foi diagnosticado que a criança sofria de pneumonia, sendo administrado antibióticos. Estela ficou muito brava e fez uma reclamação ao técnico de enfermagem. “*Aqui não examinam (auscultam) senhorita, outros (servidores de saúde) utilizam essa ‘cosita’ (estetoscópio); escutam se está com brônquios, e aqui nada, maltrato nos dão, ninguém examina, eu acho que estão fazendo suas práticas e não sabem de nada*”.

Em face do exposto acima, (ANDERSON, 2004, p. 85), referindo-se ao bom trato, diz: *Quem trata mal são ‘brutos’... não conhecem as regras que devem reger as relações humanas... O bom trato deve expressar respeito, carinho e boa vontade para com as pessoas. O provedor que trata bem, faz exame com paciência e explica com paciência o que ocorre*”.

5.5 O PUERPÉRIO: CUIDADOS MATERNOS E PATERNOS.

Depois do parto as mulheres descansam deitadas durante oito dias. Não devem usar água fria, e sim evitar correntes de ar e ambientes frios; devem evitar banhos. Esses cuidados são importantes para evitar o “*sobrepardo*” (infecção puerperal) termo utilizado por os kukamas kukamirias e outros grupos étnicos, é caracterizado por febre, calafrios, diarreia, vômito e dores abdominais.

Durante esses oito dias as mulheres costumam amarrar um trapo na cabeça e colocar algodão nos ouvidos, para evitar a entrada de ar e dores de cabeça.

Para a higiene são utilizadas plantas e raízes de árvores como cajazeiros ou sangra d'água, que ajudam nos processos inflamatórios e infecções. Os cuidados são para restabelecer o corpo, neste caso a “*matriz*”. As pessoas têm consciência de que depois do parto esta parte fica afetada e precisa de cuidados.

Fela parteira de 42 anos, disse: “Temos que ficar oito dias de cama, tomar banho com água quente, tomar remédio vegetal e bebidas quentes, porque senão entra o frio, porque o ventre está doente”.

A alimentação é baseada em peixe, evitando os que têm muco, dentes e muito sangue; evitando também carne de animais do mato e frutas como melancia, laranja, tangerina e cidra, que podem produzir hemorragias e *sobrepardo*.

(REGAN, 1993, p. 258) faz menção à “covada”, “que são proibições feitas ao pai antes e depois do nascimento de seu filho. A mãe também tem proibições durante a gravidez e quando está amamentando. Nesse período é necessário prestar atenção nas atividades realizadas pelo pai, porque existe a idéia de que há um vínculo entre ele e a criança. É como se o pai, no momento de envolver o filho, comunicasse sua própria alma ao bebê – que desde então, fica afetado pelo que o pai faz.”

(REGAN, 1993) disse: “É a crença de que animais, plantas, almas, objetos e atividades podem *kutipar*, ou seja transmitir a uma pessoa suas características, são elas que roubam a alma da criança ou colocam os espíritos contra ele”.

Durante os primeiros quinze dias, ou no espaço de um mês, ficam proibidas ao pai certas atividades que pode *kutipar* o bebê, e causar até a sua morte. Estas *kutipas* no recém-nascido estão relacionadas a tarefas como a caça, pesca, ir ao cemitério e fazer força, entre outras. Também aqui há uma relação com espíritos que causam dano ou roubam a alma da criança.

Outro cuidado importante ao recém nascido é que ele não pode ser visto por uma mulher que esteja no período menstrual, porque o bebê começa a ter dores e se retorcer, não fica tranqüilo. O remédio é que a mulher banhe por três vezes seguidas o bebê, esquentando um ladrilho – vermelho mesmo-, e colocando-o na água em que o bebê vai se banhar.

Para fazer o tratamento, primeiro deve-se saber a causa da *kutipa*. São os mestres curandeiro/curandeira que cuidam disso, mediante orações/cantos que *ikaram* (curam). Quando se trata da *kutipa* por algum animal, ela é curada com o pelo do próprio animal.

Sara puerpera de 30 anos, disse: “*O pai tem que respeitar, não fazer força, não ir à chácara, porque senão, traz kutipa ao bebê, só pode trabalhar quando cumpre oito dias, antes não, o mínimo é oito dias.*”

Durante o período puerperal, a mulher recebe um tratamento baseado em cascas de diversas árvores, (maiteno, acapurana, cajazeiro, resina de muiratinga, unha-de-gato) que são cozidas e misturadas algumas vezes com aguardente. Essa mistura é ingerida todos os dias, ajudando a limpeza do ventre e a eliminação do sangue que fica depois do parto.

Os remédios são preparados pelos maridos. Eles são os encarregados de arranjar as cascas, que logo preparam com cachaça ou fervido. Depois do parto, a puérpera começa a tomar uma pequena quantidade todos os dias, o que ajudará a eliminação do sangue e desinflamará os órgãos internos.

Michell parteira e curandeira de 65 anos, disse: “*Depois do parto, as partes estão úmidas, porque não estão bem, e aí tem que tomar vegetais. Eu tomava sangra d’água, cajazeira, catuaba. Acabava uma garrafa, até que ficasse bem de minhas partes. Tomava também trapoeraba, três vezes ao dia. Isso nos limpa o ventre. Eu tive muitos filhos mas não tenho corrimento, minha pomba (partes genitais) não fica molhada, nada disso. Sempre estou como um bebê, com minha calcinha normal, e não tenho nenhuma doença*”.

A alimentação do bebê durante os seis primeiros meses de idade do bebê é com leite materno. Às mães costumam tomar bebida à base de mandioca – masato – fervido, para manter os seios cheios; depois dessa idade começam a dar ao bebê alguns alimentos sólidos como banana cozida, mandioca e peixe, entre outros, sem deixar de dar o peito. A fase de amamentação pode durar até um ou dois anos.

5.5.1 INTERDIÇÕES E RETOMADAS SEXUAIS NO PÓS-PARTO

Como parte da dieta e cuidados depois do parto, as relações sexuais são postergadas pelo período de três a quatro meses. Nos depoimentos as mulheres dizem que seus parceiros já sabem disso, e alguns respeitam a norma; do contrário se produzem hemorragias ou *sobrepardo*. Neste período o marido não pode ser infiel, senão pode ocorrer *kutipa* ao bebê.

Karen grávida de 41 anos disse: *“As relações sexuais só temos quando o bebê tem de três a quatro meses. Antes, nada, pois as velhas e minha mãe nos diziam, né, que podes ficar grávida outra vez. Eu espero três meses”.*

Diana puerpera de 30 anos disse: *“As relações voltaram aos sete meses senhorita; antes não, quando se tem o llullo ficas maltratada, e o homem também considera, né, porque sabem como é um parto.”*

Sara puerpera de 30 anos disse: *“Podemos fazer novamente aos três meses, há que se guardar, porque por dentro está maltratado. Deves lavar com cajazeira, unha de gato, catuaba, sangra d’água, e também deves tomar essas plantas”*

Michell parteira e curandeira de 65 anos, disse: *“Os homens já respeitam, são 90 dias de dieta na maioria. Para outros arrechos (homem que não pode ficar sem mulher) são 40 dias. Aí alguns procuram outra mulher, mas aí o llullo *kutipa*, o llullo fica *quichaterillo* (com diarreias, raquítico. Quando o pai tem relações sexuais com outras aí tem que haver um curioso – médico herbalista – para que *ikare* o bebê. Tem que saber o nome da mulher com quem o pai teve relações sexuais, e aí logo o llullo vai sanar. Quando o pai é infiel, o llullo fica *quichatero* (choroso). Não são crianças saudáveis.”*

Tanto as mulheres como os homens têm obrigações e responsabilidades que assumem durante a etapa do pós-parto para o cuidado do recém-nascido. Os conhecimentos a respeito dos cuidados passa pelos conselhos transmitidos de pessoas mais velhas para as mais jovens. Em termos de segurança familiar significa *proteger* para evitar alguma doença do recém-nascido e restabelecimento físico e psicológico da puerpera.

Neste estudo, as mulheres e os homens referem constantemente a importância dos cuidados; na prática, observou-se que nos 8 primeiros dias de repouso absoluto é o homem quem está cuidando da mulher. Há uma maior atenção em termos de fazer com

que ela e o bebê fiquem bem, que tenham cuidados alimentícios saudáveis, descanso adequado, que não tenham emoções fortes para não transmitir por meio da amamentação alguma alteração ao bebê.

Em geral, todos os cuidados têm um significado sócio-cultural de preservação da família e do bem-estar.

5.6 CULTURA E OS SABERES NA SAÚDE REPRODUTIVA, COM USO DE PLANTAS MEDICINAIS.

A medicina indígena - enquanto conjunto de concepções, saberes, práticas e recursos manejados pelos especialistas tradicionais de saúde na comunidade, que foram aprendendo de geração em geração - ainda se constitui no modo com que essa cultura concebe a saúde e a doença, e sua terapêutica no processo de tratamento. O bem-estar é medido pelo equilíbrio individual, familiar, comunitário, e com o meio que rodeia a pessoa.

Os conhecimentos sobre o recurso às plantas medicinais para problemas de saúde mais frequentes ainda são utilizados. Os processos de tratamento mais especializados são manejados pelas mulheres e homens parteiros, promotores de saúde, curandeiros, médicos bancos. As plantas e ervas medicinais, utilizadas nas práticas e concepções sobre a gravidez, parto e pós-parto, e também nas formas de evitar uma gravidez, são pouco conhecidos fora do âmbito local.

5.6.1 HOMENS PARTEIROS

O papel do parteiro aqui também é ressaltante como manifesta *Pedro parteiro de 60 anos* “a vezes somos responsáveis da chegada de muitos llulllos, eu tenho muito tempo, sou huesero (especialista em ossos, da região, na medicina popular da região), e preparo remédios para várias doenças”. A procura deles depende das usuárias, pelo reconhecimento dos seus serviços em ocasiões anteriores. Esse reconhecimento é transmitido de uma família para outra. Também é levada em conta a disponibilidade para viajar a outras comunidades. A aprendizagem em geral surgiu com a necessidade, quando chegou o primeiro filho desses homens, e tiveram que atender a sua mulher.

Don Felix parteiro de 50 anos disse: *“É preciso manter vivo este ofício. Nós somos também como médicos curandeiros. Aqui já atendi muitos partos, em meu caso antes eu dava água florida e folha de abacaxi. É bem fácil, o parteiro já sabe em que momento a mãe vai dar à luz. Precisa saber porque há parteiros que não sabem e deixam a mãe acovardada. Por isso, para algumas, há perigo no parto”.*

Del Priori, citado por HOOSHMAND (2004), relata que as parteiras ou comadres tinham boa reputação nas sociedades tradicionais e eram mais acessíveis às mulheres porque compartilhavam os mesmos tipos de problemas e conheciam o universo feminino, coisa negada aos homens antes da época moderna. Nas sociedades antigas, as mulheres constituíam um mundo fechado ao conhecimento dos homens, razão pela qual as parteiras ou comadres eram consideradas mais capacitadas para compreender suas doenças e problemas.

O diferencial encontrado na comunidade de San Regis, frente a outras culturas, é que o papel do parteiro é tão importante quanto o da parteira, embora na história esse papel sempre fosse representado pela figura feminina.

Porém, historicamente, na comunidade de San Regis parteiros e parteiras são encarregados tanto do parto quanto do auxílio nos casos de doenças especificamente femininas. Mesmos nos dias atuais, assim como foi constatado no presente estudo, as parteiras e parteiros continuam constituindo a única fonte da população para resolver seus problemas de saúde, especialmente na assistência do parto.

Na experiência de campo, é observável que os parteiros realizam seu trabalho da mesma forma que as parteiras mulheres, dando atenção às mulheres seja nos cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto. Em San Regis, não existe prioridades, inclusive as mulheres grávidas jovens que têm seu pai parteiro mencionam que tiveram seu parto assistido por ele e continuam procurando seus serviços para os próximos partos.

O ofício de parteira/parteiro tem um sentido de missão de vida, decorrente do dom de que são portadoras/es, e que é descoberto diante do inesperado, de uma demanda concreta. Esse dom desenvolve-se pela própria experiência, a serviço da coletividade, e sem nenhum apoio do sistema oficial de saúde, como se comprovou no trabalho de campo.

Os conhecimentos médicos dos povos indígenas têm sido tratados como que não podem dar conta do parto, período importante da mulher. A prática e a experiência da sobrevivência, o xamanismo, o uso de plantas medicinais e os conhecimentos das

parteiras têm sido desvalorizados em relação aos conhecimentos médicos (LANGDON, 2004).

No entanto, em países como o Brasil, o uso medicinal das plantas vai ganhando maior importância; existem iniciativas de projetos nesse sentido, como o professor e antropólogo Athias⁴⁷ diz: *“Os conhecimentos médicos que os povos indígenas possuem têm despertado interesse no mundo inteiro, os conhecimentos tradicionais ainda têm pouco espaço nas políticas de saúde voltadas às próprias comunidades indígenas... O diálogo entre a medicina ocidental e a medicina tradicional ainda é raro. O saber médico ocidental ainda se apresenta como um saber técnico, superior às outras formas de saber e que, geralmente, não está instrumentalizado para perceber as diferenças em relação a outros saberes”*. (ATHIAS, 2005)

Assim mesmo, André Fernando Baniwa, atual vice-presidente da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN)⁴⁸ comenta: *“atualmente o reconhecimento e a valorização dos saberes indígenas passa não apenas pelos médicos e gestores na área de saúde, mas pelos próprios povos indígenas. Entre nós hoje existem muitos que valorizam muito mais os produtos industrializados em vidrinhos. Isso se deve ao processo de colonização dos nossos povos, mas também às práticas dos profissionais de saúde, cuja formação acadêmica ignora a origem vegetal, animal e mineral desses remédios, e acaba por reforçar a discriminação contra os conhecimentos tradicionais”*.

Esta valorização dos saberes na cultura indígena é importante. No Peru, nas zonas andinas e amazônicas, a utilização das plantas medicinais ainda continua marcando as primeiras fontes ante qualquer doença e especificamente na saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da anticoncepção, são usadas para espaçar o número de filhos, regular a menstruação, conceber filhos e, como já se mencionou em parágrafos anteriores, nos períodos de cuidados da gravidez, parto e pós-parto.

Assim por exemplo, num estudo realizado (RIVAS, 1994) em três comunidades Kukama Kukamiria, verificou-se que, para o controle da natalidade, 61,6% utiliza ervas e apenas 23,1% alguma vez utilizou anticoncepcionais da farmácia.

Os métodos anticoncepcionais modernos têm pouca repercussão nesta comunidade, porque não se dá atenção às diferenças culturais. A comunicação sobre esses anticoncepcionais é transmitida em códigos técnicos que as usuárias não

⁴⁷ http://www.comciencia.br/noticias/2005/06saude_indigena.htm

⁴⁸ http://www.comciencia.br/noticias/2005/06saude_indigena.htm

conseguem a entender bem, existe pouca informação sobre efeitos colaterais, freqüentemente um desabastecimento de insumos, visitas às comunidades quando há orçamento previsto, ou geralmente, apenas quando se aproveita as campanhas de vacinação. Outro aspecto que afasta as usuárias é a pouca participação dos maridos nos métodos anticoncepcionais modernos.

Em minha experiência de trabalho em comunidades Kukamas Kukamirias, observei que o marido é o encarregado de trazer as plantas e/ou ervas para que a mulher se cuide. Isto é feito de forma secreta: o marido desperta muito cedo para pegar as plantas ou ervas, nas primeiras horas da madrugada, antes que o sol saia, e quando não é visto por ninguém.

Segundo os depoimentos recolhidos, a importância dessas duas regras serem levadas a sério deve-se ao fato de que a pessoa encarregada de apanhar as ervas deve estar em jejum, pois, isso indica que seu organismo está limpo, e passar despercebido pelos outros é *um segredo* para que o remédio tenha mais efeito de cura.

Na comunidade de San Regis, o uso de plantas anticoncepcionais é menor por parte das mulheres jovens. As mulheres mais velhas manifestam que até alguns anos atrás sua utilização era maior e passavam por uma dieta que evitava comer sal, gordura, doce, pimenta e eram orientadas a realizar relações sexuais, consideradas necessárias para o bom efeito do tratamento. E, em relação às plantas, consideram que possuem uma alma e espírito, levando a ter resultados positivos.

Durante nossa estadia em San Regis mulheres e seus parceiros nos ensinaram alguns tratamentos com cascas de arvores e chás de folhas. Esses tratamentos apresentamos nos quadros a seguir.

QUADRO 2 : Plantas utilizadas para o tratamento quando há problemas de conceber

TRATAMENTO QUANDO HÁ PROBLEMAS DE CONCEBER	
Plantas utilizadas	Como tomar
- Chás de folha de algodão	- Durante os dias da menstruação.
- Banha-de-galinha, maiteno, cravo renaco, cachaça.	- Colocar debaixo da terra por quinze dias, tomar de manhã.
- Jatobá-da-mata, muraré, gengibre, maiteno, casca de capinuri, tamamuri (ou mercúrio-vegetal), mel.	- Enterrar por oito dias, tomar de manhã em jejum.

- Casca de maiteno com cachaça	- Macerar por sete dias, e tomar três vezes por dia.
- Gengibre com cachaça	- Macerar por oito dias e tomar uma vez por dia
- Cajazeiro vermelho cozido	- Enterrar depois de oito dias, tomar pela manhã e tarde.

QUADRO 3: Plantas utilizadas para tratamento na prevenção da gravidez

TRATAMENTO PARA PREVENIR A GRAVIDEZ	
Plantas utilizadas	Como tomar
- Chá de folha de trapoeraba	- Por oito dias depois da menstruação
- Suco de limão	- Por nove dias depois da menstruação
- Chá de flor e folha da papaia macho	- Depois da menstruação por vários dias
- Cozinhar maiteno e banha-de-galinha	- Tomar duas a três vezes ao dia e lavar os genitais.
- Chá de erva-de-santa-maria	- Tomar depois da menstruação
- Chá de pinhão-manso	- Tomar durante os dias da menstruação
- Chá de raiz de maná cubiu	- Tomar durante os dias da menstruação
- Chá de piri piri	- Tomar depois da menstruação por oito dias
- Sangue d'água	- Tomar depois da menstruação, cinco gotas, por oito dias.

QUADRO 4: Plantas utilizadas nos cuidados e/ou tratamento durante a gravidez, parto e pós-parto.

CUIDADOS E/OU TRATAMENTO DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO		
GRAVIDEZ	PARTO	PÓS-PARTO
Folha de algodão	Erva-de-santa-maria	Maiteno
Malva	Manjericão	Acapurana
Toranja	Gengibre	Cajazeiro
Cidra	Algodão	Resina de capinuri
Limão	Cravo-de-defunto	Unha de gato
Caimito	Folha de abacate	Sangue d'água
Laranja	Alfavaca	Icoja

Verbena limão Erva-de-jaboti		
Estas plantas são cozinhadas, e posteriormente a paciente se banha para eliminar o frio do corpo e evitar complicações durante o trabalho do parto. O banho se realiza a partir do terceiro trimestre, e também no dia em que começa o trabalho do parto. Não pode ter contato com água fria depois do tratamento.	São preparados como chás quentes e oferecidos para ajudar o avanço da dilatação durante o trabalho do parto.	Pode ser cozido ou macerado, misturado com cachaça ou puros. Serve para eliminar o sangue e cicatrizar a feridas internas do útero; se começa a tomar oito dias depois do parto por um mês. Evitam-se pimenta, doce, ácidos.

5.7 ENCONTROS E/OU DESENCONTROS COM OS SERVIDORES DE SAÚDE

De acordo com o ENDES 2000, a mortalidade materna no Peru é de 185 mortes por 100.000 nascidos vivos, o que significa 1.258 mortes anuais; sendo que as complicações da gravidez e parto que produzem estas mortes são também responsáveis por aproximadamente umas seis mil mortes neonatais precoces (na primeira semana de vida) e doze mil natimortos. Não existe uma forma confiável de avaliar o sub-registro de mortes maternas em cada região; daí não se poder conhecer as cifras reais do total de mortes maternas.

Geralmente, nas populações rurais e indígenas em particular, se assume que as mortes maternas têm índices de sub-registro muito elevado.

Em visita ao Peru no ano de 2004, o Senhor Paul Hunt⁴⁹, Relator Especial das Nações Unidas, enfocou de maneira ampla o direito à saúde, incluindo o acesso ao atendimento de saúde como condição determinante da saúde, e destacando como temas transversais a pobreza, discriminação e desigualdades no gozo do direito à saúde. E dentro de todos seus temas estaria o de saúde sexual e reprodutiva.

⁴⁹ Derechos Humanos en Salud en el Perú

Depois da visita do relator, o Ministério de Saúde desenvolveu estratégias operacionais como as denominadas “*Casas de Espera*” que foram lançadas com a idéia de favorecer as mulheres provenientes das populações rurais transferidas por algum risco que poderiam apresentar durante o parto.

Tive contato com esta experiência na cidade de Nauta, onde não se conseguiu o sucesso esperado. Ali se alugou uma casa a 15 minutos do Centro de Saúde, onde pouco a pouco tratou-se de implementar o serviço. Mas a idéia não deu certo. No início se conseguiu que algumas mulheres transferidas de algum Posto de Saúde fossem recebidas na “*Casa de Espera*”; elas ficavam sozinhas, só com um familiar, sem atendimento, e finalmente decidiam voltar para suas comunidades.

Em San Regis, geralmente os serviços de saúde são utilizados em segundo plano pelas mulheres grávidas. O posto é procurado quando se apresenta uma emergência, ou quando a medicina tradicional não foi efetiva. As causas dos desencontros são experiências negativas das pacientes ao procurarem o serviço, onde foram aplicadas técnicas desconhecidas para elas, e onde os profissionais desconhecem os costumes da comunidade.

Esta distância entre a comunidade e os servidores de saúde são maiores ou menores segundo o problema. Nisso podemos encontrar uma desvantagem dos servidores de saúde, pois eles têm uma elaboração da realidade a partir de um mundo social e relacional diferente da população. Ou seja, estão longe de entender seu mundo sobrenatural.

As barreiras culturais entre o pessoal de saúde e a população, entre as diferentes concepções relacionadas com a saúde e doença, e entre a medicina tradicional e medicina moderna também são causas de desencontros.

Os servidores de saúde carecem de um entretenimento e supervisão adequada e constante, que ajude a romper as barreiras que limitam uma atenção de qualidade e deixar de mostrar-se menos insensíveis às questões culturais.

(GIL, 2005, p. 55) menciona em um trabalho que “*os Yaminawa não parecem ter grande confiança na medicina praticada nos hospitais. De fato, se considera que ela é absolutamente inútil para tratar uma grande quantidade de doenças*”.

Os preconceitos histórico-culturais levam muitas vezes os profissionais a cumprir um papel não só paternalista, mas também de “civilizador” dos costumes indígenas.

Os responsáveis do posto de saúde só visitam as comunidades mais próximas nas campanhas de vacinação, que se realizam três vezes ao ano, porque se acredita que as chamadas “*Brigadas Itinerantes*” formadas por uma equipe multidisciplinar de profissionais - da qual também fala em seu artigo GIL (2005), encarregado de percorrer os diferentes rios da região com o objetivo de reduzir os obstáculos econômicos para que a população em geral desfrute do direito a saúde; a equipe deve ficar entre dois dias ou mais, dependendo da comunidade, e dando a oportunidade para que todos possam fazer sua consulta.

Infelizmente não cumprem este objetivo. Pude comprovar que chegam a uma comunidade, e ao não encontrar a população, continuam a viagem a outra comunidade. Os atendimentos acontecem em pouco tempo, as indicações não são claras, e a orientação sobre os remédios para as crianças nem sempre fica claro para a mãe.

Todos esses desencontros servem para aumentar a desconfiança da população pela forma como é atendida. Por isso, quando os servidores da saúde chegam nos locais rurais, a população chama sua missão de “passeio rápido”

5.7.1 USO INAPROPRIADO DA TECNOLOGIA NO SERVIÇO DE SAÚDE

Tema importante também são as técnicas utilizadas em forma desnecessária, como é a episiotomia praticada nos estabelecimentos de saúde. Isto, para algumas, é motivo para não freqüentar mais os serviços. Para elas, este procedimento as expõe a infecções, e as impede de cumprir com as rotinas diárias, que ficam mais pesadas com a chegada de um bebê. Elas dizem que ficam como que “*assassinadas*” de seu corpo.

A esse respeito (PACIORNIK, 1997, p.56) disse: “*por diversas razões não adotamos a episiotomia de rotina. Fica reservada para algum caso (raro) em que um períneo mais rígido atrase em demasia o nascimento de um feto, ou quando alguma causa ponha em risco sua saúde e nos obrigue a abreviar o parto*”.

Nos depoimentos das mulheres que passaram por este procedimento encontra-se razão para concordar com este ginecologista. Porque talvez para algumas seja

necessário, mas não para todas, e nem mesmo para as primíparas, como costuma se fazer até nos hospitais.

Diana puerpera de 30 anos, disse: “em meu primeiro filho minha irmã me levou ao posto, aí a enfermeira muito tranqüila estava cozinhando. 'ainda falta', ela me dizia e minha irmã lhe dizia: já não quiere caminhar tua paciente, já está para dar à luz, 'não, não, faltam ainda 10 minutos, 15 minutos, não sei quantos...' eu já não suportava mais, o bebê ia sair e minha irmã me disse, faz força, talvez vá nascer e no fim a enfermeira me disse, vamos!! Me levou à sala de parto e pedia para empurrar, 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', a senhora replicou, se o feto morre dentro da barriga, ainda dá para salvar a mãe. E aí senti um corte que me cortam, e meu filho nasceu já quase morto. Minha irmã me levantou para que saia a placenta e vi meu filho pequenino e magrinho... a costura demorou uma hora e logo depois da costura já estavam me mandando para casa (...) Com a parteira não precisas de cortes, o corte foi para a perna e são 13 pontos assim como uma 'C' . É como picar carne, e saía muito sangue, parecia que eu ia morrer (...). Quando fiquei grávida desse meu varão (mostra o segundo filho) se abriu a costura, e agora esta perna fica como inválida, sempre tenho dor... Por isso a partir de meu segundo filho já tive em minha casa... é melhor ficar em casa quando vais ter teu filho. Eu digo, em minha casa estou melhor, quando o técnico me perguntou onde vou ter meu filho falei, em minha casa, no posto não há nada, o seguro integral de saúde não funciona, é inútil... na minha casa a parteira está controlando quantos minutos falta para dar à luz, me oferece chás quentes de varias plantas, lá não é assim”.

Esther grávida de 28 anos, disse: “Não tenho coragem de ter no posto, tenho medo, medo que me deixem sozinha fechada e eu não possa caminhar, minha irmã foi ter filho no posto e diz que a deixaram sozinha e fechada, e só quando há sinais vão te ver. Ficas lá sozinha, depois só pensam em cortar tuas partes. Isso não é bom, é como matar-nos ou assassinar-nos; lá não é como aqui em casa, por isso tenho medo”.

Teresa grávida de 29 anos, também lembra os momentos difíceis porque passou quando teve seu primeiro filho, dois anos atrás. Decidiu dar à luz no serviço de saúde, onde o Técnico de Enfermagem realizou episiotomia com uma navalha. A mãe de Teresa revela que esta violência ficou até hoje marcada em sua vida.

Paola mãe de Teresa 47 anos disse: “A minha filha lhe fizeram esse corte, porque diz que conseguiam fazer com que saísse sua cabecinha, fiz o jovem técnico em enfermagem, lhe cortou com gilete (navalha) em seu primeiro filho. Depois de cortá-la lhe puseram injeção para a dor e infecção e assim não sarou (não suturaram). Em sua segunda filha se abriu outra vez, o que estava sarando se rasgou outra vez”.

Ao falar respeito ao tema com o pessoal de saúde, encontramos opiniões divididas. Alguns acham que a episiotomia não é necessária, e outros que sim; talvez essa técnica seja vista como “ajuda” ao nascimento rápido do bebê.

José de 30 anos, técnico de enfermagem, disse: “No caso de episiotomia eu não fez, não fiz por medo de cortar, porque sinceramente não sei, porque aí esta o clitóris. Eu acho que não é necessário; se vejo a vulva que é grande e está normal para que possa sair. Talvez em uma emergência eu acalmaria os nervos e faria. Nas aulas práticas, quando era estudante, não vi fazer episiotomias [...] quando as mulheres chegam para dar à luz e não colaboram empurrando nas contrações, lhes falo que vou cortá-las, só para lhes dar medo e para que ajudem. Porque elas não gostam que as cortem, escutam que é doloroso, pior do que a dor de quando vai nascer seu filho”

Claudia enfermeira de 28 anos disse: “Quando atendemos procuramos evitar rompimento dos tecidos, que não adormeça e colabore no parto. A paciente geralmente não quer que a cortem, porque para suturar fica feio e também por temor à infecção... eu acho que é necessário. Geralmente quando dilatam é fácil para que nasça o bebê, mas quando estão sofrendo demais e a cabecinha não sai então se corta...aqui não há um protocolo, mas creio que é por comodidade, para que já...(risadas) para que não tenha que ficar muito tempo por aqui, porque é um tempo de duas a quatro horas para ficar aqui, cuidando e ajudando”

Fela parteira de 42 anos disse: “Esse aumento (episiotomia) que fazem no hospital, eles o costuram, né? mas não acho que seja bom, acho que é uma coisa ruim, aí a mulher pode se esvaziar, pode lhe sair a tripa (intestino) e isso eu acho muito ruim, essa história de te cortarem a vagina. Aqui há mulheres que foram cortadas, né, elas estão doloridas, sentem que estão com secreção e depois que têm o llullo é difícil, não ficam bem. O parto não é uma doença, mas nos hospitais fazem (a episiotomia) quando é grande, que não vai poder nascer(...) Mas quando as mulheres dão à luz em casa isso não é necessário, mesmo que seja grande o bebê (...) Eu não vejo nada de bom quando dão à luz aí no posto, tem que beliscar a pele da mulher, aí dizem que é

para despertar ao bebê e dar força a mãe. Aí se maltrata à criatura (criança), fazem violência ao nosso ventre, ao nosso corpo. E outra coisa, ali também tem filhos deitadas – abertas, e isso não é conveniente. Deves estar sentada ou de cócoras bem tapadinha, porque não é para que estejam te olhando lá toda aberta (...) As mulheres que vão o posto vão quase obrigadas porque te dizem que se não vais, terás de pagar 50 soles, (aproximadamente 17 dólares) sim não tem dinheiro não te dão a certidão de nascimento...) No posto quando tens dor já te levam à sala de partos, aí não te dão nada, manuseiam, colocam a mão (exame). Acho ruim isso de colocar a mão para sentir a criatura à distância (...) Quando manuseiam às senhoras, às vezes fazem feridas. Assim fazem o doutores agora; e a mulher fica aberta mais do necessário. Ficam abertas lá e o frio entra pela vagina. Em casa é diferente a criatura nasce que é uma beleza, ainda que fiques pendurada na corda né; mas é normal, abres tuas pernas o quanto for necessário. Não é como lá (no posto) onde todo mundo está te olhando – três ou quatro pessoas, até mais, isso é muito ruim!”.

(DINIZ e CHACHAM, 2006, p.85) mencionam: “*Não há justificativa para a episiotomia de rotina: ela não traz benefícios à mãe nem ao bebê, aumenta a necessidade de sutura do períneo e o risco de complicações no sétimo dia pós-parto, trazendo dor e desconforto desnecessários”.*

Nesses casos seria necessário um atendimento positivo. Entendendo-se como positivo aquele que é mais conveniente para esse grupo populacional kukama kukamiria de San Regis e que seja oferecido por parte dos servidores de saúde, onde as mulheres devem ter informações a respeito dos seus direitos.

Serviço deficiente, tratamento inadequado e até os maltratos que recebem são os obstáculos mais comuns. Para ter mudanças positivas seriam necessários profissionais com vocação de serviço que desejassem trabalhar com populações rurais, oferecendo um bom serviço.

Pessoal de saúde sem experiência é sinônimo de desconfiança. Os profissionais que chegaram aqui, como a enfermeira, geralmente cumprem com os Serviços Rurais Médicos (SERUM) o que origina negligência no trato com as usuárias. A avaliação da população é que os *praticantes* ou serumistas oferecem um serviço de baixa qualidade ou que estão “aprendendo”.

Marcela grávida de 25 anos disse: “*No posto nos manuseiam, nos tocam tudo, não nos dizem o que está acontecendo na hora. Não é como as parteiras que sabem*

quando vais ter o filho, ou quando o nenê está passando da hora. As parteiras cuidam mais de nós que os que trabalham no posto. Aqui eu acho que o serviço é bom quando há doutores que cuidam bem da gente, e não ficam manuseando (fazendo exame) a cada momento. No Posto é muito incômodo. A maioria aqui fica na sua casa para ter o bebê. Ainda não se acostumaram a ter filhos no posto; quando temos em casa cuidamos das comidas e de outras coisas... no posto é tudo diferente”.

O serviço dentro do sistema oficial de saúde é monitorado pelas metas de cada mês. O programa de saúde materno-perinatal tem prioridade e urgência exigidas pelo Ministério de Saúde; mas o convencimento para conquistar maior demanda é difícil. Os serviços de saúde são oferecidos apenas com o propósito de registro, sem nenhum esforço para obter mais qualidade. As estratégias de educação, informação e comunicação nos procedimentos que realizam não estão de acordo com os códigos que as mulheres da região podem entender.

Quando conversamos com o pessoal de saúde, eles nos disseram que optaram por uma estratégia de promoção: que as mulheres ao dar à luz no estabelecimento, tivessem de graça benefícios como a impressão plantar para o registro de nascimento ou certidão de nascimento. Mas aparentemente não tinham tido resultados, pois a maioria não procura o estabelecimento. Isso acaba tendo um custo; pois muitas famílias não têm possibilidades econômicas, e como preferem não passar pelo Posto de Saúde no momento do parto, há crianças que ainda não foram registradas e não contam com o certidão de nascimento.

Claudia, enfermeira de 28 anos, disse: *“Aqui você diz às senhoras que venham a suas consultas, e sempre pergunto por que vão ao Centro de Saúde? se vão ter seu filho com elas, então não venham às suas consultas, eu digo a elas; mas em forma de brincadeira... Outras das coisas que dizemos, mas não é verdade, é que há um convênio com o Município: todo certificado de nascimento vai ter um custo quando dão à luz em sua casa; e quando vão registrar o bebê terão de pagar uma multa. Se têm o filho no posto não farão pagamento algum. Isso é uma forma também para que algumas venham a ter seu filho aqui, e se faça entrega do documento, com os dados do bebê válidos por 28 dias, para que possam registrar e ter certidão de nascimento... É uma estratégia para que elas venham ao estabelecimento. Isso nos favorece, porque aqui no posto nos avaliam com base na produção”*

Segundo o INEI (*Censos Nacionales de Poblacion y Vivienda 2007*), na zona rural do departamento de Loreto, 48.6% das crianças menores de três anos não têm certidão de nascimento. Se esta estratégia de “promoção” para aumentar a demanda de partos no estabelecimento continuar, esse número pode até crescer. Portanto, justifica-se a promoção de mudanças de outra índole, que favoreçam os direitos destas populações.

Durante o momento do parto as mulheres querem optar por uma posição mais cômoda (cócoras), mas isso não é permitido; no estabelecimento a posição imposta é deitada na cama de parto. Para as mulheres isso é um incômodo, porque como **Sara puerpera de 30 anos, disse:** “*é como se o bebê subisse à nossa garganta, e não sentimos que sai*”.

Concordando com (PACIORNIK, 1997, p.20) que considera que “*A posição de cócoras é a que proporciona maior alívio nas síndromes cianosantes de falta de ar. A melhora se deve à expressão vascular que a posição de cócoras determina nos membros inferiores, expulsando grande quantidade de sangue para as partes altas do organismo*”

Este autor considera também que os partos das mulheres indígenas são muito superiores aos dos ocidentais, porque fisiologicamente mais adequados, sugerindo que o parto de cócoras seria mais natural. Ao contrário das mulheres modernas, que teriam se distanciado de processos biofisiológicos em função de um processo civilizador, as mulheres indígenas estariam aptas a parir mais adequadamente em função dos usos do seu próprio corpo.

Claudia, de 28 anos, enfermeira, disse: “*Não encontrei isso aqui (posição parto de cócoras) mas nos cursos falaram que há mulheres que desejam dar à luz de cócoras. Mas aqui não dá, sempre é na cama e não há nenhum protesto. Talvez seja uma coisa que nós tenhamos deixado de lado. Não ficamos perguntando à paciente se realmente quer dar à luz ali ou não, porque preferimos o que nos facilita o trabalho. Mas não sabemos do elas gostam realmente, porque há mulheres que dão à luz sentadas, deitadas, no chão; porque tem medo da cama, pensam que vão cair. Isso foi o que também nos falaram no curso da DISA (Direção Regional de Saúde), mas aqui não ficamos perguntando às mulheres quando chegam para dar à luz, se estão bem assim ou não*”.

Na interpretação das mulheres, a idéia de dar à luz deitadas é algo que não ajuda no parto; pelo contrário, é uma atitude de abdicação da autoconfiança. Além disso, para

elas significa uma condenação a sofrer passivamente a violência do parto, dificultando a expulsão do feto e da placenta, e prolongando a dor. Da parte dos servidores da saúde, ainda falta entender a importância do parto de cócoras. Há um esforço da central de saúde para capacitar o pessoal, mas esse ainda é muito fraco. E não há sensibilização sobre o respeito ao direito das mulheres às escolhas.

José de 30 anos enfermeiro técnico disse: “Quando elas dão à luz aqui (posto de saúde) a norma é que todas devem dar na cama de parto, porque eu não tive a oportunidade de atender com a mulher de joelhos ou de cócoras, agarrada ou parada. Às vezes, algumas pedem que ajudemos a empurrar; isso de empurrar creio que não pode fazer mal ao bebê, porque se empurra de forma que ajude a descer. Porque muitas mulheres se debilitam e não têm muita força. Tampouco é empurrar por empurrar; não é, como pensariam, que estamos empurrando o intestino ou algo”

Manobras obsoletas (Kristeller)⁵⁰ como a mencionada pelo técnico, são adotadas com frequência apesar de serem muito arriscadas para a mãe e filho. É claro que as mulheres não precisam desta técnica quando o parto transcorre naturalmente e adotando uma posição adequada. Os relatos das mulheres que tiveram seus filhos em casa corroboram isso.

No atendimento do parto, nota-se a falta de comodidade e privacidade; além de que o cômodo chamado “sala de parto” é pequeno, e lá tem de estar praticantes, enfermeira e técnico de saúde. Mas não permitem que entre a parteira e só algumas vezes permitem algum familiar da paciente.

Fela parteira de 42 anos, disse: “Não permitem que a gente entre, ficam bravos, uma vez fui e perguntaram: o que a senhora quer? Eu sou a parteira, falei. Não respondeu, aí fiquei parada. Ralham com a gente, não deixam entrar, não sei porque”.

O desejo das parturientes é estarem acompanhadas no momento do parto por algum familiar, porque, como elas dizem, temos “mais coragem”. Por outro lado, não gostam de ser rodeadas por muitas pessoas estranhas. O ideal é que só esteja ali a pessoa que presta o atendimento.

Existe um duplo discurso a respeito disso. Quando conversei com a enfermeira esta disse que era permitido que entrasse alguém da família da parturiente. Mas na prática isso nem sempre acontece. Quando tive a oportunidade de acompanhar um parto

⁵⁰ Força que se imprime sobre o fundo uterino, utilizada durante as contrações no período expulsivo.

no posto, foi permitida a entrada da mãe e também da parteira. Também se permitiu em alguns momentos que a paciente assumisse a posição que desejava.

Quando as mulheres dão à luz em suas casa, não são visitadas; para fazer o curativo no umbigo têm que ir até o estabelecimento ou utilizar alguma resina de árvore. Se têm recursos econômicos, compram iodo ou álcool.

As crenças e costumes que ainda mantém a comunidade não são relevantes para os servidores de saúde. Ao contrário, pensam que são coisas do passado e existe pouco interesse pelos conhecimentos tradicionais da população. Esse é o caso, por exemplo, dos cuidados pós-parto que as mulheres realizam na sua casa, e do que pensam deles os servidores.

José de 30 anos enfermeiro técnico disse: “Depois de dar a luz aqui não há cuidados especiais. A puérpera recebe orientações de quando vir e das consultas da criança. Ela pode voltar para sua casa e seus afazeres; eu creio que aqui já não persistem as costumes de dar à luz... a kutipa aqui não existe, eu acho, o pessoal aqui está mais 'civilizado”.

Claudia de 28 anos enfermeira disse: “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”.

Há um desrespeito às crenças da população. Seria importante que o pessoal de saúde as reconhecesse, e estivesse aberto a apreender, respeitar, compreender e eliminar a visão de superioridade, quebrando a postura científica.

Em (LANGDON, 2005, p.130) a autora diz que o profissional de saúde deve ter uma postura de ouvir, que permita ao paciente falar sobre sua experiência, expressando em suas palavras o que está acontecendo. Esta postura deve incluir por parte dos profissionais a consciência de que as intervenções médicas acontecem num contexto marcado por relações de poder. E isso acontece, principalmente, quando se trata do atendimento a membros de um grupo minoritário. Desse modo a escuta deve ser com uma real abertura, no sentido da disposição para “ouvir e aprender através do que o outro está comunicando, numa tentativa de construir uma atenção diferenciada que respeite os acontecimentos e práticas de saúde do grupo indígena”

5.7.2 QUANDO SE PROCURAM OS SERVIÇOS DE SAÚDE. E OS DIREITOS DAS USUÁRIAS, ONDE FICAM?

Os relatos dos seguintes casos mostram a forma pela qual se desenvolvem os atendimentos dos partos no estabelecimento de saúde, experiência pela qual passaram Marcela e Branca. Temos também o depoimento do marido de Marcela.

Primeiro caso, de Marcela, de 25 anos : *“Marcela chega ao Posto acompanhada pelo seu marido às cinco da manhã. Realiza exame, lhe colocam uma bata; indicam que está com dois dedos de dilatação, começando o trabalho de parto. Isso significa que têm que ficar no estabelecimento de saúde.*

Recebe indicações de caminhar, como exercício para avançar a dilatação. Será examinada de hora em hora, para verificar este avanço. Ao meio-dia, está com três dedos de dilatação, de acordo ao exame realizado pelo Técnico de Enfermagem. Este diz a seu colega que dará chance ao parto normal até as 14h; caso contrário, terá que “induzir” (aplicar uma solução de 5% de dextrose, mais duas injeções de oxitocina).E assim aconteceu. Não se deu explicação alguma à paciente. Ela começou a ter fortes dores, mas a dilatação não tinha resultados. Às 17 horas foi aplicada uma injeção de oxitocina intramuscular. Marcela estava muito cansada e tinha fortes dores.

Às 22 horas decidiram que tinham de passar para a sala de partos. Fizeram manobras de Kristeller e pediram à paciente que empurrasse quando sentisse dor, para que seu bebê nascesse. Marcela está tão cansada que adormece por alguns momentos; seus familiares estão bravos. O marido pede ao técnico que deixe a parteira entrar, mas este recusa o pedido.

Às 23 horas o marido chama a parteira. Os responsáveis do posto deixaram Marcela sozinha, dizendo: se vocês confiam mais na parteira então fiquem com ela. A parteira examina Marcela. Coloca a mão na sua cabeça e diz ainda não é hora de ter o bebê. Explica que esses dores que teve durante o dia eram porque estava “passada de frio”. Decidem que têm de voltar para casa. Marcela ainda continua com o frasco de soro; o técnico, ouvindo que ela vai para casa, o retira.

Em casa, sua sogra começa a preparar-lhe uma fervura de folhas de diversas plantas (laranja, toranja, malva, pinhão-roxo, cidra); para fazer “ligadura”. Marcela estava com edema, e referia dor em suas partes genitais; e também na perna, onde lhe

deram uma injeção, com a “ligadura”. Marcela começou a se sentir melhor, deixou de ter contrações, e adormeceu. No dia seguinte, tinha dor na barriga quando era tocada, e dificuldade para caminhar. Ficou deitada na rede, dizia que não podia nem ir ao banheiro; seu marido, mãe e sogra cuidavam dela, sua filha pequena ficou todo o dia ao seu lado.

Embora a casa de Marcela fique a dez minutos do posto, os responsáveis de saúde não a visitam em nenhum momento.

Passados três dias (na quarta tarde) Marcela começou a ter contrações. Chamaram a parteira, e esta disse que agora sim o bebê ia nascer. Preparou chá de folha de algodão e ofereceu à parturiente. Disse que ela não podia caminhar muito, pelo estado em que estava. Perguntada se algum sinal (muco) desce pelas suas partes genitais. Marcela tomou mais uma ou outra xícara de chá. Os minutos se passam, e ela sente que já não agüenta a dor. Nesse momento a parteira a ajuda a ir até o cômodo onde nasce o bebê.

O bebê nasceu com líquido amniótico esverdeado, deprimido (sem chorar). A parteira está atenta ao aparecimento da placenta. A madrinha corta o umbigo. A parteira limpa o umbigo com álcool, veste o bebê e o mostra à sua mãe. Examina a placenta e a coloca num recipiente, para que seja enterrada pelo marido. A parteira faz a higiene de Marcela, e a deixa descansando com seu bebê. Chega a sogra com sopa de galinha.

No dia seguinte a mãe de Marcela leva o bebê ao Posto de Saúde, onde só fizeram o curativo do umbigo. As vacinas ficaram faltando”.

Depoimento de Andrés sobre o atendimento que Marcela recebeu no Posto de Saúde:

“Ela começou às cinco da manhã. Quando despertou, saiu um muco pelas suas partes e por isso fomos ao posto, porque lá tem Seguro Integral. Quando vi o muco pensei que já ia nascer meu filho; no posto me diziam que já ia nascer, já ia, e nada de nascer.

“Eu chamei a parteira para que fosse ver minha mulher no posto. Aí ela nos disse que aquilo era frio e não era a hora. Então aí, novamente, tive que levá-la para casa. Chegando em casa minha mãe a 'ligou' com folhas de algodão, banana madura, folha de toranja, e tudo isso. Com isso adormeceu, ficou calma e a dor da barriga

passou; aqui quando uma mulher vai ter seu filho, costuma-se primeiro ligá-la. Quando minha primeira filha nasceu fizemos assim e foi tudo normal.

“Com este bebê, minha mulher foi aos seus CPN no Posto de Saúde e lhe diziam que estava bem, mas eu não confiava neles, né, porque aqui nós temos parteiras que sabem e 'soban' (costume que têm, para acomodar o bebê durante os meses em que avança a gestação). Minha mulher confia mais nelas e não muito nos médicos, né. Quando a parteira soba, já nos diz se o bebê está direito ou se está atravessado. Os médicos não nos dizem nada. Creio que só se encarregam quando vai nascer, e nada mais.

“A parteira soba a barriga com mentol para que o bebê possa estar 'direito'. No posto, nada, lá é só é injeção e com isso o bebê não fica bem. A parteira quando atende um parto, soba bonito, e quando chega o momento aa mulher fazer força, o bebê já está fora. Antes do bebê nascer a parteira oferece algum chá quente de alguma planta que temos aqui, ou leite, café, para que o bebê tenha força. As bebidas quentes fazem bem porque o frio sai, e o bebê nasce mais rápido. Também se costuma dar chá de folha de algodão, erva cidreira, malva.

“Aqui no posto nem sempre o atendimento é bom. Com minha mulher todos ficaram bravos, foram dormir e nos deixaram sozinhos. Por isso também tínhamos que voltar para nossa casa. Isso é muito ruim, porque eles não tem paciência. Muitas vezes as mulheres sofrem dois dias e duas noites, e é preciso ter paciência. Com minha mulher brigaram: esta senhora não quer fazer força... vamos deixá-la né. Falavam, já estou cansado, falavam e saíam. Assim nos deixaram sozinhos.

“Aí eles diziam à minha mulher que ela não fazia força. Ela fazia muita força, só que não era a hora; eles diziam, já vai nascer, mas meu filho ainda estava longe dentro da sua barriga. Aí a parteira falou: ainda não é hora, tem que ir para casa.

“No posto já não havia ninguém, porque foram todos dormir. Nós ficamos sozinhos e eu estava muito preocupado. Quando estávamos indo para casa, saíram e perguntaram: quem é ela? (a parteira), e eu respondi, é a parteira e o que diz ela? perguntou o técnico(...) Diz que ainda falta, que não é hora do parto, eu respondi. E eles disseram: bom, se vocês confiam mais nela, confiem. E a praticante diz: nos salvam de um compromisso mais.

“Aqui a gente pode escolher o posto quando são bons trabalhadores, boas pessoas, que tratam a gente bem. Mas quando são intratáveis não dá pra ir, aí é melhor

procurar a parteira. Nesse posto são intratáveis, nos obrigam a fazer coisa, ralham com a gente. Eu acho que a parteira sabe mais que eles (prestadores de saúde).

“Chegou um momento que o pessoal do Posto de Saúde disse: 'já esta passando a hora, melhor levá-la a Nauta (Centro de Saúde), já são três horas que estamos lutando aqui! desde que se deitou na cama'. Aí eu disse que não iam levar minha mulher a Nauta; em Nauta, se tiver que fazer uma cesárea, é preciso pagar, e pior, lá nos ignoram, discriminam, o seguro só dá umas tantas coisas e depois tudo é pago; e quando não há dinheiro não se pode levar à cidade; por isso eu confiava mais na parteira e foi melhor ir para casa.

“Quando falam para as mulheres grávidas que vão ter seu filho e não pode ser aqui, querem levá-las a Nauta. Elas tem medo porque lá são cortadas. Fazem a tal de cesárea e isso não é bom, porque não é a mesma coisa. Ficam sempre com dores, não trabalham do mesmo jeito, e quando não temos dinheiro é pior ainda.

“Eu me sentia triste porque ninguém quer perder um filho ou a mulher. Aí eles diziam, tua mulher vai morrer, já está passando o tempo, teu filho vai morrer também. Mas eu dizia, como vai morrer, se eu palpava a barriga dela e estava vivo, como vai morrer? e eu... não... (ele fica calado e triste). No posto colocarem injeção e soro e também colocaram na perna, nem sei que injeção colocaram. Eles não dizem nada, e eu nem perguntei porque estava em outra (...) estava preocupado, por isso já nem perguntei.

“Agora não senhorita, daqui por diante aqui em minha casa vou fazer o impossível para que ela tenha filho aqui mesmo. Ao posto só vamos quando tivermos que registrá-lo, porque não confio mais no posto, senhorita. Lá não temos nenhum auxílio, todos ficam bravos e nos deixam sozinhos”.

Segundo caso, de Branca, de 18 anos: *“Branca, de 18 anos, vai ter seu primeiro filho, Chega ao Posto de Saúde às sete da manhã, é atendida pelo técnico de enfermagem. No exame este ordenou que ela ficasse ali, porque estava começando o trabalho de parto. Mandou que ela caminhasse para ajudar o avanço da dilatação; ela era examinada a cada duas horas.*

“Às 13 horas, quando o pessoal vai almoçar, Blanca fica sozinha no estabelecimento. Retomam o trabalho às 15h30. Neste turno nem sempre há pacientes e o pessoal realiza práticas de futebol ou vôlei com alguns integrantes da comunidade.

“Às 16 horas, Blanca é examinada, o relatório diz que 'já está com oito dedos de dilatação'; às 18 horas, depois de outro exame, que a dilatação já estava 'quase completa', e que deveria passar à sala de partos. O pessoal lhe diz que deve colocar a bata, e ao mesmo tempo arruma a sala de partos colocando: luvas, álcool, gaze, lâmpada - o Posto também dispõe de um painel solar.

“Num primeiro momento o técnico pediu que eu atendesse o parto. Recusei o pedido, e me ofereci, isso sim, para ajudá-lo no atendimento ao bebê, já que ele encontrava-se sozinho (a enfermeira e os dois técnicos ainda não tinham chegado). Ficou claro para mim que, neste caso, não havia responsabilidade ou compromisso, nem com a paciente nem com o pessoal que estava sozinho e sabendo que precisava de ajuda.

“Já na sala de partos, deitada na cama, a ordem foi que a cada contração a parturiente fizesse força. Isso começou às 18h30. Fiz entrar a mãe dela. O tempo passava e nada do bebê avançar. Blanca pediu para descer e caminhar. Por alguns momentos, optou pela posição de cócoras no chão. Isso foi permitido por alguns minutos, mas e logo lhe pediram para que subisse novamente.

Já eram 20h. A mãe de Blanca disse para o técnico que chamaria a parteira, para que oferecesse um chá quente para Blanca. Mas isso não foi permitido pelo técnico. Ele diz que o chá não ajuda. Pelo contrário, 'vai evacuar e contaminar o ambiente e é um risco para o bebê'. O pessoal estava ficando irritado porque segundo ele, Blanca não colaborava.

“Às 21 horas, Blanca continuava deitada na cama. Estava cansada. Seu parceiro, de 19 anos, não queria, dizendo que estava nervoso. Blanca pede para que entre seu pai entre e suba na cama para que ela possa agarrá-lo e fazer força. Depois de várias tentativas, recebeu uma injeção de Oxitocina IM, mas não houve resultado.

“Às 21h30 chega uma comissão de supervisão do Centro de Referência do Centro de Saúde de Nauta, integrada por um enfermeiro e outras pessoas. Vendo que Blanca leva muito tempo para dar à luz, solicito ao colega que atenda o parto. Ele perguntou se administraram oxitocina. Quantas doses? E a que hora? Indica a aplicação de mais uma, e pede ao técnico que realize Kristeller a cada contração. Blanca está muito cansada e por momentos adormece. Pedem-lhe que “empurre” para que o bebê possa sair .

“Em seguida o enfermeiro pede um conjunto de pinças e tesoura, para fazer episiotomia. Mas nem Blanca nem seus pais recebem explicação sobre o procedimento. Passados uns minutos nasce o bebê, com Apgar 7⁵¹.

“A sutura é com fio absorvível, o anestésico é insuficiente, Blanca está com muita dor, mas não se dá importância alguma ao conforto da paciente. O pessoal que atende é indiferente, em nenhum momento conversa com a paciente. Só se fala com ela para dizer-lhe: você tem que colaborar, ajude a tirar o bebê, não pode dormir porque senão teu filho vai morrer.

“O bebê é atendido pela enfermeira, que lhe faz algumas massagens nas costas, coloca gentamicina oftálmica - uma gota em cada olho – lhe dá uma injeção de Konakion, faz curativo do umbigo com álcool, coloca roupas, pesa e mede. Depois fica esperando a saída da mãe da sala de partos (o parto acabou às 22h30).

“Não há um acompanhamento do pós-parto imediato: não se vê se ela está sangrando, não se favorece uma relação imediata mãe-filho. Em caso de alguma necessidade, o familiar tem que procurar o pessoal em sua casa.

“Depois que o parto acaba, os familiares ficam encarregados de dar conforto à paciente (higiene, trocar de roupa, arrumar a cama). Também são os familiares que devem fazer a limpeza da sala de partos, levar a roupa, lenços, jardineiras, para serem lavados pelos familiares.

“Quanto à placenta, foi o pai de Blanca que a levou para ser enterrada; tem que ter um tratamento especial, já que é considerada a que oferece alimento ao bebê no ventre da mãe.

“Não foram dadas orientações sobre cuidados e/ou alimentação para a mãe e para o bebê. Só pediram que trouxesse ao bebê diariamente para o curativo do umbigo, e aos oito dias, para receber as vacinas de pólio, hepatite e BCG. Blanca sai do hospital acompanhada de seu marido e da mãe. Já na sua casa, fica oito dias de cama. Faz higiene com água quente. Passados oito dias, a mãe de Blanca prepara um chá com diversas folhas de plantas, para que ela tome banho.

“Com o recém-nascido é a mesma coisa, aos oito dias é banhado com infusão de folhas de plantas, que lhe darão força e o protegerão dos maus espíritos. Até então, só recebe banho de esponja”.

⁵¹ Sistema de avaliação dos recém nascidos, usando critérios respiratórios, circulatórios e neurológicos numa escala de zero a dez.

Foto16: Parto no posto de saúde (episiotomia) San Regis, rio Marañón, 2008.



Foto17: Nascimento do bebê, posto de saúde. San Regis, rio Marañón, 2008.



Foto18: Episiorrafia, posto de saúde. San Regis, rio Marañón, 2008.



Foto19: Assistência do recém nacido. Posto de saúde. San Regis, rio Marañón, 2008.



Foto20: Paciente pós-parto imediato. Posto de saúde. San Regis, rio Marañón, 2008.



Em meados da década de 80, a Organização Pan-Americana de Saúde e os escritórios regionais da Europa e Américas da Organização Mundial da Saúde realizaram uma conferência sobre a tecnologia apropriada para o atendimento ao parto e ao nascimento, chamando a atenção para as dimensões sociais e emocionais no cuidado perinatal, e recomendando a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto. Também desaconselharam firmemente a posição deitada no trabalho de parto, o delivramento enemas, as raspagens e a amniotomia (DINIZ, 1996).

Mas na atualidade, como se viu aqui, a indução do parto com ocitócitos e a episiotomia continuam sendo utilizados, sem medir os riscos que implicam para o feto e mãe. Para os servidores de saúde, aplicam estes procedimentos obsoletos, como técnica de “ajuda” para facilitar o parto que é sinônimo de bom atendimento.

Fica claro então que os maltratos, abusos e desencontros limitam cada vez mais as possibilidades de aproximação das usuárias com os serviços de saúde. O respeito às mulheres e aos saberes da sua cultura, é importante para que elas se sintam bem.

Elva puerpera de 42 anos, disse: “É importante ser tratada com respeito, porque somos pessoas, né? Devemos ser bem cuidadas, para que a gente se sinta bem,

para não ficar mal, para continuar os cuidados que temos, e que são sabedorias dos tempos antigos”.

Sara puerpera de 30 anos disse: “É importante cumprir com os cuidados para que nem a mãe nem o llullo fiquem doentes, né. Porque é bom cuidar de nossa saúde, precisamos ter bom atendimento, para termos confiança, sem vergonha de nada né? e que tenham consideração, porque quando vamos ao Posto, procuramos algo bom, e que nos tratem bem, que nos atendam bem”.

O tema da violação dos direitos humanos na saúde reprodutiva e nos estabelecimentos de saúde, se aprofundou na década de 90. Aconteceram as maiores violências sofridas nos serviços de saúde no Peru, quando as mulheres eram humilhadas, maltratadas, tratadas com indiferença.

Realizaram-se laqueaduras sem o consentimento informado, e as mais violentadas foram as mulheres rurais indígenas. Nesta época muitas perderam a vida, em cirurgias realizadas em condições desfavoráveis. O instrumental (tesouras, pinças, gases) muitas vezes ficava no abdômen, ou a ferida se infectava. Também se acrescentaram os problemas de violência familiar, porque as mulheres eram levadas com enganos para fazer esterilização quando o marido estava ausente, ao voltar encontrava a sua mulher com efeitos da anestesia.

Argumentos similares expressando o desleixo dos serviços obstétricos no sistema formal de saúde já foram documentados em outras culturas como, por exemplo, os Ashaninkas e Nomatsiguengas, Shipibos do Peru.

Se as gestantes correm riscos como os já mencionados em todo a descrição desta pesquisa durante o parto acompanhadas pela parteira, tais riscos não são maiores do que aqueles que as grávidas correm nos partos assistidos por provedores de saúde.

No entanto, os partos acompanhados por parteiras produzem diminuição da ansiedade, da pressa, da angústia, do medo e de todas as intervenções médicas.

Deve entender-se que a gravidez e o parto não são doenças e não devem ser tratadas como tais. Apenas em uma baixa porcentagem de mulheres, são necessários tratamentos para patologias específicas nestas duas etapas. É importante, portanto, optar por uma desmedicalização e por procedimentos desnecessários na gravidez e no parto, com profissionais da saúde humanizados.

Moysés Paciornik, citado por (HOOSHMAND, 2004, p. 46) assinala: (...) *a maioria dos partos em zonas rurais não são procedidos daquelas lamúrias a que*

geralmente se assiste nos hospitais. A causa disso é o anestésico usado pelas parteiras: o pente. A parteira fica penteando a mulher, fica conversando, fica rezando, e a mulher se sente confortável e aceita o trabalho de parto com uma circunstância normal e natural.

Pela importância da Saúde Pública, os profissionais de saúde devem mudar suas técnicas de aproximação com os pacientes, e oferecer um melhor serviço no que se refere à gravidez, parto e pós-parto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar algumas ações no contexto social, o que pode ajudar na formulação de políticas para oferecer melhores serviços de saúde, articulados culturalmente, e com respeito ao saber popular.

Os saberes vinculados às visões do mundo estão na interpretação sociocultural de uma cultura, que inclui as pessoas, a sociedade, a vida e a morte, o território, as relações entre os seres vivos, assim como as formas de interpretação y narração do mundo. Tradições e valores definem as práticas sociais, como também os significados fundamentais e formas como estão constituídas.

A primeira menstruação a mulher era até uns anos atrás e na atualidade com menor freqüência a celebridade maior. Afastada cuida de seu corpo, come dieta especial baseada em peixe e aprende alguma atividade, o que é considerado exercício de suas funções reprodutivas e produtivas.

O cuidado com a saúde é uma área importante, nas quais são praticados e transmitidos saberes próprios. É importante entender como a saúde e doença são interpretadas em seus próprios termos; sem isso será difícil entender as razões de aceitação ou rejeição da medicina ocidental. As plantas medicinais fazem parte de uma visão que inclui o corpo, a saúde e a doença. *“Toda planta tem vida, tem mãe, tem espírito e tem mente; por isso nos transmite seu dom para a cura das pessoas que precisam”* (PANDURO, 2004, p. 262). A integração dos saberes com o mundo está ligada ao conhecimento das doenças, suas causas e plantas que devem ser utilizadas no seu tratamento.

Assim também a etnografia permitiu conhecer os saberes e práticas de autocuidado da mulher, suas tradições e mitos, enquanto conhecimentos elaborados a partir de seu meio-ambiente simbólico. O uso das plantas medicinais para melhorar as moléstias ou ajudar a ter um melhor estado de saúde durante a gravidez, parto e pós-parto e os cuidados imediatos do recém nascido, são saberes praticados no dia-a-dia.

Nas praticas anticoncepcionais de planejamento familiar, as mulheres continuam usando uma variedade de ervas e plantas. As mulheres mais velhas e as mulheres novas, ainda continuam utilizando ervas e plantas para evitar a gravidez.

Existe uma demanda insatisfeita dos métodos modernos, pela falta de informação sobre o funcionamento no corpo, efeitos colaterais. Encontramos mulheres que engravidaram quando faziam planejamento familiar com a pílula.

Os servidores de saúde manifestam que as mulheres “não aproveitam” os serviços de planejamento familiar, pela ignorância, por temor, pela mala experiência que alguma mulher passou com algum método anticoncepcional e foi contada a outras mulheres.

A presença da parteira e parteiro tradicional continua sendo muito importante em populações afastadas, inclusive onde já há um estabelecimento de saúde. As mulheres grávidas consideram que essas pessoas ajudam a dar vida de forma segura, confiante e respeitosa; ainda que não tenham um reconhecimento pelo sistema de saúde oficial, nem propostas de capacitação dirigidas a elas. O cuidado e respeito implica também um vínculo emocional e afetivo entre ambas as partes: parturiente e parteira.

Os servidores de saúde atribuem causas de alguma complicação durante a gravidez parto e pós-parto, como por exemplo, cordão circular, quando acodem as parteiras, considerando-as de “descuidadas”.

As mulheres preferem ser atendidas pelas parteiras e parteiros tradicionais, pelo respeito a seus tempos individuais. Elas as acompanham desde o início de sua gravidez até o pós-parto, utilizando estratégias medicinais que favorecem a saúde mãe e filho. As mulheres valorizam as parteiras não apenas porque são da mesma comunidade, mas também porque têm uma preocupação que tudo tenha sucesso, e não com um tempo marcado pelo relógio.

Experiências como as de México⁵² onde a participação das parteiras tradicionais também é muito importante, reportam estadísticas de até um 100% dos partos que são atendidas pelas parteiras em comunidades com maior população indígena.

Para as populações indígenas a compreensão dos fenômenos frio-calor forma parte da experiência e da significação do processo de parto em casa, e está ligada à condição de respeito ao ritmo da natureza, sob uma perspectiva humanizada, que privilegia a mulher como centro do cuidado. Dessa perspectiva fazem parte atenções como fazer companhia, ficar perto, esperar com paciência, ou oferecer um chá que é necessário para o desenvolvimento do processo do parto.

⁵² Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México, 2005

A distância cultural entre a visão médica e as visões tradicionais gera sentimentos de desconfiança para as usuárias. Ao procurar o estabelecimento de saúde são as missões tradicionais aceitas apenas de forma limitada, porque os servidores ainda utilizam técnicas e/ou procedimentos como o toque vaginal repetido ou a episiotomia, que são interpretados como violentas para seu corpo. É como se fossem “assassinadas” conforme termo utilizado por elas. As mulheres se ressentem com a falta de cuidados e de posições que favoreçam ao parto, e com o desrespeito às suas tradições e crenças. Sentem falta dos cuidados afetuosos que não encontram nos serviços de saúde nem nos servidores.

Entre as demandas das usuárias estão o respeito e o bom atendimento, assim como a demanda de profissionais com experiência, comprometidos a prestar um bom serviço.

Os novos profissionais desconhecem o saber da comunidade, chegando a desrespeitar suas tradições. Temos que ter em conta que o saber da comunidade é um saber diferente, e tão importante como qualquer outro saber. Os valores culturais não devem ser hierarquizados, porque isso limita o diálogo intercultural. Por isso é preciso ter em conta o conflito entre os saberes tradicionais e a medicina ocidental, onde por um lado não se dá importância aos saberes tradicionais indígenas, e por outro se insiste em práticas, ditas modernas que podem ser negativas para a saúde e o bem-estar como a já mencionada episiotomia.

Em poucas oportunidades os servidores de saúde, identificam tradições culturais da população, mas eles ao referir-se dizem que são coisas do passado, por que já a população está mais “civilizada”.

É necessária a sensibilização a respeito dos direitos humanos por parte dos servidores de saúde, e também um melhor desenvolvimento intercultural e de qualidade para as comunidades rurais nos serviços de saúde. Devem-se encontrar novos caminhos entre a medicina moderna e a medicina tradicional, em busca de um trabalho mais equitativo e menos ameaçador para as populações rurais.

Tal como diz Terezita Antazú⁵³ “*precisamos conhecer bem a cultura dominante, para poder conhecer práticas e conhecimentos com nossas próprias culturas e escolher quais queremos aplicá-las em nossas vidas, nossa família e nossas comunidades*”. Quando nos referimos à interculturalidade, estamos procurando os temas de tolerância,

⁵³ *Salud Reproductiva en la Amazonía: Ponencia presentada en el Foro Nacional sobre salud reproductiva en la Amazonía: perspectivas desde la cultura el genero y la comunicación* Iquitos, 2002

respeito e capacidade de diálogo. Ou seja, uma atitude de “mudança” a partir da própria identidade. É importante reconhecer a capacidade de construir alianças entre profissionais de saúde, especialistas tradicionais de saúde e comunidade em geral para a concretização das soluções dos problemas, com uma atitude construtiva e contínua na prática diária, cotidiana, para construir algo melhor.

Evidentemente, da perspectiva dos direitos à saúde, as mulheres têm o direito de serem tratadas com respeito, sem discriminação, mas isso requer de medidas programáticas elementares dentro das políticas de saúde.

Na prática, é importante mencionar que as mulheres se dão conta de que os serviços são inadequados, sendo necessária uma avaliação conjunta entre servidores de saúde e comunidade para estabelecer as prioridades.

Nesta pesquisa não tivemos informação sobre mortes maternas, porém assumimos que são subregistradas, já que continuam engrossando as estatísticas, sobretudo nas zonas rurais, onde não há um registro diferenciado entre população rural e urbana, e onde as populações indígenas moram em zonas rurais mais distantes, onde se dá pouca importância à vida da mulher rural e indígena.

É necessário começar a *ikarar* aos *kutipados* e criar espaços para o bem-estar das mulheres, com equidade e respeito a seus direitos sexuais e reprodutivos.

7. RECOMENDAÇÕES:

- Implementar dentro da temática de formação nas Universidades e Centros de Formação em Saúde temas de interculturalidade. O problema maior é a escassa formação que recebem os profissionais sobre como atender pessoas e comunidades com culturas diferentes, já que na atualidade a atenção está centrada no aspecto assistencial/ocidental.
- É importante que os profissionais de saúde prestem um atendimento mais humanizado, sem discriminação, de acordo com as demandas e necessidades da população, respeitando sua cultura e saberes.
- Favorecer uma adequação intercultural e intergeracional nos serviços. Os servidores de saúde devem consultar as mulheres sobre a sua preferência de posição para dar à luz. Já existe um esforço nesse sentido de parte da Direção Regional de Saúde da Região Loreto, oferecendo as capacitações. Agora deve-se aplicar essa orientação na prática.
- Implementar adequadamente uma sala de partos organizada de acordo as necessidades da mulheres; isto é, um ambiente cálido, com possibilidade de acompanhamento pelos familiares, onde a parturiente não esteja exposta aos olhares de todos, e onde lhe seja permitida a ingestão de seus chás.
- Programar reuniões de capacitação para os servidores de saúde com temas sobre interculturalidade, tradições e crenças da população rural indígena. Isto favorecerá a sensibilização, reconhecimento e aceitação das diferentes normas apropriadas que essa população tem, como a “sobada”, o uso de plantas e ervas medicinais, os cuidados na alimentação e outros; o que possibilitará a aproximação entre a medicina tradicional e oficial.
- As usuárias e usuários devem ser atendidos sem condicionamentos ou “ameaças”, como acontece no caso de entrega de certidão do nascimento do recém-nascido – política que acrescenta os índices de crianças sem direito ao documento de identificação.
- A Direção Regional de Saúde deve fortalecer o trabalho e capacitações de profissionais, a implementação dos serviços e a melhor infra-estrutura, além de assegurar um maior tempo de permanência dos profissionais nos serviços rurais,

uma vez que sua alta rotatividade dificulta o vínculo e a continuidade do trabalho.

- Deve-se organizar uma equipe que misture profissionais com experiência e profissionais jovens, para que a população tenha mais confiança no atendimento. Não se deve considerar como “aprendizes” os profissionais que realizam os Serviços Rurais Médicos, apesar de ser o maior número de profissionais que oferecem serviço nas zonas rurais.
- O Ministério de Saúde deve reconhecer a importância do trabalho das/dos parteiras e parteiros; destinar recursos econômicos para sua capacitação, e incorporá-los num marco de respeito de seus conhecimentos e concepções culturais, que são benéficos ou pelo menos inócuos para a saúde das mulheres, mas são usualmente invisíveis e pouco reconhecidas pelo sistema oficial de saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson, J. *Tendiendo puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Manuela Ramos y Reprosalud, Lima; 2004.
2. Agüero, O. *El milenio en Amazonia: mito-utopía tupí-cocama, o la subversión del orden simbólico*. CAAAP. Lima; 1994.
3. Aquituari, Pascual. *Siani, mi hija Kukama. El nuevo brote de mi pueblo*. Ponencia presentada en el Foro Regional organizado por Minga Perú. Iquitos; 2003.
4. Aramburu, C. “*Expansión de la frontera agraria y demográfica de la selva alta peruana*”. En Varios autores. *Colonización en la Amazonía*. Lima: CIPA; 1982.
5. Arendt, H. *Entre o passado e o futuro*. 5ª Edic. São Paulo, perspectiva 2002.
6. Athias, R. *Medicina tradicional ainda tem pouco espaço nas políticas de saúde indígena*. 2005. [Disponível em: http://www.comciencia.br/noticias/2005/06/saude_indigena.htm.]
7. Bant, Astrid y Motta, Angélica, *Género y Salud Reproductiva. Escuchando a las mujeres de San Martín y Ucayali*, Lima: Movimiento Manuela Ramos; 2001.
8. Barclay, F. “*Sociedad y economía en el espacio cauchero ecuatoriano de la cuenca del río Napo, 1870-1930*”. En: García Jordán, Pilar (ed.). *Fronteras, colonización y mano de obra indígena en la Amazonía andina (Siglos XIX-XX)*. Lima: PUCP-Universitat de Barcelona; 1998.

9. Belaunde, E. *Yo solita haciendo fuerza: Historias de parto entre los Yine (Piro) de la Amazonia Peruana*. In: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP). Amazonia Peruana, número 28-29. Lima; 2003.
10. Belaunde, E. *Viviendo bien. Género y fertilidad entre los AIROPAI de la Amazonia peruana*. CAAAP. Lima; 2001.
11. Bernex, N. *El espacio amazónico peruano: profusión y pobreza, posibilidad y fragilidad, autonomía y dependencia*. En primer Seminario de Investigaciones Sociales en la Amazonía. Lima; Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP); 1988.
12. Bessa, L.F. e Ferreira, S.L. *Mulheres e parteira: Contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural*. Salvador, BA, 1999.
13. Bosi, E. *O tempo vivo da memória: Ensaio de psicologia social*. São Paulo; Ateliê Editorial; 2003.
14. Castoriadis, C. *Los dominios del hombre: Las encrucijadas del laberinto*. Barcelona: Editorial Gedisa; 1994.
15. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP). Amazonia Peruana. *Salud*, número 26. Lima; 1999.
16. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP). Amazonia peruana. *Mujer Amazónica*, número 24. Lima; 1994.
17. Connell, R. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press; 1995.

18. CLADEM/CRLP. *Silencio e complicidad: Violencia contra la Mujer en los servicios de salud en el Perú*. Lima, 1998.
19. *Derechos Humanos en Salud en el Perú: Balance 2004-2006 desde la sociedad civil*. Lima; 2006.
20. De la Cadena, M. *Las mujeres son más indias*. Fondo editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima; 2000.
21. Diniz, S.G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. 2001. Tese de doutorado-Faculdade de medicina da USP, São Paulo, pág.60, 62,64.
22. Diniz, S.G. *Assistência ao parto e relações de gênero: Elementos para uma releitura médico-social*. 1996. Dissertação (Mestre em Medicina) - Faculdade de Medicina da USP, São Paulo.
23. Diniz, C; Chacham, A. *O “corte por cima” e o “corte por baixo”: O abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo; 2006*
24. *Encuesta demográfica y de Salud Familiar-ENDES; 2000*.
25. Figueroa, F. *Relación de las Misiones de la Compañía de Jesús en el país de los Maynas*. Madrid; 1904.
26. Foro Internacional *Salud Reproductiva en la Amazonia: Perspectivas desde la cultura, el género y la comunicación*, Lima; 2004.
27. García Canclini, N. *Cultura híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Editorial Grijalbo. México; 1990.
28. García Joaquín. “Procesos de construcción de identidad de las poblaciones de la Amazonía peruana”. En: Varios autores.

- Amazonía: en busca de su palabra*. Iquitos: IIAP; 1994.
29. Godard, M.K. *La Vida en la Amazonia Peruana: Observaciones de un médico*. UNMSM. Lima; 2004.
30. Gomes, C; Riva, D; Agra, M.N. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
31. Guba, E.G; Lincoln Y.S. *Competing paradigms: In Qualitative Research* In: Denzin, Norman, Lincoln, Yonna (eds) *Handbook of Qualitative Research*- Sage publications. London, 1994
32. Heisse Maria. *Relaciones de Género en la Amazonía Peruana*, CAAAP. Lima; 1999.
33. Hooshmand, M.S. *Parteiras De Regência, ES: os múltiplos sentidos do ato de partejar* [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Saúde Publica USP], 2004.
34. INEI/ Unicef, Perú: *La población de las comunidades indígenas de la Amazonia*; 1997.
35. Kabeer, “Planificación y Políticas con Conciencia de Género”. En: *Desarrollo Institucional desde una Perspectiva de Género*. Itamaraticá. Brasil: Oxfam; 1998.
36. Langdon, E.J. “Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre Antropologia e profissionais de saúde”. In: Langdon, E.J; Garnelo, L.(Org). *Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: 2004.
37. Langdon, E.J.A. “Construção Sociocultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica”. In: Baruzzi, R.G; Junqueira, C (Org). *Parque*

- Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Terra Virgem; 2005.
38. Langer, Ana y Gustavo Nigenda, *Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del sector salud en América Latina y el Caribe*, México; 2000.
39. *Madre Nativa: Experiencias acerca de la Salud Materna en las Comunidades Ashaninkas y Nomatsiguengas*. Lima;2008
40. Magnani, J.G.O. *De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana*. Rev.Bras. Ciências Sociais, v. 17, nº 49, 2002.
41. Magnani, J.G. *O (velho e bom) caderno de campo*. Rev. Sexta-feira, v.1, 1997.
42. MINSA, *Aspectos Socioculturales y necesidades de Salud Reproductiva en comunidades nativas*, Proyecto Nipón Foundation, Lima; 2000.
43. MINSA-Proyecto 2000. *Salvarse con Bien: El parto de la vida en los Andes y la Amazonia del Perú*, Lima; 1999.
44. Minayo,M.C. *Pesquisa social-teoria método e criatividade*. Vozes. Rio de Janeiro; 1995
45. Minayo, M.C. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*, São Paulo. Editora Hucitec; 1994.
46. Moore H, *Antropología y feminismo*. Madrid: Ediciones Cátedra; 1996.
47. Neyra E, *Del silencio a la Acción*. Informe de evaluación proyecto

- promotoras comunitarias; 2001.
48. Paciornick, M. *Aprenda a nascer como os índios: Parto de cócoras*. São Paulo: Brasiliense; 1997.
49. Panduro N, *Viviendo bien. Mucha salud y cuidado del alma y la comunidad*. Ponencia presentada para Minga Perú en el Foro Regional, Iquitos; 2003.
50. Pelcastre, B. e Villegas, N. *Embarazo, parto y perperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis de Potosí*, México; 2005
51. Peredo E, *Una aproximación a la problemática de género y etnicidad en América Latina. Unidad, mujer y desarrollo*. CEPAL, Santiago de Chile; 2004.
52. Pérez B, *Construyendo puentes: El desarrollo y la salud reproductiva, estudios de casos*. Runa, Lima; 2004.
53. Perez, G.L. *Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia*. Rev. Saúde e Sociedade, v.16,n.2,p. 48-60, 2005.
54. Regan J. *Hacia la Tierra sin mal: La religión del pueblo en la Amazonia*. CETA. Iquitos; 1993.
55. Rivas R. *La mujer Cocama del Bajo Ucayali: matrimonio, embarazo, parto y salud*. Amazonía Peruana N° 24; 1994.
56. Rubio M, María del Carmen (ed.). *Historia de Maynas, un paraíso perdido en el Amazonas (Descripciones de Francisco Requena)*. Madrid: Ediciones Atlas; 1991.
57. San Román, Jesús. *Perfiles históricos de la Amazonía peruana*.

Iquitos: CETA-CAAAP-IIAP; 1994.

58. Silva, A. *Parteiras tradicionais do Amapá: descortinando um universo de sentido dos saberes e das práticas do ofício de partejar*. In: *Mulheres e Desigualdades de Gênero*. São Paulo; 2008.
59. Stocks, A. *Los Nativos invisibles. Notas sobre la historia y realidad actual de los Cocamillas del Río Huallaga*. Centro Amazónico de antropología y aplicación práctica. Lima; 1981.
60. Weeks, J. *Sexualidad*. México; Paidós Editorial; 1986
61. Yamin, E. A. “Una Perspectiva de Derechos Humanos sobre la Reducción de la Mortalidad Materna”. In: Conferencia IFHHRO – EDHUCASALUD 2006. *Exclusión y Derecho a la Salud: La función de los profesionales de la salud*. p.31-44; Lima, Peru; 2007
62. Yamin, E. A. *Castillos de arena en el camino hacia la modernidad. Una perspectiva desde los derechos humanos sobre el proceso de reforma del sector salud en el Perú (1990 - 2000) y sus implicancias en la muerte materna*. Flora Tristán, Centro de la Mujer Peruana. Lima; 2003.

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sem *kutipa*: “Concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes Kukamas Kukamirias, Peru”.

Pesquisador Responsável: Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca

Este projeto tem o objetivo de conhecer as representações sobre suas necessidades, opiniões e experiências sobre concepção, gravidez, parto e pós-parto, e sobre sua relação com os serviços de saúde.

Para tanto será necessário realizar uma entrevista gravada com uma duração de aproximadamente 60 minutos, sendo sua participação em forma voluntária.

Durante a execução do projeto não haverá riscos de nenhuma índole, pois a pesquisa é confidencial e ninguém – você ou outra pessoa de sua família - será identificado. Nenhum nome será divulgado pela pesquisa, garantindo a sua privacidade.

As informações dadas por você serão utilizadas somente para os propósitos da pesquisa. Você terá liberdade para ver os seus dados e também os resultados da pesquisa.

Não se dará nenhuma compensação às pessoas que participem voluntariamente do estudo.

Estamos a sua disposição para qualquer atendimento de esclarecimento, orientação ou dúvidas, relacionado aos objetivos, metodologia e outros aspectos da pesquisa, procurando-nos no endereço Rua Iquitos Nos 509, telefone 065-222041-Iquitos.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejar participar do projeto de pesquisa.

São Paulo, ____ de ____ de ____ .

Nome do sujeito/ ou do responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, **Rosário del Socorro Avellaneda Yajahuanca**, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: __/__/__.

Telefone : (5165-222041) Peru - 8746-3582 São Paulo

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo al modelo del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud - Perú

Título del proyecto: Sin *kutipa*: “Percepciones sobre salud reproductiva y sexualidad entre los descendiente Kukamas Kukamirias, Perú”

Investigador Responsable: Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca

Esta investigación tiene como objetivo conocer sus necesidades, opiniones y experiencias sobre el embarazo, parto y también después del parto y su relación con el Centro de Salud; pues se pretende contribuir para que haya una mejor atención en la salud en estos aspectos y en la salud en general.

La colecta de información se hará mediante su participación en una entrevista privada y grabada, con una duración de aproximadamente 60 minutos.

La participación en este estudio es voluntaria, y su renuncia y/o negación no implicará ningún perjuicio, ni mucho menos se verán afectados sus derechos, pudiendo dejar de participar así se haya iniciado con la entrevista.

Con este estudio, en ningún momento se verá afectada su salud, pues no se realizará ninguna toma de muestra o experimentos que pongan en peligro su persona.

Este trabajo es confidencial y nadie – usted u otra persona de su familia - será identificada. Ningún nombre será divulgado en la investigación, garantizando su privacidad. Todas las informaciones proporcionadas por usted (termino de consentimiento, entrevistas grabadas) serán mantenidos en privacidad. Siendo así que las transcripciones de las entrevistas grabadas, será realizada por la misma investigadora.

Caso usted no desea que se grabe la conversación solo haremos las anotaciones respectivas.

Las informaciones proporcionadas por usted serán utilizadas solamente para los propósitos de la investigación.

Se tomará fotos con su conocimiento y autorización firmada, que podrán ser anexadas al trabajo de investigación. Usted podrá ver los resultados de la investigación una vez terminado el estudio.

No se hará ningún pago a las personas que participen voluntariamente del estudio.

Las preguntas están relacionadas con los temas de la salud reproductiva y sexual y sobre el contexto de la comunidad Kukama Kukamiria.

En caso que usted desee alguna información, orientación o esclarecimiento comunicarse con **Rosario Avellaneda Yajahuanca**, responsable de este estudio; teléfono 22-2041, o en calle Iquitos No 509 en Iquitos.

En caso usted se vea afectado(a) en sus derechos como persona, comunicarse con el Presidente del Sub Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Dr. **Luís Moreno Exebio** al teléfono (511) 471-9920 Anexo 148 en Lima o con el Comité de Ética de la Dirección Regional de Salud de Loreto con el Dr. Cristian Carey Angeles al teléfono 25-1756 anexo 115-116, o en calle 28 de Julio s/n Punchana-Iquitos.

De esa forma, libre e debidamente esclarecido(a) acepto participar de la investigación arriba mencionada.

Nombre del entrevistado

Firma del entrevistado

Autoridad de la comunidad

Yo, **Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca**, declaro que proporcione todas las informaciones referentes a la investigación al participante y/o responsable

_____ Fecha: ___/___/___



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE LORETO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE EPIDEMIOLOGÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

“AÑO DE LOS DEBERES CIUDADANOS”

Iquitos, 28 de Diciembre del 2,007

OFICIO N° 649 - 2007-GRL-DRSL/30.05

Sra:

Lic. Enf. ROSARIO AVELLANEDA YAJAHUANCA
Universidad de Sao Paulo – Facultade de Saúde Pública

Asunto: Aprobación de Proyecto de Investigación

De mi mayor consideración:

Luego de revisar y evaluar minuciosamente el Proyecto de Investigación titulado: “PERCEPCIONES SOBRE SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD ENTRE LOS KUKAMAS KUKAMIRIAS, PERÚ” se concluyó lo siguiente:

1. Documentación:

- a. El Proyecto de Investigación en mención resulta claro y pertinente para los objetivos del Ministerio de Salud y de la Dirección Regional de Salud de Loreto, los mismos que se encuentran contemplados en el marco de los Lineamientos de Política del Sector 2002 -2012 y el Plan operativo 2007.
- b. Así mismo porque dentro de los alcances del presente proyecto se contempla conocer las representaciones sobre las posibles necesidades de salud reproductiva, especialmente en la materna, en un grupo étnico específico como es la etnia Kukama kukamiria.
- c. El proyecto contribuirá posteriormente a delinear metodologías que se utilizarán para evaluar los factores asociados a la calidad de la atención que se brinda en los diferentes establecimientos de salud del MINSA en relación a la atención maternoperinatal en comunidades indígenas. Tales observaciones permitirán adaptar los cambios necesarios para mejorar la calidad de la atención de los pacientes con enfoque intercultural.
- d. La investigadora se regirá a las decisiones y normas de la Dirección Regional de Salud de Loreto y a los lineamientos éticos nacionales é internacionales.

2. Deslinde de responsabilidades institucionales:

- a. Este estudio se realizará en la región de Loreto, provincia de Loreto, comunidad de San Martín del río Samiria, la misma que pertenece a la etnia kukama kukamiria.
- b. El estudio abarcará a mujeres, hombres, parteras, médicos herbalistas de la comunidad y profesionales de la salud del establecimiento de salud más cercano al área de estudio. Las edades de las participantes de la muestra de estudio serán a partir de los 18 años.

Dirección: Av. 28 de Julio s/n – Punchana - IQUITOS
Pág.web: – email:
Tfs. 251756 – Anexos. 115 – 116

- c. La investigadora compromete a retroalimentar a la DIRESA Loreto a través de sus avances y resultados en forma semestral, de manera impresa, en medio digital y con metodología expositiva.
- d. La presente autorización del proyecto queda sujeta al fiel cumplimiento de los requisitos contemplados por el respectivo Comité de Ética.
- e. Cabe recalcar que la DIRESA Loreto deja en claro la característica perentoria de las autorizaciones de intervención ya que éstas se sujetan principalmente a la evolución de su desarrollo, la misma que deberá estar comprendida bajo los conceptos de Buenas Prácticas Clínicas y la Ética de la Investigación en Salud, a las prioridades y contingencias del Ministerio de Salud y a algunas situaciones especiales que podrían presentarse y analizarse sin perjuicio de ninguna de las partes en mención.

Finalmente, en vista de no encontrarse ningún inconveniente técnico ni social para la continuación del presente proyecto, se determina la **Autorización del Proyecto** bajo los considerandos previos.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - LORETO
 DRA. CARMEN HERLINDY MONTALVAN INGA
 MAESTRA GENERAL

- Archivo
 CHM/CEA/CAAA/CACG/jb



Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Salud
Organismo Descentralizado del Sector Salud

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
 "Año de las Cumbres Mundiales en el Perú"

Jesús María, 03 de marzo del 2008

OFICIO N° 030-2008- COMITÉ DE ETICA/INS

Jefatura
 Cápac Yupanqui N° 1400
 Jesús María - Lima 11
 Teléfono: 471-9920
 Fax: 471-7443
 e-mail: jefatura@ins.gob.pe
 postmaster@ins.gob.pe
 Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Salud Pública
 Cápac Yupanqui N° 1400
 Jesús María - Lima 11
 Teléfono: 471-9920
 Fax: 471-2529
 e-mail: cnlsp@ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación
 y Nutrición
 Tizón y Bueno N° 276
 Jesús María - Lima 11
 Teléfono: 463-9588
 Fax: 463-9617
 e-mail: cenan@ins.gob.pe

Centro Nacional de Control de
 Calidad
 Av. Defensores del Morro No. 2268
 (ex Huaylas) Chorrillos - Lima 9
 Teléfono: 467-6696
 Fax: 467-1216
 e-mail: cncc@ins.gob.pe

Centro Nacional de Productos
 Biológicos
 Av. Defensores del Morro No. 2268
 (ex Huaylas) Chorrillos - Lima 9
 Teléfono: 467-4499
 Fax: 467-0378
 e-mail: cnpb@ins.gob.pe

Centro Nacional de Salud
 Intercultural
 Av. Salaverry odra. 8 Of. 210 (2do
 Piso) Jesús María - Lima 11
 Teléfono: 423-4402
 Fax: 423-4544
 e-mail: censi@ins.gob.pe

Centro Nacional de Salud
 Ocupacional y Protección del
 Ambiente Para la Salud
 Las Amapollas N° 350
 Lince - Lima 14
 Teléfono: 421-0146
 Fax: 421-0146
 e-mail: censopas@ins.gob.pe

Oficina General de Administración
 Av. Defensores del Morro No. 2268
 (ex Huaylas) Chorrillos - Lima 9
 Teléfono: 467-4499
 Fax: 251-4406
 e-mail: oga@ins.gob.pe

Licenciada
ROSARIO DEL SOCORRO AVELLANEDA YAJAHUANCA
Investigadora Principal
 Instituto de Estudios Peruanos (IEP)
 Horacio Urteaga 694, Jesús María
 Lima 11
Presente.-

**ATENCIÓN: JORGE REYES BRAVO, O SEÑORA
 ELSA ELÍAS**

**ASUNTO: CONSTANCIA DE APROBACION DE
 PROTOCOLO**

De mi consideración:

Mediante el presente, expreso a usted mi cordial saludo y a la vez hago de su conocimiento que el Comité de Ética en Investigación del INS, ha evaluado y APRUEBA el proyecto de investigación titulado "Sin kutipa: Percepciones sobre salud reproductiva y sexualidad entre los Kukamas Kukamirias, Perú", por lo que le hacemos llegar la Constancia de Aprobación.

Asimismo, le solicitamos hacer llegar un **Informe Semestral** de avance de ejecución del proyecto; de ser necesario presentar con un mes de anticipación la solicitud de extensión, cumpliendo los siguientes requisitos.

- Carta dirigida al presidente del CEI Dr. Neptalí Cueva Maza
- Haber cumplido con presentar **Informes Periódicos de Avance (formato G)**
- Haber cumplido con los compromisos ante el CEI, según documento adjunto.

Cualquier información adicional que usted requiera, agradeceremos comunicarse con nuestra oficina al 471-9920 anexo 175 ó 144.

Sin otro particular, reitero a usted las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Dr. Neptalí Cueva Maza
 Presidente
 Comité de Ética en Investigación
 Instituto Nacional de Salud

NCM / NLF

2-05-79-07-087

Cápac Yupanqui No. 1400, Jesús María, Lima 11
 Teléfono: 471-9920, Anexo 162 Fax: 471-0179
 e-mail: postmaster@ins.gob.pe / Página Web: www.ins.gob.pe



Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Salud
Organismo Descentralizado del Sector Salud

“Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú”
 “Año de las Cumbres Mundiales en el Perú”

CONSTANCIA

Jefatura
 Cápac Yupanqui N° 1400
 Jesús María - Lima 11
 Teléfono: 471-9920
 Fax: 471-7443
 e-mail: jefatura@ins.gob.pe
 postmaster@ins.gob.pe
 Web: www.ins.gob.pe

Centro Nacional de Salud Pública
 Cápac Yupanqui N° 1400
 Jesús María - Lima 11
 Teléfono: 471-9920
 Fax: 471-2529
 e-mail: cnlsp@ins.gob.pe

Centro Nacional de Alimentación
 y Nutrición
 Tizón y Bueno N° 276
 Jesús María - Lima 11
 Teléfono: 463-9588
 Fax: 463-9617
 e-mail: cenan@ins.gob.pe

Centro Nacional de Control de
 Calidad
 Av. Defensores del Morro No. 2268
 (ex Huaylas) Chorrillos - Lima 9
 Teléfono: 467-6696
 Fax: 467-1216
 e-mail: cncc@ins.gob.pe

Centro Nacional de Productos
 Biológicos
 Av. Defensores del Morro No. 2268
 (ex Huaylas) Chorrillos - Lima 9
 Teléfono: 467-4499
 Fax: 467-0878
 e-mail: cnpb@ins.gob.pe

Centro Nacional de Salud
 Intercultural
 Av. Salaverry cdra. 8 Of. 210 (2do
 Piso) Jesús María - Lima 11
 Teléfono: 423-4402
 Fax: 423-4544
 e-mail: cens@ins.gob.pe

Centro Nacional de Salud
 Ocupacional y Protección del
 Ambiente Para la Salud
 Las Amapolas N° 350
 Lince - Lima 14
 Teléfono: 421-0146
 Fax: 421-0146
 e-mail: censopas@ins.gob.pe

Oficina General de Administración
 Av. Defensores del Morro No. 2268
 (ex Huaylas) Chorrillos - Lima 9
 Teléfono: 467-4499
 Fax: 251-4406
 e-mail: oga@ins.gob.pe

El que suscribe, Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud, deja constancia que el proyecto de investigación titulado “**Sin kutipa: Percepciones sobre salud reproductiva y sexualidad entre los Kukamas Kukamirías, Perú**”, ha sido **Evaluado y Aprobado** por el Comité de Ética en Investigación, no habiéndose encontrado objeciones en dicho protocolo de acuerdo a los estándares propuestos por nuestro Comité, y que se ejecutara bajo la responsabilidad del **Licenciada Rosario del Socorro Avellaneda Yajahuanca**, en el grupo étnico kukama kukamiria en la comunidad de San Martín del Samiria, río Marañón, incluyendo los siguientes documentos:

- Protocolo de Investigación. Febrero-2008
- GUIA DE ENTREVISTAS PARA MUJERES. Febrero -2008
- GUIA DE ENTREVISTA PARA PROVEEDORES DE SALUD. Febrero-2008

La fecha de vigencia de esta aprobación por el CEI será hasta el 15 de febrero del 2009.

Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Esta aprobación ética del protocolo no implica que este autorizado para ser ejecutado en nuestro país.

Jesús María, 03 de marzo del 2008



Dr. Neptalí Cueva Maza
 Presidente
 Comité de Ética en Investigación
 Instituto Nacional de Salud

2-05-79-07-087

Cápac Yupanqui No. 1400, Jesús María, Lima 11
 Teléfono: 471-9920, Anexo 162 Fax: 471-0179
 e-mail: postmaster@ins.gob.pe / Página Web: www.ins.gob.pe

Sem *kutipa*:
“Concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os Kukamas
Kukamirias, Peru”

GUIA DE ENTREVISTAS PARA MULHERES

I. Dados gerais

Idade

Grau de estudos

Idioma

Que língua falava os seus pais

II. Socialização

1. Qual é a diferencia entre menina e menino?
2. De pequena a você que ensinaram seus pais? Atualmente como são?
3. Em sua comunidade que atividades realizam as mulheres e homens?
4. Como eram os namoros antes? Atualmente como é?
5. Aqui na sua comunidade aos quantos anos as moças começam namorar? Com se dão os encontros?
6. Em seu caso da senhora como foi?
7. Na casa se fala sobre orientações das relações sexuais?
8. No colégio sabe se os professores orientam sobre as relações sexuais aos jovens?

III. CORPO

1. Conhece contos, relatos que existem sobre a menstruação aqui na sua comunidade?
2. Como foi sua experiência na sua primeira menstruação?
3. Existe algum tipo de cuidado especial na primeira menstruação? Tem algumas restrições? Deixam de fazer algo? Existem proibições respeito à menstruação?
4. Que significa para as mulheres a primeira menstruação?
5. Existe mudança do corpo nesta etapa?
6. Existem praticas antigas que continuam até hoje respeito à menstruação?

7. Qué cuidados há durante a primeira menstruação?

IV. CONHECIMENTOS E REPRESENTAÇÕES ANTES DA GRAVIDEZ

1. A que idade os casais se formam aqui na comunidade? Em seu caso como foi?
2. Aqui na sua comunidade, as famílias planejam o número de filhos que vão a ter?
3. A senhora planeja e/ou planejou sua família? Que métodos utilizam e/ou utilizou? Quem decide o planejamento e métodos a usar?
4. Conhece algum método de planejamento familiar moderno? Indagar: opiniões, temores, vantagens, desvantajas, efeitos colaterais entre outros.
5. As mulheres aqui usam os métodos de planejamento familiar moderno? Se não usa: como faz planejamento familiar? Porque não utilizam? Alguma vez procurou o centro de saúde?
6. Escuto falar de alguma mulher que não queria e saio grávida? Que fizeram?
7. Como se decide quantos filhos ter?

IV. GRAVIDEZ

1. Como sabia que estava grávida?
2. Como se sentia a senhora na sua primeira gestação? (indagar a que idade engravidou? Si mostram disposição indagar: queriam ficar grávidas?)
3. Existe alguma mudança do seu corpo durante a gravidez?
4. Que mal-estar tinha e/ou tem durante a gestação? Que fazem para cada uma delas?
5. Tem algum cuidado durante a gestação? Que há que fazer o deixar de fazer? Indagar sobre alimentação, relações sexuais, remédios, rituais entre outros.
6. Que é o que mais preocupa a senhora durante sua gravidez?
7. Existem mitos ou lendas em relação à gravidez?
8. Aqui as mulheres que estão grávidas fazem controle para ver como está o bebê? Onde o realizam? Com que frequências o fazem? Como participa seu marido?
9. As mulheres onde preferem acudir para fazer seu controle pré-natal? Por quê?
10. Qual é a diferença de receber atenção com uma parteira e no Centro de Saúde? Por quê?

11. Conhece de algumas mulheres que tiveram gestações complicadas? Que fizeram?

V. PARTO

1. Como sabe a senhora quando chega o momento do parto?
2. Onde se realiza o parto? Quem acompanha e/ou acompanho em seu parto? Sim foi na sua casa: Por que não foi ao Centro de Saúde para ter seus filhos?
3. Que cuidados há durante o parto acostuma fazer no momento do parto? Quê é o que a senhora fiz? Indagar: sobre posição que adotam para dar a luz, que costumam tomar, comer, entre outros?
4. Existem diferenças na atenção de um parto pela parteira e um Profissional de saúde? Quais são?
5. Conhece de algum caso em que a vida da mãe e o bebê estiveram em perigo? Que faz a família nesses casos?
6. Existe algum motivo pelo que a maioria de mulheres prefere dar a luz em sua casa?
7. Existem cuidados especiais depois do parto? Indagar sobre o descanso reinício das relações sexuais, alimentação, entre outros.
8. Quais são as complicações mais frequentes depois do parto?
9. Como é alimentação do bebê?
10. Existem cuidados para o bebê?
11. Na sua opinião, o que muda no corpo da mulher depois do parto?
12. Na sua opinião, o que é uma mulher:
 - Bem cuidada (pelos outros) na concepção, gravidez, parto e pós- parto
 - Que se cuida bem (ela mesma) na concepção, gravidez, parto e pós- parto.

VI. RELAÇÃO COM O ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1. Com que frequências fazem uso dos serviços de saúde? Em que casos vão?
2. Que opina dos serviços de saúde? Que é o que mais gostam? Que é o que não gostam? Indagar níveis de confiança e desconfiança?
3. Que opinião tem da atenção que brinda o pessoal de saúde às mulheres grávidas e durante seu parto e pós-parto?

4. A senhora foi atendida seu parto no Serviço de Saúde? Como foi essa experiência? Indagar: como foi tratada? Que opina do pessoal que trabalha no Posto de Saúde? É igual o serviço que brindam quando que os servidores são homens ou mulheres?
5. Qual é a diferença entre o parto na casa e no serviço de saúde?
6. Que é o que mudaria nos Centros de Saúde para um melhor serviço?
7. Quais são as principais razões pelo que as mulheres grávidas não procuram os serviços de saúde?

GUIA DE ENTREVISTA PARA PROVEEDORES DE SAÚDE**I. DADOS GERAIS**

1. Idade
2. Lugar de nascimento
3. Onde mora a família
4. Onde estuda
5. Há quanto tempo estuda
6. Há quanto tempo trabalha no setor de saúde
7. História de serviço

II. PERGUNTAS QUANTO AO TRABALHO ATUAL

1. Satisfações e dificuldades na prática profissional.
2. Qual é sua impressão da comunidade e suas relações com a população? Qual é sua percepção das usuárias.
3. Quais são as limitações para satisfazer as necessidades básicas no serviço de saúde?
4. Quais são as dificuldades para brindar atenção no serviço de saúde materna?
5. Que práticas tradicionais tem as mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto?
6. As mulheres procuram com frequência os serviços de saúde para as atenções na gravidez, parto e pós-parto?
7. Que estratégias há no serviço de saúde para motivar nas mulheres vir ao serviço de saúde?
8. Que cuidados se brinda quando uma mulher dá à luz aqui?
9. Que diferença há entre um parto atendido pela parteira e um parto atendido no serviço de saúde?
10. Na sua opinião, quais são as razões pelas quais as mulheres preferem dar à luz em sua casa?
 1. Na sua opinião, o que é uma mulher:
 - Bem cuidada (pelos outros) na concepção, gravidez, parto e pós-parto.
 - Que se cuida bem (por ela mesma) na concepção, gravidez, parto e pós-parto.
 2. Na sua opinião, o que é uma boa assistência ao parto?

ANEXO 8
GUIA DE ENTREVISTA PARA PARTEIRAS/OS CUANDEIROS

I. Dados gerais

Idade

Grau de estudos




Idioma

Que língua falava os seus pais

II. PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO.

1. Que praticas e costumes se realizam na gravidez, parto e pós-parto?
2. Que cuidados brinda a parteira/o na etapa da gravidez, parto e pós-parto?
3. Como é um parto assistido na casa?
4. Que diferencia há entre um parto assistido na casa e um parto assistido no serviço de saúde?
5. Quais é a razão pelo que as mulheres preferem dar à luz na sua casa?
6. Como são as atenções que brinda os serviços de saúde?
7. Na sua opinião, o que é dar uma boa assistência ao parto?
8. Na sua opinião, o que é que deve mudar nos serviços de saúde para uma melhor atenção?

ANEXO 9 Ficha certificado del nacido vivo

N° 611894

I. CERTIFICADO DEL NACIDO VIVO

El (la) : MEDICO OBSTETRIZ OTRO PERSONAL DE SALUD QUE SUSCRIBE

CERTIFICA HABER: _____ que doña: _____ (Especifique)

Edad: _____ años (Menos cumplidos) Identificada con _____ N° _____

_____ día a luz un nacido HOMBRE MUJER

el día _____ del mes de _____ del 200_____ a las _____ horas, en el

Establecimiento de Salud _____ (Tipo / nombre)

Domicilio _____ (Calle, Jr. Av., etc.) Localidad / Centro Poblado _____

Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Nombres y Apellidos de la Persona que Certifica : _____

N° Colegio Profesional: _____ Lugar y Fecha de Certificación: _____

Firma y Sello : _____

N° 611894

II. INFORME ESTADISTICO DEL NACIDO VIVO

EN LOS LUGARES DONDE NO HAY PERSONAL DE SALUD, EL INFORME ESTADISTICO DEL NACIDO VIVO SERA LLENADO POR EL REGISTRADOR CIVIL

Datos del Nacido Vivo	1. SEXO (Círculo el código)	2. FECHA DE NACIMIENTO (Círculo el código)	3. LUGAR DE NACIMIENTO	4. PESO AL NACER
	Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	DÍA _____ MES _____ AÑO _____	Departamento _____ Provincia _____ Distrito _____ Localidad (Centro Poblado/Comunidad) _____	(en gramos) _____ No se pesó 1
Datos del Parto	5. SITIO DE OCURRENCIA (Círculo el código)	6. ATENDIO EL PARTO (Círculo el código)		7. TIPO DE PARTO (Círculo el código)
	Hospital o Clínica 1 Centro de Salud 2 Puesto de Salud 3 Consultorio 4 Domicilio 5 Otro 6 (Especifique)	Médico 1 Promotor de Salud 6 Obstetriz 2 Partera Empírica / Comadrona 7 Enfermera(o) 3 Familiar 8 Interno (a) 4 Otro 9 Técnico o Auxiliar de Salud 5 Nadie (Autójuda) 10		Único 1 Doble 2 Triple 3 Más de Tres ... 4
Datos de la Madre	8. CONDICION DEL PARTO (Círculo el código)		9. DURACION DEL EMBARAZO (Anoto número de semanas completas)	
	Espontáneo 1 Instrumentado 2 Cesárea 3 Otro 4 Ignorado 5		(Semanas) _____	
Datos de la Madre	10. _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____		15. LUGAR DE NACIMIENTO	
	11. EDAD Años Cumplidos _____	12. SABE LEER Y ESCRIBIR SI 1 NO 2	14. RESIDENCIA HABITUAL Departamento : _____ Provincia : _____ Distrito : _____ Localidad : _____	Departamento : _____ Provincia : _____ Distrito : _____ Si es extranjera : _____ País : _____
13. NIVEL DE INSTRUCCION (Círculo el Código)				
Ningún Nivel / iletrado 0 Inicial / Pre- Escolar 1 Primaria Incompleta 2 Primaria Completa 3 Secundaria Incompleta 4 Secundaria Completa 5 Superior No universitaria Incompleta 6 Superior No universitaria Completa 7 Superior Universitaria Incompleta 8 Superior Universitaria Completa 9				

GLOSSÁRIO

- Afasio:** Sem sorte na caça ou pesca. Inútil. Sem experiência.
- Criatura:** Refere se ao bebê.
- Danhaditos:** Crianças que nascem com algum problema patológico.
- Dieta:** abstenção de doce, sal, carne e relação sexual.
- Ikarar:** canto oracional. Termo utilizado pelos curandeiros nos danos ou doenças causados pelos poderes estranhos.
- Ikarado:** Pessoa que foi submetida ao tratamento do icaro para prevenir ou librar de qualquer malefício.
- Kuraca:** Líder político da comunidade indígena
- Kutipado:** Pessoa que recebe um dano
- Lagarto:** Jacaré.
- Ligadura ou ligada:** Forma de tratamento baseada em infusão de folhas de plantas para eliminar o frio, usado freqüentemente nas mulheres grávidas.
- Llullo:** Bebê
- Manchari:** Medo
- Machorra:** Mulher que não sabe ter filhos
- Masato:** Bebida de mandioca fermentada.
- Matriz:** Útero.
- Médico banco:** Curandeiro.
- Micróbio:** Desejo pelo sexo oposto, na mulher.
- Minga:** Trabalho em grupo
- Pedido de mão:** Quando o namorado procura os pais da sua namorada, e pede permissão para morar com ela.
- Pishura:** Órgão genital da mulher.
- Pishpira:** Mulher inquieta pelo sexo oposto
- Pishcota:** Que gosta estar com vários homens ao mesmo tempo.
- Pomba:** Vagina.
- Pupo:** Umbigo
- Quichatero:** Alguém que está com diarreia.
- Quichaterillo:** Alguém que evacua cada momento.
- Rabadilla:** Cintura

Raya: Espécie de peixe

Romper: Utilizado quando se fala de perder a virgindade na mulher.

Sobar: Massagem que a parteira realiza na barriga da mulher grávida.

Sobreparto: Febre, mal-estar no corpo após o parto, que pode levar à morte.

Tacacho: Prato típico, preparado com banana verde asado e carne de porco.

Terrado: Parecido a um segundo andar, comum nas casas, onde serve para guardar alimentos (milho, feijão); alguns o utilizam como cômodo para dormir.

Trampa: Rede para pescar.

Topar: Ter relações sexuais.

Tushpa: Fogão onde se prepara a comida.

Herbalista: Curandeiro especializado no uso das plantas.

Wambra: Mulher jovem.

Wambrilla: Menina.

Wiracocho: Pessoa de cor branca que mora na cidade.

Yawacara: Menstruação

ÁRVORES E PLANTAS

Acapurana (huacapurana, em espanhol): Árvore. Suas cascas são usadas como remédio, misturadas com cachaça ou cozidas, e dadas às mulheres depois do parto.

Alfavaca (albaca ou albaca blanca, em espanhol) - Erva medicinal utilizada no parto.

Algodão (algodón, em espanhol): Planta cultivada. As folhas podem curar cólicas estomacais e outras doenças. Utilizado frequentemente como chá para mulheres grávidas, durante o trabalho do parto.

Caimito: Árvore com fruto gostoso, que tem forma do seio da mulher. Suas folhas são medicinais, utilizadas para eliminar o frio por meio de banhos de assento nas mulheres grávidas.

Cajazeiro (ubos, em espanhol): Árvore medicinal utilizado para lavagens vaginais e para preparar remédios para as mulheres no pós-natal. Os frutos são preparados em suco.

Capinurí: Arvore medicinal com frutos em forma de pênis. As folhas são utilizadas para preparar os banhos de assento das mulheres grávidas para eliminar o frio.

Cidra: Arbusto cultivado, cítrico, de fruto agridoce, maior que o limão. As folhas são utilizadas para os banhos de assento nas mulheres grávidas.

Cravo renaco (clavo huasca, em espanhol): Planta cuja casca se utiliza para combater os resfriados. Preparado com cachaça e misturado com mel de abelha, é utilizado quando há problemas para conceber. É considerado um afrodisíaco.

Cravo-de-defunto (rosa sisa, em espanhol): Erva medicinal.

Cumaceba: Arvore de madeira muito dura. É medicinal e usada contra o esfriamento, misturada com chuchuhuasi, seja com cachaça ou fervido. Considerado como fortificante da virilidade e usado para quem tem problemas para engravidar.

Erva-de-jaboti (Cordoncillo, em espanhol): Conhecido também como “matico”; é uma planta medicinal para tratar diferentes doenças, e também as mulheres grávidas.

Erva-de-santa-maria (paico, em espanhol): Planta medicinal, para dores de estômago, antiparasitária, regula a menstruação e pode produzir o aborto.

Icoja: Planta medicinal utilizada também durante e depois do parto. Utilizado também como antiparasitário.

Izana: Flor da cana brava utilizada na fabricação de flechas para pescar. Também para cortar umbigo nos recém nascidos

Lancetilla: Erva medicinal antiinflamatória

Maiteno (chuchuhuashi em espanhol): Árvore de casca medicinal; estimulante, preparado com cachaça ou fervido, considerado um afrodisíaco. É usada no tratamento do reumatismo e resfriados. Utilizada também no tratamento da infertilidade da mulher, e no cuidado pós-natal.

Malva: Planta medicinal antiinflamatória.

Maná cubiu ou cocona (em espanhol): Planta cultivada e silvestre cresce nas chácaras e hortos. Seu fruto se utiliza em sorvetes, sucos. É medicinal contra a diabetes, pressão alta e como tratamento para evitar a gravidez.

Pinhão-manso (piñón, em espanhol): Arbusto cultivado com fruto parecido com noz; esta última é utilizada como purgante muito eficaz. As folhas são utilizadas para os banhos de assento nas mulheres grávidas.

Piripiri: Planta com tubérculo medicinal, usada para o “mal do ar” e como anticoncepcional.

Pona: Arvore muito procurado para construção das casas. Sua casca seca, em pó, é utilizado como remédio para o curativo do umbigo do RN.

Sangue d'água (sangre de grado, em espanhol): Árvore medicinal, muito procurada para o tratamento de doenças como úlceras e feridas. É utilizada em lavagens vaginais e uterinos, por ser um cicatrizante.

Shacapa: Árvore que produz sementes, com as quais se faz um chocalho utilizado para as danças, ou nos cantos populares.

Sharamasho: Planta de hortaliça, aromática, parecida com a alfavaca, utilizada nas comidas e também como remédio.

Tamamuri: Árvore silvestre que dá fruto do mesmo nome, de sabor gostoso. Utilizado como tratamento quando se apresentam problemas para conceber.

Toranja: Planta cítrica muito parecida à laranja. É especial para os sucos. Utilizada para curar várias doenças, suas folhas são usadas nos banhos de assento.

Trapoceraba (suelda con suelda, em espanhol): Planta silvestre, usada contra as hérnias, fraturas e lesões; usada também nos banhos de assento, para eliminar o frio do corpo.

Tucumã (chambira em espanhol): Palmeira silvestre amazônica, cujo fruto é uma noz. Dela se extrai uma fibra do mesmo nome, que se utiliza para fazer redes, bolsas e cordas. Muito utilizado como planta medicinal.

Verbena-limão (hierba luísa em espanhol): Planta de horto aromática. Suas folhas são preparadas em chás.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)