

PARTO NO POSTO DE SAÚDE E EM CASA: UMA ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO ENTRE AS MULHERES KUKAMAS KUKAMIRIAS DO PERU

BIRTH AT THE HEALTH CENTER OR AT HOME: AN ANALYSIS OF BIRTHING CARE AMONG THE KUKAMAS KUKAMIRIAS WOMEN OF PERU

Rosário del Socorro Avellaneda Yajahuanca¹, Claudia Valença Fontenele²,
Brena Figueiredo Sena³, Simone Grilo Diniz⁴

RESUMO

Objetivo: conhecer e descrever a cultura e tradições relacionadas à gravidez, parto e pós-parto das mulheres *Kukama kukamiria*, da Amazônia peruana, suas experiências de atendimento à saúde materna, tradicional e institucional, e razões de sua preferência por um ou outro sistema. **Método:** estudo de base etnográfica, analisando saberes e práticas de cuidado, e como são vividas nos diferentes cenários da assistência: o parto domiciliar atendido por parteira indígena, e o parto em instituição de saúde atendido por profissional treinado. **Resultados:** o parto em casa considera o conforto da mulher, com banhos, uso de chás, preceitos alimentares e atenção a aspectos ambientais como o frio, vento, penumbra e quietude, e rituais específicos para a placenta, com base nas noções culturais de vulnerabilidade da parturiente. No posto de saúde, a exposição ao frio e umidade, rotinas como a falta de privacidade, aceleração do parto com drogas, corte da vagina, imobilização deitada durante o parto, e o descarte da placenta, são percebidas como inadequadas e agressivas. **Conclusão:** a preferência das pacientes pelo cuidado tradicional é justificada por se sentirem negligenciadas e vulneráveis no posto de saúde, como resultante da desconsideração de aspectos culturais e do bem-estar das parturientes, por parte dos serviços de saúde.

Palavras-chave: população indígena, saúde materna, serviços de saúde, etnografia.

ABSTRACT

Objective: to describe and analyze the culture and traditions related to pregnancy, childbirth and postpartum care of the *Kukama kukamiria* women, living in the Peruvian Amazon, and their experiences and perceptions of care at home compared to that received at the health center. **Methods:** a qualitative study based on ethnography that seeks to analyze traditional knowledge and practices of self-care, taking into account descriptions of home births attended by traditional midwives, compared to that of birth care at the health institution. **Results:** home delivery prioritizes women's comfort, through the use of teas, baths and specific rituals in caring for the placenta; dietary regulations and attention to environmental aspects such as temperature and lighting are built into care. At the health facilities, routine interventions include acceleration of labor with the use of drugs, vaginal cutting (episiotomy), immobilization in lithotomy position, and the disposal of the placenta as garbage; which is perceived as inadequate and aggressive. **Conclusion:** a preference for traditional care is justified based on feelings of neglect and vulnerability at institutionalized health centers, resulting from the lack of consideration by the health services for the cultural and well-being specificities of the *Kukama kukamiria* women.

Key words: indigenous population, maternal health, health services, ethnography.

- 1 Doctoral Research Associate. Department of Maternal and Child Health, Universidade de São Paulo (FSP/USP), São Paulo, Brasil.
- 2 Post-doctoral Research Associate. Department of Maternal and Child Health, Universidade de São Paulo (FSP/USP), São Paulo, Brasil.
- 3 Master's in Public Health MPH. Department of Sociomedical Sciences and Global Health. Columbia Mailman School of Public Health, New York, NY, USA
- 4 Associate Professor. Department of Maternal and Child Health, Universidade de São Paulo (FSP/USP), São Paulo, Brasil.
Corresponding author: ravellaneday@yahoo.es

Suggested citation: Yajahuanca RSA et al. Birth at the health center or at home: an analysis of birthing care among the *kukamas kukamirias* women of Peru. Journal of Human Growth and Development 2013; 23(3): 322-330
Manuscript submitted dec 28 2012, accepted for publication Jul 20 2013.

INTRODUÇÃO

A saúde das mães e dos bebês, especialmente entre as populações mais vulneráveis, tem sido motivo de políticas públicas prioritárias internacionalmente, entre elas as Metas do Milênio. No Peru, muitas políticas sociais têm sido criadas para atender aos grupos mais vulneráveis, incluindo as populações indígenas. Entre estas políticas, estão aquelas que buscam aumentar o acesso das mulheres ao parto atendido por profissionais treinados, realizados nos serviços de Saúde¹.

Os partos institucionais, ou seja, feitos no equipamento de saúde representam 15% do total, na zona rural no Peru. Na Região de Loreto, em 2010, os Postos de Saúde atenderam 198 parturientes na zona rural (este dado não especifica números para a população indígena), enquanto 391 partos foram atendidos pelas parteiras tradicionais².

No Peru em geral, a média de filhos por mulher é de 2,0. Não existem números específicos de natalidade que digam respeito às mulheres indígenas, mas a experiência com essa realidade permite estimar uma média de seis a dez filhos por mulher. A taxa de fecundidade é maior na selva e na zona rural^{3,4}.

A mulher rural indígena e amazônica é a mais afetada pela pobreza rural: tem menor escolaridade, taxas maiores de analfabetismo e altos índices de mortalidade materna⁵. Assim, é necessária uma análise integral dos fatores que influem nesta situação de saúde, e também ressaltar a existência de carências e disparidades no interior da região, que carece da assistência sanitária mais elementar. Estas inequidades, e também a deficiência do funcionamento dos serviços de saúde – quando eles existem – resultam num contexto onde a maternidade pode se converter numa condição de risco para a vida das mulheres e dos recém-nascidos.

Entre as mulheres *Kukamas kukamirias*, a gestação é acompanhada por um conjunto de ações ancestrais, costumes que são transmitidos de uma geração à outra e que compreende uma série de postulados e atitudes muito específicos. Esta realidade impõe a necessidade de compreender o papel das práticas tradicionais de cuidado na saúde materna⁶.

Embora a institucionalização do serviço médico e os avanços tecnológicos tenham proporcionado benefícios importantes para a saúde materna e infantil, tem igualmente levado à incorporação de uma série de intervenções, algumas delas consideradas desnecessárias ou mesmo prejudiciais^{7,8}. Da mesma forma, essa institucionalização também levou à desvalorização do modo da condução do parto na prática da parteira tradicional e o trabalho que realiza no seu conjunto⁹.

A população *Kukama kukamiria* tem uma concepção de saúde complexa e relativamente distinta das concepções biomédicas, pois consideram que a saúde depende de uma convivência harmônica do ser humano com forças da natureza, consigo

mesmo e com as demais pessoas, para um bem-estar integral. Não raro, estas concepções estão em conflito com as abordagens dos serviços oficiais de saúde, contribuindo para reduzir o impacto positivo que tais serviços possam ter na saúde da população. Estes conflitos são especialmente importantes quando temos em alguns contextos da América Latina um “paradoxo perinatal”, ou seja, a uma maior oferta de serviços não encontramos uma melhora proporcional nos indicadores de saúde, exigindo que estes sejam mais bem programados para servir aos interesses de saúde das diversas populações^{8,10}.

Assim o objetivo é descrever a cultura e tradições relacionadas à gravidez, parto e pós-parto das mulheres *Kukama kukamiria*, da Amazônia peruana, suas experiências de atendimento à saúde materna, tradicional e institucional e as razões de sua preferência por um ou outro sistema de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de base etnográfica, realizada através de um método descritivo, analítico e exploratório. Foram realizadas 25 entrevistas individualizadas com mulheres grávidas, puérperas, parteiras (os), médicos herbalistas, parceiros e prestadores de saúde, assim como observação dos serviços.

A pesquisa foi realizada na região Loreto, província de Loreto, capital de Iquitos, no Peru, na comunidade de San Regis, que possui aproximadamente 1.200 moradores que pertencem ao grupo étnico *Kukama kukamiria*. A língua falada em público é o espanhol, embora na esfera privada a população fale seu idioma nativo, que é o *Kukama kukamiria*.

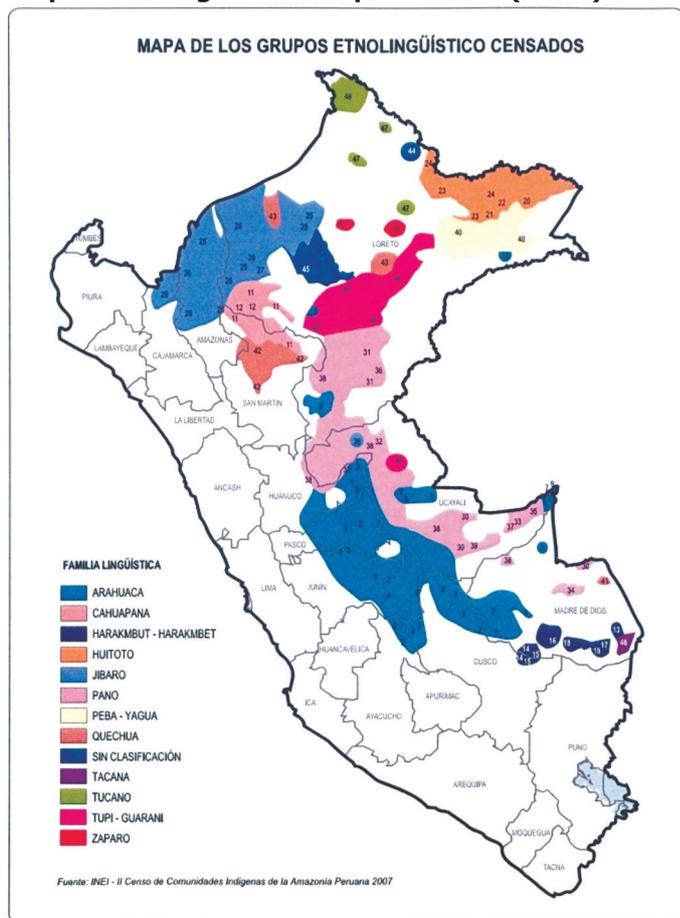
Loreto é um dos Departamentos mais extensos do Peru. Caracteriza-se, principalmente, por sua extensão territorial, clima tropical, alta dispersão populacional e multiculturalidade. Existem 42 grupos etnolinguísticos, que apresentam características culturais, econômicas e políticas diferentes de outras populações do Peru¹¹.

Desse universo, se investigou especificamente a etnia *Kukama kukamiria* da comunidade San Regis, no rio Marañón. Organizados em famílias numerosas exercem, em sua maioria, atividades de pesca e caça.

Da perspectiva etnográfica se descreveu os cenários culturais, crenças, experiências, atitudes, pensamentos e reflexões das mulheres da comunidade de San Regis, tendo em consideração os mesmos termos e significados que os/as participantes consideravam suas ações.

A experiência de acompanhar o trabalho dos servidores de saúde permitiu observar como é o atendimento em uma consulta médica: O atendimento às crianças, o atendimento ao pré-natal, bem como às parturientes, às vésperas do parto. Entre as mulheres entrevistadas, todas possuíam estu-

Mapa: Etnolinguística mapa do Peru (2007)



FAMILIA LINGÜÍSTICA		PUEBLO ÉTNICO
ARAHUACA	1	AMUESHA (YANESHA)
	2	ASHANINKA
	3	ASHENINKA
	4	CAQUINTE
	5	CHAMICURO
	6	CULINA
	7	MATSIGUENGA
	8	NOMATSIGUENGA
	9	PIRO
	10	RESIGARO
CAHUAPANA	11	CHAYAHUITA
	12	JEBERO
HARAKMBUT-HARAKMBET	13	AMARAKAERI
	14	ARAZAERI
	15	HUACHIPAERI
	16	KISAMBERI
	17	PUKRIERI
	18	SAPTIERI
	19	TOYGERI
	HUITOTO	20
21		HUITOTO-MENECA
22		HUITOTO-MUJNAME
23		HUITOTO-MURUI
24		OCAÑA
JIBARO	25	ACHUAL
	26	AGUARUNA (AGUAJUN)
	27	CANDOSHI-MURATO (SHAPRA)
	28	HUAMBISA
	29	JIBARO
PANO	30	AMAHUACA
	31	CAPANAHUA
	32	CASHIBO-CACATAIBO
	33	CASHINAHUA
	34	MARNAHUA
	35	MASTANAHUA
	36	MATSES
	37	SHARANAHUA
	38	SHIPIBO-CONIBO
	39	YAMINAHUA
PEBA-YAGUA	40	YAGUA
	41	KICHUARUNA
QUECHUA	42	LAMAS (LLACUASH)
	43	QUICHUA
	44	TICUNA
SIN CLASIFICACION	45	URARINA
	46	ESE' E'JJA
TACANA	47	OREJON
TUCANO	48	SECOYA
TUPI-GUARANI	49	COCAMA-COCAMILLA
	50	ARABELA
	51	IKUITO

Referencia: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2007. II Censo de comunidades indígenas de la Amazonia Peruana.

dos básicos incompletos, a exceção de uma que nunca estudo. Os prestadores de saúde entrevistados foram técnicos de enfermagem e enfermeiras com estudos técnico e universitário respectivamente.

As técnicas utilizadas para a captação da realidade empírica foram a observação participante com descrições em diários de campo, e a entrevista. A observação participante foi fundamental para mapear diversos aspectos da comunidade. Essa técnica possibilitou uma aproximação entre o que era narrado pelos sujeitos e os significados de suas ações. Como afirma Haguette¹², representa um processo de interação entre a teoria e os métodos do pesquisador em sua jornada na construção de um conhecimento. Durante a convivência com os moradores da comunidade de San Regis, tudo era anotado, todos os dias, observações de diálogos, os trabalhos, e as reuniões periódicas que havia entre a comunidade. As anotações eram executadas sempre ao final do dia, e às vezes com ajuda da luz de uma lanterna.

Quando, posteriormente, após um longo período de imersão junto a comunidade, as entrevistas vieram complementar com mais abrangência e especificidade, as informações na perspectiva dos

sujeitos da comunidade de San Regis: sua cosmovisão, opiniões e avaliações, tanto no que dizia respeito aos partos realizados em casa quanto no posto de saúde.

As entrevistas foram gravadas e transcritas sempre que houve consentimento, algumas situações cotidianas e de parto foram registradas por meio de fotografias.

A coleta de dados teve início após aprovação pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde Pública e Comitê de Ética do Instituto Nacional de Saúde do Peru. Para preservação e anonimato das participantes e dos prestadores de saúde, tiveram seus nomes verdadeiros substituídos por fictícios.

Com os prestadores de saúde pelo maior tempo disponível a entrevistas foram mais tranquilas, à noite no posto de saúde. As entrevistas com as mulheres foram realizadas nas suas casas.

Cada conversa durou em média uma hora, entretanto, tomaram mais tempo, principalmente no caso das mulheres. Com algumas delas a entrevista foi interrompida por ter que ir à chácara, cozinhar ou lavar roupas.

Em alguns casos combinava-se uma hora para continuar no dia seguinte. As entrevistas eram marcadas de acordo com a disponibilidade das

mulheres. Em algumas ocasiões a pesquisadora e entrevistadas tinham que encontrar-se até três vezes para terminar a entrevista. Nestes encontros elas mostravam também mais confiança e faziam maiores relatos, mais pessoais, focando em problemas familiares e histórias de suas vidas que lembravam nesses momentos. Em alguns momentos expressavam raiva frente a violência que recebiam quando buscaram os serviços de saúde e eram atendidas por alguns servidores com desrespeito, maltrato e não se sentiram escutadas.

O roteiro utilizado durante as entrevistas incluía perguntas como: qual a diferença de receber atenção com uma parteira e no posto de saúde? Se o parto foi na sua casa: Por que não foi ao Centro de Saúde para ter seus filhos? Que cuidados houve durante o parto e pós-parto? Que posição costuma adotar para dar à luz? O que costumam tomar, comer entre outros? Qual é a diferença entre o parto em casa e no serviço de saúde? Quais as principais razões para as mulheres grávidas não procurarem os serviços de saúde?

Os dados foram analisados baseados na leitura e releitura das entrevistas, complementadas com a observação participante e articuladas pelos conhecimentos teóricos. Buscou-se dar visibilidade aos conhecimentos da cultura *Kukama Kukamiria*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base na descrição e análise do material empírico, foram surgidas as seguintes temáticas concernentes aos discursos das *Kukamas kukamirias*: a organização da assistência ao parto, o destino da placenta, e os cuidados pós-parto.

Cuidados pré-natais tradicionais

Na cosmovisão do mundo da cultura *Kukama Kukamiria*, o canto dos pássaros é um sinal de que a mulher está grávida, por exemplo. Os sinais e sintomas precoces da gravidez são muito ligados com o ambiente natural, e são consideradas como eventos especiais^{6,13}. Complementando esse conhecimento "mágico", a mulher *Kukama kukamiria* também reconhece a gravidez como uma ocorrência que segue a ausência da menstruação.

A gravidez é um evento muito importante não só para a estrutura da família, mas também para a parteira, bem como a comunidade como um todo. Neste contexto, a parteira está presente desde o primeiro momento, oferecendo cuidados e orientações à mãe e ao bebê para evitar riscos, a "*kutipá*", que pode prejudicar a saúde da mãe e do bebê. "*Kutipá*" é um termo usado para nomear todos os eventos que estão relacionados com os aspectos saudáveis da vida cotidiana, descrito como uma impureza que entra no corpo ou na alma. O estar "*kutipada*" tem relação com a doença - física, emocional ou espiritual.

A *kutipá* pode ser referida tanto à ação de espíritos malignos, quanto a sequelas advindas do parto ou de sua assistência uma vez que a mulher sofre intervenções durante o parto no serviço de saúde, tais como: feridas vaginais decorrentes da episiotomia, a dor, resultante do aumento de oxitocina, hematomas, resultante do Kristeller (pressão uterina), entre outros. Além disso, questões relacionadas com os maus espíritos, também podem ocorrer entre os prestadores de saúde, reveladas no trato distante, frio e insensível com as parturientes.

Durante a gravidez, a mulher segue restrições assim como dietas, que são importantes para ter um bom parto. Estas ocorrências são comuns entre muitas comunidades indígenas¹⁴. Geralmente consomem mandioca, farinha, banana, peixe e alguns tipos de carne de animais do mato, mas não todos.

"Aqui quando você está assim [grávida] faz dieta de várias coisas, como a melancia: não se come porque faz *kutipá*, pois deixa grande demais a cabeça do *lullo* [bebê]; no se come, nem se toma a canha [caldo de canha] por que se diz que dá muito sangue como hemorragia; não se come coisas ácidas, como a cidra, porque o sangue se faz água e então você incha [tem edema]; a paca também não se come, porque deixa os *lulllos* [bebês] chorões." (Karen, grávida, 41 anos)

Entre o quarto e sexto mês da gravidez, as mulheres procuram a parteira para a realização da "*sobada*", que são massagens terapêuticas que a mulher grávida recebe no ventre. A "*sobada*" é realizada frequentemente em todas as gestantes durante o pré-natal, numa indicação significativa de que o cuidado e atenção no período gestacional têm início bem antes do parto.

Durante a gravidez a mulher continua executando tarefas, tais como: ir para a chácara, cozinhar, cuidar dos pequenos animais, lavar roupa, fazer artesanato e todos os pequenos afazeres concernentes ao cuidado com a casa, considerados exercícios importantes que ajudam a preparar o corpo para o parto. Há entre as *Kukamas kukamirias*, a ideia de equilíbrio: nem inércia, nem excesso de tarefas.

Um cuidado muito importante dentro da cultura *Kukama kukamiria* é com a relação entre o frio e o quente. Para isso, tem como costume fazer os tratamentos a base de folhas de plantas para tomar banhos quentes, para "*ligar*" ou "*fazer ligadura*", para eliminar o frio do corpo da mulher grávida e preparar o corpo para o parto.

"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 ba-

cia, 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". (Marcela, grávida, 25 anos)



Foto 1: Banho quente conhecido como "ligadura"

O tratamento tradicional em trabalho de parto e parto

Quando começa o trabalho de parto, a mulher continua fazendo seu trabalho doméstico até que as dores sejam mais intensas. Durante este período, elas tomam uma bebida quente para apressar as contrações. Os chás de folhas de algodão, albacá branca, orégano, malva, sharamasho, entre outros, garantem um parto rápido com menos dor e complicações.

As parteiras monitorizam a sudoreção da cabeça da mulher, a intensidade do pulso, e sabem - a partir de sua experiência - que uma vez iniciado o trabalho de parto há um tempo determinado para o nascimento do bebê. Elas não realizam o toque vaginal, mas verificam os movimentos do bebê em cada contração, e sabem diferenciar quando a criança pode estar em sofrimento fetal, (movimentos fracos) ou sem complicações (boas e contínuas contrações). O ambiente para atenção do parto e pós-parto deve ser fechado, com iluminação tênue e



Poto 2: Mulher grávida deve beber chá durante o parto

sem barulho para que o bebê possa nascer rápido e em um ambiente mais calmo, no entanto, a parturiente também é acompanhada por seu marido, algum outro familiar, ou uma parteira.

As posições preferidas para o parto variam muito: sentada, semi-deitada, em pé, de joelhos ou de cócoras. Durante a pesquisa, nenhuma mulher fez referência ao dar à luz deitada. Estudos têm mostrado os benefícios de adotar uma posição vertical durante o trabalho de parto¹⁵. Quando existe em instituições uma norma para que as mulheres escolham uma posição de parto, a preferência por parte das mulheres é dada para a posição vertical¹⁴.

Quando o bebê nasce, a parteira não corta o cordão umbilical de imediato. É costume esperar a saída da placenta como continuação do parto. A espera para cortar o cordão possibilita a disponibilidade de mais oxigênio para o bebê¹⁶.

Após o nascimento do bebê, a parteira prossegue em seus cuidados com a puérpera, atendendo para que a placenta expulsada tenha o destino correto. Este movimento tem muito significado na cultura *Kukama Kukamiria*, e está diretamente relacionado com o futuro da criança dentro do ambiente familiar e social.



Photo 3: Trabalho de parto em casa

O Posto de Saúde

A população *Kukama kukamiria*, até meados da década de 1990, só buscava a ajuda do serviço de saúde em casos considerados mais graves, ou envolvendo problemas de saúde que não conseguia resolver. A ajuda do posto de saúde representava um recurso final, devido ao tratamento hostil por parte dos prestadores de saúde¹⁷.

O pré-natal no serviço de saúde consiste, primeiramente, em passar por uma triagem para controle de funções vitais, medição da altura uterina, e pela escuta dos batimentos fetais^{6,14}. Em algumas circunstâncias, nem mesmo essas medições foram feitas: seja por falta de equipamento (tensiómetro, fita métrica, estetoscópio), ou por má vontade do prestador de saúde.

Assim, é evidente que existe uma distância entre a atenção oferecida pelo modelo tradicional, como é o caso, entre parteira dentro da comunidade San Regis, e o modelo de biomédico, que começa a se difundir por meio das políticas de saúde.

Todo este panorama revela que os prestadores de saúde ainda não têm uma orientação no sentido do entendimento e compreensão da interculturalidade¹⁸, um tratamento mais abrangente dos povos indígenas, os valores, o respeito e o reconhecimento de seus saberes tradicio-

nais. Existe, igualmente, um desconhecimento sobre os benefícios que o diálogo pode proporcionar entre diferentes participantes dentro dos sistemas de cuidado^{10,19,20}.

O processo de assistência ao parto nos serviços de saúde seguem procedimentos específicos, tais como: o uso de instrumentos obstétricos, exames vaginais frequentes, isolamento, "banho frio", antes e depois do parto, a administração de ocitocina, episiotomia, a pressão sobre o útero (manobra de Kristeller), entre outros. Estes métodos são desconhecidos para a maioria das mulheres e são frequentemente rejeitados, por serem considerados desnecessários e invasivos.



Foto 4: A episiotomia

Estudos mostram que enquanto o conhecimento *expert* do sistema oficial de saúde e, especificamente, do profissional de saúde, ignorar a diversidade cultural, haverá conseqüentemente uma resistência por parte das parturientes na utilização dos serviços de saúde^{18,21}.

Esse contexto faz com que as mulheres se sintam desconfortáveis com a opção de dar à luz no posto de saúde. Há uma falta de preparo dos profissionais de saúde na compreensão dos modos de vida e os cuidados na comunidade. A impossibilidade de realização de rituais associados com o cuidado para a placenta, da interdição

da oferta dos chás, da falta de cuidados tradicionais na atenção ao parto e pós-parto, são percebidas como ameaças à mulher e saúde e bem-estar do recém-nascido. O abandono das mulheres durante o parto, um tempo considerado altamente vulnerável, fisicamente e espiritualmente, é percebido não apenas como inapropriado e prejudicial, mas como potencialmente causando má sorte que pode surgir da falta de mecanismos simbólicos de proteção¹⁹.

A diferença de visão de mundo entre o profissional de saúde e a dos usuários torna-se uma barreira cultural, o que limita o acesso destes últimos²². Um sentimento de frustração é frequentemente expressado pela população de San Regis, frente à maneira com que os prestadores de saúde oferecem atenção, e pelo trato recebido no posto de saúde.

"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 ralha duro com a pessoa" (*Karen grávida 41 anos*)

Alguns procedimentos considerados benéficos pelos prestadores de saúde podem ser considerados prejudiciais e traumáticos, tal como descrito por Teresa:

"Eu decidi dar à luz no posto de saúde, onde o técnico de enfermagem fez o corte [episiotomia] com uma navalha." (*Teresa grávida 29 anos*)

O frio (do ambiente) e a frieza (do tratamento pelos prestadores de saúde), tão temidos e evitados na sua cultura são percebidos tanto no olhar do servidor de saúde que atende, quanto na pele, pelo banho gelado que deve tomar para ficar "limpa" e preparada para o parto.

A invisibilidade da violência foi desvelada pela falta de sensibilidade dos prestadores de saúde para interagir com as parturientes, e essa violência é reforçada pela maior vulnerabilidade física, emocional e social vivida durante o processo de trabalho de parto e pós-parto. Adicionando a essa vulnerabilidade física, outras, como as questões relacionadas à situação social delas, como o fato de serem de camadas de baixa renda e de pertencer a um grupo étnico que se destaca como uma minoria no Peru tornasse esse sentimento ainda mais intensificado.

Sepultado em solo sagrado, ou no lixo: placenta e cuidados pós-parto em casa versus no sistema de saúde.

A placenta tem uma representação simbólica dentro do universo *Kukama Kukamiria* que os

organiza e dá sentido às suas existências. A placenta tem um significado sagrado. E, sobre o sagrado, Geertz²³ afirma que:

"(...) Os símbolos sagrados relacionam uma ontologia e uma cosmologia de uma estética e uma moralidade: seu poder peculiar provém de sua suposta capacidade de identificar fato com o valor no nível mais fundamental, para dar um sentido normativo abrangente àquilo que, de outra forma, seria apenas real" (p. 144)

Depois do nascimento do bebê o segundo ato importante é o destino correto da placenta, pois é considerada uma "*vida que deu vida a outro ser*" (*Dolores, 25 anos*). Há um entendimento de que sem a placenta, não haveria esse novo ser, ou seja, ela (a placenta) é uma parte constitutiva dele, da família e, por extensão, parte constitutiva do povo *Kukama kukamiria*. Portanto, para eles, não é um desejo a ser desprezado no pós-parto.

A placenta na história de vida das famílias, não só entre os povos indígenas amazônicas, mas também na região andina de Peru²⁴, a placenta deve ser enterrada pelo pai da criança, na horta da casa. O enterro da placenta simboliza e significa proteção e força para o novo integrante da família, assim como saúde para a mãe.

Entre os *Kukamas kukamirias* como em outras culturas^{14,24} a relação entre o bebê e a placenta é muito importante, existindo a associação bebê-placenta-mãe, onde os três permanecem unidos durante os nove meses da gravidez, como uma ponte de intercâmbio na comunicação materna e fetal.

No posto de saúde, a placenta é considerada expurgo, tem encaminhamento semelhante aos cistos, sangue, pus e curativos em geral: o lixo. Observa-se, que, em algumas circunstâncias, foi eliminada até mesmo em qualquer lugar. Fato que, por si só, já denuncia a falta de estrutura mínima para uma adequada assistência ao parto. Neste contexto, a rotina e os procedimentos de saúde são organizados de modo a privilegiar as técnicas em detrimento das pessoas, com foco nas intervenções²⁵, e a conduta dos prestadores de saúde – ao tratar estas dimensões como irrelevantes – assusta as mulheres que procuram assistência ao parto.

Depois de um parto a relação cultural dos cuidados é marcante por ser um período de resguardo, que incluem dietas e quarentena com objetivo a prevenção ao adoecimento.

A puérpera deve amarrar um lenço em volta de sua cabeça e devem colocar pequenos maços de algodão nos ouvidos para evitar a entrada de qualquer forma de ar. A mãe é mantida em repouso junto ao recém-nascido. Esses cuidados são considerados muitos importantes, pois a mulher está "aberta" e "ofendida" (refere-se, especificamente, a situação "aberta" do útero, denominado comumente por elas, "*a casa do bebê*").

É importante essa descrição comparativa entre um e outro modo de assistência ao parto para que se possa examinar a configuração dos fatos do modo como se apresentam no cotidiano das mulheres de San Regis. Assim sendo, a depender na evolução da mãe e do bebê no posto de saúde, estes podem ter alta em até 24 horas.

□ Em qualquer circunstância a mãe recebe antibióticos e anti-inflamatórios (megacilina intramuscular, e ibuprofeno por via oral), que geralmente não gostam pois, sabem, por via de conhecimentos difundidos na comunidade, que esses medicamentos influenciam negativamente no aleitamento materno (no linguajar delas, "*contaminar o leite*"), o que as leva à ideia de que esses medicamentos podem "*matar*" o corpinho do bebê que ainda é indefenso.

No posto de saúde, as mulheres são forçadas ao banho, o que evidencia um mal-estar de ambas as partes: delas, por se sentirem maltratadas e desrespeitadas. Alguns prestadores de saúde vêm essa "resistência para tomar banho" como um sinal de incivilidade por parte das mulheres.

"No posto de saúde não te cuidam, para eles é igual se pegas água fria, para eles uma vez que a mulher deu a luz deve ir a tomar banho com água fria, isso é ruim para a saúde da mulher há que cuidar dela. Igual com o llullo [bebê] não pode nos primeiros dias banhar porque ele é pequeno e perde calor. Aí no posto de saúde deveriam mudar esses costumes" (*Laura, pós-parto, 43 anos*)

Ademais, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) afirma que a interculturalidade refere-se ao relacionamento e interação entre diferentes culturas. A interculturalidade está baseada no diálogo, no sentido de respeitar as particularidades, e aos indivíduos, não se baseando em imposição ou opressão, mas em ter solidariedade para com o outro e buscando equidade dos cuidados²⁵.

Os serviços de saúde são oferecidos como uma oportunidade para atender diferentes necessidades¹⁰, doenças, assim como o pré-natal, parto e também complicações no parto. Uma vez que as puérperas se sentem desrespeitados por meio do desprezo de seus costumes, a comunidade pode passar a interpretar o serviço de saúde como um lugar que coloca a sua saúde em risco.

A pesquisa revelou que os conhecimentos pautados na história cultural e nos costumes dos *Kukamas kukamirias*, não são considerados pela organização da assistência pelos prestadores de saúde. Seus conhecimentos são desconsiderados e excluídos, sendo avaliados como "abaixo do padrão", primitivo e inadequado. Quando as mulheres procuram o serviço do posto de saúde por ocasião do nascimento de suas crianças, sentem-se desres-

peitados em relação a seu modo de vivenciar o momento de dar à luz.

É necessário reconhecer que estes conhecimentos "prévios" são parte do cenário em que, para essa população, a vida adquire sentido e um sentimento de pertença. E para que esse reconhecimento aconteça é preciso repensar os protocolos do sistema oficial de saúde.

Para que se compreenda a riqueza desses "outros saberes", diferentes abordagens e manuseios, percebidos como eficazes e com desdobramentos satisfatórios, não apenas é importante a "inclusão" como também a busca de estratégias que facilitem o diálogo, para que haja a comunicação e para que a relação seja efetivamente intercultural.

O acolhimento tem sido destacado por outros estudos²⁶, por ser um fator-chave para que "o outro", do cuidador aja positivamente no espaço assistencial tornado suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas nos seus meios e finalidades²⁷.

As mulheres não estão dispostas a deixar seus costumes para enfrentar condições "ameaçadoras" no posto de saúde. A presença da parteira continua sendo muito importante, pela compreensão, confiança, amabilidade, conhecimentos culturais e qualidade do cuidado que oferecem.

No caso da comunidade de San Regis, a assistência ao parto dispensada às mulheres pelos prestadores de saúde tem demonstrado uma falta de consideração em relação à cultura indígena *Kukama kukamiria*, diferentemente dos cuidados dispensados pelas parteiras. Seria importante que as tecnologias na assistência ao parto pudessem dialogar com o conhecimento tradicional.

A preferência das pacientes pelo cuidado tradicional é justificada por se sentirem negligenciadas e vulneráveis no posto, como resultante da desconsideração de aspectos culturais e do bem-estar das parturientes, por parte dos serviços de saúde.

A parceria entre estes dois métodos e visões do mundo pode fazer com que essa população se beneficie de ambas as assistências procurando fornecer o melhor cuidado no parto e nascimento, individualmente e em conjunto, para a melhoria da saúde materna e infantil entre as mulheres *Kukama kukamiria* no Peru, assim como outras populações indígenas no resto do mundo.

AGRADECIMENTOS

A Fundação Ford (processo Nº 15056762) pelo apoio financeiro durante a realização do programa de Mestrado em Saúde Pública, junto à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. Ministerio de salud. Prevención en salud: Salud de los pueblos indígenas. [acceso em 26/08/2013] disponível em: www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6
2. Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática. [Acesso em 06/07/2013] Disponível em <http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica.asp>
3. INEI. Mortalidad Infantil y Fecundidad [acceso em 26/08/2013]. Disponível em: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0001/capit003.htm>
4. Censo 2007. [acceso em 26/08/2013]. Disponível em http://censos.inei.gob.pe/Censos2007/Documentos/Exposicion_Comunidades_Indigenas2007.pdf
5. Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2009 – 2012. [acceso em 26/08/2013] disponível em: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/censi_plan_ma/Plan%20General%20de%20Is%20Estrategia%202010-2012.pdf p.11,21.
6. Yajahuanca RSA. Sem Kutipa: concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes Kukamas kukamirias, Peru. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009, 80-85p.
7. Enkim, M; Kierse, M.; Nielson, J.; Crowter, C.; Duley, L.; Hodnett, E.; Hofmeyr, J. Guia de Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007; p. 279.
8. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum. 2009; 19: 313-26.
9. Mathez-Stiefel SL, Vandebroek I, Rist S. Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia. J Ethnobiol Ethnomed. 2012 Jul 24;8:26. DOI: 10.1186/1746-4269-8-26.
10. Atrash HK, Carpentier R. The evolving role of public health in the delivery of health care. J. Hum. Growth Dev. 2012; 22(3): 396-399
11. Gobierno Regional de Loreto. Análisis de la Situación de Salud de la Región Loreto-2010. Dirección Regional de Salud de Loreto [acceso em: 25 abr. 2013]. Disponível em: www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/ASIS-regiones/Loreto/Loreto2010.pdf. P.14
12. Haguette, TMF. Metodologias qualitativas na Sociologia. Petrópolis: Vozes; 1992. p. 66-91.
13. Azevedo, Marcos Augusto P. de and Adorno, Rubens de Camargo Ferreira. Juventude e Reprodução entre os Guarani-Mbyá da Aldeia Morro da Saudade na Periferia da Cidade de São Paulo. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2007, vol.17, n.2, pp. 64-73. ISSN 0104-1282.
14. Medina AI; Mayca JP. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2006; 23 (1): p.22-32. ISSN 1726-4634.
15. Paciornick, M. Aprenda a nascer como os índios: Parto de cócoras. São Paulo: Brasiliense; 1997. p. 46.
16. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 11;7. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub2.
17. Gil LP. Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia. Saúde Soc. 2007; 16: p.48-60. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200006>.
18. Respectful Maternity Care Advisory Council, White Ribbon Alliance for Safe Motherhood. (2011). Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. Washington, DC: WRA. Retrieved [August 8th, 2013] p.1-6.
19. Anderson J. Mortalidad Materna y derechos humanos. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. 2011; 38(69): 101-127/ISSN 0252-1865 Copyright 2011.
20. Silva, Ana Verônica R. and Siqueira, Arnaldo A. F. de. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um Centro de Parto Normal. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2007, vol.17, n.1, pp. 126-135. ISSN 0104-1282.
21. Knipper, Michael. Beyond the indigenous: health and interculturality at the global level. Rev Peru Med Exp Salud Publica [online]. 2010, vol.27, n.1 [cited 2013-07-26], pp. 94-101. <http://dx.doi.org/10.1590/S1726-46342010000100014>.
22. Macedo MDC; Barros DD. Saúde e serviços assistenciais na experiência de jovens Guarani da comunidade de Boa Vista. Rev. Ter. Ocup. 2010, 21(3): 182-188. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606%2Fissn.2238-6149.v21i3p182-188>.
23. Geertz C. A interpretação das culturas. LTC: RJ; 1989.p.143-144
24. Davidson JR. La sombra de la vida: La placenta en el mundo andino. Bulletin IFEA. 1983; 12(3/4): 69-81.
25. Lévi-Strauss C. A eficácia simbólica. In: Antropologia Estrutural. São Paulo: Cosac Naif; 2008.
26. Dittz ES; Mota JAC; Sena RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2008; 8(1): 75-81. ISSN 1519-3829.
27. Silva Junior AG; Merhy EE; Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Piniheiro R; Mattos RA. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003.p.10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>