

Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia social  
Museu Nacional

“Iina uchiji jinawai”:  
AIDS e o cotidiano Awajún (Amazônia Peruana)

María Ximena Flores Rojas

Rio de Janeiro

2019

“Tina uchiji jinawai”:  
AIDS e o cotidiano Awajún (Amazônia Peruana)

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGAS-MN/UFRJ), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Prof. Luisa Elvira Belaunde  
Olschewski

Rio de Janeiro

2019

“Tina uchiji jinawai”:  
AIDS e o cotidiano Awajún (Amazônia Peruana)

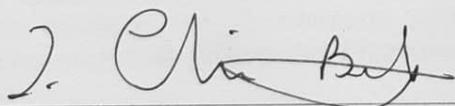
María Ximena Flores Rojas

Orientadora: Prof. Luisa Elvira Belaunde Olschewski

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGAS-MN/UFRJ), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Aprovada em 18 de fevereiro de 2019

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Luisa Elvira Belaunde Olschewski  
(PPGAS-MN/UFRJ - Presidente)



Prof. Dra. Aparecida Vilaça  
(PPGAS-MN/UFRJ)

Dr. Diego Madi Dias  
(USP)

Prof. Dra. Adriana Vianna  
(PPGAS-MN/UFRJ – Suplente interno)

Prof. Dra. Els Lagrou  
(PPGAS-MN/UFRJ – Suplente externo)

### CIP - Catalogação na Publicação

F634? Flores - Rojas, María Ximena  
"Iina uchiñi jinawai": AIDS e o cotidiano Awajún  
(Amazônia Peruana) / María Ximena Flores - Rojas. --  
Rio de Janeiro, 2019.  
142 f.

Orientadora: Luisa Elvira Belaunde Olschewski.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do  
Rio de Janeiro, Museu Nacional, Programa de Pós  
Graduação em Antropologia Social, 2019.

1. HIV/Aids. 2. Awajún. 3. Saúde e doença  
indígena. 4. Cuidado familiar . 5. Feitiçaria . I.  
Belaunde Olschewski, Luisa Elvira , orient. II.  
Título.

## AGRADECIMIENTOS

A todas las familias awajún del distrito de El Cenepa, en especial de las comunidades de Kusu Kubaim, Huampami y Kusu Pagata. Sus historias hicieron posible la presente investigación.

A Lenin, Helen, José Luís, Liduvina, Alejandro, Diana, Idelfo y Jossy, jóvenes que vivieron en constante lucha por la vida.

A todas las personas que me recibieron y dieron su amistad durante el trabajo de campo. En especial, a la Señora Rosa, el Señor Dionicio y a toda su familia, su aporte y cariño fue invaluable. A las familias de Mariví, Tulia y Adelaida por su compañía diaria y cariño. A los muun Samuel, Kumpam, Rubio, Nankay y Achuim por compartir conmigo sus inconmensurables memorias. Y, a Víctor, Lizeth y a su pequeño Jean Paul. Su amistad fue central para esta investigación.

A mi familia por darme siempre su confianza y apoyo incondicional. Mis padres no desistieron en pagar una carrera de Ciencias Sociales pese a no estar seguros de qué sería del futuro de su entonces hija de 18 años. La apuesta fue correcta! Lutgarda, mi madre, es un modelo de lucha constante y Carlos, mi padre, gracias por tus veinte años como Alcohólico Anónimo. Ambos me dieron el mejor presente, Consuelo. Mi hermana y compañera desde hace 28 años. Sin su ayuda no hubiera podido terminar la maestría, juntos demostramos que somos resistencia pese a algunos perrengues.

A Carlos, mi compañero desde hace cinco años. Por la suerte de estar creciendo juntos.

A Luisa Elvira Belaunde, mi orientadora, por su amistad, trabajo detallado y dedicación en la lectura de estas páginas. La oportunidad de este trabajo conjunto fue un privilegio para mí.

A los funcionarios y profesores del PPGAS Museu Nacional que, pese a no tener más un predio físico, se mantienen como una familia. El Museo no se pudo extinguirse con las llamas de un incendio.

A los profesores que me dieron aulas: Luisa Elvira Belaunde, María Elvira Benítez, Joao Pacheco, Carlos Fausto, Aparecida Vilaça y Federico Neiburg.

A, asimismo, quedo agradecida por la lectura atenta de la banca examinadora y los enriquecedores comentarios de: Aparecida Vilaça y Diego Madi.

Al CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior) por la bolsa de maestría, sin la cual no hubiera podido culminar mis estudios.

Finalmente, agradezco a mis amigos y compañeros del programa de maestría y doctorado por las grandes conversaciones en aula, en los bares y durante los fines de semana. En especial a Danielle, que hizo de la experiencia de mudanza a Rio de Janeiro única, y al cariño de Tulio, Matheus, Luana, Marcela y Bruno.

## RESUMO

Esta dissertação mostra os caminhos adotados por jovens awajún e suas famílias após o diagnóstico de HIV ou AIDS; uma condição que desde o 2005 afeta as comunidades indígenas do distrito de El Cenepa, e que foi incorporada ao cotidiano awajún sobre as formas de “*játa AIDS*” e/ou “*waweamu com sintoma de AIDS*”. Essas noções awajún expressam a perspectiva indígena sobre o que é chamado pelos serviços de públicos de saúde como VIH e AIDS.

O principal objetivo de esta dissertação é entender o corpo awajún como um continuum de dobras físicas e espirituais onde se tecem as linhas de cuidado e as práticas terapêuticas, nos quais as famílias vivem as experiências de “*játa AIDS*” e “*waweamu com sintoma de AIDS*”. Examinamos as dinâmicas familiares de resguardo, interpretação e cura, onde as mães são as protagonistas no fazer e refazer das vidas de seus filhos, principalmente através do uso de plantas.

Baseado em um trabalho etnográfico nas comunidades awajún do distrito de El Cenepa, apresento as histórias de vida de varões awajún soropositivos, de entre 14 e 35 anos, que mostram as linhas que se cruzam nos conhecimentos biomédicos e indígenas diante das epidemias *apách* (não indígenas) que estraram em seus territórios ao longo da história, e que atualmente recebem atenção deficiente pelos serviços de saúde do Estado peruano. Longe de uma história exclusiva do sofrimento, esta dissertação é uma pequena mostra da criatividade no “fazer vida” das famílias awajún

Palavras chaves: Jovens, indígenas; doença; cuidado; família; HIV; AIDS; awajún.

## ABSTRACT

This dissertation follows the paths of Awajún youth and their families after the positive diagnosis of HIV / AIDS, a condition that since 2005 has been affecting the community of El Cenepa district, and has been incorporated into their daily life under the form of "*játa SIDA*" and "*waweamu con síntoma de SIDA*". These Awajún notions express the indigenous perspective on what public health services in this Amazonian border call HIV / AIDS.

The main purpose is to understand the Awajún body as a continuum of physical and spiritual folds, where lines of care and health spaces are interwoven, and around which families experience "*játa AIDS*" and "*waweamu con síntoma de SIDA*". I examine family dynamics of bestowing care, where mothers occupy a leading position in the making and (re)making of their children's lives, especially through the use of plants.

The case studies of Awajún males between 14 and 35 years old show the crossing of biomedical and indigenous knowledge facing the *apách* (non-indigenous) epidemics that have entered their territories throughout history and that currently receive little attention from the Peruvian State health services. Far from the suffering, this dissertation is a small show of the creativity in the "making life" of awajún families.

Keywords: Indigenous youth; disease; care; family; HIV; AIDS; Awajún.

## LISTA DE MAPAS, FOTOGRAFIAS, FIGURAS E DIAGRAMAS

Mapa 1. Mapa da província de Condorcanqui, Perú. 2015.....	7
Foto 1. Posto de Saúde de Kusu Kubaim.....	13
Foto 2. Ruas e casas numa comunidade awajún.....	13
Foto 3. Tardes de jogo na comunidade.....	14
Foto 4. Mulheres awajún indo para a roça de canoa.....	14
Foto 5. Desenhos de terra de três <i>uchis</i> (meninas). Relações, linhas e cruzamentos.....	14
Foto 6. Muun awajún e a zarabatana dos seus netos.....	48
Foto 7. Sinais dos “sintomas de SIDA” identificados numa comunidade awajún.....	50
Foto 08: “El cuerpo humano”, documento de trabalho <i>Aents Iyashi</i> (ILV,1979) .....	51
Foto 09: Cartografia de diagnóstico y cuidado, caso de Elvis Túwi.....	79
Foto 10: As casas e as cozinhas como espaços de fazer vida.....	82
Foto 11: Caules de toé ( <i>Brugmansia suaveolens</i> ) .....	115
Foto 12: Folhas de toé ( <i>Brugmansia suaveolens</i> ) .....	115
Foto 13: Planta medicinal, sachá jergón ( <i>Dracontium lorentense krause</i> ) .....	116
Foto 14: Garrafa comercial de plantas medicinais.....	116
Figura 1: Figura 1: Casos de HIV registrados pelos postos de saúde do distrito de El Cenepa (janeiro 2010 - julho 2018) .....	27
Figura 2: Casos HIV positivos no distrito de El Cenepa diferenciados por sexo e idade (janeiro 2010 - julho 2018) .....	27
Diagrama 1. Casa familiar Túwi .....	70
Diagrama 2. Casa familiar Uyush.....	86
Diagrama 3. Casa familiar “C” .....	96
Conjunto I. Vida cotidiana en el río Comaina.....	131

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	1
1.1. Concepções awajún e seu uso de palavras <i>apách</i>	2
1.2. Trabalho de campo	4
1.3. O retorno à comunidade de Kusu Kubaim	8
1.4. Plano da dissertação	12
<b>2. HISTÓRIA E ABORDAGENS ANTROPOLÓGICAS DO HIV/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS AMAZÔNICOS</b>	15
2.1. História de epidemias entre os awajún do rio Comaina	15
2.1.1. O tempo do “játa atsú”: a doença como herança apách	18
2.1.2. A chegada do HIV/AIDS na população awajún	25
2.2. Aproximações ao HIV/AIDS em outros povos indígenas da Amazônia	28
2.3. Bases teóricas desta pesquisa	32
<b>3. ENTRE A DOENÇA E O DANO: “JÁTA AIDS” E “WAVEAMU COM SINTOMA DE AIDS”</b>	36
3.1. “Somos mais do que AIDS”	36
3.2. A formação do corpo awajún	39
3.3. Noções awajún de HIV/AIDS	49
3.3.1. “Játa AIDS”	52
3.3.2. “ <i>Waweamu con síntoma de AIDS</i> ”	57
<b>4. EM BUSCA DA SAÚDE</b>	67
4.1. Linhas de cuidados familiares: a luta pelo Elvis	69
4.2. Fazer vida: maternidade, casa e família	79
4.3. A vida positiva de Ricardo	83
4.4. “E de repente todos nós temos AIDS”: a rápida propagação nas famílias	94
<b>5. ENTRE DOUTORES E DOUTORZINHOS</b>	97
5.1. Deficiências de cuidado no posto de saúde	98
5.2. Espaços de saúde awajún: O doutorzinho do toé e a “cura da AIDS”	105
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	117
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b>	122

*Aquí dicen los españoles encontraron que los hombres tejían. Entonces, según dice la historia, con nombre de la palabra quechua llamaron “Aguaruna” que es “Hombres Tejedores”. Ese nombre le puso los españoles al pueblo, que ahora se llama de Aguarunas. ¡Pero nosotros decimos, Awajún!*

***En 1942, se crea el distrito El Cenepa, que ellos mismos españoles han hecho eso. El pueblo no sabía. Ellos solos lo hicieron. En la boca del [río] Cenepa, ahí vivían los españoles.***

*Una vez, el pueblo se comenzó a organizar y dijo: 'Ellos traen tifoidea, sarampión, otras enfermedades que nosotros nunca hemos probado. Éramos sanos y ellos, que vinieron, nos quisieron contagiar'.*

*Ahí viene uno de ellos, un cura, y el pueblo se organiza y lo mata. Entonces todos los religiosos de las misiones que habían puesto con nombres de santos dijeron: “¡Vamos a atacar a los indígenas!” Pero, los indígenas se metían al bosque como añuje<sup>1</sup> y los españoles no podían con nuestro escondite, y no pudieron. Eso pasó pues.*

(Prof. Rubén Daishap, Kusu Pagata, 2018)

---

<sup>1</sup> (*Dasyprocta punctata*)

## 1. INTRODUÇÃO

Minha primeira visita ao distrito de El Cenepa<sup>2</sup>, em 2014, deixou marcas profundas em mim. Juntamente com uma equipe de antropólogos, entramos nesta área com o objetivo de fornecer um protocolo de atenção à saúde para as comunidades de awajún afetadas pelo HIV/AIDS<sup>3</sup>. Assim eu conheci a comunidade de Kusu Kubaim e Jorge, um jovem awajún de 19 anos com semblante cansado, deitado em uma cama colocada na cozinha de sua avó. Sua situação de dor e desespero familiar deu-me o sentimento de vidas silenciadas pelos limitados serviços de saúde pública prestados pelo Estado peruano. Desde 2002, de acordo com relatos da comunidade, os awajún do distrito de El Cenepa têm lutado contra o HIV/AIDS. Essa ameaça é reconhecida pela população como sendo de origem *apách*<sup>4</sup>, ou seja, “não indígena/mestiço”: “*Esa enfermedad apách que se trajo de fuera*”<sup>5</sup>. Atualmente, as taxas de transmissão do HIV/AIDS estão aceleradas neste território<sup>6</sup>, chegando a alcançar o dobro da média nacional, estando presente no cotidiano de aproximadamente 200 pessoas awajún no distrito de El Cenepa que vivem com esta condição (Red de Salud Condorcanqui, 2018; EFE, 2019; Ministerio de Salud, 2018)

A pesquisa de mestrado levou-me de volta ao distrito de El Cenepa nos meses de abril a junho de 2018. Meu objetivo era aprofundar as percepções awajún de saúde e doença, e repensar junto com Jorge, outros jovens e suas famílias, suas experiências de viver com o HIV ou AIDS, além de uma visão biomédica. “*Iina uchijin jinawai*” verbaliza esse sentimento de dor das famílias awajún. Esta frase, que eles traduzem para o espanhol como “*nuestros hijos están muriendo*”, se tornou recorrente durante a minha presença no campo. É a triste queixa de mães, avós, pais e autoridades sobre uma situação que começou em 2002, quando os primeiros rumores começaram a se espalhar na área sobre uma doença desconhecida trazida por *apách* e/ou professores da escola. Em 2005, de acordo com um funcionário da Micro Red de Salud de Huampami, foi reportada a primeira morte por AIDS neste distrito. Desde então, esta condição

---

<sup>2</sup> El distrito de El Cenepa se encuentra en la provincia de Condorcanqui, en la región de Amazonas localizada en el norte del Perú. Es un territorio de bosque húmedo tropical oscila entre los 210 y 230 metros sobre el nivel del mar y se encuentra en zona de frontera con el Ecuador.

<sup>3</sup> El estudio fue realizado para UNICEF Perú y el Ministerio de Salud del Perú.

<sup>4</sup> Usualmente la palabra *apách* es utilizada para designar a las personas consideradas no indígenas, otros peruanos que son vistos como mestizos por los awajún. Los extranjeros no peruanos también pueden ser llamados *apách*, pero normalmente se les denomina “gringos”.

<sup>5</sup> Muun Nankay, Huampami, 2018.

<sup>6</sup> De acuerdo con la Dirección de Gestión Epidemiológica (MINSa, 2018), la región de Amazonas, entre los años 2012 y 2018, reportó 1233 casos de VIH y 124 casos de SIDA.

é uma das maiores preocupações das famílias awajún, pois atualmente está causando a morte de seus filhos.

O objetivo deste estudo é deslocar o foco das noções biomédicas introduzidas no distrito de El Cenepa pelos serviços de saúde (público e de cooperação) e ver como os awajún da comunidade Kusu Kubaim usam seus próprios conceitos e compreendem as noções de HIV/AIDS.

Durante meu trabalho de campo, ficou claro para mim que as ideias biomédicas sobre a diferença entre HIV e AIDS, como momentos sorológicos diferenciados pela carga viral, não são centrais para o pensamento awajún. Eles têm outros critérios para pensar sobre os vários mal-estares que os afligem e que estão levando seus filhos à morte. Portanto, nesta dissertação, proponho abordar as experiências e conceitos indígenas que estão intrincados em seu modo de usar as palavras “HIV” e “AIDS”. Estas palavras do vocabulário *apách* foram inseridas pelos awajún dentro de suas concepções: por um lado, de *játa*, uma palavra que eles traduzem como “doença” e “morte”; e, por outro lado, de *waweamu*, que eles traduzem como “dano” ou “feitiçaria”. Assim, os awajún criaram expressões, reunindo palavras *apách* e palavras *awajún*<sup>7</sup>: “*Játa AIDS*” e “*waweamu con sintomas de AIDS*”, para chamar suas próprias experiências de doença. Estes termos são usados por famílias para narrar os episódios de mal-estar que experimentaram após o diagnóstico de HIV ou AIDS, entendidos como parte da doença ou danos.

### **1.1. Concepções awajún e seu uso de palavras *apách***

O termo “*játa AIDS*” é usado pelos awajún para se referir à doença do HIV ou AIDS, detectada no posto de saúde através de testes de diagnóstico rápido. Como mencionamos, os awajún não dão centralidade às duas fases sorológicas do “HIV” e “AIDS” e em alguns casos estas se confundem. As expressões “doença do HIV”, “doença de AIDS”, “*játa HIV-AIDS*” y “*setash*”<sup>8</sup> também são usados nas conversas. No entanto, “*Játa AIDS*” foi a expressão que ouvi repetidamente nas comunidades que visitei. O importante dessas expressões indígenas é que eles estão associados à linguagem dos serviços públicos de saúde, ao diagnóstico que o pessoal

---

<sup>7</sup> En esta disertación decidí usar las palabras AIDS y HIV en portugués. Es importante notar que en español y en las comunidades awajún los términos usados son SIDA y VIH, respectivamente.

<sup>8</sup> La palabra awajún “*setash*” es un término coloquial utilizado por adolescentes y jóvenes awajún para referirse a la “enfermedad del VIH o SIDA”.

de saúde faz e às atividades terapêuticas de acompanhamento que eles proporcionam à população awajún.

O termo “AIDS” se alojou fortemente na memória da população awajún desde as primeiras mortes nomeadas como “AIDS” pelo posto de saúde de Kusu Kubaim no ano 2005<sup>9</sup>. Assim, “*játa AIDS*”, de acordo com as explicações da população awajún, é uma condição transmitida através da relação sexual e pode ser uma doença com a qual a pessoa afetada vive muitos anos depois de ser diagnosticada. Na condição de seguir o tratamento antirretroviral: “*¿Dicen que puedes vivir 5, 10 años, que no te mueres con eso! Tiene su tratamiento*”<sup>10</sup>, esta expressão em espanhol se refere aos antirretrovirais, que também são chamados de “pílulas” e “*ampi*” (em awajún).

O uso da noção de “*játa AIDS*” como uma doença é tão notável que o tratamento biomédico é chamado de “*ampi játa AIDS*”. A própria equipe de saúde também conhece estes termos. Por exemplo, na comunidade de Kusu Kubaim, o posto de saúde tem um mural<sup>11</sup> pintado em letras vermelhas que acolhe os pacientes com esta mensagem (Foto 1):

*“Játa VIH-SIDA. tawaduka, tsagaushta ya! Tuyash Ampiji Ajawai”*  
“La enfermedad VIH-SIDA. Eso lo que dicen no sana ¡Pero tiene su pastilla!”

A palavra *waweamu* refere-se à complexa percepção awajún para “dano” ou “feitiçaria”. As expressões “*waweamu* com sintoma de AIDS”, “dano com sintoma de AIDS” ou “*Sidajai waweamu*”<sup>12</sup> são usadas fora do contexto direto da relação com os serviços de saúde. Referem-se a uma condição que, quando rapidamente agravada, se desdobra em uma suspeita de ser danificado, tendo sido vítima de feitiçaria. Este adoecimento da pessoa está associado ao fato de que, de acordo com o pensamento e a prática awajún, a pessoa pode ser física e espiritualmente afetada por dardos invisíveis, chamados *tséntsak*, que são enviados pelos *tunchis* ou “feiticeiros” conhecidos em outros povos como xamãs.

---

<sup>9</sup> Según el personal de la Micro Red de Salud Huampami (2018) la primera muerte asociada al “SIDA” en el distrito de El Cenepa fue en el 2005. Sin embargo, otros estudios reportan esta primera muerte en el 2006 (Lazo 2014) y en el 2007 (Pintado 2016).

<sup>10</sup> Alumnas, 4to secundaria, río Comaina, 2018.

<sup>11</sup> Mural realizado por la ONG Salud Sin Límites en el marco de la campaña comunicacional entorno al VIH/SIDA en el año 2017. Según la comunidad este mural fue hecho con la participación de los estudiantes de la Institución Educativa de Nivel Secundario, Hilario Chuin Bashutat, de la misma comunidad.

<sup>12</sup> Algunas familias usaron la expresión de “*Sidajai waweamu*” en sus narraciones, sin embargo, fue más notorio las expresiones de “*waweamu* con síntoma de SIDA” y “daño con síntoma de SIDA”. El significado es el mismo.

De acordo com o pensamento awajún, os *tunchis* têm a capacidade de causar o tipo de dano apresentado com “sintomas de AIDS”, ou seja, ele se manifesta da mesma forma que o “*játa* AIDS”, mas, ao contrário desta doença, a pessoa afetada rapidamente piora e morre. A rápida deterioração da saúde causa a suspeita de ter sido enfeitado. Portanto, “*waweamu* com sintoma de AIDS” não é uma doença que pode ser diagnosticada no posto de saúde e tratada com pílulas. A busca por uma cura requer a intervenção ritual do uso de plantas mestres aliadas e a mobilização de reinos cosmológicos, que permitem restaurar o corpo físico (*iyásh*) e a alma (*wakán*) da pessoa vítima do dano.

É importante ressaltar que depois que a pessoa identifica seu mal-estar como parte de uma experiência de doença (*játa*) ou de feiticeira (*waweamu*), a conversa continua com a menção combinada dos termos “AIDS” e/ou “HIV” de acordo ao caso familiar. Isso pode ser evidente dentro de algumas citações que irão aparecer nesta dissertação.

Nesta etnografia, eu tento mostrar como ser afetado pela doença (*játa*) ou dano (*waweamu*), associados ao HIV/AIDS, faz parte do cotidiano das famílias awajún, com base em suas próprias narrativas, cuidados e relações em torno dos adoecimentos que a família enfrenta.

## **1.2. Trabalho de campo**

Esta dissertação é baseada no trabalho de campo desenvolvido em 2018, nos meses de abril e junho, nas comunidades de Kusu Kubaim, Kusu Pagata e Huampami, três numerosos centros povoados localizados na bacia do rio Comaina, no distrito de El Cenepa, na província de Condorcanqui, no território awajún da Amazônia peruana.

No início, meu plano de trabalho era fazer uma etnografia exclusiva de Kusu Kubaim, identificada pelo Ministério de Saúde como a comunidade com o maior número de casos de HIV. Mas durante meu trabalho de campo as percebi a importância da comunidade de Kusu Pagata e do centro de saúde da comunidade Huampami. Eu decidi ter viagens intermitentes à comunidade de Kusu Pagata durante minha estadia em Kusu Kubaim, lá eu trabalhei com sábios awajún y conheci famílias com filhos com “suspeita” de AIDS. Também, passei as duas últimas semanas na comunidade de Huampami, cujo Centro de Saúde é a sede da “Micro Red de Salud Huampami” que administra o sistema de saúde público de todo o distrito de El Cenepa. Estes deslocamentos ajudaram-me a compreender a relação médico-paciente da equipe *apách* com a

população awajún e, por sua vez, permitiu-me corroborar a importância das noções awajún sobre seus processos de saúde e doença.

Durante a minha estadia em Kusu Kubaim vivi na casa da família Túwi. Essa adoção foi fundamental para o desenvolvimento da pesquisa. A família Túwi me fez existir em Kusu Kubaim, especialmente a sra. Tania, minha mãe awajún, que me ensinou sobre a roça, contou histórias de seus filhos e netos, e me apresentou a história de cuidado de seu filho Elvis (apresentada no terceiro capítulo). Eu também trabalhei com outras casas, usando entrevistas em profundidade, que eu registrei em áudio em espaços de intimidade e na língua awajún, para as quais recebi a ajuda da tradução espontânea de Liz. Eu já tinha conhecido essas famílias em um trabalho anterior, desenvolvido em 2014. As relações geradas em visitas consecutivas e a explicação dos propósitos desta pesquisa fomentaram espaços de confiança e respeito às suas palavras e aos seus silêncios. Essa abertura emocional dos meus anfitriões foi muito significativa para mim e sempre lhes serei grata.

Os principais interlocutores deste trabalho são as mães awajún que me confiaram as histórias de sofrimento de seus filhos do sexo masculino. Devido à prevalência de casos na população masculina de 14 a 35 anos, decidi focar em casos do sexo masculino, suas mães e famílias, apresentando suas memórias de perda e histórias de luta. Nesta dissertação desejo tornar visível a sua concepção da fragilidade do corpo e as relações de cuidado narradas a partir de suas próprias vozes.

Esta pesquisa também foi enriquecida pela observação participante de encontros comunitários, eventos organizados pelo posto de saúde e atividades comunitárias, bem como pelo acompanhamento nos espaços da roça e cozinhas, na fabricação de cerâmica e vendas de alimentos, que me aproximaram das atividades diárias das mães awajún.

Pude entrar na comunidade de Huampami graças a Elia, uma filha da sra. Tania, que se casou em Huampami com um jovem da família Chaji. Em Huampami eu fiquei no alojamento para os *apách* da família Chaji. Minha dinâmica de inserção foi totalmente diferente da que eu vivi em Kusu Kubaim. Fui vista como uma pessoa *apách* associada ao Centro de Saúde da comunidade. A metodologia que eu segui foi visitar aos *muun* ou “avós” awajún mais antigos que me contaram sobre os processos de formação do corpo masculino, a busca de visão e a cosmologia awajún. Nessa comunidade eu também acompanhei a equipe de saúde durante o mês de junho de 2018, nas atividades de atendimento de saúde. Dessa forma, tive a

oportunidade de entrevistar a equipe de saúde da comunidade de Kusu Kubaim, Kusu Pagata e os responsáveis pela estratégia de assistência ao HIV/AIDS do Centro de Saúde de Huampami.

A seguir, apresento uma breve descrição dos meus principais interlocutores. A fim de proteger a sua privacidade, mudei seus nomes pessoais e familiares.

Nombre	Edad	Descripción	Contribución en mi investigación
Senhora Tania Túwi	56	Mãe de casa Túwi, figura central no cuidado de seus sete filhos e quatro netos. No ano 2013, viveu a morte de seu filho que ela identifica como “ <i>waweamu</i> ”.	Guia sobre as atividades da roça, os conhecimentos de plantas e no cuidado dos filhos.
Clara Túwi	19	Filha da senhora Tania, ela é uma estudante que recentemente teve um filho.	Ajuda na tradução das conversações com famílias awajún. Ela esclareceu para mim noções awajún.
<i>Muun</i> Yampam	84	<i>Waimaku</i> , “homem com visão”, ele reside com sua esposa numa casa afastada de uma comunidade do rio Comaina. É reconhecido como o último <i>waimkau</i> vivo que mora nessa comunidade.	Interlocutor central sobre a formação de pessoa, corpo, feitiçaria e a história de contacto com os <i>apách</i> .
Sabio Daichap	50	Professor awajún interessado em difundir a história e cosmovisão do povo awajún.	Compartiu comigo a história de contacto com os <i>apách</i> , as propriedades das plantas e os usos do toé.
Mario Butúch	22	Especialista de plantas.	Uso de plantas e tratamento para as doenças awajún
Ricardo Uyush	28	Homem awajún que tem episódios de adoecimento associados ao “ <i>játa SIDA</i> ”.	História de vida
Jesús	13	Adolescente awajún diagnosticado com “ <i>játa SIDA</i> ”.	História de vida
Señor Lorenzo	55	Pai de José, joven con diagnóstico de VIH que trata mediante plantas medicinaís	História de vida.
<i>Muun</i> José Yawá	75	Técnico sanitário awajún formado em 1980, foi diretor do Posto de Saúde de Huampami.	História dos postos de Saúde do distrito de El Cenepa e das antigas doenças.
Senhora Sonia	60	Mãe awajún com filha soropositiva	História de vida.

**Mapa 1: Mapa da província de Condorcanqui, Perú. 2015**

*\*A província de Condorcanqui está localizada no norte do Peru. Possui em sua jurisdição três distritos: El Cenepa, Santiago y Nieva. Esta investigação foi feita nas comunidades de Kusu Kubaim, Huampami e Kusu Pagata da bacia do rio Comaina (afluente do rio Cenepa).*



**Fuente:** Mayca- Pérez, Medina, Velasquez & Llanos (2017).

### 1.3.O retorno à comunidade de Kusu Kubaim

Com a lembrança de risos e amizades, meu desejo de voltar para Kusu Kubaim (Kusu) levou-me a tentar uma segunda visita quatro anos depois. Agora como estudante e antropóloga, longe do lugar de pesquisadora de UNICEF que tinha ocupado em 2014. Sentada no hotel de Santa María de Nieva liguei ao chefe da comunidade de Kusu Kubaim. Ele informou-me que *“toda entrada está denegada, en especial de las instituciones”*, más sim eu queria poderia ir à comunidade para conversar pessoalmente sobre minha intenção de pesquisa. Depois de esse telefonema pouco alentador, na manhã seguinte, com medo e muita expectativa, saí num dos barcos que saem diariamente do porto Nieva em direção ao rio Comaina. Cinco horas depois, cheguei com uma mochila e uma caixa de mantimentos nas escadas do porto da comunidade. No topo da escadaria, que liga o rio Comaina com a entrada da comunidade, os agentes awajún da guarita de segurança rapidamente interromperam a minha passagem para me levaram até o chefe da comunidade, chamado nas comunidades indígenas de *“apu”*<sup>13</sup>.

A comunidade certamente parecia diferente. A nova cara de Kusu Kubaim era agora seu campo de futebol (com cobertura de calamina e refletores); a sinal de celular; as três mercearias ao redor da praça; os dois escritórios municipais; o projeto de mercado; e as casas de dois andares com telhados de calamina. Esta comunidade é atualmente o maior centro povoado no distrito de El Cenepa, com aproximadamente 1.231 pessoas espalhadas por 266 casas ao longo de seus cinco anexos. A comunidade de Kusu Kubaim foi fundada em 1941 por cinco famílias awajún e foi consolidada pela nuclearização de novos clãs familiares na década de 1950, com a chegada das primeiras escolas impulsadas pelas missões e pela chegada do Instituto Linguístico de Verão (ILV), a concretização do serviço de saúde em 1980, e a chegada dos programas estatais e do Municipio Distrital no ano 2000. Os novos serviços e instituições públicas fizeram do Kusu Kubaim o centro de referência para as 117 comunidades indígenas que compõem o distrito de El Cenepa.

Foi com esta nova cara que a comunidade me recebeu. A bandeira peruana içada e flamejante no meio da praça anunciava a segunda-feira. Havia vários agentes de segurança na área esportiva e na guarita, registrando a chegada de alguém de fora. A comunidade sentiu a necessidade dessa proteção diante do maior número de embarcações que navegam ao longo do rio Comaina e que levam estranhos, procurando extrair ouro do leito do rio e cortar árvores. A

---

<sup>13</sup> Autoridad local elegida como representante de la comunidad por un periodo de dos años que recibe a las personas no indígenas, aprueba el permiso para hacer una investigación y comunica a las demás familias las actividades que se realizará en la comunidad. El término es de herencia quechua.

mineração ilegal e a exploração madeireira estão crescendo e ameaçam o território awajún. Dessa forma, a chegada de alguém sem vínculo familiar, sem conexão, sem nome ou sem intenção clara é rapidamente vista como uma ameaça e é expulso da comunidade.

Então, com medo de uma rejeição, sentada à porta do chefe da comunidade, na companhia de um oficial de segurança, eu esperava que pudesse ser admitida. Ele me recebeu, mostrei-lhe a carta da universidade e falei do meu desejo de trabalhar com eles sobre os problemas de saúde nas famílias. Lembrei-lhe da minha presença em 2014 e das famílias que conheci e que esperava reencontrar. Finalmente, ele me disse: “*Somos peruanos y como peruanos tenemos que trabajar. Has entrado con respeto. Primero viniendo donde el Apu. Presentándote. ¡Así debe ser! Puedes quedarte, está bien*” (Cuaderno de campo, 2018, p.3).

A peruanidade compartilhada entre ambos foi o que motivou minha aceitação e o início de uma relação que o chefe da comunidade identificou como de “respeito”. Ao mesmo tempo em que eu estava contente por ter esse reconhecimento como uma compatriota, isso me pareceu um tanto paradoxal, porque o Estado peruano historicamente tem estado de costas para a população indígena. Desde 1641, as crônicas missioneiras divulgaram a imagem de indígenas “*mansos e pacíficos*”<sup>14</sup>. Gradualmente, quando as incursões na área se intensificaram, os awajún foram rotulados como sujeitos com “*capacidades intelectuais limitadas*”. Durante a república, com o desejo de integração do Estado-nação, eles foram identificados como “*filhos*” que deveriam ser devidamente doutrinados com o “*bom exemplo*” dos peruanos (Espinosa, 2009, p. 136). Essas premissas mostram como o controle sobre a população indígena foi atualizada e constantemente se atualiza. Os novos interesses estatais no território e a demanda da população são os marcos que determinam a relação e o discurso das instituições peruanas em torno da população indígena. Essa relação é, portanto, permeada de constante tensão, com alianças e atos claros de violência e resistência nas comunidades. Portanto, que minha presença tenha começado com este reconhecimento mútuo de peruanidade me surpreendeu.

Com um aperto de mão, selamos a permissão para ficar. O novo desafio agora era rever as pessoas que me haviam ofertado a sua amizade há quatro anos. A sra. Tania Túwi foi a primeira que procurei. Em 2014, ela e sua família abriram as portas de sua casa para mim em uma convivência diária com refeições, histórias e risos, o que fez de sua casa o espaço de maior

---

<sup>14</sup> Jesuita Acuña, Crónica 1641 (Espinosa, 2009 p.136).

afeto na comunidade para mim. Então, depois de ser aceita na comunidade, a primeira coisa que fiz foi voltar àquela casa que, de longe, já se percebia mudada.

Com uma fachada de madeira acima dos tijolos e uma porta meio aberta com uma placa de “vendo comida”, rapidamente reconhecí a casa que estava procurando. Uma jovem, que depois me foi apresentada como uma das noras, me recebeu com um olhar suspeito. Eu perguntei sobre a sra. Tania e a moça rapidamente chamou seu sogro. Quando o sr. Dante chegou, apresentei-me novamente (um ritual que fiz com todas as pessoas que reencontrei). A lembrança da minha estadia de anos atrás ainda estava presente. Eu disse a ele que ficaria por dois meses e ele me ofereceu o quarto vazio de uma de suas filhas: “*Si es que vas a estar aquí. ¡Ven para que estés tranquila!*”. Ele me mostrou o espaço, que tinha uma cama de madeira e conversamos brevemente sobre como eu iria colaborar com comida e dinheiro durante a minha estadia. Desta forma, sem prever, fui adotada e convidada a voltar à hora do jantar para finalmente ver a sra. Tania.

Em uma Kusu Kubaim sem luz elétrica, as lojas, o posto de saúde, a prefeitura e as casas com motor são os faróis que iluminam as ruas. Com a ajuda de uma lanterna cheguei em casa. A sra. Tania estava servindo o jantar quando a vi. Ela é uma mulher awajún de uma comunidade ribeirinha do distrito de Nieva, filha de um *waimaku*<sup>15</sup> –um homem de visão guerreira–. Ela é mãe de sete filhos e avó de quatro netos. Ao chegar, ela me abraçou e convidou um *mingado*<sup>16</sup> como benvinda como parte de sua casa. Sua acolhida foi fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa. O primeiro jantar foi uma noite de compartilhar memórias e notícias com os Túwi e sua filha Clara, que se tornou minha mão direita e tradutora de todas as conversas que tive com outras famílias awajún. Esse primeiro jantar significou a melhor organização e entrada para o campo, de mãos dadas com estas duas mulheres.

Na manhã seguinte, peguei meu mosquiteiro, arrumei minha mochila e paguei pela única noite que passei em um hotel comunitário. A dona me perguntou se eu estava deixando a comunidade. Eu disse que não, que agora ficaria na casa dos Túwi. Desci a rua íngreme, andei pelo município e entrei na minha nova casa. Um grande espaço de madeiras com pequenas aberturas para o exterior que durante o dia era dividido com as galinhas e cães da casa. Naquela

---

<sup>15</sup> Un hombre con reconocimiento social y político por haber conseguido incorporar la visión del *Ajútap* o espíritu guía animal de visión guerrera por medio del consumo de las plantas toé (*Brugmansia suaveolens*) y ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*). Para entender mejor el proceso de formación y búsqueda de visión, ver el capítulo 3.

<sup>16</sup> Arroz cocido y servido con agua, una especie de mazamorra de consistencia más líquida que se consume frecuentemente.

manhã, conheci o filho de Clara (com oito meses de idade), e entre suas brincadeiras, começamos a pensar nas visitas às outras casas e famílias da comunidade.

Assim, entrei para a família Túwi, dando-lhes comida, carne de caça ou gasolina, que foram generosamente recompensadas com ensinamentos, conversas, risos, refeições e hospedagem. À noite, assistíamos televisão graças ao gerador, juntamente com os outros vizinhos que chegavam. Durante o dia, visitava as outras casas, acompanhava o trabalho na roça e conversava com a sra. Tania, minha mãe awajún. A ela agradeço-lhe infinitamente o carinho e a minha adoção.

...

*¿De dónde es? ¿quién es? ¿quién es su esposo? ¿dónde viven sus papás?* Essas foram as primeiras perguntas que me fizeram quando visitei outras famílias nas comunidades. As introduções foram sempre feitas em referência aos antepassados, a fim de localizar a pessoa. “*Ella viene de Ayacucho. Dice que es de la sierra. Está estudiando de ‘játa SIDA’, setash*”, dizia Clara ao me apresentar. Longe do meu lugar de origem, isso causou surpresa e curiosidade. “*¡Waa<sup>17</sup>, lejos!*”. A maioria se surpreendia que eu ultrapassasse os espaços destinados aos *apách*: o campo de futebol, o porto, o posto de saúde e a escola; que são os lugares onde o espanhol é falado e onde os awajún cumprimentam os estrangeiros com olhar e com gestos. As casas awajún, ao contrário, são espaços familiares de relacionamentos quase exclusivamente awajún.

Assim, o riso em torno de minha maneira de falar, a memória das quedas, as perguntas e reperguntas, que logo percebi serem bastante óbvias, posicionaram-me como uma *apách* ambígua, que me permitia estar dentro de suas casas e conhecer suas histórias. Esta relação se foi tornando de amizade e parentesco com os dias compartilhados.

Visitante: *Auu<sup>18</sup>, pujamek (¿vives? / ¿estas?)*  
Residente da casa visitada: *Pujajai (¡vivo! / ¡estoy!), wayata (entra)*

A maneira típica de pedir permissão para entrar em uma casa era uma confirmação de estar vivo e, portanto, de ser capaz de receber visitas. O convite para entrar atravessava as paredes de madeira. A porta de madeira abria-se e as conversas começavam, sentados nos

---

<sup>17</sup> Onomatopeya de sorpresa.

<sup>18</sup> Onomatopeya usada cuando se va a visitar a una persona. Las puertas no se tocan. Los awajún se paran fuera de las casas y con este sonido se llama a alguna persona residente de la casa que pueda oírlos; una vez obtenida alguna respuesta, se pregunta por la persona que se quiere visitar.

bancos ao redor da mesa de madeira nas cozinhas, com as crianças brincando, entrando e saindo, enquanto o restante da família se reunia para compartilhar as refeições. Esta partilha com as famílias abriu o caminho para as histórias que apresento nesta dissertação.

Chamavam-me de “*apách*”, “*Kimina*” ou “*Jimena*”, e todos receberam-me de braços abertos, graças à minha adoção pela família Túwi. Entrar nesses cotidianos deu-me acesso privilegiado aos processos de saúde e doença awajún; sua experiência em um contexto de suspeita e sussurros em torno do HIV/AIDS. Essas histórias, longe de serem apenas narrativas de sofrimento, foram acompanhadas de humor e ações de resistência em torno ao “fazer a vida” dos filhos awajún. As famílias foram o centro do meu trabalho de campo, sempre serei grata a elas. Espero retratar adequadamente o conhecimento que me deram.

#### **1.4.Plano da dissertação**

No segundo capítulo eu apresento a epidemia de HIV/AIDS dentro da história awajún de epidemias passadas, a partir das memórias dos avós awajún e dos estudos de antropologia da saúde no distrito de El Cenepa. Concluo com uma revisão dos estudos etnográficos e teóricos da antropologia médica entre os povos indígenas amazônicos que servem de sustento à minha pesquisa.

No terceiro capítulo, identifico as concepções de saúde e doença awajún a partir do seu pensamento sobre o corpo como uma entidade afetável. Examino a formação de pessoas como um processo de relações e a forma como a “*játa AIDS*” e o “*waweamu* com sintoma da AIDS” intervêm nessas relações. Abordo essas questões a partir das perspectivas das famílias das comunidades do distrito El Cenepa.

No quarto capítulo, concentro minha experiência em duas casas awajún com filhos soropositivos. Apresento suas narrativas sobre as suas práticas de cuidados cotidianos, os tratamentos, a busca por saúde, os sentimentos, os conhecimentos e as subjetividades diante do diagnóstico de doença e dano associado ao HIV/AIDS.

Finalmente, no quinto capítulo contraponho dois espaços, com diferentes médicos e medicamentos, onde convergem as práticas indígenas, chocando e gerando *equivocos* (Kelly: 2010; Viveiro de Castro 2004). Por um lado, os postos públicos de saúde de comunidades indígenas com médicos, medicamentos e tratamentos de serviços públicos peruanos; e, por outro lado, os espaços de saúde indígenas, em que as plantas e, principalmente, o “*doctorcito del toé*” (*Brugmansia suaveolens*) são os principais agentes curadores.



Foto 1: Puesto de Salud Kusu Kubaim



Foto 2: Ruas e casas numa comunidade awajún



Foto 3: Tardes de jogo na comunidade



Foto 4: Mulheres awajún indo para a roça de canoa.

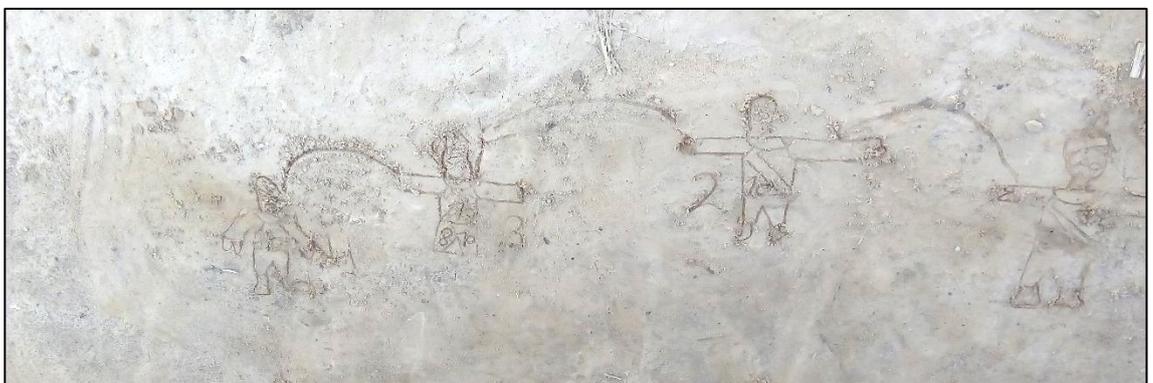


Foto 5: Desenhos de terra de três *uchis* (meninas). Relações, linhas e cruzamentos

## 2. HISTÓRIA E ABORDAGENS ANTROPOLÓGICAS DO HIV/AIDS ENTRE OS POVOS INDÍGENAS AMAZÔNICOS

### 2.1. História de epidemias entre os awajún do rio Comaina

O distrito de El Cenepa, na província de Condorcanqui, território de fronteira entre o Peru e o Equador, tem uma população aproximada de 9.891 pessoas, 86% das quais se autoidentificam como awajún (INEI, 2018). Os awajún deste distrito estão distribuídos entre as bacias dos rios Cenepa, Comaina, Numpatkim e seus afluentes, que compõem parte do que é conhecido como o território ancestral awajún.

Os awajún conhecidos antigamente como “aents”, pessoas verdadeiras, ou “shiwang”, pessoas inimigas, receberam o etnônimo “aguaruna”, derivado do termo quechua “áwaj” (tecelão) na sua classificação como “gente do tear” (Guallart, 1990, p. 13), ante a surpresa dos espanhóis em ver homens tecelões de roupas e utensílios com fios de palmeira (*Astrocaryum vulgare*) e algodão (*Gossypium de barbados l.*). Eles são a segunda maior população indígena do Peru e pertencem à família etnolinguística jíbaro, juntamente com os achuar, shuar, wampis e povos com práticas semelhantes, como os canelos (falantes da língua quechua), candoshi e shapra (falantes da língua candoa), com quem compartilham uma conexão fluvial nos rios Marañón, Andoas, Pastaza e Yumingusa, na vizinha região de Loreto. Com aproximadamente 55,366 pessoas, o povo awajún possui assentamentos nas regiões peruanas de Loreto, Cajamarca, San Martín, Lima e, especialmente, Amazonas.

Os awajún da região do Amazonas, estabelecidos no distrito de El Cenepa, dão as boas-vindas ao seu território com uma paisagem de floresta espessa acompanhada por montanhas, rios estreitos e seres mitológicos<sup>19</sup>, que na estreiteza de seus rios abrem caminho para as duas comunidades indígenas mais povoadas do rio Comaina: Kusu Kubaim e Huampami.

Dois centros povoados ribeirinhos que evitaram a presença de invasores apách até o século XVIII, favorecidos pelo distanciamento das cidades portuárias e por seus assentamentos dispersos. O distrito de El Cenepa foi um território cobiçado pelos brancos. Os escritos coloniais de viajantes e missionários os descreveram como espaços de montanha vazios com habitantes ferozes, passivos e ignorantes (Espinoza, 2009). A população awajún foi, por sua vez, descrita nesta construção de “horrores indígenas” como uma categoria exacerbada de guerreiros

---

<sup>19</sup> Nugkui, Etsa, Kumpanam, Apajui. Ver (Borwn 1984; Garra 2012)

reductores de cabeza<sup>20</sup>. Índios “*bebedores de cabezas*”<sup>21</sup>, de acordo com as crônicas da guerra colonial de 1550, com caciques guerreiros com “sede de morte”. Esses discursos de bestialidade também foram reforçados pelos relatos missionários. Em 1815, padre Prieto, um missionário franciscano, chamou os awajún de “*indios más crueles e infieles de esta parte de América*”, de ferocidade calculada e sangrenta. Índios “selvagens”, nas palavras do padre Conde em 1931, que faziam “*guerra não só por vingança ou defesa, mas para relaxarem e se divertirem*” (Espinosa, 2009, p. 130-133).

Esta construção de povos indígenas grotescos justificou as tentativas cada vez mais incisivas de integrá-los ao Estado peruano desde o século XIX. Assim, o governo de Ramón Castilla, em 1845, iniciou a entrega de armas de fogo a colonos de territórios amazônicos que desejavam se defender contra os povos indígenas. Em 1898, iniciou-se constitucionalmente o desconhecimento dos territórios indígenas amazônicos com a promoção da “Ley orgánica de terrenos de montaña” pelo governo de Nicolás de Piérola (1895-1899). Iniciativas de colonização seguidas da fundação de cidades em áreas próximas a territórios indígenas, controladas por instituições religiosas; especialmente pelas congregações nazarenas, franciscanas e salesianas.

Este desejo de possuir o território indígena, depois de séculos de história de contato e repressão, permanece como política contemporânea. Os discursos políticos preservam a ideia da Amazônia como território abandonado que deve ser usufruído.

“*Tierras sin hombre, para hombres sin tierra*” (Alberto Belaunde presidente del Perú 1980 -1985)

“*Es absurdo pensar que lugares que tienen sesenta mil u ochenta mil hectáreas están reservadas para 20 o 30 familias de población nativa. Estas familias viven una vida primitiva y de lo que se trata es de concentrarlas en tierras adecuadas para el cultivo permanente*” Fernando Belaunde Terri. (Trapnell 1982 en Ulfe & Trinidad, 2017)

“*Este es un caso que se encuentra en todo el Perú, tierras ociosas porque el dueño no tiene formación ni recursos económicos, por tanto, su propiedad es aparente. Esa misma tierra vendida en grandes lotes traería tecnología de la que se beneficiaría también el comunero, pero la telaraña ideológica del siglo XIX subsiste como un impedimento. El perro del hortelano [que no come ni deja comer].*” (Alan García<sup>22</sup>, 2007)

---

<sup>20</sup> Imagen de crueldad que hace referencia al *Tsantsa*, un ritual de resguardo de los guerreros jíbaro que consiste en la decapitación y reducción de cabezas del enemigo que se convertían en cabezas trofeo (Descola, 2005, p. 268-270). En el caso awajún, si bien se recuerda la existencia de estas cabezas reducidas en tiempos antiguos, mis anfitriones la describen como una práctica que no se desarrolla desde hace en siglos.

<sup>21</sup> “*Su cacique era muy grande e que si me tomaba a mí y a los demás que nos avía de matar e beber con nuestras cabeças.*” (Espinosa, 2009, p. 134)

<sup>22</sup> Presidente del Perú entre los años 1985 a 1990 y 2006 a 2010.

Estes discursos marcaram o relacionamento da população indígena amazônica, especialmente da população awajún, com o Estado peruano. O Baguazo<sup>23</sup> foi o exemplo na história contemporânea awajún das ações de resistência indígena contra o controle estatal do seu território. O dia 5 de junho do ano 2009 é lembrado pelos awajún como “*el día de lucha por nuestra tierra*” ou “*iina nugke depetmakbau*”. Naquela manhã, centenas de índios awajún e wampis entraram em confronto com a polícia após meses de greve nacional. Eles exigiram a revogação de decretos que afetavam a demarcação do território indígena. No lugar conhecido como a “curva do diabo” centenas de homens indígenas com flechas enfrentaram a contingentes policiais armados. Treita e três pessoas morreram nesse dia, entre policiais e indígenas. O governo peruano chamou esse evento como o confronto com os “inimigos” do Estado.

*¡Víctima del salvajismo, de la barbarie, de la ferocidad! Nuestro país ha sido víctima de esta conspiración permanente que solo busca detener a nuestra patria a través de creencias absurdas, erróneas, propias del S. XIX. Entonces busca su ejército y sus armas, en lo más profundo de la selva y también en lo más atrasado del país.* (García 2009).

Esta história hegemônica de conquista, feita nas costas da população indígena, é questionada nas comunidades awajún onde fiz trabalho de campo. Os *yáunchugmuun*<sup>24</sup>, ou antigos avós awajún, passaram para seus filhos outra história de negociações com esses *apách* (não indígenas) que habitavam seu território. Guerreiros antigos que, longe dessa armadura de crueldade, lembram sarcasticamente a chegada desses novos vizinhos (autoidentificados como salvadores) como o início das relações de violência e desconfiança com o mundo mestiço. Eles ofereciam uma bondade suspeita, lembra Rupitsa, um ancião achuar, com a chegada da igreja em seus rios: “*nos preguntábamos porque tan amistosos querían ser con nosotros esos apách, y ¿dónde estaba la trampa?*”<sup>25</sup>

E a armadilha apareceu: os processos de dominação epidemiológica foram as primeiras memórias de contato no distrito de El Cenepa. Uma memória que é evocada nas narrativas dos e das “*muuntag*”, anciãos awajún com idade acima dos 70 anos, filhos e netos dos *yáunchugmuun*, que viram seus parentes morrerem dessas doenças desconhecidas, recordações necessárias para compreender a chegada e a percepção do HIV/AIDS na bacia de Comaina.

---

<sup>23</sup> Para más referencias del Baguazo ver Espinoza (2009), Regan (2014) y Surrallés (2011).

<sup>24</sup> *Yaunchukmuun*: *Yaunchuk* (él ha tenido, ha existido) - *Muun* (anciano, persona mayor).

<sup>25</sup> Recuerdo de John sobre Rupitsa, recogido en Kusu Kubaim 2018.

### 2.1.1. O tempo do “játa atsú”: a doença como herança apách

Nas primeiras conversas familiares e explicações sobre a minha chegada à comunidade de Kusu Kubaim, Kusu Pagata e Huampami a palavra “játa(a)” começou a tornar-se evidente para mim. “Játa” traduzida como “doença”, é a palavra usada pelas famílias para se referir a todos os tipos de desconforto no corpo das pessoas, tais como: doenças biomédicas, desconfortos emocionais, sensações de temor ou medo, entre outros. Experiências físicas, emocionais e/ou sensoriais referidas em termos como “jáajai” “estou doente” ou “jáamu”, usado para falar sobre um caso de doença ou morte.

O uso polissêmico da palavra está associado à memória das epidemias trazidas por colonos e missionários após a sua entrada no distrito de El Cenepa. Aqueles que terminaram o período lembrado como “játa atsú” ou tempo de “não doença”. O Muun Yampam, da comunidade Huampami, me disse:

*Antes, “Játa atsú”, no había enfermedad dicen. ¡Antes no había! Mujer y hombre vivían así sanitos. Las mujercitas preparaban masato<sup>26</sup> e invitaban. Venían de otras casas y celebraban, eso era así. Antes vivían las familias separadas. Entre awajún solitos conversamos para hacer que aprendan nuestros hijos. Antes no sabían hablar castellano ni vestimos. Así no más andaban. En el camino a Achu, hay una quebrada que se llama Sunup. Ahí estudiaban los niños y adultos. Como no podía ir en canoa por el aumento del río, Runtanque ha dicho: “mejor hay que trasladarnos y construir una casa en el río Comaina para que estudien los jóvenes”. Así surgió la comunidad de Huampami. Llegaron tres familias, de ahí comenzaron, era todo monte. Llegaron las familias Aristo, Wampash, Antun, Juank, Nasario. Se unieron los abuelos muun. Se casaron, hicieron sus casitas y todo. Traían masato y yuca para cocinar, para hacer su minga [trabajo colectivo]. Antes la pagki (boa) grande vivía aquí. La matamos con escopeta. ¡Era bien feo, no se podía! Todo era monte, vivía majas, armadillo, añuje.*

*Antes no había doctores y no había enfermedad hanku, que ahora le dicen reumatismo [actual mal que lo aqueja]. Eso se curaba con kuasi, tankinip, tua, mankuap, eso se usaba cuando tenía dolor de rodilla. ¡Para todos los dolores! Se le sacaba la cáscara al ujushno para que pase el dolor. Con eso, con nuestra planta no más. Lo que sí había en los muun era la enfermedad de Santeria. Ahora cada vez está cambiando su nombre. Ellos sentían diarrea, vómito, dolor de estómago. Se preparaba en una vasija el enema y con eso le pasaba todo el dolor de estómago y la diarrea. Así también, cuando un bebe se enfermaba, del excremento de la gallina le sacaban la agüita y eso le preparaban para tomar, y así se sanaba de la bronquitis.*

*Antes nosotros curábamos así. Ahora ya no pasa. ¡No sé qué enfermedad será! ¡Antes si funcionaba, pero ahora no! Antiguamente los viejitos como nosotros, ahora muertos, explicaron a nuestras madres; y de ahí, nosotros comenzamos a saber. Antes, cuando estaba mal un familiar, les explicaban a sus familias: "esa planta está buena, así tienes que curar". Así nos curábamos. Ahora existe los apách; ahora van al Puesto de*

---

<sup>26</sup> Bebida fermentada de yuca. Las mujeres la realizan para eventos de fiesta o celebración colectiva. El “masatear” con alguien es la acción de tomar masato con una persona en el mismo envase, mientras se mantiene una conversación o una fiesta. Es un signo de parentesco y/o de amistad entre las familias.

Salud. Le sacan su análisis y explican que enfermedad era. Le sacan su *ampi* (pastilla) y le entregan. Antes no era así. (Muun Yampam, río Comaina 2018).

O período de “*jatsa atsú*” ou não doença terminou com a presença de novas doenças, as quais os awajún não estavam preparados imunologicamente ou com o conhecimento de suas plantas. Este tempo de doença que trouxe novos nomes para os males na comunidade, recorda-se, começou com o rapto dos jovens awajún pelas missões, com o objetivo de ensiná-los a língua espanhola para serem convertidos em negociadores de uma recepção “pacífica” para a missão. Essa prática, descrita por Riol (2015), também foi lembrada pelos sábios awajún, como o processo que “destruiu” seus jovens durante as incursões evangelizadoras, feitas em conjunto com os soldados do exército peruano e índios rebeldes sequestrados.

*“Los indígenas, dicen, vivían en una playa bañándose y, dicen, los pastores venían con avioneta. Un día los pastores cogen pues a un niño de un grupo que estaba bañándose y ese hijo lo llevan a su ciudad, a su país y lo destruyen. De lo que lo llevaron de 12 años, después con 20 años lo devuelven. El joven volvió ya civilizado a su pueblo. Lo dejaron en el mismo sitio, diciéndole: ‘Convérsalo bien, nosotros queremos apoyar a tu familia, queremos dar machete, hacha porque ellos no saben. Tú hazles convencer’. El seguía teniendo su idioma. Sus familiares pensaban que ‘la Madre de los Bosques’ se lo había llevado, pero al final aparece el joven y les dice: ‘Yo soy hijo de tal’, y la gente se acuerda del muchacho perdido. Él viene como apách, pero hablaba awajún. Dicen que el joven conversó con su familia y ellos se acordaron de él.*

*Pide así: ‘Hay que hacer un campito para avioneta para que nos pueda apoyar todo los pastores’ El pueblo, aquí, mi familia, acepta. Cuando viene la avioneta trae hacha, machete, colcha, frazada, fósforo, ese asaípe, saípe que se llama. Le regalaron ropa, pero ellos no querían ponerse porque les daba vergüenza. Pero, aun así, el joven enseñaba “¡Así tiene que ser! Eso calato está mal.*

*Ya en el segundo viaje los pastores conversan, que no lo maten a su familia porque eso es pecado. Enseñaba: vamos a hacer iglesia acá”.*

(Profesor Ruben Daichap, Kusu Pagata, 2018).

A oferta de educação e de bens materiais foi a bandeira da “civilização”, à qual o povo awajún decide se juntar, como uma estratégia para negociar sua subsistência já afetada com as tentativas anteriores de conquista e escravização. As expressões em espanhol “civilización”, “nos civilizaron”, “él se civilizó”, entre outras, são usadas por homens e mulheres quando falam de sua percepção da história do contato com os *apách*. Como Vilaça (2006, p. 30) identifica no caso dos Wari, às vezes é necessário reconstruir a própria sociedade indígena em perigo a partir da invasão de seu território. Desta forma, as armas *apách* de educação, vestuário, ferramentas e moedas são o incentivo de aliança para as famílias awajún do distrito de El Cenepa que evitavam conflitos e aceitaram a entrada de missões em seu território. “*Agradando a los blancos [...] solamente porque sabían que les gustaba ser tratados así*” (ibid..401).

A religião estabeleceu-se, assim, como a instituição de dominação e “civilização” da população awajún no distrito de El Cenepa, que em 1929 recebeu a Igreja Evangélica Nazarena, presidida pelo pastor Roger Winans e sua esposa. Esta foi a primeira organização religiosa a se estabelecer em uma comunidade awajún; onde se formaram os primeiros professores indígenas: *Daniel Danducho, Moisés Iwash, Francisco Kaikat e Silas Kuñachi* (Riol, 2015, p. 270). Eles são lembrados nas comunidades de Kusu Kubaim, Kusu Pagata e Huampami por seu papel de liderança na disseminação de escolas em toda a região. Esses jovens mudaram as expectativas da juventude awajún por incutir um desejo de dominar a língua espanhola. *“Ahí el pueblo escuchaba que el hijo de Dantucho, ahora es profesor, ya es civilizado. ¡Quién no va a querer! Entonces, desde aquí tanganeando fueron hasta Imaza y Chiriaco, para llevar a sus hijos que estudien”* (Muun Yampam, río Comaina, 2008).

A educação procurada pelas famílias awajún e promovida pela igreja evangélica foi o início dos serviços públicos no território, através de uma rede de pastores e professores que, por sua vez, significou o incremento das práticas e cobranças morais deste novo sistema religioso, que considerava o sistema de conhecimento awajún como algo irracional<sup>27</sup>. Seus discursos evolucionistas e de ódio se enraizaram com punições físicas e ameaças de pecado, que acompanhavam esse trabalho de conversão (Riol, 2015, p. 272). Essa situação foi aceita pelo povo awajún pela curiosidade de conhecer os bens dos brancos e, em particular, pelo desejo de entender o que é e como funciona o dinheiro. Como Green (2009, p. 150) diz, eles queriam “resolver os mistérios do papel”. A entrada do dinheiro nas missões trouxe novos meios de troca para a população awajún do distrito de El Cenepa. Os cheques do pastor que os awajún viam sendo transformados em bens eram os ganchos para o contato. Isto foi gravado por o pastor Winans em suas memórias:

“Los aguarunas tardaron en ver las ventajas de la educación. No entendían la naturaleza de esta. Ignoraban olímpicamente los libros tildándolos de “papeles inútiles”. En cierta ocasión, un muchacho aguaruna me acompañó a Jaén. Nos dirigimos a una tienda a cobrar un cheque y a comprar ciertas mercancías para comerciar. **A mi regreso, un grupo de indios querían ver mi libro.** Les pregunté a cuál libro se referían. **Me explicaron que se trataba del librito, una página del cual era suficiente para adquirir toda una carga de mercancías y un puñado de monedas. Les mostré mi chequera. Querían saber el valor de cada página.** A raíz de este incidente se despertó un renovado interés por aprender” (Winans 1989 en Riol 2015, p. 271)

---

<sup>27</sup> El nuevo sistema educativo confrontó a los jóvenes awajún con: constantes referencias al salvajismo de sus padres, la satanización de los procesos de formación de persona en sus abuelos, el desprestigio de la búsqueda de visión y dietas de resguardo, y la negación de su cosmovisión.

A igreja aproveitou este interesse dos awajún para introduzir a produção de borracha na localidade. O próprio pastor Winans foi, por sua vez, o representante da venda local de borracha da Companhia Industrial Marañón<sup>28</sup>, localizada na cidade portuária de Santa Maria de Nieva, a cinco horas da comunidade de Huampami. A entrada das missões transformou a distribuição territorial da população awajún. Com a criação das missões, as antigas casas familiares, espalhadas ao longo dos rios, passaram a se agrupar em torno das escolas.

Em 1940, o controle econômico e político dos pastores evangélicos, chamados de “gringos” no distrito de El Cenepa, entrou em conflito com a missão jesuíta de São Francisco Javier del Marañón, na cidade de Santa María de Nieva, de religiosos espanhóis. Essa tensão entre evangélicos e católicos para o domínio do território é lembrada por alguns na comunidade de Kusu Kubaim como a “*competencia entre los gringos y los jesuitas, que también daban oportunidad para ser profesor*” (Professor Ruben, río comaina 2018). Os awajún estavam plenamente conscientes de que a educação era a principal estratégia utilizada por ambas organizações missionárias para estabelecer suas igrejas e gerar a nuclearização das famílias indígenas em torno de novas cidades.

Tanto os católicos como os evangélicos se consolidaram por meio da criação de escolas como as faces visíveis do Estado, que na época não tinha serviço de escola pública no distrito. A aceitação da presença desses missionários, no entanto, também gerou revoltas, especialmente quando a população percebeu que, junto com a chegada deles, surgiram doenças antes desconhecidas em seus territórios. Na década de 1940, os awajún do rio Comaina mataram um sacerdote e expulsaram os jesuítas de todas as comunidades de sua bacia, acusando-os de ter trazido sarampo e tifoide, entre outras doenças. Os jesuítas, após este episódio, permaneceram apenas na missão da cidade portuária de Santa Maria de Nieva.

***En 1942, se crea el distrito El Cenepa, que ellos mismos españoles han hecho eso. El pueblo no sabía. Ellos solos lo hicieron. En la boca del [río] Cenepa, ahí vivían los españoles [...]***

***Una vez, el pueblo se comenzó a organizar y dijo: “Ellos traen tifoidea, sarampión, otras enfermedades que nosotros nunca hemos probado. Éramos sanos y ellos que vinieron nos quisieron contagiar.***

***Ahí viene uno de ellos, un cura, y el pueblo se organiza y lo mata. Entonces todos los religiosos de las misiones que habían puesto con nombres de santos dijeron: “¡Vamos a atacar a los indígenas!” Pero, los indígenas se metían al bosque como añuje (*Dasyprocta punctata*) y los españoles no podían con nuestro escondite, y no pudieron. Eso pasó pues. (Profesor Ruben, río Comaina, 2018)***

---

<sup>28</sup> Ver Guallart (1990) y Riol (2015, p. 271).

As novas doenças não se associaram apenas à chegada das missões e à criação de comunidades em torno de suas escolas, mas também às viagens que os jovens awajún faziam às cidades portuárias, como Nieva e Imaza, para continuar seus estudos secundários em internatos para homens e mulheres. A maioria dos líderes awajún masculinos e femininos que atualmente têm mais de 40 anos foram educados nos internatos jesuítas da cidade de Nieva. A relação com os internatos ao longo das décadas, até o presente, é ambígua. Os pais querem que seus filhos estudem neles para que possam migrar para outras cidades em busca de formação profissional. Ao mesmo tempo, no entanto, eles percebem que houve muitos episódios de abuso nesses espaços, que por sua vez eram focos de infecções e doenças.

Os principais incentivos dos awajún para deixarem as comunidades e terem relações mais próximas com a população *apách* foram a busca de educação, o comércio e o desejo de obter dinheiro através do trabalho agrícola nas hortas ao redor de Nieva. Este contato dinamizou a chegada e saída da população awajún do distrito de El Cenepa e também é lembrado como o contexto onde o sarampo surgiu, na década de 1950. Essa doença é especialmente lembrada pelos avós *muun* por ter causado a morte de muitas famílias em seu território. Esse foi o caso de Muun Rubio, que perdeu sua casa de família quando o sarampo chegou: “*¡Una enfermedad fuerte! Sarampión, mató a 7 personas aquí, con dolor de ojo, heriditas en la piel. Enfermó a los niños y adultos. Ahí murió mi hermano, mi papá, mi mamá. ¡Todos! Solo quedé yo, mi hermano y mi hermanita. Ella se fue a trabajar a Nieva y se contagió también*”.

A chegada súbita de doenças *apách*, assim, levou a perdas e mudanças obrigatórias nas famílias awajún, as quais tiveram que modificar suas estratégias de residência e mobilidade familiar, a fim de sobreviver após a morte de seus membros. Os homens mais velhos foram particularmente afetados, pois, como era o costume segundo o sistema uxorilocal de residência awajún, viajavam regularmente para suas comunidades de infância para visitar suas mães. As longas jornadas ocorreriam entre os assentamentos awajún na fronteira com o Equador e as casas familiares das encostas mais próximas das cidades de Nieva e Imaza. As viagens duravam entre quatro e cinco dias de canoa ou caminhada e tornaram-se perigosas com a presença das novas doenças. O medo de contrair uma doença contribuiu para a diminuição das viagens dentro das redes familiares. Os avós awajún lembram que estas viagens sempre foram perigosas. Tinham que passar por corredeiras onde corriam o risco de se afogar por causa das ondas e das atividades dos seres que vivem na água, como as boas *pagki*. Até hoje, considera-se que no

desfiladeiro de *manseriche*<sup>29</sup> há grandes redemoinhos, “*formados por el movimiento de una pagki (boa) inmensa que vive en las profundidades*” (Riol, 2015, p. 235). Com a chegada do sarampo, os perigos se multiplicaram. Em muitos casos, mesmo as feridas de sarampo eram vistas como o resultado de feitiçaria dos *tunchis* (bruxos). Como relatou Lazo (2014, p. 19), para os awajún os feiticeiros são também os causantes do dano com “sintoma de sarampo”.

*Mató un Iwishín (brujo) a un familiar y se escaparon. Entonces, dos Iwishín decidieron vengar esa muerte colocando Tsag (tabaco) con "síntoma de sarampión" en el suelo de las casas. El resultado fueron 3 muertos. Otro curandero los detectó y le dicen: '2 han enterrado Tsag de Sarampión'. Los desenterraron y se curaron. (Notas de campo. Muun/Sabio. Río Comaina, 25 agosto 2014).*

Comerciantes, colonos, missionários e professores são lembrados na comunidade de Kusu Kubaim como vetores de doenças (especialmente varíola, sarampo, febre amarela e tosse). Como mostram estudos em outros lugares da Amazônia, a entrada dos *apách* no território awajún no século XIX constituiu uma conquista epidemiológica ou uma “guerra biológica” (Buchillet 2004; Garnelo & Buchillet 2006), que matou a população awajún, juntamente com a chegada da “palavra de Deus”, a implementação de “progresso”, a criação de novos assentamentos e a suposta integração da população indígena amazônica na cidadania peruana. “*Mientras que los chamanes eran capaces de flechar a un individuo por vez, los españoles parecían usar el equivalente ritual de un armamento de destrucción masiva, capaz de sembrar la muerte en cientos o miles de individuos*” (Jiménez & Alioto, 2014, p. 184). A memória deste legado mortal é mantida viva na voz dos avós.

*“Gringo, alemán creo, con barba; altos, blancos. Esos gringos llegaban a comprar Shijikap<sup>30</sup>. Vinieron 5, 10; sus esposas también llegaban. No se quedaban mucho tiempo. Venían, pasaban y se iban. ¡Cuando llegaban gringos no sé qué enfermedad ellos traían y ahí todos enfermaban!”* (Muun Santiago, río Comaina, 2018)

*“Cuando los profesores llegaron recién vino la enfermedad grave...la tos del gringo”* (Muun Santiago, río Comaina, 2018)

*“Desde que llegó religión ya se tiene todas las enfermedades. Por el azúcar, la sal. Antes los awajún iban dónde sale el sal y la hervían. Salía natural y así se curaban. Tomaban Ayahuasca, y se curaban. ¡Por el consumo, por la vestimenta, ahora hay enfermedades!”* (Mario, río Comaina, 2018)

As comunidades do rio Comaina aprenderam a viver com essas epidemias através da aprendizagem de “*primeros auxilios, uso de termómetros, microscopios, inyecciones y la*

---

<sup>29</sup> En lo alto de sus piedras que rodean el pongo se dice que habitan dos seres míticos Kumpanam y Apajui (actual nombre de referencia a Dios). Asimismo, el movimiento de las aguas en las rocas vive Tsugki, dueño de las profundidades del río (Riol, 2015, p. 235)

<sup>30</sup> Tinte natural del árbol Shijikap que se usa para hacer tatuajes de color negro en el cuerpo. Este fue usado por los antiguos muuntag varones y mujeres que tienen en sus caras, pechos y brazos diferentes figuras.

*administración de medicamentos*”<sup>31</sup> ensinados a eles pelas irmãs do Sagrado Coração de Jesus em Huampami, na década de 1960. No entanto, essas freiras tiveram que fugir do rio Comaina devido às revoltas da população indígena. Com a saída das freiras, as famílias foram ao posto de vigilância militar “Chávez Valdivia” para solicitar remédios e cuidados. Esse espaço do exército peruano foi fundado como parte da estratégia de proteção e demarcação das fronteiras geográficas<sup>32</sup> entre o Peru e o Equador após a guerra entre os dois países na década de 1940. Ele está localizado a meio caminho entre as comunidades de Kusu Kubaim e Huampami e até hoje é um espaço de residência para os jovens varões awajún do distrito de El Cenepa que realizam o serviço militar.

Esse quartel foi criado com enfermarias onde a população awajún lembra de ter solicitado apoio em emergências, apesar do tratamento violento de sua equipe. É assim que o primeiro técnico de saúde de Huampami se lembra: *“Mi mamá cayó enferma. Empecé a tancanear (remar) para llevarla a Chávez Valdivia, pero el río estaba alzado. Había mucha cascada. Cuando llegué ahí, el enfermero que trabajaba me insultaba: ‘¿porqué vienes tarde, huevón, tarado de mierda!’ . Así me trataba y yo sentí: ‘¿Esa persona cómo aprendió a atender a los pacientes? Si él puede, entonces ¿Por qué yo no puedo ser también?’ ”* (Muun José, río Comaina, 2018).

Essas memórias inspiraram muitos jovens awajún a se formarem como técnicos de saúde, uma especialização que na década de 1970 foi oferecida pelo Conselho Aguaruna Huambisa (CAH)<sup>33</sup> graças a acordos com a cooperação estrangeira. Esse processo completo de formação em medicina *apách* é lembrado como *“la mejor experiencia de formación con médicos extranjeros. Aprendimos como curar todo. Aprendimos a sacar una muela, a sacar la sangre, a ayudar a dar a luz, las enfermedades de las mujeres y sus partes, a ayudar a los niños. No tenemos título, pero somos nosotros, así como doctores. Lo único que faltaba era hacer operación”* (Muun José, río Comaina, 2018).

---

<sup>31</sup> Muun JC, Huampami, 2018.

<sup>32</sup> El conflicto limítrofe entre Perú y Ecuador iniciado por el desconocimiento de hitos desde 1841, llevó a la Guerra con Ecuador en el año 1941 y los posteriores conflictos en territorio indígena conocidos como “Conflicto de Paquisha” (22-26 de enero de 1981) y Conflicto de Alto Cenepa “Guerra del Cenepa” (26 de enero al 28 de febrero de 1995).

<sup>33</sup> Organización indígena que congrega a las comunidades awajún y wampis de los ríos Cenepa, Nieva, Marañón y Santiago. Su primera asamblea convocada por Evaristo Nugkuag en 1977 fue seguida por la constitución como persona jurídica del Consejo Aguaruna Huambisa en mayo de 1979 (Romio, 2014)

A primeira turma formada do programa concluiu seus estudos em 1984 e os awajún recém-formados substituíram os professores e religiosos *apách* como agentes de saúde, que tinham administrado por décadas injeções e medicamentos para as famílias awajún. Assim, com a graduação dos novos técnicos e com os programas de financiamento da cooperação externa, inauguraram-se as primeiras farmácias comunitárias com medicamentos gratuitos nas comunidades de Kusu Kubaim e Huampami. As farmácias comunitárias foram construídas pela população awajún com paredes de madeira e telhado de palmeira de yarina (*Phytelephas*). Os técnicos sanitários não foram remunerados por seu trabalho nas farmácias até 1993, quando estas foram reconhecidas pelo Ministério da Saúde como postos de saúde. Os agentes de saúde foram nomeados como diretores desses postos, recebendo pela primeira vez um salário do Estado.

Esta breve revisão da história da chegada de epidemias e dos postos de saúde a partir do século XIX no distrito de El Cenepa mostra o longo caminho de interconexões entre as propostas biomédicas e a medicina awajún, que tem mudado em grande parte as tentativas awajún de responder a novas doenças. É um caminho de negociação e tensão que continua a se transformar com o advento do HIV/AIDS.

### **2.1.2. A chegada do HIV/AIDS na população awajún**

“*La enfermedad VIH lo han traído apách ¡como tú! y paisanos que se fueron y trajeron*”<sup>34</sup> é a queixa que algumas mães awajún me fizeram ao identificar o HIV/AIDS como uma doença *apách*. Desde 2005, os rumores de HIV/AIDS estiveram presentes nas comunidades do distrito de El Cenepa, quando ocorreram as primeiras mortes de jovens e começaram as suspeitas de que os professores de escolas secundárias de outras comunidades vizinhas eram os agentes da transmissão desta doença. A suspeita de que a “doença de AIDS” afetava todas as comunidades do distrito de El Cenepa foi gradualmente se intensificando. Na comunidade de Kusu Kubaim, de acordo com suas famílias, a primeira morte foi em 2010. Naquele ano, houve mortes quase todos os meses. Desde então, o número de mortes diminuiu, mas continua a ser muito elevado. De julho a dezembro de 2018, por exemplo, depois de deixar o trabalho de campo, houve mais três mortes na comunidade de Kusu Kubaim. Essas fatalidades ocorrem em um quadro complexo de mudanças sociais, com uma alta taxa de relações sexuais entre jovens, a migração de jovens awajún para as cidades, o aumento das atividades de

---

<sup>34</sup> Jóvenes madres awajún de 20 a 25 años, 2018.

mineração ilegais na área, o aumento de casos de tráfico de pessoas, a prostituição<sup>35</sup> e com o crescimento do sexo transaccional<sup>36</sup>, da violência sexual<sup>37</sup>, da violência contra crianças e da violência de gênero. Todos esses fatores, que formam um emaranhado desordenado de mudanças, são associados pela população de awajún com o aumento de casos de “*játa AIDS*”.

O HIV/AIDS é uma nova condição no distrito de El Cenepa que se multiplica rapidamente. Em 2010, foram notificados 23 casos<sup>38</sup> positivos para o HIV, enquanto em 2012 foram registradas 29 novas notificações. Um número que dobrou para 2017, com 49 registros novos somente naquele ano (Red de Salud Condorcanqui, 2018). Os dados disponíveis mostram que atualmente 2,4% da população de todo o distrito de El Cenepa é HIV positivo. Na comunidade de Kusu Kubaim, o valor desta alta incidência é o dobro, onde pelo menos 4,6% de sua população foi diagnosticada com HIV. Em termos simples, a cada 40 pessoas no distrito de El Cenepa uma é HIV-positivo.

O número de pessoas soropositivas no distrito de El Cenepa representa mais de um terço das pessoas soropositivas em toda a província de Condorcanqui (599 infecções relatadas) (Red de Salud Condorcanqui, 2018). No entanto, esses números são apenas referenciais, devido ao subregistro dos casos, pois muitos não são tamisados<sup>39</sup> devido as precárias condições dos postos de saúde. Além disso, há problemas com o diagnóstico, registro e perda<sup>40</sup> de informações na Rede de Saúde de Condorcanqui. Todos estes elementos contribuem para que o número exato de pessoas vivendo com HIV e AIDS não possa ser conhecido neste distrito.

---

<sup>35</sup> Las actividades de prostitución son continuas en las ciudades de puerto próximas a las comunidades y en el cuartel Chávez Valdivia. Un antiguo recluta de la base militar recordaba que mensualmente llegaban al cuartel las “charlies” o trabajadoras sexuales que cobraban de entre S/. 10 a S/. 15 soles para tener relaciones sexuales. Él me contó que en esos encuentros, los jóvenes reclutas no usaban preservativo y las filas de espera por los servicios llegaban a ser de 10 a 15 personas por mujer.

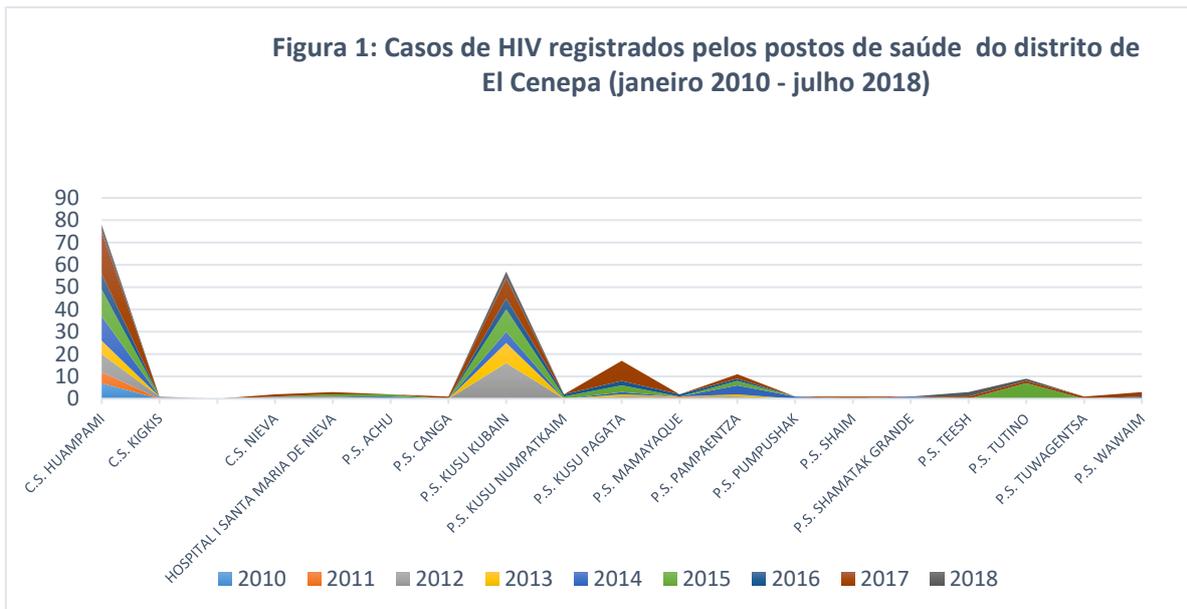
<sup>36</sup> La práctica de “sexo transaccional” involucra a los varones y mujeres awajún que ofrecen relaciones sexuales a cambio de recibir alimentos, dinero o algún otro tipo de ayuda de otra persona.

<sup>37</sup> Ver Lazo (2017) “Desenrollando la madeja de la impunidad. Rutas de acceso a la justicia en casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes en Condorcanqui.”

<sup>38</sup> En esta investigación trabajé con el cotejo de cuatro bases de datos debido al problema de documentación que encontré en los registros oficiales del sector salud. Cotejé los casos de VIH registrados en el distrito de El Cenepa en base a: 1) La base brindada por la red de Salud Condorcanqui (2018), 2) la data dada en el estudio de Lazo (2014), 3) la información del laboratorio de la red de Salud Condorcanqui (Pinto 2016) y 4) la base de datos que maneja la Micro Red de Salud Huampami (2018).

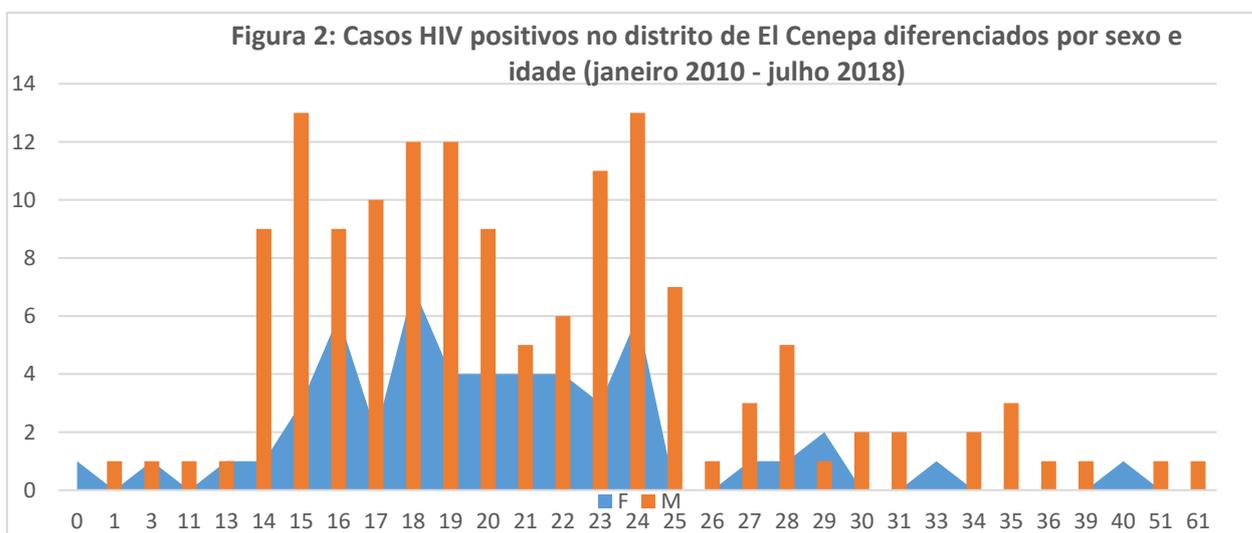
<sup>39</sup> Para el año 2017, se tamizó solo al 40% del total de la población indígena de Amazonas (MINSA 2018). Se espera que el proyecto de brigadas de atención móviles de Pathfinder beneficie a todas las comunidades awajún de la provincia de Condorcanqui con pruebas rápidas de VIH.

<sup>40</sup> La pérdida de información es una debilidad identificada también por el mismo personal de salud. Según me comentaron, la mudanza continua de personal contratado hace que el registro estadístico no sea consistente, pues al no tener energía eléctrica, los funcionarios dependen de registros manuales que pueden extraviarse. Durante las entrevistas, el personal de salud denunció la falta de entrega de datos consistentes del personal antiguo a los nuevos responsables.



**Fonte:** Elaboração própria do informe da Red de Salud Condorcanqui, 2018.

A incidência de casos de pessoas vivendo com HIV (PVV) no distrito de El Cenepa concentra-se na população masculina entre 13 e 28 anos, e na feminina entre 16 e 24 anos; embora o número de homens diagnosticados seja três vezes o das mulheres. Por sua vez, esta condição ainda está presente em crianças com menos de três anos de idade, que na maioria dos casos não conseguiram viver mais de um ano após a transmissão vertical.



**Fonte:** Elaboração própria do informe da Red de Salud Condorcanqui, 2018.

Ressalta-se que esses valores não diferenciam os casos de HIV ou AIDS neste distrito. Sem a presença de um infectologista e a ausência de testes de carga viral na região de Condorcanqui, a população é classificada como soropositiva sem monitoramento oportuno de sua fase sorológica ou registro claro das vidas que se perderam para a AIDS. Esta falta de

informações específicas sobre o estado do progresso da carga viral cria confusão tanto entre os médicos como na população awajún. Como mencionamos na introdução, a diferença entre HIV e AIDS não é relevante para os awajún, e eles desenvolveram sua própria nosologia. O que é alarmante é que os profissionais do posto de saúde não têm informações claras para administrar os tratamentos antirretrovirais. Esta é uma limitação séria de um sistema de saúde público que até 2018 relatou só sete mortes por AIDS entre a comunidade de Kusu Kubaim (com seis falecidos) e na comunidade de Huampami (com um falecido). Esse número é amplamente ultrapassado nas memórias dos awajún e reflete em grande parte a falta de informações confiáveis sobre os casos passados. A contabilização das mortes feita pelos postos de saúde não coincide com a feita pelas próprias famílias awajún.

Nesta dissertação, deixo de lado essas imagens de números e porcentagens, e proponho abordar a situação a partir das próprias perspectivas e narrativas da população awajún, tentando desenhar com eles os rostos por trás dos números e apresentar as críticas e a resistência awajún que se imbricam com a maior epidemia de HIV/AIDS em um povo indígena peruano. Uma luta que não é exclusiva da população awajún, uma vez que também está presente em vários povos indígenas amazônicos da América Latina. Seguindo as propostas da Antropologia da Saúde (Langdon, 2014), aproximo-me da doença como um processo sociocultural de relações e negociações.

## **2.2. Aproximações ao HIV/AIDS em outros povos indígenas da Amazônia**

Os estudos de HIV/AIDS na população indígena amazônica são recentes, mas indicam uma incidência alarmante nos diferentes países da América Latina. Tal é o caso dos índios Warao, no Delta do Orinoco, na Venezuela, que desde 2007<sup>41</sup> enfrentam o HIV como uma epidemia concentrada em populações masculinas de 15 a 24 anos; com uma prevalência de 9,5% em oito comunidades (Villalba et al, 2013). Esta é a maior prevalência no mundo<sup>42</sup> e afeta até 35% da população masculina. Através de estudos bayesianos<sup>43</sup>, estima-se que esta epidemia atingiu as bacias Orinoco em 2002, cerca de cinco anos antes das primeiras detecções pela Cruz

---

<sup>41</sup> En el año 2007, la Cruz Roja Venezolana identificó 15 casos de VIH en San Francisco de Guayo, Murako, Jobure, Isla Jobure, Murako, Ajimurina, Merejina, Kuamujo, La Mora y Guayaboroina (Villalba et al, 2013).

<sup>42</sup> Comparada al 5% de África subsahariana (SIPIA & ONUSIDA, 2016)

<sup>43</sup> Estudios en base a la inferencia bayesiana o teoremas de Thomas Bayes donde se prueba la probabilidad de que exista "A" en razón a "B" y la existencia de "B" en razón a la presencia de "A".

Vermelha; e têm se multiplicado exponencialmente, de modo que o número de pessoas positivas duplica a cada 10 meses desde 2011 (SIPIA & UNAIDS 2016; Carosio, 2015). Este caso é um alerta do que pode acontecer em breve em outros povos indígenas que, por sua vez, vivem com uma alta incidência de HIV/AIDS, como os Xokleng do Brasil<sup>44</sup>, os Shuar do Equador<sup>45</sup>, os Embera Chamí da Colômbia<sup>46</sup>, a população Quechua e Aymara da Bolívia, os Aymara do Chile, os Chamococos no Paraguai e os povos Chayhuita, Shipibo-Conibo, Awajún e Wampis no Peru (SIPIA & ONUSIDA 2016).

Os estudos biomédicos sobre a epidemia nessas cidades muitas vezes coincidem com a identificação de fatores de vulnerabilidade a partir da comparação das práticas e conhecimentos indígenas em contraste com os discursos biomédicos do HIV/AIDS. Estes são alguns dos fatores destacados: o contato com as cidades, a presença de atividades extrativas, o turismo, a migração por territórios fronteiriços, a pobreza, a falta de oportunidades, o acesso deficiente aos serviços de saúde, o deslocamento forçado, processos de “aculturação”, discriminação de gênero e contato com forças militares (SIPIA & ONUSIDA 2016). Esses fatores estão associados a aspectos socioculturais específicos de cada um dos povos e à “pobreza estrutural” e “violência estrutural” que são identificadas pelos estudos (Farmer & Castro 2005).

Além disso, acrescenta-se a identificação de riscos internos que são definidos por especialistas como comportamentos “culturalmente perigosos” ou falta de conhecimento que se supõe ser inerente a sua condição indígena. Trata-se de uma premissa teórica metodológica que deriva de uma generalização muito problemática, já que *a priori* associa práticas e saberes indígenas amazônicos com características de risco, e vê nos costumes das famílias limitações na adoção de técnicas e tratamentos biomédicos. Por exemplo, estudos destacam o uso de plantas medicinais, “ignorância” do uso do preservativo por homens e mulheres, início sexual em idade precoce, as práticas sexuais como fatores que tornam os povos indígenas mais vulneráveis (SIPIA & ONUSIDA, 2016; Orellana, Alva, Cárcamo, García, 2013; Zavaleta *et al.*, 2007; Portocarrero, 2015). Destacam-se também os casos de homossexualidade e homoerotismo<sup>47</sup>, muitas vezes associados a concepções culturais do chamado “terceiro sexo”,

---

<sup>44</sup> Primer caso de SIDA reportado en una persona indígena en 1987 (SIPIA & ONUSIDA, 2016; Wii, 2001).

<sup>45</sup> En la región de Morona Santiago, con un aumento de 680% e casos VIH positivos entre los años 2002 y 2013 (SIPIA & ONUSIDA, 2016, p. 66-67)

<sup>46</sup> Zambrano, Castro, Lozano, Gómez & Rojas (2012)

<sup>47</sup> El homoerotismo no se entiende como sinónimo de las categorías occidentales de homosexualidad. Los varones que tiene sexo con otro varones (HSH), para la literatura, “no son homosexuales; son machos a los que les gusta tener sexo con mujeres y gays. Algunas veces, les gusta tener sexo con hombres heterosexuales ” (Orellana &

que foram estudados, por exemplo, entre as *Omegit* da população Guna, as *Tida-WINAS* no caso Warao ou as *Maparete* na Amazônia peruana.

Este conjunto de fatores condiciona muitos dos estudos biomédicos que atribuem à população indígena a responsabilidade pela incompatibilidade entre o conhecimento supostamente “científico” e o conhecimento indígena.

Os antropólogos, por outro lado, insistem na necessidade de levar a sério as concepções indígenas e analisar detalhadamente os processos históricos de interação com os não indígenas, no contexto da colonização e na introdução de doenças de origem exógena. Além disso, estudos antropológicos promovem uma abordagem mais holística que não reduz a doença a uma mera condição biomédica de saúde. Como Sontag (2003) afirma, uma pessoa é muito mais do que sua “doença”. Diagnosticar o HIV não é algo que define a pessoa, mas é o começo de muitos trajetos onde as pessoas constroem seus corpos “positivos”, com a experiência, as negociações e os medos que lhes permitem compreender-se como uma pessoa singular. Portanto, é fundamental abrir-se a novos olhares que permitam escapar de rótulos sobre fatores de risco ou comportamentos culturalmente determinados que culpam moralmente os povos indígenas por serem quem são.

Meu interesse nesta tese é ver a vida que é tecida após o diagnóstico de HIV/AIDS em um contexto indígena, onde a mesma população desenvolveu seus entendimentos da doença como: “*játa AIDS*” e “*waweamu* com sintoma de AIDS”. Minha abordagem tem o interesse de abordar as subjetividades e relacionamentos que se entrelaçam no corpo awajún. Desta forma, tento levar a medicina indígena a sério, fazendo uma etnografia do “particular”, como sugere Abu-Lughod & Lutz (1990), com base na voz do povo awajún das comunidades de Kusu Kubaim, Kusu Pagata e Huampami.

### **Abordagens ao HIV/AIDS em populações indígenas na Amazônia peruana**

A chegada de um homem em 1983, vindo de Nova York, “*con signos de un cuerpo debilitado y huellas de muchas enfermedades*”, fez temer pelo pior (UNICEF, 2005, p. 2). A amostra de sangue enviada para os EUA confirmou a chegada da palavra “AIDS” no Peru e

---

Alva, 2012; SIPIA & ONUSIDA, 2016). La diversidad sexual indígena no calza en esta definición, queda pendiente un análisis profundo de la sexualidad amazónica desde la antropología.

com ela o estigma em manchetes de jornais que a chamaram de “peste rosa”. Por 1986, duas mulheres foram diagnosticadas com “AIDS”, e em 1987 nasceu o primeiro recém-nascido peruano “HIV” positivo (UNICEF, 2005, p. 3). Essas duas novas palavras, “AIDS” e “HIV”, começaram a se infiltrar progressivamente na população, mas a disseminação do vírus em todo o território nacional foi um pouco mais rápida. A partir da década de 1990, o HIV já estava presente na maioria das cidades do país, e de 2000 em diante fez sua incursão em território indígena da Amazônia. Hoje, o Peru é um país com taxas significativas de casos de HIV e AIDS, mas essas palavras permanecem pouco conhecidas e há pouca compreensão de como a própria população peruana, com diferenças marcantes, a ressignificou em suas vidas. É difícil mencionar estas palavras sem surgir estigmas.

A primeira morte relatada por AIDS em um povo indígena peruano foi em 2004, em uma comunidade Chayahuita no distrito do Alto Amazonas, na região de Loreto. Este caso impulsionou o desenvolvimento do primeiro estudo da predominância do HIV/AIDS numa população indígena, que relatou seis casos soropositivos nesta comunidade de 80 pessoas, o que significou uma predominância de 7% (Zavaleta et al., 2007). Este estudo forneceu a diretriz para dois novos estudos de incidência em povos indígenas de Loreto (Barletta et al., 2008) e para as abordagens multiétnicas de Ormaeche, Whittembury & Suarez-Ognio (2010)<sup>48</sup>, realizadas em cinco regiões do Peru, com gestantes e seus parceiros entre os povos Candoshi, Shapra, Shiwilo, Matsigenka, Ashaninka e Shipibo Konibo. Essas pesquisas, apesar de relatarem incidências inferiores a 2%, serviram para identificar o HIV/AIDS como uma possível epidemia indígena que ocorre rapidamente. Isto foi reconhecido em 2012 pela Direção Geral de Epidemiologia do Ministério da Saúde do Peru (Portocarrero, 2015).

Estes estudos, entretanto, desenvolveram pouca profundidade etnográfica; incluíram algumas citações de pessoas indígenas sem especificar suas comunidades, suas linhas de vida, ou investigar os contextos sociais, econômicos e políticos associados à maior incidência de HIV. Por exemplo, os estudos de Orellana, Alva, Carcamo, Garcia<sup>49</sup> (2013), Zavala et al (2007), Barletta et al (2008), Ormaeche, Alva (2012), Grández-Urbina & Fernández-Luque(2012), e Cárcamo et al (2012), destacam os seguintes fatores de risco entre as populações indígenas

---

<sup>48</sup> Realizado en conjunto con la Dirección General de Epidemiología del Perú (DGE), este estudio reportó una incidencia baja del virus en tales contextos (0.16% de seroprevalencia en gestantes y 0.29% en sus parejas varones),

<sup>49</sup> En su metodología afirma haber trabajado con personas “Shipibo-Konibo (55); Murui (22); Ese'Eja (14); Cocama/Cocamilla (12); Yagua (11); Shawi (11); Awajun (7); Amarakaeri (2); Bora (1); Kichua (1); Achuar (1); and Ticuna (1).

peruanas: 1) os “padrões de cultura”<sup>50</sup> na baixa utilização de preservativos; 2) “uma cultura sexual mais permissiva”<sup>51</sup>; 3) limitações culturais para o diagnóstico e tratamento; 4) famílias como “obstáculos” no acesso aos serviços de saúde; e 5) o sistema de saúde pública ineficiente em áreas indígenas. Um dos pontos questionáveis é, justamente, o uso do termo “população indígena”, que é pensado como uma categoria homogênea, sem mais exploração de suas singularidades etnográficas. Por sua vez, houveram outras importantes iniciativas etnográficas, como o trabalho de Alza (2013), sobre as relações sexuais no transporte fluvial na região de Loreto, que destaca a incidência de HIV/AIDS; e o trabalho de Ministério de Salud de Perú & Fondo de las Naciones Unidas (2009), que inclui as narrativas de Yine e Shipibo-Conibo em torno do HIV e AIDS.

### **2.3. Bases teóricas desta pesquisa**

No caso específico da população awajún da província do Amazonas, há trabalhos abordando o HIV/AIDS nas chaves de política pública. Por exemplo, o trabalho de Pintado (2016), está focado na prestação do serviço e na incorporação do Tratamento Antirretroviral de Grande Atividade (TARGA) na cidade de Bagua e mais tarde em Santa María de Nieva. O estudo de Lazo (2014) analisou as vozes das pessoas awajún diagnosticadas com HIV em seis comunidades no distrito de El Cenepa. Existem também, documentos para a implementação de campanhas de comunicação e das brigadas de triagem nas comunidades Awajún e Wampis na província de Condorcanqui (Salud Sin Límites, 2016).

O estudo coordenado por Lazo (2014) é o que mais se aproximou da perspectiva awajún do “*waweamu* com sintoma de AIDS” como um sistema explicativo indígena ao HIV e AIDS. Esta categoria foi identificada pela comunidade como parte do fenômeno que vinha afetando em dimensões além das físicas. O estudo foi pioneiro ao considerar acusações de feitiçaria ou dúvidas sobre o HIV e AIDS e a necessidade de ser abordada como uma resposta indígena às limitações do sistema público de saúde. A partir desses estudos anteriores, pretendo abordar o HIV e AIDS, entendendo ambas condições como uma experiência social.

---

<sup>50</sup> Grández-Urbina. 2012

<sup>51</sup> Zavaleta C. et al. 2007.

A seguir, faço uma breve apresentação dos textos mais gerais de antropologia da saúde com quem dialoguei durante meu trabalho de campo e que me permitiram um afastamento de uma perspectiva mais biomédica. O conceito de “doença”, nesta pesquisa, é entendido como uma experiência com implicações sociais a partir das contribuições de Kleinsman (1978). Para este autor, os conceitos locais de “doença”, na verdade, incluem três categorias diferentes que define usando as palavras em inglês: 1) “illnes” que compreende a percepção subjetiva dos sujeitos em torno de seus desconfortos; 2) “desease” que são as manifestações biológicas do corpo doente diagnosticada por um especialista; e 3) “sickness” que é a dimensão social do que se entende por doença que aglomeram os conceitos acima e se constitui como a própria experiência de “estar doente “. Para Kleinsman, “sickness” é um conceito mais amplo de doença; nesta dissertação, apresento o conceito em português de “doença” ou “padecimento”, que considero corresponder melhor à noção em inglês de “sickness”. De acordo com Staiano (1981), a doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica numa negociação de significados na busca da cura. Incorpora processos de interpretação e ação envolvendo negociações na busca de tratamentos, que são nutridos por experiências de autodiagnóstico, busca de itinerários e autocuidado. Através de estudos etnográficos, as abordagens para a experiência de “estar doente” tornaram-se muito mais detalhadas.

Há estudos que partem das perspectivas indígenas da saúde e da doença, como as obras de Jean Langdon (2001; 2007; 2012; 2014) com o povo Siona, da Amazônia colombiana. Nos Siona, a doença é entendida como processo sociocultural de experiências fenomenológicas subjetivas e coletivas.

Los Siona no son tan ingenuos como para pensar que una persona pueda vivir para siempre; sin embargo, saber esto no evita que se pregunten qué fuerzas atraen a la muerte en el momento en que llega. En el caso de la primera mujer de Ricardo, sabían que estaba enferma. La enfermedad (*rau*) de garganta, diagnosticada por los médicos blancos, es probablemente tuberculosis, que tomó la vida de muchos Siona durante el siglo XX. De cualquier forma, es el *huatí* del padre difunto de Ricardo el que provoca la causa de la muerte, porque estaba enfadado por los insultos a su poder chamánico que recibió de ella cuando estaba vivo.

La literatura oral, al igual que el ritual, provee una formulación coherente de la teoría de las causas invisibles, de la desgracia y la enfermedad, delineando los símbolos culturales y su significado en los Siona. Dos de las historias personales de Ricardo fueron incluidas para exponer la forma en que recurrió a un sistema cultural compartido de símbolos con el propósito de interpretar sus propias experiencias. Estas historias orales y narrativas personales también revelaron que la búsqueda de explicaciones frente a las desgracias y enfermedades graves indica que el chamanismo es un sistema religioso según la aceptación de Geertz. (Langdon 2014:216-217)

Trata-se de experiências multidimensionais de percepção e interpretação de desconforto, reação e busca de diagnósticos que respondam aos impactos nos campos físico e espiritual. No pensamento Siona o corpo é entendido como sendo constituído de partes de relações que não estão separadas de seres cosmológicos e dos movimentos dos seres espirituais. De um modo, Seeger, Da Mata & Viveiros de Castro (1979) propõem que as diversas áreas de existência convergem e se afetam, de forma que a formação dos corpos é um processo contínuo por meio de práticas pedagógicas e periódicos de resguardo intencionais, incluindo relações humanas e não humanas. O estudo de Viveiros de Castro (1979) entre os Yawalapiti mostra a importância dos parentes nos períodos de resguardo para que os corpos das pessoas sejam feitos. A prática do resguardo é uma forma de generosidade com os parentes.

Posteriormente, Kensinger (1995), Lagrou (1998) e McCallum (2013; 2001) realizaram estudos de corporalidade entre os Huni Kuin para compreender a interdependência entre o corpo e o conhecimento acumulado por meio das relações sociais e rituais. Esses autores enfatizam as noções indígenas de “fazer crescer” e “fazer conhecer” os corpos (McCallum, 1998). McCallum (1998) também desenvolveu estudos sobre as relações entre o pessoal médico e a população indígena, mostrando a importância das percepções corporais nos processos de saúde e de doença indígena.

A partir da década de 1990 houve um maior interesse por estudos de saúde com a população indígena amazônica, destacando, em particular, as contribuições de Langdon (2001; 2007; 2012; 2014), Albert & Goodwin (1997), Kelly (2004; 2010; 2015), Mendes dos Santos (2007), Diehl & Grassi (2010) e Diehl (2012), que continuam a trazer novos desafios teóricos e metodológicos. Por exemplo, Mendes dos Santos (2007) identifica as concepções da saúde dos Enawete-Nawe contemplando as forças sociais, físicas e cósmicas usando suas próprias categorias etiológicas relacionadas a forças espirituais, ameaças e cuidados próprios de cada família, que estabelecem uma continuidade entre “corpo, alma, substância e imaterialidade” (Mendes dos Santos, 2007, p. 78).

Também destaco os estudos de Kelly (2004; 2010; 2015), que se concentram na problemática entre os Yanomami da Venezuela, mostrando a inter-relação entre as perspectivas indígenas sobre os brancos e dos brancos sobre os povos indígenas. Kelly destaca a importância de compreender em profundidade as políticas públicas e as formas como os povos indígenas fazem uso dos serviços de saúde e se relacionam com os profissionais de saúde, para compreender as atuais percepções de saúde, e sua relação com a sociedade nacional e o estado

venezuelano. Segundo esse autor, os postos de saúde e os serviços prestados são ativos sociais na vida cotidiana dos Yanomami, e lugares onde as concepções de mundo convergem e colidem, gerando “equivocos conceituais”<sup>52</sup>. O antropólogo propõe-se a analisar esses equivocos a partir da perspectiva dos atores da saúde e dos conceitos indígenas. Ele mostra que, antes de haver uma dicotomia entre os dois sistemas de saúde, estes estão inter-relacionados e são um aspecto crucial das transformações sociais atuais e demandas de cidadania pelos Yanomami. A exigência por serviços de atenção relevantes, o ensino do conhecimento biomédico e as políticas de saúde não precárias são aspectos que mobilizam discursos indígenas na luta pela saúde e que Kelly (2010) recolhe como demandas de seus interlocutores Yanomami do Delta do Orinoco.

Não acabem com o dinheiro que obtêm com nosso nome! Ajudem-nos! [...] Os Yanomami morrem porque nós não sabemos sobre os remédios[...]. Nós xamãs matamos os espíritos da doença, se ao mesmo tempo vocês, os médicos, nos ajudam com seus remédios, então trabalharemos juntos. (Kelly, 2010:282)

Kelly sugere que seja feita uma etnografia de “ponta a ponta”, que se concentre não só na “cultura” indígena, mas que também inclua a percepção das relações com o sistema público de saúde presente nas comunidades. O autor sugere olhar para a saúde, a equipe indígena e não indígena e conhecer, com eles, a perspectiva do trabalho nos sistemas de saúde gerados nas comunidades indígenas. Conhecer a relação entre os dois atores e a perspectiva de ambos evita a sobre dimensão de aspectos culturais que disfarçam problemas nas políticas nacionais de saúde.

O fato de se dar ênfase excessiva à cultura, interpretada como um conjunto de crenças, como a base sobre a qual as pessoas reagem à doença, pode inverter gravemente a distribuição de responsabilidade entre o paciente e o provedor de serviços. Diante dessa limitação, o enfoque na economia política da saúde se apresenta como o melhor remédio, pois ilumina o encadeamento de causalidade nos perfis locais de saúde e distribui as responsabilidades de tais perfis ao longo de uma cadeia de atores e instituições perfis (Kelly 2010: 275 - 2176).

A incoerência e falta de continuidade se tornam marcas registradas de um sistema cronicamente incipiente incumbido de um panorama de diversidade cultural e epidemiológica extraordinária, espalhado por uma imensa área, equipada com uma infraestrutura de comunicação pobre (Kelly 2015: 293)

A partir dessas contribuições teóricas e metodológicas proponho fazer uma etnografia da população awajún que presente suas perspectivas e as múltiplas dobras que atualmente caracterizam suas relações com o mundo *apách* e as políticas públicas dos serviços de saúde.

---

<sup>52</sup> Ver Kelly (2010, p. 289).

### 3. ENTRE A DOENÇA E O DANO: “JÁTA AIDS” E “WAWEAMU COM SINTOMA DE AIDS”

#### 3.1. “Somos mais do que AIDS”

O dia em Kusu Kubaim começa às cinco da manhã, antes do nascer do sol, quando as mães se levantam para preparar o café da manhã. Fazem isso ainda no escuro e seus movimentos são vislumbrados através das paredes de madeira das cozinhas, por onde pode-se ver os brilhos dos troncos ardendo no fogo da cozinha. Com as primeiras luzes da manhã, os maridos e as crianças também se levantam. As vozes começam a ser ouvidas; todo mundo se prepara para que os *uchi*, ou seja, as crianças pequenas, vão para o jardim<sup>53</sup> e os mais velhos para a escola. Os turnos do banheiro começam com a espera no pátio, onde um chuveiro sem paredes está localizado. Aqueles que se levantam cedo têm a chance de tomar banho. Os outros apenas lavam seus rostos. Uma vez pronto, o café da manhã é um ritual obrigatório, uma refeição forte preparada pelas mães que, de preferência, são sopas ou guisados de carne. No entanto, há uma falta de carne de caça, de gado e de peixe, por isso a maioria dos guisados são de frango, muito frango. De acordo com a sra. Tania, mãe da casa, esta escassez é devido à superpopulação atual da comunidade. Portanto, prepara o café da manhã com arroz, mandioca, ovos, atum em conserva e banana. Antes não comiam frituras, mas agora o ovo frito e o atum são um dos seus pratos preferidos. O uso de óleos comerciais é algo que os avós (*muun*) identificam como causa de fraqueza e preguiça no corpo awajún, por isso alguns recomendam períodos de dieta, com jejum de óleos e doces, quando percebem algum mal-estar nos filhos.

“*Se come si es que se tiene algo de comer*”, era algo que sempre me diziam, referindo-se principalmente à carne de caça ou de gado, que é particularmente escassa. Mas o que nunca faltava na casa dos Túwi era mandioca, banana, plantas, raízes, cogumelos, frango, urucum, suri<sup>54</sup>, palmitos, cana de açúcar e abacaxi, que a sra. Tania produz em sua roça. Tive a sorte de acompanhá-la nessa travessia de canoa, que durou meia hora, na companhia de seus sete cães de caça. Ela ia à roça pelo menos duas vezes por semana, para garantir a comida da família e evitar gastar dinheiro com conservas. Este controle de recursos era constante, a sra. Tania equilibrava os produtos da sua horta com os lucros que ganhava com a venda de produtos em

---

<sup>53</sup> Formación inicial pública para niños de entre 3 a 5 años.

<sup>54</sup> Suri es un tipo de larva, muy común en la dieta de las familias amazónicas peruanas.

sua pequena loja, como conservas, massas, açúcar e outros alimentos comerciais trazidos da cidade Nieva. O consumo de cada produto era contabilizado minuciosamente, se algum de seus filhos mais velhos queriam comer alguma conserva tinham que comprá-la na loja. Ela, por outro lado, preferia consumir os produtos de sua horta, para não gastar dinheiro e não piorar a gastrite, que ela associava aos produtos de fora. Alguns dias não havia comida, mas ninguém podia pegar os produtos da loja sem permissão. Outros dias havia carne, peixe e frango, trazidos pelos membros da casa – nesses dias eram feitas até três refeições por dia. Todos sentados na mesa, criando histórias e relacionamentos por meio do alimento<sup>55</sup>.

O café da manhã, como as outras refeições, é servido pelas mães, que distribuem os alimentos de acordo com a idade, as dietas, as restrições e a contribuição de cada membro da família. Elas conhecem a situação e as necessidades de cada um dos seus parentes. A cozinha de toras de madeira da mãe é, portanto, a união de todas as relações que compõem cada casa familiar, e que se reafirmam diariamente no café da manhã em conjunto.

O sr. Dante, marido da sra. Tania, diz que antigamente o consumo de plantas como a guayusa (*Ilex guayusa*) era uma prática recorrente no início da manhã. Depois de tomar a guayusa fervida na água, os pais passavam conselhos para seus filhos e planejavam as atividades do dia. Esta prática foi se perdendo e apenas alguns dos pais reúnem seus filhos para aconselhá-los sobre suas ações ou doenças. A escola mudou as pedagogias awajún tradicionais e impôs seus horários, gerando novas atividades e responsabilidades para os jovens. Portanto, o café da manhã é um novo espaço que, em certa medida, substitui a prática do passado de tomar a guayusa, e durante o qual a família organiza as atividades de caça e colheita, a arrumação de alguma parte da casa, a venda de alimentos na loja, entre outros. Eles também compartilham suas experiências em novos ambientes de trabalho assalariado na comunidade, como a escola, o posto de saúde e a prefeitura. Durante o dia, os membros da família se reencontram na cozinha, recebem visitas familiares, descansam do trabalho na horta, brincam com os bebês, tomam masato (bebida fermentada de mandioca) e, à noite, assistem à televisão juntos.

---

<sup>55</sup> Gow (1989:570) en su estudio con familias Yine en el Perú muestra como la comida está asociada a un circuito de producción, circulación y de consumo asociado a las relaciones de género. La comida constituye el corazón de la economía de subsistencia y posiciona el papel especial de las madres en sociedades amazónicas. El hacer comida diariamente y, en especial, el consumirla expresa la “economía de co-residencia” planteada por Madi (2018b) en el caso de los pueblos Guna de Panamá. La comida es el medio empírico de aprendizaje donde los menores Guna se hacen conscientes de que “têm familia e o que é a comida” (Madi, 2018b, p. 7).

Por volta das oito horas da manhã a casa está vazia. As estradas de Kusu Kubaim ficam cheias de alunos e professores uniformizados que vão às escolas de nível inicial, primário e secundário. Três prédios que reuniram 755 alunos durante 2018. Às nove horas da manhã, a prefeitura e o posto de saúde abrem suas portas. Formam-se longas filas de mães com seus bebês nos braços para fazer os exames mensais obrigatórios. Enquanto isso, outras mães vão às suas roças carregando suas cestas de chambira (chamadas *chagkín*) na cabeça e um facão, acompanhadas por seus filhos (pequenos) e pelos cães de caça para o dia de trabalho nas roças. Dependendo da atividade planejada, às vezes são acompanhadas pelas noras, marido ou outros filhos maiores. A maioria das hortas estão na margem oposta da comunidade, chamada “*la banda*” e para ir você tem que remar por entre dez a meia hora. Os cães, equilibristas, são os primeiros a saltar da canoa, assim que se chega na margem, para em seguida desaparecerem na montanha. Eles só voltam, ofegantes e com alguma presa na boca, quando suas donas chamam com um assobio. Essas cenas fazem parte da paisagem cotidiana da comunidade de Kusu Kubaim.

Ao meio-dia, a prefeitura e o posto de saúde fecham as portas. As duas horas de descanso servem para que os funcionários *apách* dessas instituições saiam para almoçar. As famílias awajún, por outro lado, não têm um horário de almoço fixo. Depende de cada dia e da comida disponível. Por volta das duas e meia da tarde, as instituições começam a atender novamente. À tarde, há menos pessoas esperando para serem atendidas no posto de saúde, e até o final do dia, a porta fica semiaberta para atender a quaisquer imprevistos.

Os meninos deixam a escola as quatro da tarde, e por volta das quatro e meia os jovens começam a chegar no campo de futebol para formar os times. Gradualmente, os idosos sentam-se nas arquibancadas, enquanto os *uchis* (crianças) correm ao redor do campo, pulando por cima das madeiras que, dizem, serão usadas na construção do mercado. Logo depois chegam as mulheres e os “mariconcitos”, também chamados de “maricones” e “homossexuales”. Varões awajún com estética própria que tem relações de enamoramento exclusivamente com outros varões. As mulheres e os “mariconcitos” organizam apostas para jogar vôlei ao lado do campo de futebol. As apostas começam: “*¡1, 5, 10 o 20 soles para el equipo ganador!*”. Os espectadores sentam-se em uma elevação do terreno, ao lado da prefeitura, para poder assistir os jogos.

Os gritos, os chutes, a *pica*<sup>56</sup> por um ponto roubado, e mais apostas em vôlei e futebol; essa é a diversão das tardes em Kusu Kubaim. Nos feriados, estas reuniões transformam-se em campeonatos, com música, comida e a chegada de comunidades vizinhas, que conferem um ar de celebração. Durante a minha estadia, houve dois campeonatos para comemorar aniversários e um para o dia das mães. A festa dura o dia todo e durante a noite a prefeitura distrital de El Cenepa doa gasolina para iluminar o campo de futebol com o motor da comunidade. Pelos altofalantes a música embala o evento, e o animador narra os jogos com emoção. “¡Corren las apuestas!”, grita do microfone. Com prêmios em dinheiro e caixas de cerveja, financiados pelas taxas de inscrição, a organização dos times é um desafio. Os/as melhores jogadores/as se preparam com antecedência e, de acordo com o prêmio (por exemplo, no dia das mães o primeiro lugar ganhou S/.1000<sup>57</sup> soles em dinheiro), cada time exige treinamento diário durante a madrugada. Com uma organização impecável, os campeonatos de futebol masculino e feminino são aqueles que reúnem a maioria das pessoas. Os/as jogadores/as mostram a sua agilidade e força ao som de cumbia e vallenato. Um espetáculo com música, cerveja e camisetas multicoloridas de times europeus e nacionais, acompanhado por risadas, vendas de sorvete de frutas e comida, “muita comida”, cerveja e masato.

Esta vida cotidiana de atividades, tarefas e celebrações deu-me as boas-vindas ao complexo universo de saberes awajún, no qual existem também muitas tensões, em particular devido à presença do HIV e do AIDS. Em meio à rotina diária eu ouvia, repetidamente, as queixas das pessoas sobre a doença que as afligia. Em visitas a outras famílias, em brincadeiras, em festas infantis ou em conversas casuais, o rastro do HIV e do AIDS tornou-se presente. Histórias que transbordam a condição única de sofrimento e que convidaram a pensar nas experiências awajún de adoecimento e de cuidado.

### 3.2. A formação do corpo awajún

De acordo com a etnografia clássica de Brown (1984) e as concepções dos avós com quem falei em Kusu Kubaim, a pessoa awajún chamada “*aént*” na língua indígena é composta por um aspecto chamado “*iyásh*” e, por outro, chamado “*wakán*”<sup>58</sup>. De acordo com Brown, o

---

<sup>56</sup> Pica es un peruanismo. Cuando una persona está perdiendo y el equipo contrario no toma a bien esa situación por creerla injusta, se dice que el otro equipo está con *pica* o *picón*.

<sup>57</sup> S/. 1000 soles son aproximado de S/. 300 dólares americanos.

<sup>58</sup> Ver Brown (1984); Delgado (1986), Descola (2005)

*iyásh* corresponde aos aspectos mais físicos dos corpos das pessoas, enquanto o *wakán* corresponde aos aspectos espirituais. Em Kusu Kubaim, “*iyásh*” é traduzido como “corpo” e “*wakán*” é traduzido como “alma” ou “espírito”.

Os awajún têm uma concepção clara de como é viver com saúde. Eles usam a expressão “*shúig aneasa pujame*”, que eles traduzem como “viver bem” ou “viver contente”; uma expressão associada à noção de “coração” (*anentái*). Como as etnografias sobre os awajún e outros povos jibaro (Surrallés, 1999; Brown, 1984) mostra, o coração é um órgão central dos *aénts* e é o que lhes permite viver com saúde, felizes. Além de ser um órgão biológico, o “coração” ou “*anental*” na língua indígena é a sede de vida que atravessa os corpos awajún. É o lugar da memória ou lembrança “*anéakbau*”, de afeições como o amor, o recordar, a saudade, “*anéet*”, do pensar, do imaginar “*anentaimát*” e de decidir “*anentaimjamu*”<sup>59</sup>.

Los Aguarunas del Alto Mayo están familiarizados con la creencia occidental de que el centro de la inteligencia está en el cerebro, pero esto no tiene mayor significado para ellos. Un residente del Alto Naranjillo hizo el siguiente comentario acerca de la relación entre el cerebro y la vida intelectual: “Los seres humanos piensan con el corazón, porque por medio de las venas el corazón se comunica con todo el cuerpo. El cerebro no puede pensar así porque se conecta solamente con el espinazo. ¡Y el espinazo termina en el ano!” (Brown, 1984, p.174)

O coração é o centro do pensamento de maneira ampla e esses pensamentos circulam no corpo através do sangue, de modo que todos os corpos estão unidos por pensamentos. A busca pela saúde awajún é então inseparável do que significa pensar, em uma ação que é sempre dirigida aos outros. Sempre está se pensando em alguém, para aliviar as suas necessidades e contribuir para o seu bem-estar (Surralles, 1999, p. 21). Assim, a expressão “*pégkeg pujut*”, traduzida como “viver bem”, também significa “viver saudável” nessa mutualidade.

Os awajún também tem noções específicas de “estar doente”: “*jaa pujáwai*”. É uma vida em que a pessoa “*empieza a no vivir*”, porque ela não pode fazer as atividades diárias junto com sua família: não pode ir caçar, pescar, jogar futebol, trabalhar, não pode participar das festividades, não pode ir para a cidade, nem estudar na escola. Estar doente é um começo de um estado de “*no vivir*” que acontece durante a vida. Ou seja, é como uma dobra da vida sobre si mesma e está dobra é o início de um momento em que tudo geralmente gira em torno da pessoa doente.

---

<sup>59</sup> La importancia del corazón en personas amazónicas fue enfatizada también por Belaunde (2001:221) en la etnografía de los Airo Pai y en su estudio comparativo de género, cuerpo y persona en Belaunde (2005).

Para conseguir “viver bem” é necessário formar os corpos das pessoas. A vida cotidiana na comunidade awajún é a demonstração desse processo de formação durante o qual mães, pais e avós criam seus filhos formando seus corpos. Concepções semelhantes têm sido analisadas em outros povos da Amazônia (McCallum, 1998; Viveiros de Castro, 1979; Seeguer, Da Matta & Viveiros de Castro, 1979; Lima, 2002; Belaunde, 2005, 2001; Lagrou, 1998). “Crescer” e “tornar os corpos indígenas conhecidos” são aspectos cruciais de sua socialidade. Como em outros casos etnográficos amazônicos, o corpo awajún é uma pluralidade de conexões. Semelhante a uma garrafa de Klein (Lévi- Strauss, 1996 & Hugh-Jones, 2016) ou uma banda de Möbius<sup>60</sup>, a pessoa, seus múltiplos aspectos e perspectivas são como dobras, onde o visível e o invisível, o interior e o exterior não se separam de forma dicotômica, mas fluem entre si continuamente, produzindo seu corpo e sua alma.

A formação da pessoa é evidente em todos os momentos do ciclo de vida e, em particular, no parto. As mulheres sempre se lembram do nascimento de seus filhos e do cuidado dado aos recém-nascidos. O parto é um evento de transmissão do conhecimento no qual as mulheres aprendem a dar à luz.

*“Cuando vas a dar a luz, no se puede caminar mucho, lejos tampoco porque no se sabe cuándo va a nacer, por eso cuando sentía malestar, se quedaba en la casa no más y traía su yuca bastante lo amontonaba, su masato preparaba y dejaba... cuando daba a luz esa yuca que traía eso no más comía, su masato eso no más tomaba. Así su esposo ayudaba también se iba a la chacra a matar algo para comer”* (Señora Sonia, río Comaina, 2018)

Durante a gravidez, as mães awajún aconselham suas filhas grávidas a tomar bebidas preparadas com gengibre<sup>61</sup> (especialmente *uchi ajeng* e *piri piri ajeng*) em doses mensais para dilatação e diminuição da dor no momento do parto. Igualmente recomendam as dietas que não contenham frutas rasteiras ou trepadeiras, para que a criança não se enrole no cordão umbilical. Esses cuidados se realizavam em conjunto com o controle das plantas de mandioca (*Manihot esculenta*), que anunciam a chegada do parto com sua floração em nove meses. Estes conselhos transmitidos por mães e avós se fazem presentes no orgulho das mulheres para dar à luz

---

<sup>60</sup> Ver Fausto-Sterling (2006, p. 41)

<sup>61</sup> Ajeng (*Zingiber officinale. Rosc.*), planta clave en el cuidado materno, por su uso en el resguardo de la sangre y dolor de parto «*uchi ajeng*», en la limpieza de los cuerpos en la eliminación de excretas en enemas «*ship ajeng* y *campam ajeng*», alivio de dolores «*picatin ajeng*» o incluso la fuerza para la eliminación de daño «*tunchi ajeng*». Esta planta medicinal fue introducida a los pueblos jíbaro por la migración a asentamientos vecinos. Así en el caso de los Achuar, Descolá (2005) identifica el ajeng una planta traída de la socialización de los Shuar en la década de 1980 (Ibid.:234)

sozinhas<sup>62</sup>, o que exige que as novas mães conheçam o corpo do bebê, a posição correta no útero e a força para empurrar e resistir à dor do parto. Esses saberes, por sua vez, foram previamente transmitidos no corpo materno de suas mães e avós.

Uma vez que o novo membro nasce, o enterro da placenta é central para garantir a conexão do *wakán* ou alma do recém-nascido com a casa da família. Esta conexão do sangue e das veias compartilhadas entre a placenta e o recém-nascido é integrada assim no espaço da família com seu enterro no quintal da mãe. Uma âncora física da alma de cada membro, que se espera sempre seja chamada (na vida e morte) para esse espaço familiar de relacionamentos. Esta conexão com os membros forma a casa da família, era antigamente acompanhada do resguardo dos corpos dos pais no processo de *covada*<sup>63</sup>.

O corpo das crianças, nesse sentido, nasce e se torna forte graças aos processos formativos feitos pelos corpos com o conhecimento de seus pais, que por sua vez foram formados através de relacionamentos e conhecimentos prévios em uma cadeia infinita e heterogênea para fazer as pessoas. Mães e pais são os agentes da confecção contínua de corpos fortes, saudáveis e belos; são aqueles que, ao mesmo tempo, transmitem os conselhos dos avós e integram, por sua vez, novas ideias provenientes dos *apách*. Assim, as formas das crianças atuais são produto dessas influências de fora e do conhecimento awajún.

Após o parto, a moldura dos ossos da perna do bebê é um processo central na comunidade. Quando o bebê caminha pela primeira vez para suas mães, é um anúncio de que ele será uma “*persona útil*”. A força para caminhar vem da alimentação diária e do uso ritual de folhas de piri-piri (*Eleuterina bulbosa*) e gordura do tamanduá (*vermilingua*). Estas substâncias são esfregadas nos joelhos do bebê para fortalecer e endireitar as pernas, com o desejo de que as crianças aprendam a andar sozinhas e comecem a brincar em casa, rios e hortas. Mães massageiam suavemente para que seus corpos cresçam bem. Atualmente, as mães complementam esse cuidado com dietas de leite materno<sup>64</sup> e consumo de alimentos com multimicronutrientes (compostos por vitaminas A, vitaminas C, ácido fólico, zinco e ferro)

---

<sup>62</sup> La capacidad de parir solas es resaltante en las mujeres amazónicas, el cuerpo es moldeado por procesos de formación de madres a hijas por medio de un aprendizaje paralelo que genera vida. Belaunde (2003), describe a detalle este evento en el caso Yine.

<sup>63</sup> Ver Rivière (1974). La “identidad corporal” entre los progenitores y los hijos/hijas exigen el resguardo, dietas y acciones de cuidado para dar vida y salud al recién nacido.

<sup>64</sup> Los Bakarí perciben a la leche materna como responsable del crecimiento de la carne y de la sangre se los hijos. Durante los dos o tres primeros años, luego del parto, las madres tienen que dietar evitando pimienta, cebolla, ajo, tortugas, mando y pescado hasta que deje de lactar (Pina de Barros, 2000, p. 5)

distribuídos pelo posto de saúde para combater a anemia. Esta é uma condição bastante generalizada, no entanto as mães desconfiam das multivitaminas e estão constantemente testando-as, para ver se seus efeitos são positivos ou negativos. Por exemplo, foi-me dito que algumas mães deram multivitaminas para as formigas isula (*Paraponera clavata*), que são reconhecidas por ter um veneno potente e que depois de observar que as formigas morreram, preferiram parar de usar esses suplementos.

As influências dos *apách* são muito notórias na alimentação dos awajún mais jovens. Há duas gerações, 88% dos alimentos vinham da roça, dos rios e da floresta (Berlín, 1977). Isso mudou muito. De acordo com os avós, o açúcar, o sal, o óleo, a cerveja, os refrigerantes e outros produtos comerciais dos *apách* têm mau cheiro e tornam os corpos awajún mais “*débiles*” e “*apestosos*”. Eles dizem que isso ajuda à existência das doenças *apách* como da diabetes e gastrite. Além disso, estes alimentos *apách* interferem com os processos rituais de aprendizagem e cura em que as plantas maestras são utilizadas. Considera-se que o cheiro destes alimentos repele os espíritos do toé (*Brugmasia suveolens*) e da ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*). Esses espíritos exigem dos pacientes awajún dietas rigorosas para curá-los.

...

### **Busca de visão e vida longa e guerreira**

“La cultura Awajún tiene una propia formación llamada Waímat. Esta formación se inicia, especialmente en los varones, desde los cinco años hasta los treinta, treinta y cinco y cuarenta años. En awajún se dice “jintá wégamu” [*camino bueno*]. Consiste en una formación mediante las plantas (baikua, tsaan, datem y waís)<sup>65</sup>, siguiendo unas normas bajo la guía de un waimaku y el padre (con este último me refiero al padre biológico y no al sacerdote). La idea consiste en que al final, quienes se forman mediante esa experiencia, tengan muchas “visiones” o “kaja”. Las visiones o “kaja” son una “fuerza-sabiduría” que el Ajútap da a quien se forma. El Ajútap se manifiesta mediante múltiples figuras, de acuerdo con el carácter, la capacidad y el nivel espiritual de cada individuo. Así, estas múltiples manifestaciones del Ajútap toman nombre de “fuerza del viento”, “fuerza de la anaconda”, “fuerza del ikanmach”

(Edinson Tajuput Anguash, 2010)

A busca de visão é uma tentativa de superar a morte pelo consumo de plantas de toé e ayahuasca. O “*wainkamu*”<sup>66</sup> é a visão do futuro, produzida por essas plantas, que anuncia a existência da fortuna ao longo da vida: como ter um filho ou filha, casamentos, completar a educação, construir uma casa ou fazer viagens. Para alcançar esta visão, devemos respeitar o resguardo de dietas e abstinência sexual, um processo que era anteriormente realizado por todas

---

<sup>65</sup> Traducción al español de las plantas nombradas en idioma awajún: (toé, tabaco, ayahuasca y waís).

<sup>66</sup> El término *wainkamu* es denominada por Brown (1984) como *nimangbau* o visión de vida futura. Consiste en el presagio de fortuna que el espíritu de las plantas muestra al solicitante. “*La persona tiene todo*”. En esta visión de futuro resalta la posibilidad de tener familia, de casarse, tener hijos y nietos.

as crianças awajún do sexo masculino, mas que deixou de ser central há duas gerações, com a chegada da educação escolar. Hoje não há mais pessoas com “visão”, a não ser os jovens da escola. Como falavam os avós, a nova “visão” é a educação. No entanto, os avós das comunidades de Huampami e Kusu Kubaim lembram este ritual de passo como a experiência que lhes deu vida e enfatizam que a fraqueza na saúde de seus filhos e netos pode ser devido ao fato de que eles não realizam mais uma busca da própria visão com as plantas.

A origem dos rituais de busca da visão está associada com o herói cultural *Bikut*, um homem milenar que em seu desejo de ser *waimaku* (ter visão de guerreiro), tomou toé mais de vinte vezes e se tornou um *tunchi*, uma espécie de xamã com plena consciência, cuja visão ampla possibilitava ver a quilômetros de distância e também através dos corpos. O mito de *Bikut* me foi narrado uma tarde de maio no ano 2018 pelo *muun* Yampam:

*“Según nuestro mito. Dice que en aquel tiempo [a un niño] su papá le daba toé. En su hamaquita tomaba toé. Más o menos con 5 años cuando ya sabía hablar, le comenzaron a dar toé. [El niño] creció solo con toé. Él creció solo con dietas. Cuando pasaba la mareación [causada por la planta], volvía a tomar toé. Este hombre ya era transformado. La planta le hizo eso. ¡Él se llamaba Bikut!*

*Quando ya era adulto, Bikut como era sabio por la planta daba consejos a nuestros papás. Él les decía: 'No se junten con las mujeres. Cuando una mujer camina nunca estés detrás, siempre adelante. ¡Detrás es peligroso! Su olor (etse)<sup>67</sup> es fuerte. A temprana edad no tengan relaciones [sexuales] ¡Se revienta la cabeza!'*

*El Bikut podía verlo todo. De tanto tomar toé se volvió como tunchi [chamán]. Tomaba toé, toé, toé. Estaba con su lanza, sentado en su chimpuig (asiento ceremonial) y desde lejos veía todo. Cuando él se amargaba quería matar a las personas, por eso su familia decidió amarrarlo. Amarrado no más estaba, sentado.*

*Tenía los ojos cerrados y podía ver kilómetros y kilómetros. Atravesaba el cuerpo de las personas. Podía ver sus acciones y peligros. La planta transformó espiritualmente al Bikut. Él era poderoso. (Yampam, río Comaina, 2018).*

Depois que ele morreu, os diferentes tipos<sup>68</sup> de plantas do toé (*Brugmansia suaveolens*) brotaram de seu corpo, como um presente para os awajún.

*Una vez un enemigo se preparó como él [tomando toé] y ese enemigo venció al Bikut. ¡Lo mató! Su familia lo enterró bajo la tierra y después de un tiempo fueron a visitar donde estaba enterrado. Ahí encontraron una planta. ¡Encontraron el Toé! Lo comenzaron a sembrar y comenzó a multiplicarse. De ahí salió el toé.” (Yampam, río Comaina, 2018).*

---

<sup>67</sup> El “etse” es el espíritu femenino que las mujeres awajún tienen dentro. Si un varón sin visión sentía el olor de una mujer, el “etse” femenino se le incorporaba, lo debilitaba e incluso, le podía quitar la capacidad de conseguir la visión de fortuna futura y guerrera (Brown, 1984: 183)

<sup>68</sup> *Brugmansia suaveolens*, especie que cura enfermedades y genera visión. El toé que da visión es denominado “*baikua*”; el que cura brujería o daño es llamado “*tsúwak*” (Brown, 1878; 1984, p.182).

Quando eu conversava com Muun Yampam, o último *waimaku* vivo na comunidade de Huampami, ele sempre começava a falar comigo com a seguinte expressão: “*mis papás que fueron, aconsejaban*”, referindo-se aos seus antepassados já falecidos, cujos conselhos continuavam vivos porque ele os tinha escutado e praticado. Com a idade de 13 anos, ele realizou um ritual de busca da visão, que teve sucesso por dietas estritas, consumo repetido das plantas *toé*, *yagué*<sup>69</sup> e *tsaan* (tabaco) e, acima de tudo, o resguardo total do odor feminino, para não afastar o espírito das plantas. Ele me explicou que o *etse* é o espírito feminino que as mulheres têm dentro de si e que se manifesta com um odor forte e perigoso. Quando um jovem está buscando a visão e sente esse cheiro, ele enfraquece, tirando a sua capacidade de obter uma visão de fortuna e de guerra e, em alguns casos, adquirindo até mesmo uma maneira de ser feminino. “*El hombre incorpora a la forma [actitudes] de la mujer y se hace shumpanko*”<sup>70</sup>. O cheiro do *etse* das mulheres afasta o espírito das plantas que dá a visão futura. Como o sábio *awajún* Ruben explicou-me, “*el espíritu del toé de repente puede tener miedo o rabia*”. Dessa forma, os pais aconselharam aos seus filhos não se aproximar as mulheres até que eles tenham a visão guerreira (*waimaku*) ou de fortuna (*wainkamu*) dada pela planta. Os pais advertiam:

- *No tomen arroz, no tomen leche; si tomas eso, no vas a tener visión. ¡Nunca comíamos cuando éramos así jóvenes! Cuando tengas visión, ahí recién puedes comer.*
- *Cuando una mujer caminaba nunca se tenía que ir detrás, siempre adelante; detrás es peligroso. Deja su olor que es fuerte. No conversábamos, siempre estábamos adelante.*
- *A temprana edad no se podía tener relaciones, se revienta la cabeza”.*

(Muun Yampam, río Comaina, 2018)

Os homens que conseguirem cumprir todas as restrições rituais e obter uma visão, tornam-se “*waimaku*”. Os *waimaku* são caracterizados por sua longevidade e poder guerreiro, por sua capacidade de não sucumbir aos ataques de seus inimigos, ter uma grande família e redes de relacionamentos extensas. Durante sua visão, os *waimaku* incorporavam o *Ajútap*, que é um poderoso espírito guerreiro ou animal, que se apresenta como uma visão ofuscante e aterradora que mostra seu poder ao jovem iniciante e depois se junta a ele.

O sábio Ruben lembra que os antigos *waimaku* depois da visão do *Ajútap* falavam: “*Yo soy el tigre, que nunca me venzan a mí. A mí me quieren ganar, ¡yo lo veo! ¡le puedo cortar su cabeza! ¡yo nunca seré vencido! Así te da esa fuerza*”. Ruben descreve a visão *Ajútap* que, neste caso, se manifesta na forma de um tigre, do qual ninguém pode ganhar. Para chamar o

---

<sup>69</sup> El ayahuasca tiene una capacidad ambigua, permite a las personas conseguir una virar futura de éxito, pero a su vez, amenaza con transferir su poder y convertirlos en *tunchi* o chamán.

<sup>70</sup> Muun Sabino, río Comaina, 2018.

*Ajútap* o jovem tinha que cantar ritmicamente alguns sons, que Muun Yampam repetiu para mim: “*chichichi... chai chai chai chai suje... cha chai ... tsu tsu tsuu chau chau... chau*”<sup>71</sup>. Depois de incorporar o *Ajútap* que aparece na visão, o novo *waimaku* exclama: “*¡nunca me van a matar! ¡nunca me van a traicionar! ¡así seguiré luchando!*” (Muun Yampam, 2018). Essas frases representam o autoreconhecimento dos awajún como guerreiros e protetores de sua família. Toda vez que um *waimaku* mata um inimigo, seja na guerra ou em combate contra os *tunchis* (feiticeiros), ele tinha que tomar o toé novamente, para renovar sua visão de vida longa e guerreira.

O corpo feminino, por outro lado, está longe deste uso do toé (*Brugmansia suaveolens*). Mesmo que a existência de mulheres *waimaku* seja lembrada, nas comunidades que visitei, a busca desta visão futura ou guerreira não era a principal preocupação das mulheres awajún. Ao contrário, antigamente o fazer dos corpos femininos estava associado ao aprendizado do cuidado e da criação de crianças, da roça e das plantas (Brown, 1984; Descola, 2005, p.99-100). As mulheres são associadas como filhas de *Núgkui*, uma fêmea milenar que é responsável por toda a produção da terra e a fertilidade, que ensinou as mulheres awajún o cultivo de seus alimentos e o uso de *nantag*<sup>72</sup>, pedras mágicas, presente de *Núgkui*, que são usadas ritualmente para obter uma melhor produção das hortas. Os conhecimentos femininos são transmitidos pela avó para a mãe, e desta para a filha, seguindo linhas de reprodução paralelas (Brown, 1984; Descola 2005; Taylor, 2000).

As mulheres usam seu conhecimento de plantas e cantos mágicos *anénts* para treinar cães de caça e para produzir suas plantas de cultivo na roça. Elas também têm uma relação especial de criação com as plantas maestras (toé, ayahuasca, tabaco) que serão usadas pelos homens durante os rituais de busca da visão. As mulheres igualmente usam o toé para fazer as misturas que são dadas quando seus filhos ou maridos estão doentes. Para manter essa relação de proximidade com as plantas e os espíritos, as mulheres devem respeitar os resguardos rituais.

No passado, o aspecto central das restrições obedecidas por todas as mulheres era a manipulação ritual do sangue menstrual, chamado “*numpa jaajai*”, que se traduz pelas mulheres como “estou doente com sangue”. Esses tipos de concepções têm sido estudados em outros

---

<sup>71</sup> Grabación audio Muun Nankay (39:08- 39:33)

<sup>72</sup> Piedras mágicas dada por Nunkui como regalo para la buena producción de la tierra (Brown, 1984, p.141). Antigamente se usaban de la mano con cantos *anent* de cultivo que también propician la mejor producción de los cultivos familiares.

povos amazônicos que possuem uma hematologia<sup>73</sup> complexa. O sangue menstrual tem o poder de afetar as pessoas, especialmente os recém-nascidos e os homens *waimaku*.

*“la mujer con menstruación puede cutiparlo (enfermar al recién nacido). Enfermándolo con diarrea, hincharle el estómago y llenarlo de dolor. Es similar al temor que se tiene de animales como serpiente, tigre, gallinazo, venado y gavián”* (Señora Diana, partera awajún, 2018.)

É importante ressaltar que a palavra “*jaamu*”, que é traduzida pelos próprios awajún como “doença”, também pode ser traduzida como “menstruação” e como “morte”. Há conseqüentemente uma construção intrínseca entre estes três conceitos no pensamento awajún.

As práticas de resguardo brevemente apresentadas nesta seção desempenham um papel fundamental na formação dos corpos generificados de avós e avôs awajún. Atualmente, já não é tão rigoroso, mas a maioria dos jovens temporariamente realizam resguardos. No caso de doenças graves e prolongadas, como o HIV/AIDS, as práticas dos resguardos aparecem como uma resposta indígena para tornar os corpos novamente fortes.

O processo de formação da pessoa awajún mudou com a entrada da escola. “*Ahora nuestros hijos no saben hacer cerbatana, saben escuela*”, diz Muun Yampam para mim, identificando a nova luta de seus filhos contra as ameaças de vida *apách*, que está modificando os conhecimentos dos jovens em Kusu Kubaim. As crianças awajún vão dos três aos dezessete anos às instituições educacionais, reduzindo seu tempo disponível para o cultivo e para as atividades diárias da pesca e da caça.

*“Antes los jóvenes comían al natural: pescados, vegetales. Así eran inteligentes, hacían rampas, hacían cerbatanas, cazaban y comían. Ahora saben, pero no lo hacemos igual que antes, mis hijos por ejemplo no saben cómo matar pajaritos con la cerbatana que le compré, por la educación ya no hay tiempo. Se van a la ciudad y no pueden, son ociosos”* (Muun Yampam, río Comaina, 2018).

As antigas batalhas entre clãs ou o roubo de mulheres foram trocadas por novas lutas com o mundo *apách*, como a busca por educação e empregos remunerados. Só eles podem garantir outra forma de vida longa aos jovens awajún num mundo que cada vez exige o dinheiro como meio de troca. As novas maneiras awajún de viver e de fazer corpos foram atualizadas: “*ahora el nuevo waimaku es la educación*”, disse-me a sra. Tania. Sair para as cidades do mundo *apách* é um constitutivo da nova pessoa awajún.

---

<sup>73</sup> Ver Belaunde (2007; 2005) para profundizar los hallazgos sobre la hematología en pueblos indígenas amazónicos. Asimismo, consultar Overing (2001, p.35-43) si se desea mayores referencias sobre excreciones corporales.

*Yo trabajé con negocio, sacando platita. El alcalde me apoyo con la mitad y logre que mi hijo sea Contador. Mi hijo menor está estudiando Educación. Al otro lo mandé a terminar enfermería, pero se desanimó porque le faltó la plata. Ahora no está en casa. ¡Ellos son mi gusto!”* (Muun Yampam, río Comaina, 2018)

O corpo awajún é feito a partir de relações. Os parentes moldam os corpos e as subjetividades de seus membros. Com isso não se está negando a livre determinação das pessoas, mas penso nelas como parte de uma urdidura de afetações contínuas, em tempos não lineares, que tomam posição em cada evento e ação da vida. Existir como uma unidade separada da família é inviável para os awajún. O corpo biológico e as almas dos filhos awajún são tomados pelas mãos de seus pais e pela sua rede de parentesco. As relações de parentesco são, por isso, centrais para pensar sobre novos desafios na vida dos jovens awajún, inseridos, cada vez mais, em relacionamentos com o mundo *apách* e com as doenças que são geradas nele.

**Foto 6:** Muun awajún e a zarabatana dos seus netos.



**Fonte:** Arquivo pessoal, Ximena Flores 2018.

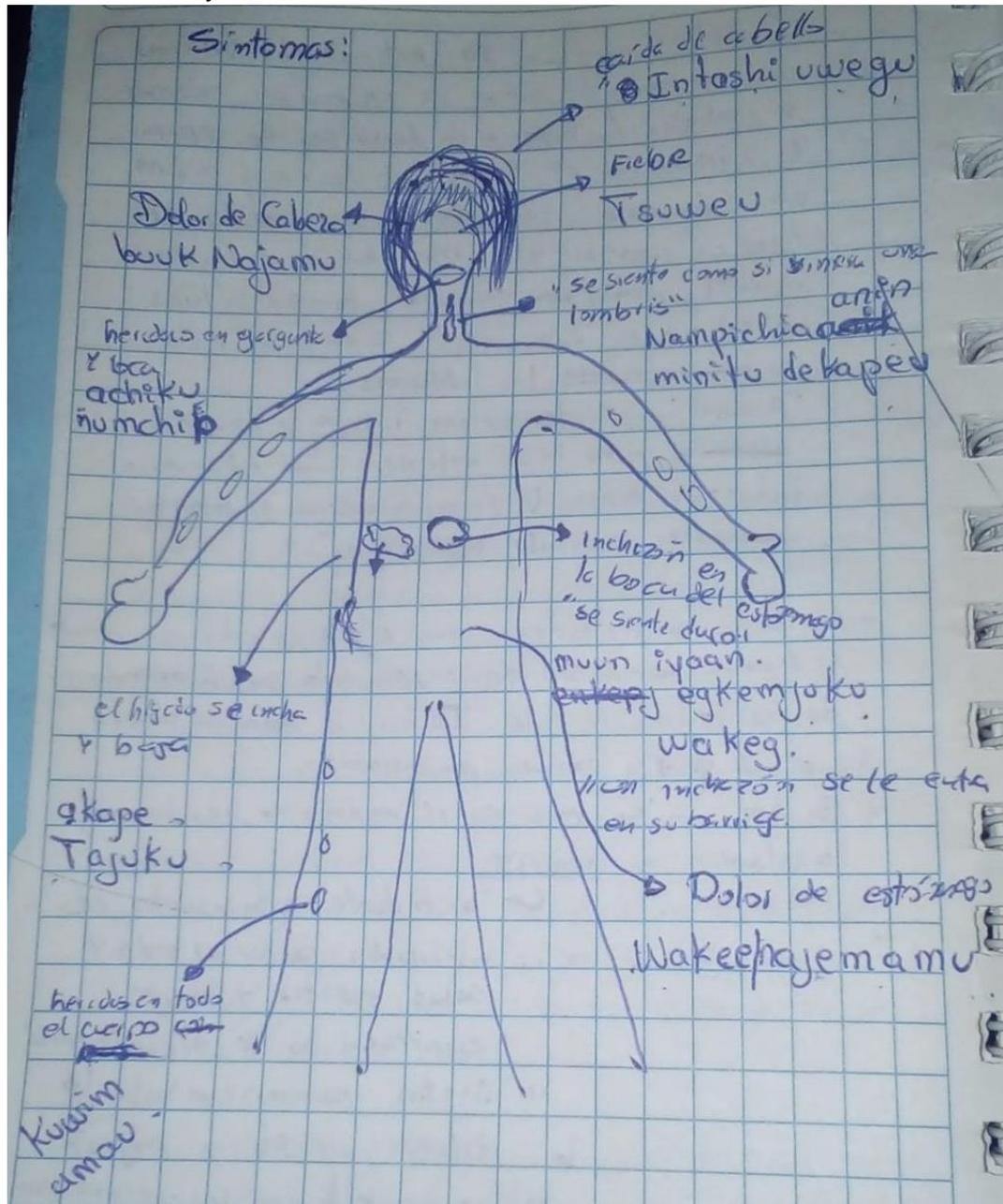
### 3.3. Noções awajún de HIV/AIDS

Em 2005, com a primeira morte que o posto de saúde atribuiu à “AIDS”, o medo de contrair esta nova doença se expandiu. Qualquer fraqueza está associada a esse medo e é expresso em termos awajún, que refletem suas concepções sobre a importância do sangue. “Sangue baixo” ou “sangue mal” são expressões que estão associadas com a fraqueza do corpo e às vezes são explicitamente relacionadas pelos awajún com a baixa hemoglobina. Esta fraqueza, como um primeiro sinal de alerta, causa profunda preocupação nas famílias que esperam a chegada dos demais sintomas no corpo enfermo para interpretar a doença.

Observei durante o trabalho de campo que em Kusu Kubaim, o uso da palavra “sintomas” pelos awajún, no entanto, difere da forma como é usada pelo pessoal de saúde em termos biomédicos. Para os awajún, a palavra “sintoma” está associada a alguma evidência de afetação que pode ser tratado como um caso de “*játa*”, ou seja, uma doença, ou como um caso de “*dano*” ou feiticeira.

Durante meu trabalho de campo, pedi à família Túwi para desenhar como o “sintoma da AIDS” parecia. Estava tomando café da manhã com a sra. Tania, o seu marido e a sua filha, e eles, em uma página do meu diário de campo, começaram a desenhar. Os Túwi apontavam no desenho os sintomas que ocorreram no caso de seu filho e em outros casos vizinhos. Eles conversavam entre si em awajún e colocavam as marcas no desenho lembrando diferentes casos ouvidos na comunidade. Para os awajún com quem conversei os “sintomas” associados ao “HIV” ou “AIDS” eram: perda de peso, “*intashi uwegu*” (perda de cabelo), “*tseweu*” (febre), “*nampichiaanin minitu dekapeu*” (um verme preso no pescoço), “*muun iyaan jegkemjuku wakeg*” (inchaço na barriga), “*wakeenajemamu*” (dor de estômago), “*kuwin amau*” (feridas por todo o corpo), “*achiku numchip*” (feridas na garganta e na boca), “*akape tajaku*” (o fígado “incha e desce”) e “*buuk najamu*” dor de cabeça.

Foto 7: Sinais dos “síntomas de SIDA” identificados numa comunidade awajún

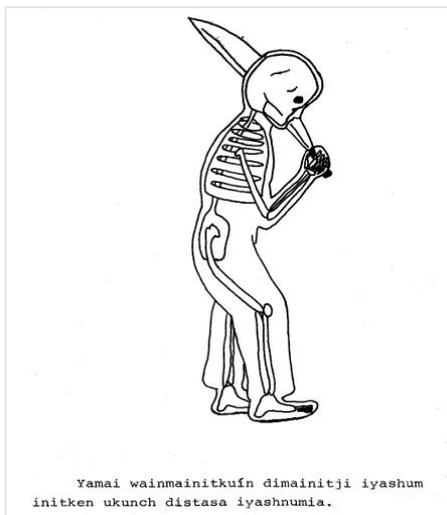


Fonte: Elaboração própria junto a família Túwi, rio Comaina, 2014

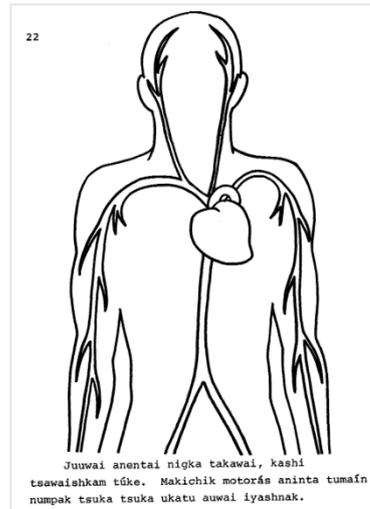
Eu estava pessoalmente surpresa que nenhum deles mencionou a palavra “vírus”. Ouvi os técnicos de saúde explicarem que o HIV/AIDS ocorre pela presença do vírus no sangue. No entanto, a ideia de um verme na garganta e a posição mudada dos órgãos eram sensações muito mais significativa do que a noção de vírus. Sentir a verme o algo ancorado na garganta impede a pessoa de comer, causando enfraquecimento, debilidade e morte. Parar de comer era parar de se reconhecer como um membro da comensalidade da família.

Desde 1979, as escolas awajún incorporaram aulas de biología para os estudantes (Ver figura 03). O Instituto Linguístico de Verão (ILV) foi responsável por escrever as lições de anatomia e fazer os desenhos sobre “o corpo awajún” e seus órgãos internos. Todos os textos foram traduzidos em awajún e a intenção era adaptar a noção de corpo como um sistema biológico ao pensamento awajún dos estudantes. Com este ensino os awajún tornaram-se familiarizados com alguns conceitos biomédicos.

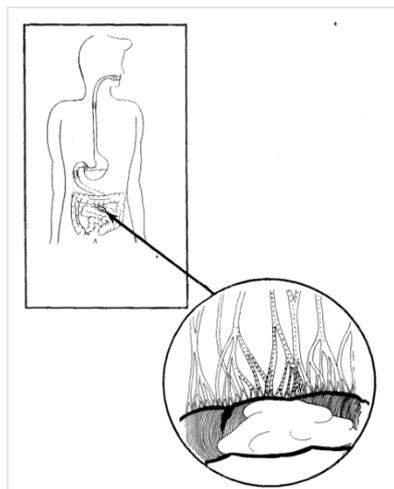
**Foto 08:** “El cuerpo humano”, documento de trabalho *Aents Iyashi* (ILV,1979)



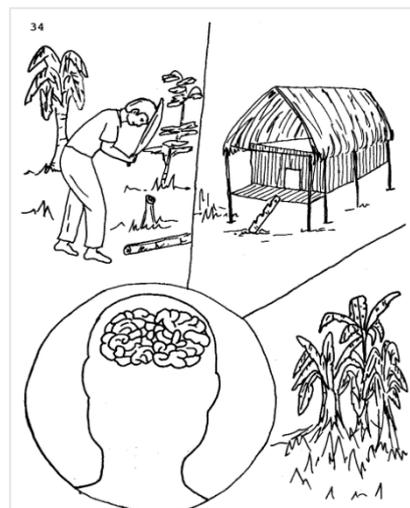
“Ahora, si pudiéramos mirar lo que hay dentro de usted, podríamos ver los huesos de su cuerpo” (p. 17)



“Ahora, aquí está su corazón. Su corazón trabaja noche y día. Es como un motor que hace que la sangre vaya por todo el cuerpo” (p.18)



“¿Puede ver todos esos pequeños tubos dentro de sus intestinos? Esos tubos son los vasos capilares. Estos vasos capilares recogen el “alimento, de aquí el alimento pasa a la sangre. Esta corre y pasa por todas las partes del cuerpo” (p. 20-21)



“Su cerebro le enseña a cultivar la chacra para que su cuerpo pueda tener alimentos. Su cerebro le enseña a usar el machete. Con su cerebro usted ha aprendido a construir una casa para proteger su cuerpo de la lluvia, del frío y del calor” (p. 34)

No entanto, após 40 anos de escolaridade, as ideias awajún sobre os órgãos internos do corpo não são as que foram ensinadas pela escola durante todo esse tempo. Sua maneira de pensar os órgãos, sistemas vitais e funções mostra que há uma forte influência do conhecimento *apách*, mas isso reflete, por sua vez, com suas próprias perspectivas awajún, provenientes de seus avôs e avós ou surgidas recentemente como produto do contato com as equipes de saúde pública.

As doenças, em consequência, são parte de experiências que são vivenciadas não apenas como uma condição biológica, mas também como processos sociais, políticos, econômicos e cosmológicos (Menéndez, 2015). Assim, como Langdon (2014) identifica nos indígenas Siona, as cosmologias e estratégias indígenas são centrais para a compreensão dessas experiências heterogêneas de doenças baseadas na interpretação, no diagnóstico e nos cuidados que são ativados em torno da afetação dos corpos. Assim, agora que se sabe como se pensa o corpo awajún, proponho desenvolver as noções awajún de “játa AIDS” e “*waweamu* com sintoma de AIDS” que foram gerados nas comunidades de Kusu Kubaim, Kusu Pagata e Huampami em torno ao HIV e AIDS.

*“Aprovechando que tiene enfermedad de SIDA, así no más mueres. Eso le dijo el brujo a mi hijo. Primerito fue al puesto y le dijeron que es VIH, lo inyectaban, pero no se cortaba. El brujo le dijo que no era játa SIDA que era brujería, no lo llevé para que lo curen solo a consultas [con el brujo] porque quiero que se vaya con Apajui [Dios]”* (Señora Miguel, río Comaina, 2018).

*“El brujo se aprovecha y empeora. Los que murieron son por waweamu (daño) porque en játa SIDA no se puede morir”* (Estudiante, 15 años, río Comaina, 2018)

*“Hay síntomas de Sidajai waweamu (brujería con síntoma de SIDA) y de enfermedad de SIDA. Son parecidos, pero no se puede saber qué es en realidad”* (Estudiante, 17 años, río Comaina, 2018)

### 3.3.1. “Játa AIDS”

O corpo dos jovens awajún é formado com uma importante influência do mundo *apách*. Entretanto, os awajún têm corpos diferentes aos dos *apách* e para permanecerem fortes e saudáveis não podem comer tudo o que os povos não indígenas comem ou usar a medicina *apách* da maneira que os *apách* usam. Eles acreditam que precisam combinar a medicina *apách* com a sua medicina e fazer o seu próprio tratamento. Por exemplo, pude ver que as famílias awajún usam muitos medicamentos *apách*, mas não seguem as prescrições recomendadas pelos profissionais *apách*; pelo contrário, eles geralmente seguem as recomendações dos técnicos awajún, que desempenham o papel de intermediários, fazendo combinações de medicamentos que são muito mais rápidas e eficazes para tratar as “doenças awajún”. Como um técnico de

saúde awajún explicou-me, “*en la ciudad no te van a dar así combinados. Cuando tú estás enfermo con, por ejemplo, fiebre tifoidea, aquí yo te voy a curar como en la zona, con cuatro inyecciones (septrazona, betametasona, dexametasona). ¡No tengas miedo!*”. Esta capacidade de prescrever tratamentos exclusivos para os corpos awajún é um conhecimento dos técnicos de saúde awajún muito apreciado. Em Kusu Kubaim, vários técnicos têm reputação de curar, em poucos dias, qualquer afetação com uma mistura exclusiva de medicamentos *apách*. Os técnicos mais conhecedores são lembrados até depois da morte: “*Nadie sabía curar como él, ahora quién nos va a curar, él era único que sabía de la enfermedad awajún*” falava a esposa de um dos técnicos sanitários mais prestigiados.

Durante meu trabalho de campo as pessoas costumam usar medicamentos *apách* como uma maneira de saber se eles estão doentes ou não, ou para testar que tipo de doença eles têm. Se a droga funciona, é porque você tem essa doença. Se não funcionar, outros medicamentos *apách* são testados e, depois de um tempo ou ao mesmo tempo, misturas de plantas são administradas pela família. Estes medicamentos *apách* são comprados em qualquer uma das sete farmácias que existem em Kusu Kubaim, muitos não precisam de prescrições ou são aconselhados pelos proprietários das farmácias. Nestes lugares, as pessoas aproveitam a oportunidade para falar sobre as condições que os afligem e tomar decisões sobre quais remédios comprar. A automedicação não é uma questão individual, mas uma experiência coletiva. Quando o mal-estar persiste, procura-se o posto de saúde ou ajuda nas cidades, de acordo com a seriedade e a capacidade econômica das famílias em arcar com os custos da viagem de seus membros.

Quando algum membro da família apresentava os “sintomas da AIDS” descritos previamente, o enfermo e seus parentes tomavam a iniciativa de fazer um teste rápido de sangue por punção (no dedo) no posto de saúde. “*Eso que te sacan sangre*”<sup>74</sup>, que as famílias também chamam de “*hacerse la prueba*”. O posto de saúde em Kusu Kubaim incentiva a população para “*hacerse la prueba*”, em sua fachada eles pintaram o seguinte lema “*Wejajai numpa jikmi ishamtusuk*” ou “*¡vamos a sacar sangre sin miedo!*”.

O teste rápido leva apenas vinte minutos. Se o primeiro resultado é positivo a pessoa realiza outro teste rápido de outra marca. Depois de ter dois resultados positivos de HIV o

---

<sup>74</sup> Estudiante de la escuela secundaria, río Comaina, 2018.

obstetra dá o diagnóstico ao paciente e comunica a necessidade de fazer o teste ELISA<sup>75</sup> para confirmar o diagnóstico de HIV e a carga viral, presente no sangue naquele momento, na cidade de Lima. Para fazer isso, o obstetra pede permissão ao paciente para tomar uma nova amostra de sangue da veia. O técnico explica que quanto maior a carga viral, provavelmente mais sintomas serão sentidos. No entanto, o resultado desse exame demora pelo menos dois ou três meses a partir da data em que a amostra foi coletada. Os awajún dão muita importância a esta confirmação e ficam aguardando este documento que, em alguns casos, nunca veio.

Enquanto a pessoa aguarda seus resultados, por recomendação do posto de saúde, ela tem que seguir o tratamento antirretroviral (TARGA) outorgado gratuitamente no distrito de El Cenepa desde o ano 2015. No entanto, muitas pessoas não seguem esta indicação. Meus entrevistados falavam que, sem os resultados definitivos, sem saber que realmente os afeta, o posto de saúde lhes dá medicamentos que os fazem sentir pior.

*“Estamos muriendo como pollos”*; *“dijeron que mueran como pollos”*; *“una enfermedad que los mataría como pollos”*; estas são várias expressões com as quais os awajún percebem a epidemia de HIV. Eles usam a analogia com a gripe do frango ou pato que ocorre constantemente na comunidade de Kusu Kubaim e dizem todos os animais das casas. Disseram-me que essas frases também são ditas pelos membros do posto de saúde quando ficam exasperados pela baixa adesão dos awajún ao tratamento com pílulas antirretrovirais (TARGA). Essa expressão de morrer como frangos é uma expressão que os awajún mais velhos usavam para se referir a outras epidemias. Como lembra o *muun* José: *“Estábamos estudiando en 1978. Decían que una enfermedad iba a entrar. Entrará y morirán como pollo cuando cae peste. Van a morir así. Porque mucha gente hace muchas relaciones por allá y allá y por eso exactamente llegó”*. É interessante observar que o *muun* associa epidemias com o aumento de contatos sexuais.

A ideia de que a *“játa AIDS”* está ligada a uma maior incidência de práticas sexuais é comum. Em particular, esta doença se associa a: as novas práticas sexuais de jovens em idade escolar, as práticas sexuais transacionais com professores, comerciantes ou membros de outras comunidades dentro e fora do distrito de El Cenepa, os processos de migração na busca de mais

---

<sup>75</sup> La prueba Elisa (Enzyme Linked Immunosorbent Assay o Ensayo por InmunoAbsorción Ligado a Enzimas), es una prueba de laboratorio que consiste en identificar partículas de antígenos; es decir, muestra la presencia de anticuerpos del VIH en la sangre. Se recomienda hacerla luego de un periodo de tres meses luego del evento que se considere de riesgo. En clínicas peruanas localizadas en Lima, el resultado puede ser comunicado en 48 horas luego de la toma de muestra.

recursos, e as necessidades de *kuischik*, “dinheiro” para viver diariamente. Estas práticas sexuais são criticadas pelos avós awajún, especialmente nos casos de relações sexuais com os “*maricones*”, ao serem a primeira geração de jovens mortos com suspeita de “*doença de AIDS*”.

Essa percepção dos perigos do sexo levou à culpa da pessoa soropositiva. Muitas pessoas consideram o HIV e o AIDS como *játa* (doença) devido à falta de cuidado da própria pessoa em relação ao seu corpo. Recebi esta resposta constantemente em conversas com estudantes <sup>76</sup>, homens e mulheres com idade entre 14 e 19 anos. A “culpa” era de pessoas que “*no controlan su cuerpo*”<sup>77</sup> o “*no se cuidaron a sí mismas*”<sup>78</sup>. Eles fizeram sexo com vários parceiros, mesmo sabendo que tinham “HIV” ou “AIDS”. Esse estigma de promiscuidade também se reflete nos discursos do sistema público de saúde, que associam a população awajún com as “práticas arriscadas” (como iniciação sexual precoce, práticas homoeróticas e uso limitado de preservativos).

A vergonha, por tanto, é um sentimento que as pessoas afetadas mencionam frequentemente. Isso leva muitos a se calarem quando têm o diagnóstico positivo de HIV. Esse foi o caso de um menino de 16 anos que me disse: “*no puedo contar sino mis familiares podrían conocer como soy yo*”. No entanto, na maioria dos casos, os afetados acabam compartilhando o diagnóstico com suas mães e pais, que são os cuidadores mais importantes. Eles também servem como um apoio emocional e mental para seus filhos, porque há um temor de que a pessoa pode “enlouquecer”. Na prática awajún, o filho após o diagnóstico de feitiçaria ou doença grave, como o HIV, sofre tanto que por “*pensar y pensar, [eles mesmos] se enferman*”. O doente para de enxergar a realidade e age sem noção, como se já não tivessem racionalidade no coração (“*anentáinchau*”). Esse perigo também afeta aos irmãos e a qualquer outro parente próximo. Por exemplo, soube do caso de Gabriela, uma garota que, depois do diagnóstico e morte de seu irmão, “*pensó, pensó y se enfermó*”. Sua mãe, a sra. Juana, disse-me que a mesma condição tinha afetado seu filho em 2017, quando soube de seu diagnóstico do “HIV” no posto de saúde de Kusu Kubaim. “*De un día para otro*” de tanto “*pensar y pensar*” o seu filho “*dejó de hablar, de comer, enflaqueció y murió*”. Para muitas pessoas, o diagnóstico de “positivo” ou “código”, um jargão médico que se escuta em algumas famílias, pode levar a pessoa a acelerar a doença e a morte: “*peor estaba pensando y se volvió como enfermo*”. Esta deterioração está

---

<sup>76</sup> Durante el trabajo de campo, logré hacer tres grupos focales con estudiantes varones y mujeres de entre 14 a 18 años.

<sup>77</sup> Estudiante, 18 años, río Comaina, 2018.

<sup>78</sup> Estudiante, 16 años, río Comaina, 2018.

relacionada ao pensar-se doente e, portanto, sentir-se e saber-se “doente”. Que, em um exercício de preocupações e tensões que circulam através do corpo, este afeta a si mesmo.

Gabriela não melhorou desta condição de “enlouquecimento”. Durante meu trabalho de campo, a família a mantinha trancada em um quarto com paredes de madeira. Ela estava presa porque não queria usar roupas, ficava violenta com sua mãe, gritava e falava uma língua estranha, que ninguém entendia, mas que de acordo com sua família estava balbuciando em inglês. Quando a visitei, às vezes Gabriela dizia que era Moisés e mudava de voz. De acordo com sua mãe, a feitiçaria que ela era vítima foi a mesma causada pelo *waweamu* (dano) de seu irmão. Para ambos, apesar das diferenças, o mal que os afeta é uma perda de vida social, como se “*empezara a no vivir*”, embora ainda esteja vivo. É uma “*no vida*” de pessoas awajún atravessadas pelos dardos da feitiçaria.

Como este caso mostra, quando o “*játa AIDS*”, identificado alternadamente como “doença do HIV”, provoca a morte “*de un día para otro*”, as suspeitas de *waweamu* ou dano aparecem.

*“Aquí no se puede saber si hay “játa SIDA”. Algunos doctores comentan que una persona con enfermedad de VIH no puede morir rápido, tiene que pasar síntomas. Ahora los jóvenes se enferman y mueren dentro de una semana. Así gordos, su cuerpo se mancha y se muere. Nos dicen que pueden vivir muchos años, pero aquí, en dos semanas no más se mueren”.* (Padre de familia de un joven con VIH, río Comaina, 2018)

*“¡En 1 mes está hueso ya (la persona diagnosticada), el siguiente mes está muerto!”* (Especialista sanitario, río Comaina, 2018)

*“Por ejemplo, hoy día te enteras de que tienes enfermedad de VIH y dentro de un mes te mueres. ¿Eso, qué es? Es por eso por lo que los muun tienen muchas dudas. Ahora ya odiamos ir al Puesto de Salud porque te dicen que tienes y ahí no más te enfermas”.* (Padres de hijo con játa SIDA, río Comaina, 2018)

*“Detectan hoy día y ya comienza a sentir síntomas, a enfermar: fiebre, ronchas, le duele la cabeza, tiene diarrea, y en par de meses esa persona ya está muerta. Por eso creen que es waweamu, porque los especialistas explican que la enfermedad de VIH no puede avanzar tanto* (técnico sanitario, río Comaina, 2018).

*“Dice que hay una que tiene VIH. Empiezas a tener fiebre, dolor de cabeza, vomito, diarrea. Se te da medicina, medicina, y no se mejora. Sigue enflaqueciendo, enflaqueciendo y ya bien flaquito se muere. Por eso nuestras familias dicen que es waweamu. No es de enfermedad de VIH. Es algo que están jugando”* (Técnico sanitario, 2018).

As famílias awajún com quem falei têm muitas dúvidas em torno do posto de saúde. Às vezes, em vez de ser visto como um lugar de saúde, é visto como um espaço perigoso onde, como veremos na próxima seção, os *tunchis* (feiticeiros) “brincam” de jogar dardos e fazer as pessoas adoecerem mais. Os pais percebem que estes dardos de feitiçaria estão direcionados

principalmente aos filhos do sexo masculino. Enquanto os homens morrem, as mulheres continuam vivas.

*“EC, CB, HB, F, E, P, AC, J, E, J, EC, TC, ¡Once! Todos son hombres, ninguna mujer. Por eso es que no creen que existe (el SIDA como enfermedad). Debe ser waweamu. ¡Tanta mujer anda por aquí y por allá! (Señora HC, madre e hijo fallecido con sospecha de SIDA, río Comaina, 2018)*

*“Hay personas que tienen su certificado (diagnóstico), pero sus esposas nunca han tenido (“játa SIDA”) y no se protegen, ¡nunca se protegen! Hay personas que son así. Hay mujeres que su esposo ha sido positivo; murió. Ella tuvo otro esposo; murió. ¡Y ellas se mantienen! Algunos dicen que debe ser su defensa fuerte, que la relación no le habría pasado. (Técnico Sanitario, río Comaina, 2018)*

### 3.3.2. “Waweamu com sintoma de AIDS”

*“Antes no existía el játa SIDA, a veces se iban a trabajar fuera se acostaban y así han traído acá también. A veces dicen que el brujo hizo eso porque tiene tsentsak del VIH, eso están haciendo por eso se mueren las personas”. (Muun Yampam, río Comaina, 2018)*

Durante a minha estadia em Kusu Kubaim pude perceber que cada awajún de Kusu Kubaim afirmou ser vulnerável a ser afetado pela existência de “*dañinos*”, mágicos ou *tunchis*<sup>79</sup> que, ultimamente, se proliferaram nesta comunidade. Antigamente, como os avós *muun* recordam, estes *tunchis* eram formados respeitando os rituais de beber toé (*Brugmansia suaveolens*) e ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) chamado em Awajún de “*yagé tunchimuo*”. Este ritual de iniciação era feito com a orientação de outro *tunchi* e através da parceria com os *iwanch* ou “os espíritos dos mortos”. Os aprendizes eram submetidos a uma série de provas, cada vez mais perigosos, que tinham que superar para “*tener el espíritu del mundo*”<sup>80</sup> e possuir os dardos *tsentsak*<sup>81</sup> de dano. Só com os dardos o feiticeiro podia afetar outra pessoa. “***El waweamu entra como flecha, eso es tsentak. Espiritualmente a través de tsentsak se daña a la gente***”.

---

<sup>79</sup> El poder de cura asociado a estos chamanes se le adjudica al *tsugki*, el primer chamán mitológico (Brown, 1984; Delgado, 1986).

<sup>80</sup> Roberto, río Comaina, 2018

<sup>81</sup> La obtención de Tsentsak puede también lograrse por medio del uso de ciertas plantas; para retener estos dardos, “el brujo se traga los dardos y los llevaba en su garganta, pecho, brazos y manos. Que luego acompañarán con un largo periodo de ayuno y consumo de tabaco hasta que puedan controlar sus dardos” (Brown 1985;1984).

Com a chegada das missões, os *iwanch*<sup>82</sup> foram associados com o demônio e os *tunchis* foram classificados como “maléficos”<sup>83</sup> (Riol, 2015). Além disso, várias práticas de magia de origem europeia, associadas a encantamentos e livros chamados de “*papel de magia*”, foram introduzidas na região e atribuídas aos *tunchis* awajún. As famílias em Kusu Kubaim associam a proliferação dos *tunchis*, em seu território, à chegada desses livros de magia negra, cartomancia e magia branca, que eles chamam de “*iwanch papi*” ou “*papeles del diablo*”. Esses escritos em espanhol podem ser baixados da internet ou comprados dos comerciantes *apách* que chegam pelo rio Comaina mensalmente. Com a guia dos livros, o aprendiz de *tunchi* começa um lento processo chamado pelos awajún de “*invocar poderes*”. Ele vai para o cemitério à noite, reza e chama os mortos para o cumprimento dos testes<sup>84</sup>. Estas novas práticas xamânicas<sup>85</sup>, para se tornarem *tunchi*, incluem em suas ações práticas de *tunchis apách*, que os *tunchis* awajún reproduzem ou modificam de acordo com seus propósitos de cura. O que muitos consideram agora feitiçaria awajún é uma mistura de práticas *apách* recentemente introduzidas na área.

No passado, os *tunchis* não eram exclusivamente maus; eles também eram grandes curandeiros. Hoje, devido à influência das missões e das práticas mágicas *apách*, as coisas têm se polarizado. As famílias incomodadas afirmam que os novos *tunchis* deixaram de responder ao nome “*iwishin*”, que era a palavra usada para “feiticeiros bons”, que possuíam os mesmos poderes, mas não causavam mal às pessoas. Em vez disso, os novos *tunchis* “*juegan a hacer daño*”.

*“Iwishin, solo cura no hace daño, aunque haya leído su papel de magia. Pero hay otros tunchis que estudian para dañar. Se asocian con el caballo, se van al cementerio, se*

---

<sup>82</sup> Los *iwanch* o *demonios* son seres importantes en la cosmovisión awajún, asociados a la brujería y el mundo de los muertos. Estos seres tienen una participación central en el mito de Nunkui (Ver Brown 1984:202). Nukui, al compadecerse del hambre de la población awajún, dio a su hija a una mujer awajún para que haga aparecer comida y sembríos a pedido de los awajún. Sin embargo, por intromisión de los hijos de la señora, que pidieron a la niña Nukui hacer aparecer a los espíritus *iwanch*, los awajún perdieron a la hija de Nukui que no pudo controlar a estos espíritus y fue agredida por los hijos awajún. Nunkui alejó a su hija de los awajún que, desde entonces, tuvieron que trabajar duro para cosechar sus propios productos.

<sup>83</sup> En los términos de Descolá (2005, p.319) que identifica en el caso de los Achuar a los “*iwanch* [como] *antropoides, de color sombrío en los que se materializa el alma de los muertos. Les gusta asustar a las mujeres y los niños que raptan, o bien se divierten haciendo caer objetos*”.

<sup>84</sup> No hice un recuento riguroso de las pruebas exigidas pues la población awajún es recelosa de hablar sobre este tema, por temor de ser sospechados de *tunchis*. Sin embargo, durante las conversaciones cotidianas escuché la referencia a pruebas asociadas a hacer relaciones sexuales con personas en sueños o causar la muerte de algún parientes. “*Jugar con tu hermana o mamá, puedes tener relaciones sin que ella se dé cuenta*” “*te piden dar la cabeza de tu mamá, que la mates y le des la cabeza o de alguien de tu familia*”. (Lena, río Comaina, 2018)

<sup>85</sup> La transformación de las prácticas chamánicas en la Amazonía ha sido abordada por Pérez-Gil (2001), Langdon (2014) y Vilaça (2008) en otros contextos etnográficos. En el caso específico de la población awajún, ver los textos de Brown (1984) y Garra (2016).

*pueden transformar en animales malos como pasug [pájaro de mal presagio]. Así llama «shiu shiu shiu» y viene a hacer daño” (Liz, río Comaina, 2018).*

De acordo com as famílias awajún, esta polarização dos aspectos negativos dos *tunchis* se deve aos sentimentos de inveja “*kajinayam*” que atualmente motivam o comportamento dos *tunchis*.

*“Los aguarunas somos así, a la vista no más te dan el waweamu (daño), desde antes de cristo existir el maleficio, la hechicería” (Señora C. río Comaina, 2018)*

*“Envidia es muerte. Ponen para que no tenga dinero, para que sea mi obrero, que venga para mí. Culpan a otro, engañando, culpándolo de brujo. Lo quieren culpar y piden que se les pague, que le de motor o cosas”. (Muun José, río Comaina, 2018)*

### **Suspeita cotidiana**

“*¡Todo aquí es brujería!*” é uma expressão ouvida diariamente nas comunidades awajún. Se alguém se afoga nadando no rio, se uma canoa vira, se alguém fica gravemente doente, ou se alguém morre, são fatos que despertam suspeitas de feitiçaria. “*Por ejemplo, si tú te ahogas y te mueres, tu familia hace consulta y el tunchi dice: 'Un brujo ha dicho para que se muera así. Han hecho que su mano sea pesada y por eso no podía nadar. ¡Eso han hecho para matarla!*” (Laura, río Comaina, 2018). O notável sobre essa dinâmica de suspeita é que, sem saber quem fez a feitiçaria, qualquer relação com outras famílias torna-se potencialmente perigosa. Como o sr. Dante Túwi disse: “*“El tunchi brujea. Cuando tú discutes con alguien o su familia, el tunchi pone enfermedad. Comienza a poner fiebre y así empieza. ¡Nunca te salvas!*”.

As pessoas, por isso, estão atentas a qualquer sinal que possa revelar que foram enfeitiçadas: um mal-estar depois de jogar futebol; ver uma coruja no caminho de casa; sonhar com um morcego; ser perguntado sobre a saúde de um membro da família que, em seguida, cai doente; a entrada de um rato que fez o seu caminho para a cama através da rede mosquiteira; ouvir o *pásug* que é um pássaro de mal-agouro; vomitar insetos, areia ou cabelo, entre outras sinais. Esses sinais são percebidos como avisos, que são lembrados em detalhes, quando ocorre uma doença ou um acidente. As pessoas se reúnem entre os membros da família e, coletivamente, lembram desses episódios para tentar reconstruir os acontecimentos em torno do dano e saber quem é o causador disso.

Os dias em Kusu Kubaim são povoados de narrativas e “acusações de feitiçaria”. Antigamente, quando uma pessoa morria, uma reunião comunitária de “acusação de dano” era convocada. A agenda da reunião era comunicada pelos altofalantes comunitarios. No dia

indicado, todos se reuniram para ouvir a acusação. O chefe da comunidade atuava como árbitro entre as famílias que se acusavam em público. Ele ficava na parte da frente da sala de reuniões, olhando cara a cara todas as famílias que frequentavam essas reuniões, que sempre foram públicas. Normalmente, a família da pessoa que se considerava vítima de bruxaria iniciava a narrativa da doença ou do acidente de seu parente, e justificava por que o acusado era *tunchi*. Nessa narrativa intervinham vários membros da família contando as visões, visitas, sonhos e diagnósticos que o enfermo e eles experimentaram durante o tempo de mal-estar.

Os sonhos eram provas centrais para as famílias. Se considera que os *tunchis* se tornam visíveis nos sonhos e mostram seus rostos ao “*molestar*” a pessoa doente. É por isso que quando uma pessoa sonha com alguém que os ataca, é considerada uma prova quase irrefutável. Com base nessas evidências, podia-se denunciar alguém publicamente de ser *tunchi*.

*“El señor M. es brujo. Lo sospechan porque: ¡Lo sueñan y ahí empiezan a enfermar!  
¡Cuando se alocan, empiezan a cantar y lo nombran!”* (Señor Juan, Kusu Kubaim  
2014)

Após a explicação da família afetada, o “*sospechoso de tunchi*” e a família dele também contavam sua versão, normalmente negando tudo e alegando que havia outro *tunchi* com tanto poder que tinha usado a imagem do acusado ao aparecer nos sonhos de suas vítimas. Esse *tunchi* mais poderoso estava enganando as pessoas da comunidade ao fazê-las pensar que uma pessoa inocente era *tunchi*. Em outros casos, a família acusada dizia que as acusações não tinham nada a ver com doença ou acidentes, mas sim com uma briga anterior, e que as pessoas que se apresentavam como vítimas queriam vingança, ao acusá-los publicamente de ser *tunchis*.

Essas reuniões duravam longas horas, com argumentos a favor e contra entre as famílias envolvidas. Além disso, todos os moradores que queriam podiam dar seu testemunho. Só acabava quando se chegava a um acordo. A expectativa dos denunciante, tipicamente, era expulsar o acusado da comunidade. Esta punição era alcançada quando a mesma pessoa era acusada por muitas famílias da morte de seus filhos. A expulsão do *tunchi* da comunidade significava, por sua vez, a partida da sua esposa e seus filhos com ele. Se este acordo não fosse cumprido, o *tunchi* poderia ser morto porque sua estadia na comunidade era um perigo para todos. Considerava-se que as únicas pessoas que podiam matar os *tunchi* eram homens *waimaku*, ou seja, homens que tinham respeitado longos períodos de resguardo e obtido expulsión visões depois de terem tomado preparados de toé e ayahuasca. A morte do suposto *tunchi* rapidamente virava notícia. Todas as comunidades ficavam sabendo sobre o que tinha

acontecido, mas o nome do *waimaku* que o matou nunca era comentado. Seu anonimato era mantido para evitar que a família do *tunchi* buscasse vingança sobre o *waimaku* e sua família.

Essas dinâmicas de acusações, contra-acusações, reuniões comunitárias e possíveis assassinatos de pessoas acusadas ainda ocorrem. Os dois últimos casos nas comunidades de Kusu Kubaim e Huampami ocorreram em 2014. Os cultos evangélicos exercem uma forte influência em todos esses processos. Por um lado, eles contribuem para uma demonização dos *tunchis*, que aumenta as acusações e expulsões, inclusive os assassinatos<sup>86</sup>. Por outro lado, contribuem para que as acusações se mantenham secretas, que não sejam expostas nas reuniões comunitárias e, portanto, não se chegue a um acordo. As brigas permanecem ativas entre as casas vizinhas. As pessoas que participam dos cultos evangélicos têm medo de acusar publicamente um suposto *tunchi* pelos novos medos do “pecado” e de “não ir para o céu” que o evangelismo incute na população. Especialmente, as famílias que participam da Igreja Evangélica Nazarena temem que quando alguém é acusado publicamente de ser *tunchi* durante as reuniões comunitárias, o destino da alma da pessoa que foi (supostamente) vítima de feitiçaria fica comprometido. Acusar um *tunchi* é a prova de que se acredita em *tunchis*; então o pastor da Igreja diz que quem acusa alguém de ser *tunchi* não crê em Deus e, portanto, seu filho morto não irá para o céu.

No entanto, o medo de acusar publicamente não impede que a feitiçaria seja central para a explicação de mortes, doenças e acidentes de parentes. As famílias, mesmo que não denunciem o suspeito de *tunchi* em uma reunião comunitária, comentam sobre suas suspeitas de feitiçaria nos espaços de suas casas, quando estão se banhando no rio ou quando estão tomando masato (bebida de mandioca) nas festas. Todos conversam entre si dizendo quem é o culpado por matar seus filhos. Estas são expressões que ouvi recorrentemente durante o trabalho de campo. “*¡Augusto es tunchi! Dicen que mato a André. También José lo ha visto. La familia de María también lo acusa*”. Estas son expresiones que escuché de manera recurrente durante el trabajo de campo.

As relações entre famílias tornam-se assim tensas. Após a nuclearização em torno de missões, escolas e agora instituições estatais, as famílias do Kusu Kubaim estão inseridas nessas relações de acusação e suspeita. Num período de pouco menos de vinte minutos, andando entre

---

<sup>86</sup>No es el propósito de esta tesis, pero a inicios del año 2000, se reportó una taza altísima de expulsión de *tunchis* de las comunidades, muchos de ellos buscaron refugio en la ciudad de Nieva, razón por la cual, para la población awajún de las comunidades del distrito de El Cenepa, Nieva tiene una concentración de brujos. No se sabe exactamente cuántas personas fueron asesinadas debido a las acusaciones, pero es una situación que preocupa altamente a las familias.

as casas das famílias, as conversas em torno da morte de alguém estão cheias de denúncias. Na contagem das perdas, as famílias fazem comparações entre si para ver quem perdeu mais membros e quem foram os acusados dentro da comunidade. Esta informação é parte de um conhecimento coletivo e leva as famílias awajún de Kusu Kubaim a acreditar que existem famílias particularmente associadas aos *tunchis*.

*“Por eso dicen, la familia Paíchi nunca muere. La familia Shúni, mure. La familia Suri, muere. De mi familia: de mi tía murió una hija; de mi papá murió un hijo; de mi tío murió un hijo, sus dos hermanos y su esposa; de mi otra tía murió su hija; y de otra tía último su esposo falleció. Ahora Paíchi no muere. ¡Ellos parecen que son así todos!”*  
(Joven awajún, río Comina, 2018)

Relacionamentos entre famílias são assim, uma aliança tensa que pode ser quebrada rapidamente. Carla, professora em Kusu Kubaim, recorda esta guerra invisível de dardos *tsentsak*, que são disparados de uma casa para outra, como um espetáculo invisível de flechas no céu, que ela conta ter visto quando tomou ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*). Durante sua visão, em uma casa de frente ao rio, longe da comunidade, ela viu as linhas no céu dos tiros de dardos que se mandavam entre as casas. *“El cielo está lleno de luces. Es una guerra de flechas que va de un lado a otro. Entre casas se van mandando (los dardos). ¡Una guerra es!”*, ela afirmou.

...

Segundo Pérez-Gil (2001), os sistemas xamânicos dos povos amazônicos são representações coletivas e seus especialistas têm uma capacidade que é atualizada criativa com os novos contextos. O trabalho de Buchillet (2004) identifica essas atualizações no caso dos especialistas Kumu do povo Desana. Segundo a autora, eles seguem uma regra central: *“to cure a specific illness you have to know how to provoke it”* (Ibid. 123). Esse argumento também se aplica ao caso awajún. Com a chegada das novas doenças, os *tunchis* lograram desenvolver novos *tsentsak* com os sintomas de essas doenças. Este é o contexto que molda o *waweamu* nas comunidades awajún do distrito de El Cenepa.

*“Aquí somos mágicos y han aprendido malas cosas, por eso, así nos dicen que mueren con síntoma de SIDA”*, menciona um pai, com preocupação. *“A veces dicen que el brujo hizo eso porque tiene tsentsak del VIH, eso están haciendo, por eso se mueren las personas”*, menciona outro avó, reclamando. De acordo com os moradores, os *tunchis* têm a capacidade de:

- 1) criar *tsentsak* ou dardos de “AIDS” e enviá-los aos seus inimigos;

2) causar “falsos positivos” no posto de saúde, ou seja, fazer o diagnóstico do teste de sangue seja positivo quando a pessoa realmente não tem “*játa AIDS*”, mas “*dano com sintoma de AIDS*”;

3) agravar a condição de pessoas que foram diagnosticadas com “*játa AIDS*”, ou seja, mesmo que as pessoas usem antirretrovirais e tentem outros métodos awajún não melhoram.

Diante destas ameaças, admitir que um membro da família foi diagnosticado positivo no posto de saúde é algo que coloca toda a sua família em uma situação vulnerável em face de ataques do *tunchi*. É melhor que ninguém saiba o diagnóstico, de modo que o *tunchi* também não vai descobrir e, portanto, não vai tentar atacar a pessoa diagnosticada e a sua família. Por esta razão, é melhor que o diagnóstico seja mantido em segredo pelas famílias. Pela perspectiva awajún, o diagnóstico da doença no posto de saúde torna possível a feitiçaria dos *tunchis*.

*“Aquí comentan que el brujo quiere escuchar: 'ella tiene VIH' y al toque no más le da daño. Ahí empieza a morir. Pero después que le sacan [el daño], su análisis [de sangre] sale negativo”.* (Carlos, río Comaina, 2018)

*“Cuando van a sacar su análisis sale positivo porque el brujo ha dejado eso. Por eso ahí salen positivos. Por eso se enferman y cuando se van a la ciudad, no les sale positivo sale negativo”* (Juan, río Comaina, 2018).

O *tunchi* atravessa o corpo da vítima com dardos que causam males, alojando-se no corpo, nos órgãos e membros. Do ponto de vista biomédico, é uma epidemia causada pelo vírus; do ponto de vista awajún é um descontrole de atividades de bruxaria entre os awajún.

*“El VIH es una játa, pero hay otros que son también waweamu. ¡Es que hay tunchis que te pueden mandar el Sidajai waweamu con tsentsak! Hacen daño y sale como si uno tuviera játa SIDA. El tunchi juega en el Puesto de Salud”.* (Estudiante de la IE, río Comaina, 2018)

*“Este año están estudiando mucho magia. No calma nada con ese remedio (antirretrovirales). Llevan al curandero y ahí saben que no es enfermedad, es SIDA, que le han puesto los mágicos. Por nosotros decimos: 'no sanan por remedio, los están engañando'. Algunos sí se recuperan por remedio, otros no”* (Especialista de plantas, río Comaina, 2018)

*“¿Si fuera játa SIDA, por qué se presenta una persona fastidiándome en mi sueños? Yo nunca voy a ir al puesto de salud. ¡Yo tengo waweamu!”* (Joven soropositivo, río Comaina, 2018)

*“Aprovechando que es VIH, así no más mueres. Eso le dijo el brujo a mi hijo. Primerito fue al puesto y le dijeron que es VIH, lo inyectaban, pero no se cortaba. El brujo le dijo que no era enfermedad SIDA que era waweamu [brujería]”* (Señora Miguel, río Comaina, 2018).

## O novo corpo da ameaça: virar inimigo

Os antigos curandeiros *iwishin*, lembrados por sua capacidade ambígua de curar e causar males aos inimigos são agora substituídos pela presença dos *tunchis*, personagens associados com ações irracionais de males ao corpo awajún. Os moradores comentam sobre a capacidade do corpo de ser atravessado e, portanto, a multiplicação dos *tunchis* em Kusu Kubaim é uma ameaça direta para suas vidas. Os jovens, as mães, as autoridades e as organizações rejeitam publicamente ações de dano e promovem a expulsão dos “*sospechosos de tunchi*” em reuniões públicas feitas a partir de qualquer denúncia.

Com a chegada do HIV/AIDS no distrito e a morte de filhos e filhas, as acusações de *tunchi* também aumentaram. Famílias de denunciadores exigem provas de *tunchis* para saber sim eles são “*personas sanas*”. As reuniões de denúncia organizam comissões para acompanhar o *sospechoso de tunchi* às cidades de Nieva ou Bagua, onde outro feiticeiro deve administrar ayahuasca ao grupo para ver a “*naturaleza de tunchi*” do acusado. As pessoas esperam ver o *tunchi* em sua forma verdadeira, perturbando-os na visão ou tornando-se animais predadores (águia, cobra,); não se pode esconder o modo de ser da ayahuasca, que torna tudo visível. Esta viagem para provar que não se é *tunchi* é paga pelo acusado e é considerada bem-sucedida quando a comissão de moradores retorna com o certificado de outro feiticeiro que “certifica” que a pessoa não é *tunchi*. No entanto, se a suspeita de uma pessoa ser *tunchi* é uma acusação constante por muitos anos, este certificado deixa de ter valor.

Em 2014, o medo de serem novamente afetados por um *tunchi*, que retornou à comunidade após sua expulsão há dez anos, levou à morte dele. Os moradores dizem que depois de resistir em sair da comunidade, e devido a duas novas mortes, em que os afetados afirmaram tê-lo visto, um *waimaku* de outra comunidade veio e o seguiu até sua roça para matá-lo com um tiro de espingarda. A família do suspeito de *tunchi* se dissolveu, as duas esposas se casaram novamente e nenhuma denúncia legal foi feita. Durante o trabalho de campo, um irmão do suposto *tunchi* morto também foi acusado de ser um feiticeiro. Exigiram que ele deixasse a comunidade, para não ter sua vida ameaçada. Naquela semana, houve uma atmosfera de tensão, com acusações públicas e ameaças de que, se algo acontecesse, ambas as famílias se enfrentariam.

Um professor *apách* da escola de uma das comunidades awajún disse-me que não é difícil ser suspeito de ser *tunchi*. “*Si le hablaste y se cayó luego de verte, jahí te sospechan! A*

*mí me paso. Le pegué con palo a ese joven y dicen que después se puso mal. Ahí, comenzaron a decir que le puse el daño en el palo*". Ele me disse que três anos atrás vivia em outra comunidade, com sua esposa e filhos, e teve que emigrar de lá por medo de ser morto. Ele me disse que sentia pena da situação do novo suspeito de ser *tunchi* na sua atual comunidade: "*No se puede saber quién es realmente tunchi*". No seu caso, ele contou que quando vivia na outra comunidade, sua filha de 14 anos se apaixonou por um jovem awajún de 17 anos, mas ele não queria que ela namorasse. Ele descobriu que o jovem havia pressionado a sua filha, e eles tiveram relações sexuais. Toda a comunidade comentava que este jovem awajún tinha "AIDS". Indignado, ele pegou um cabo de vassoura, foi até o jovem e bateu-lhe nas costas. A família do jovem disse que depois do golpe, o menino ficou fraco e doente. Foi então que ele foi acusado de bruxaria e teve que fugir com toda a sua família. Sua filha foi enviada para Lima, na casa de uma tia, onde ela continua a viver, mas a tia tem medo de que a menina também tenha "AIDS". Eles mandam sua filha fazer testes a cada três meses, e dizem que ela agora está bem, está estudando, e que é o seu orgulho. Ambos preferem que ela fique lá, "onde está segura."

Muitos pais de família awajún e *apách* em Kusu Kubaim parecem compartilhar deste medo com a saúde de seus filhos e filhas e preferem que estejam na cidade, longe da doença e dos feiticeiros. No entanto, é uma situação ambígua, porque há outros perigos nas cidades também. Nas cidades há outros *tunchis* e muitas doenças que assediam jovens que estudam, têm negócios e bens. Quando os jovens terminam seus estudos ou têm sucesso em seus negócios, eles se tornam o objeto de inveja dos outros e quando voltam para suas comunidades, eles são mais vulneráveis à bruxaria.

*"Ahora dicen que síntomas de SIDA sale de la boca de una persona, de un brujo. ¡Jóvenes que son estudiantes, ellos mueren!"* (Señora Sonia, río Comaina, 2018)

As famílias costumam lembrar como seus filhos começaram a ficar doentes depois de estudar, sair para a cidade, e falar espanhol. "*¡La envidia es muerte!*", "*hay mucha envidia aquí*", são expressões cotidianas dos jovens e de suas mães e pais que estão bem cientes dos efeitos da inveja, e em alguns casos, preferem não retornar à sua comunidade. Os idosos também afirmam ser vítimas da inveja dos outros quando eles têm sucesso nos negócios, quando eles conseguem dinheiro, com a venda de refeições, com uma horta produtiva, quando pertencem à organização de ceramistas, etc.

A palavra "inveja" em castelhano, denominada também em awajún como *suje*, evoca o desejo de ter o que o outro tem. A pessoa quer que seu vizinho pare de ter algo e por isso é

feito o feitiço que cessa seu sucesso. “*El vecino desea lo que uno tiene y por eso manda el daño*”. Diante disso, os awajún dizem que cuidam os lugares aonde vão e as relações em que se envolvem. Ter estudado, falar espanhol ou ter trabalho assalariado são considerados aspectos que se aproximam do modo de ser dos “*apách*”, associados ao “progresso”, e isso é objeto de inveja.

As famílias awajún, por estarem cada vez mais próximas dos modos de vida, do consumo de bens e do prestígio dos *apách*, são colocadas em situação vulnerável, pois seu acesso à vida *apách* gera uma luta entre vizinhos. Os novos corpos awajún, com dinheiro e bens de *apách*, que também consomem o sal, os doces, as conservas e os alimentos *apách*, reprovam a si mesmos essa proximidade com os *apách*, ao mesmo tempo em que a desejam, e estão plenamente conscientes dos perigos em que se colocam. Os perigos têm muitas faces e desdobramentos, não é simplesmente uma situação ambígua, mas com muitas ambiguidades: eles percebem estar ameaçados por seus vizinhos nas comunidades, onde há muitos *tunchis* awajún; também percebem as ameaças das cidades portuárias, como Nieva, onde correm o perigo de serem afetados pelos *tunchis apách* e Awajún; e, se decidirem regressar às comunidades, também percebem estar particularmente vulneráveis pela inveja que podem gerar por terem estado nas cidades. É notório que os últimos acusados de *tunchi* nas comunidades onde eu fiz meu trabalho de campo foram pessoas que viveram nas cidades, que tinham domínio do espanhol e que em alguns casos eram profissionais de saúde e professores.

Em face da incerteza que a proliferação da feiticeira causou, a queixa final das mães awajún é: “*¡No quieren que los indígenas mejoren!*”.

*“En nieva hay brujo. Cuando trabajas ahí te van a matar. De los awajún no hay negocios. ¡Hay mucha envidia! Allá los mestizos te envidian y te matan. Solo si eres brujo te vas a salvar, si no te van a matar”.* (Señora Tania, KK, 2018).

#### 4. EM BUSCA DA SAÚDE

En mi pueblo soy aguaruna, trabajo como aguaruna, vivo como aguaruna, y recuerdo todos los mitos, la historia y los consejos de mis antepasados. ¡Y esto queremos mantener! Aunque cambiemos exteriormente. Al integramos plenamente a la vida nacional, ¡lo hacemos y lo haremos como auténticos aguarunas!  
Gerardo Wipio Deicat (ILV, 1996)

Somos vidas exalando vida. Tum, tum, tum... ecoando em toda terra o som do chamado para a peregrinação de cada dia. Muitas silenciam. Daí, fica a doce lembrança do encontro.  
Homens, mulheres, velhos e novos com AIDS: Fazem história! Mudam a história! Vivem, adoecem, renascem, morrem, nascem. Eita gente viva!

Nair Brito (VII Encontro Nacional da MP+. Fortaleza, Ceará, 19 a 22 de outubro de 2017)



“Somos mucho más que un tratamiento; que una pastilla; que un resultado que forma una estadística. El factor emocional atraviesa nuestra salud. Tengamos o no un Bicho”.

Lucas Fauno (Comic *Bicho y Yo*. 19 de abril 2018).

“Meu filho”; “Meu marido”; “Minha irmã”; “Minha mãe”; “Minha filha”; “A filha de Germán”; “Eu”; foram as expressões com as quais as histórias de doença começaram nas famílias awajún. Quanto mais tempo passei na comunidade, as conversas e os sussurros entre as famílias tornaram-se mais evidentes sobre quem tinha ou não doença ou dano associado ao HIV ou AIDS. As casas pareciam ter uma lista detalhada das doenças que cada vizinho tinha enfrentado e, especialmente, quais pessoas eram suspeitas de ter HIV. Como o chefe da comunidade me disse, “*Aquí queremos tener la lista de quienes tienen VIH. Hemos pedido a salud ¡ya hace tiempo! Pero ellos dicen que por ley no pueden darnos. ¡Que nos digan quienes tienen esa enfermedad y nosotros vamos a cuidar a nuestros hijos! ¡Les vamos a hacer tomar su tratamiento!*”. Percebi que esta demanda, de ter um conhecimento detalhado, respondia a um desejo de dar rosto às pessoas que estavam doentes. A preocupação central dos pais nas comunidades era que a ordem usual da morte tinha sido invertida: “*¡Nosotros viejos no estamos muriendo, nuestros hijos sí!*”<sup>87</sup>.

As famílias awajún enfrentavam o medo de perder novas gerações para o HIV/AIDS com estratégias de cuidado acompanhadas de um bom senso de humor, com piadas, fofocas e risos, o que me pareceu ser estratégias de fuga ou maneiras de apaziguar o sofrimento. As acusações mútuas de “ter AIDS” eram as piadas mais frequentes entre adultos e estudantes: “*¡Y de repente todos tenemos SIDA, de repente tú tienes tratamiento!* (risas)”<sup>88</sup>. “*¿Por qué es tan flaca? ¡¿tienes SIDA?! (risas)*”<sup>89</sup>. “*Él usa calzoncillos de otras personas, ¡ya tiene SIDA seguro!*”<sup>90</sup>.

Alguns pais awajún, com uma capacidade de fazer piada que eu achei surpreendente, brincavam inclusive que a presença generalizada de HIV/AIDS nos awajún havia feito que o “*cielo deje de existir*”. Era uma situação dramática e cômica que os fazia rir. Segundo eles, a nova doença tinha afetado até mesmo os seres celestiais masculinos e femininos *ságkush*, responsáveis por receber as almas dos mortos no céu. Então, o que estava acontecendo era que os e as *ságkush* estavam tendo relações no céu com as almas das pessoas que haviam morrido de AIDS e isso estava matando-os. Os homens entre risos falavam que mesmo no céu, o HIV/AIDS está matando.

---

<sup>87</sup> Señora Tania, río Comaina, 2018.

<sup>88</sup> Conversación con dos hermanas en una comunidad del río Comaina, 2018.

<sup>89</sup> Conversación con una vecina que preguntó sobre mi delgadez, río Comaina, 2018.

<sup>90</sup> Reunión con el Apu y las encargadas de la escuela para discutir sobre el comportamiento de un joven en edad escolar, río Comaina, 2018.

*“En el cielo, dice, que el Sájkush vivía en el puerto donde llegaban los muertos. Había un sájkush hombre y una sájkush mujer. Ellos agarraban (a las almas awajún) y les hacían el amor a todos los que llegaban. Por eso, bromean, ¡Ya no existe el cielo seguro por cachar<sup>91</sup> tanta mujer, varón que viene con játa SIDA. ¡Ahora ya no existe ya! (risas)”* (Señor Roberto, río Comaina, 2018).

Neste capítulo, início o relato com as noções awajún de “játa AIDS” e “waweamu com sintoma de AIDS” presentes nas memórias de dois jovens awajún da comunidade de Kusu Kubaim, Elvis e Ricardo. Durante o trabalho de campo, estas duas histórias tornaram-se muito próximas de mim e considero que são importantes para refletir o contexto em que os jovens e as suas famílias vivem o HIV/AIDS no distrito de El Cenepa. Por um lado, a memória de Elvis é apresentada a partir da voz de sua mãe, a sra. Tania. Ela narra o caminho de busca de saúde empreendido com seu filho diante de uma doença súbita que teve um diagnóstico de “waweamu” (feitiçaria) e foi acompanhada de diagnósticos duvidosos de “doença de AIDS”. Por outro lado, a história de Ricardo, apresentada por ele mesmo, narra o cotidiano dos jovens “maricas” que vivem com o diagnóstico de doença HIV em Kusu Kubaim. Estes dois casos permitem-me refletir sobre a vida dos jovens do sexo masculino entre 14 e 35 anos após o diagnóstico de HIV/AIDS e a centralidade das relações familiares, em particular o papel das mães na saúde e no cuidado de seus filhos.

O objetivo desta seção é compreender as relações que são feitas e refeitas continuamente nos momentos de doença que ficam marcados nas lutas familiares; buscando desvendar os caminhos empreendidos pelos jovens e suas famílias, vivendo juntos a vida cotidiana, a doença e a morte.

#### **4.1. Linhas de cuidados familiares: a luta pelo Elvis**

A casa da família Túwi, onde vivi durante o trabalho de campo, foi construída há mais de trinta anos. O casal Túwi construiu-a quando retornaram de Bagua depois que seu segundo filho nasceu. Eles decidiram voltar a morar no rio Comaina em 1988 em busca de terras cultiváveis e um espaço para seus filhos crescerem.

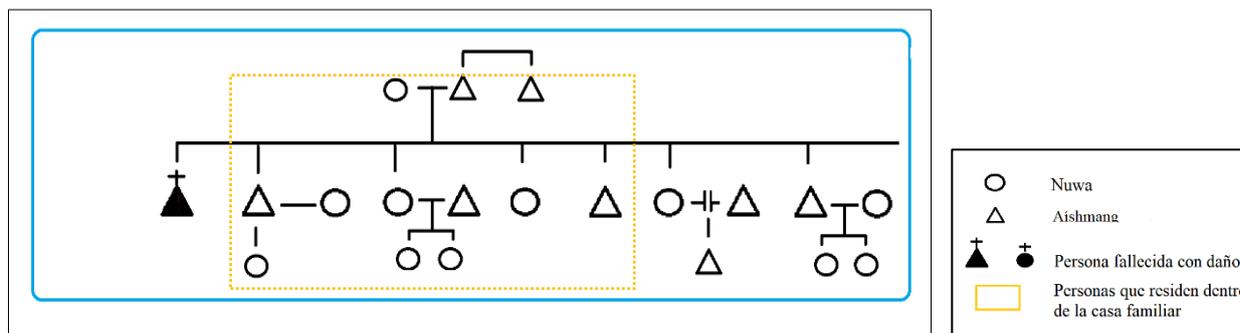
Ao longo dos anos, a casa dos Túwi tinha, sem dúvida, experimentado muitos eventos-chave, como o nascimento de seus outros filhos, três meninos e três meninas; a abertura de uma loja de alimentos; casamentos e divórcios de seus filhos; a construção de um segundo andar na casa principal; o nascimento de quatro netas e um neto; a construção de uma casa adjacente para sua filha mais velha, Lena; a migração de seu filho José para cumprir o serviço militar; o casamento e o divórcio de Liz, sua penúltima filha; e a morte de Elvis.

---

<sup>91</sup> Jerga peruana que se usa para decir que se tiene relaciones sexuales.

Estes deslocamentos dos membros mais novos fora do distrito de El Cenepa ou em outras comunidades awajún responderam às expectativas familiares de procurar oportunidades de emprego e de educação. Durante o meu trabalho de campo, em abril e junho de 2018, algumas oportunidades de trabalho remuneradas foram abertas na mesma comunidade e dois dos filhos mais velhos voltaram para casa temporariamente, um para trabalhar na prefeitura e outro na escola secundária. Assim, a casa Túwi abrigou a sra. Tania, o sr. Dante, duas crianças em idade escolar, dois filhos adultos, duas noras, três netas e eu. Também morava conosco o irmão de 17 anos do sr. Dante, que costumava morar com sua irmã mais velha e seu cunhado, mas ante suas queixas de que o cunhado era mesquinho com a comida, foi convidado pela sra. Tania para ficar na casa.

Diagrama 1: *Casa familiar Túwi*



No total, éramos doze pessoas (diagrama 1)<sup>92</sup>. Esta casa ou *jega*, construída de paredes de madeira e telhado de folhas de palmeira yarina (*phytelaphas*), amarrado com fios de chambira (*Astrocaryum vulgare*) e corda de tamshi (*Heteropsis linearis*), pelo sr. Dante, pela sra. Tania, seus filhos e filhas, nos mutirões comunitários, ao longo dos anos materializam as relações daqueles que a habitam e a tornam possível. Assim, as folhas de yarina, a madeira e até mesmo as fibras de *chambira* e *tamshi* que foram tecidas nela, apresentaram uma rede de relacionamentos. Por exemplo, a sra. Tania me contou a história do telhado de sua casa, que provinha das palmeiras yarina que ela tinha plantado na sua roça. Sua avó lhe deu as sementes 20 anos atrás, quando ela se mudou para a comunidade. Quando as palmeiras cresceram, foram cortadas e carregadas com a ajuda de seus filhos e tecidas no teto de sua casa graças aos

<sup>92</sup> Los gráficos de parentesco presentes en este trabajo han sido realizados con el interés de dar claridad al lector. Los triángulos hacen referencia a los *aishmang* (varones) y los cuadrado a las nuwa (mujeres). Esta diferencia heteronormativa es solo ilustrativa, de acuerdo con los términos con los que se identifican las personas. No toma una postura de naturaleza “biológica” como diferenciadora a priori de géneros. Así mismo, en el caso de existir cuadrados, se hace referencia a personas que no se encajan, por decisión propia, en ninguna de las dos construcciones.

ensinamentos do pai do sr. Dante. Essa dobra de relacionamentos torna possível a existência de famílias. As casas familiares são relacionamentos e estas são as “bases”<sup>93</sup> centrais no fazer dos corpos. Os nascimentos, os casamentos, a mudança de um filho, a morte de outro, as ameaças à saúde, ativam respostas conjuntas.

A casa dos Túwi foi feita por seus relacionamentos e mudou com eles. Era um lugar cheio de memórias que estava dividido em ambientes de visita e outros de uso exclusivo para os moradores. O restaurante na entrada da casa principal, criado por seu filho Elvis, era seguido pela sala de jantar exclusivamente familiar, onde apenas aqueles que viviam na casa comiam. Este ambiente, com um fogão a gás e uma mesa de madeira, também foi o lugar onde a sra. Tania colocou uma rede para balançar sua neta recém-nascida e cuidar dela, preparando os enemas que a curaram de uma forte diarreia. O pátio onde a vó administrou os enemas na bebê é o lugar onde todas as placentas dos filhos do casamento Túwi foram enterradas; e foi por sua vez o lugar onde seu segundo filho construiu um quarto para ele e sua esposa. A morte súbita desta nora fez com que o jovem destruísse o lugar e se movesse para outra sala na casa principal. Esta destruição deixou um espaço desabitado que, quando fiz o trabalho de campo, era o lar dos seis cães de caça e da porca “Coqueta”, que a família engordava para comer. Em um canto do pátio, havia também um quarto para uso exclusivo da sra. Tania, que tinha uma fogueira feita com três troncos de topa (*Pyramidale de ochroma*) no chão. Ela decidiu ter esta cozinha própria para preparar bananas, mandioca e patarashca, que prefere comer diariamente, em vez dos guisados que ela cozinha para venda em seu restaurante. Esta segunda cozinha está no centro do terreno da família, onde os caminhos se conectam a outros ambientes importantes: o espaço de secagem de cacau, o chuveiro (no meio do pátio), o banheiro (com uma construção de silo que flui para o rio Comaina), o quarto do motor e a escada feita com sacos de areia, que liga o território da família diretamente com o rio Comaina.

Esta casa cheia de memórias e mudanças é onde se escreve e reescreve a vida de Elvis, o primeiro filho do casal Túwi que, aos 28, em 2013, iniciou um caminho de dor, diagnóstico e cuidado para uma condição que veio de surpresa. Quando sua mãe me contou a história, ela compartilhou uma crônica familiar de luta em face da ameaça de “játa AIDS” e “*waweamu* com sintoma de AIDS”.

---

<sup>93</sup> El concepto de “Baz” propuesto por Braum, Dalmasco & Neiburg (2014) entiende las casas como espacios fundamentales en la vida social. Esta noción torna central la proximidad de sus miembros, cuidados, afectos y protecciones que se hacen en esos espacios bases. Las casas amazónicas son, en consecuencia, espacios de producción de cuerpos, donde se “*hace crecer*” y se “*hace conocer*” a cada miembro (McCallum, 1998).

## Elvis

Em uma parede no segundo andar da casa principal, ao lado do quarto do casal Túwi, havia uma foto impressa de Elvis; uma folha de tamanho A4, protegida com um plástico, na frente da qual a sra. Tania me disse comovida: “*Mira es mi hijito*”. Esta foto pendurada em uma parede da casa dos Túwi finalmente deu cara a uma história que foi apresentada a mim pela sra. Tania. “*Él era un buen niño, un niño que ayudaba a su mamá. Cuando no tenía agua, le pedía que traiga y cargaba en su espalda. ¡Siempre me ayudaba! Cuando no había nada, él me ayudaba*”.

Quando tinha 19 anos de idade, depois de terminar a escola e querer estudar fora do distrito de El Cenepa, Elvis foi enviado para as cidades de Bagua e Pucallpa para se tornar um *chef*. Ele estudou até o quarto ciclo antes de retornar à comunidade. “*Sabía cocinar de todo y ¡todo lo hacía bien!, arroz con pollo, pollo con tamarindo, chaufa*<sup>94</sup>. *Terminó su ciclo y vino a la casa, que en ese entonces tenía un piso de madera y yarina e hizo ahí su restaurante*”. Sua habilidade de fazer macarrão de frango com cúrcuma<sup>95</sup> e achiote (*annatto*) é lembrada por sua mãe, que aprendeu e reproduz até hoje essas receitas, com produtos cultivados e colhidos por ela em sua roça.

O sucesso do restaurante da família foi imediato e Elvis decidiu expandir e vender cerveja neste lugar. “*Tenía quince cajas de cerveza y yonque*<sup>96</sup>”. Na área de fronteira era um produto apreciado porque o preço da cerveja era a metade do que nas cidades. “*Los que pasaban de Nieva venían, los que trabajaban aquí también venían, ¡rico cocinaba!*”. No entanto, o sucesso da família foi interrompido quando Elvis foi acossado por mal-estares recorrentes. Para tentar aliviar seus males, o casal Túwi iniciou uma jornada em busca de diagnósticos e tratamentos, segundo a narrativa não linear da sra. Tania, que nas palavras dela, começou com a incapacidade de Elvis para comer.

*“En la garganta sentía como si algo estuviera y no le dejaba pasar. Como si algo estuviera ahí atracando, ¡como una lombriz! Yo quería sacarlo [dice su madre], pero no podía. Elvis no podía tomar agua, no podía comer, vomitaba, a veces también tenía dolor de cabeza y fiebre. Su estómago se le hinchó, hinchó, y se le hizo duro. Cuando tenía fiebre no salía de la cama, sino normal caminaba. Se quedó gordito como era, solo que pálido”.*

As famílias awajún lembram a interrupção da alimentação como o evento mais sério na história dos seus filhos; associam a falta de alimentos com corpos frágeis, enfraquecidos e

---

<sup>94</sup> Peruanismo: fusión de comida asiática. En base a arroz, pollo y condimentos.

<sup>95</sup> Palillo: condimento peruano.

<sup>96</sup> Aguardiente de caña comercial.

prostrados, por isso que a alimentação é um evento central no cuidado para as mães awajún. A preparação diária da comida em famílias expressa a “*economía de coresidencia*”, vista por Madi (2018a) nas aldeias Guna do Panamá. A alimentação é o meio empírico de aprender, onde as crianças Guna se conscientizam de que “*têm família e o que é a comida*” (Madi, 2018a, p. 7). O alimento awajún é consequentemente a objetivação das crianças de que pertencem à uma casa familiar; mostra relacionamentos e dependências entre seus membros. Diante disso, qualquer doença é uma ameaça direta a essas relações.

A sra. Tania tentou reverter essa incapacidade: “*Yo lo comencé a tratar con plantas y medicinas, pero el dolor lo mantenía ahí [señala la barriga]. Tenía fiebre. Traté mucho, le di plantas, pastilla, pero no se recuperaba nada. Así lo llevé a Puerto Mori donde mi cuñado para que le dé Ayahuasca*”. Na ausência de melhoras, o casal Túwi decidiu levar seu filho para uma comunidade vizinha, uma hora rio acima, para um diagnóstico com o irmão do sr. Dante, que sabia preparar a mistura e chamar corretamente o espírito da planta. Como expliquei, a ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*) é uma planta que “olha” e “cura tudo”. No entanto, para que tenha este efeito, é importante que o guia (ayahuasqueiro) faça uma dieta prévia e se afaste de odores que desagradam a planta. Essas pessoas evitam a proximidade de mulheres grávidas, a prática de relações sexuais, e mesmo o estar perto de pessoas que tiveram relações sexuais recentemente. Somente atendendo a estas restrições, a mistura da planta pode ser preparada e dada ao solicitante num espaço fechado e seguro. O ayahuasqueiro dá ao paciente uma bebida e todos os presentes sentam-se em torno do doente esperando que a planta faça efeito e se manifeste com a “*mareación*”<sup>97</sup>. A chegada da serpente envolvendo o corpo é o anúncio do início da visão, uma visão que ficava evidente apenas fechando os olhos. “*Se ve con los ojos cerrados*”, um especialista em plantas me disse uma vez. A sra. Tania recorda que Elvis lhe disse que durante sua *mareación* a planta tinha mostrado que seu mal era porque alguém tinha lhe provocado um “*dano*” e mostrou-lhe quem o havia provocado. “*Dice se le presentaron dos señores, que le dijeron: 'tú vas a morir siempre, te van a poner en el cementerio en un ataúd'. ¡Era daño! Yo le dije. 'No pienses en eso hijito'*”.

Esta visão foi confirmada por outro curandeiro<sup>98</sup> no retorno da família para sua comunidade. Este curandeiro usou novos métodos em seu diagnóstico, como a sra. Tania narra: “*El curandero compró una cerveza, la destapó y en la espuma se formó un caballo. Ahí nos*

---

<sup>97</sup> Para algunos de mis interlocutores, la sensación de mareación es similar a cuando se ingiere alcohol. El cuerpo se hace pesado, la visión borrosa y uno dice sentirse borracho o mareado.

<sup>98</sup> Especialista con poder de cura que se dice no ser un *tunchi*. Se asocian a lo que antiguamente se llamaba *Iwishin*.

dijo: *'Esto es mágico, ese señor lo ha hecho. Dos señores han acordado para dañarlo. Han entrado a su tienda y cuando tú estabas tomando cerveza, ¡ahí en el vaso te han dado el daño!* ”. Depois que o curandeiro descreveu o culpado em detalhes, a família o reconheceu e tentou reconstruir os acontecimentos do dia em que o dano ocorreu.

*“Mi hijo no sabía con quien había tomado y yo le hice acordar. Me dijo que, primero, llegó un señor sospechado de tunchi y, luego, ingreso otro señor aquí a mi casa, donde antes vendíamos cerveza. El señor que llegó después quería comprar pollo. Mi hijo salió a buscar el pollo y los dos se quedaron. Ahí, los dos conversaron y sobraron un poco de cerveza. Justo cuando vino mi hijo le dijeron que tome la cerveza. Tomó. ¡Justo ahí se enfermó! El curandero le dijo: «Tú no te ha dado cuenta, pero ¡el dolor empezó ahí!» (Dante, río Comaina, 2014)”.*

A sra. Tania, diante deste diagnóstico desencorajador, respondeu com estratégias de alimentação na preparação de refeições especiais para danos: *“sopitas, no comidas con grasa, no patarashca, no guiso, no conservas, no frituras, no pescado frito, ni cervezas o gaseosas”*. Estes alimentos promovem a fraqueza do corpo awajún.

As mães awajún são as cuidadoras centrais ao acompanhar cada sinal de melhora ou alerta na evolução de seus filhos, por meio de uma observação detalhada: quando e o que comeram; quais alimentos os pioraram; quais plantas medicinais usaram; quando perderam a fala ou a retomaram; dias de cama; e cada excreção do corpo doente. No caso de Elvis, sua mãe tinha uma atenção especial sobre os cheiros, cores, texturas e fluidos que saíram do corpo de seu filho, que ela analisou como sinais de como as atenções estavam sendo recebidas. Tudo é sinal, cada fluido comunica algo, então a expulsão de peidos, urinas, sangramento e vômitos são a esperança de que os objetos de dano apresentados nas partes físicas e espirituais do corpo serão eliminados. Essas medidas de proteção acompanharam o dia a dia de Elvis, após o diagnóstico de feitiçaria dado pela planta da ayahuasca e por outro curandeiro.

Entretanto, ver-se como alvo de dano não excluiu a busca de um diagnóstico paralelo em espaços de saúde *apách*, como o posto de saúde de sua comunidade. Isto conduziu Elvis a um diagnóstico confuso de “HIV” e de diagnósticos falso positivos no centro de saúde de Huampami. Ante aos quais a sra. Tania levantava a voz:

*“Mi hijo luego me dijo que estaba enfermo con VIH, que el doctor le había sacado sangre. Yo luego lo llevé al Puesto de Salud de Huampami, [a una hora río abajo por el río Comaina]. Ahí le sacaron sangre y me dijeron que ya estaba sano. ¡Le dijeron que era negativo!*

*Él me contó que le habían sacado bastante sangre la primera vez. Me contó que le habían dado solo preservativos, diciendo: «tú eres bueno» y ¡ya! Así no más lo dejaron.*

*Él me decía: «¡Mamá!, sé que a otras personas si les daban consejería. A mí no». Con eso, si estuviera enfermo me podrían enseñar, decirme que tenía la enfermedad del VIH.*

*Pero ¡nunca me han dicho nada! Lo llevamos al centro de salud, pero ¡no sanó! ¡Le hicieron examen, le llevaron su sangre, pero a mí no me decían nada!”*

A falta de informações sobre a saúde de seus filhos também é uma crítica constante de outras famílias com histórias semelhantes de diagnósticos confusos de febre tifoide e amarela pelos postos de saúde, que realizavam uma coleta de sangue injustificada para o envio de amostras para Lima (para o Instituto Nacional de Saúde, que realiza o teste ELISA). Ainda mais grave é a denúncia das famílias, afirmando que nunca receberam os resultados confirmatórios de HIV.

Os técnicos de saúde tiraram sangue do corpo enfraquecido de Elvis seis vezes, e seis vezes a sra. Tania disse que esperou pela resposta, que nunca veio. Ela recorda que os técnicos de saúde não lhe disseram para onde o sangue de seu filho era levado e por que, apesar de tomar seus comprimidos, os mal-estares continuavam. Em nossa conversa, cinco anos depois, essas dúvidas ainda estavam presentes e ela exigia conhecer o diagnóstico de Elvis. Ela exigia uma resposta, na sua posição como mãe, cuidadora e fazedora (do corpo e da vida) de seus filhos. Essa demanda era compartilhada por outras mulheres da comunidade que, como “atores políticos”<sup>99</sup>, solicitavam, nas reuniões comunitárias, informações mais claras do posto de saúde e menos negligência em seus cuidados. Durante nossas conversas a raiva era evidente; a sra. Tania lamentava, chorava e se queixava diante de um diagnóstico ambíguo que, segundo ela, se tivesse sido claro, teria sido capaz de cuidar melhor de seu filho.

*“Algunas dicen que cuando sacan pruebas de sangre no nos avisan. No dicen que enfermedad tienen nuestros hijos. No nos dicen: ‘ ¡tú tienes q dar ese tratamiento! ’.*

*Tantas veces pienso. A mi hijo le sacaron [muestras de] sangre 4, 5 ,6 veces. Acá no había examen y mandaron la sangre a Bagua. ¡Ha muerto mi hijo y nada! No hemos sabido ese resultado. ¡Sin avisarnos nos llevan la sangre, lo mandan no sabemos a dónde! No nos dicen cuánto tiempo para esperar [el resultado] ¡Ellos no nos avisan!*

*Cada persona tenemos responsabilidades ¿no? Cuando el doctor detecta, le puede decir a la madre: «Tú hijo se está enfermando con esto», y ¡YO lo cuido!”.*

(Señora Tania, río Comaina, 2018)

Após esta visita ao posto de saúde e sem um diagnóstico definitivo, o corpo de Elvis continuou a enfraquecer. A doença desse filho foi gerada em um tempo paralelo para a família, um tempo de sofrimento que é lembrado em torno de todas as ações tomadas pelos Túwi no desejo de salvar-lhe a vida. O casal Túwi foi o pilar deste cuidado, acompanhando Elvis durante toda a sua jornada, especialmente após o *besémat*<sup>100</sup>, ou sonho de presságio da morte. A sra.

<sup>99</sup> La noción de madres como actores políticos es tomada del estudio de Vianna & Farias (2011) sobre la búsqueda de justicia de madres de Rio de Janeiro frente al asesinato institucional de sus hijos.

<sup>100</sup> Del sustantivo *besét*, noticia de muerte con relación a sensaciones de tristeza y melancolía.

Tania lembrava claramente essa noite: *“Una noche Elvis soñó que había unas arañas en su mosquitero, tuvo una visión de animales. ¡Sabía que iba a morir! Pero, no quería”*. Sentir a proximidade da morte levou seus pais a uma nova busca de diagnóstico e cura, eles visitaram um *tunchi* (bruxo) em uma comunidade a mais de três horas de distância.

*“Lo llevamos a un tunchi. Este le dijo: 'te han hecho daño. Como tienes dinero con tu tienda, te han hecho daño. Pero ¡te vas a sanar! No te preocupes, te vas a curar'”*. A sra. Tania recorda vagamente que o *tunchi* massageou o corpo de Elvis, tomou um preparado de ervas e invocou seus espíritos aliados. Depois de uma hora, disse que estava curado; no entanto, naquela mesma noite piorou. Elvis disse a sua mãe: *“Tal vez el brujo me ha brujeado más”*<sup>101</sup>.

Os pais de Elvis reclamaram e o *tunchi* justificou seu trabalho dizendo que o mal-estar atual era apenas uma febre tifoide. Ele prescreveu alguns medicamentos e disse para voltarem para sua comunidade, mas advertiu-os a não voltar para a sua casa principal. A casa da família, que o casal construiu e onde seus filhos cresceram, estava “tomada pelo dano” e poderia afetar Elvis.

*“Nos dijo que debíamos inyectarle otras medicinas y que se curaría. Le inyectamos, pero empeoró. Ahí el brujo nos dijo: 'Llévenlo a su casa, pero no donde viven ahora. ¡Eso está dañado! Llévenlo a otro lado. La persona que le puso el daño a Elvis le puso también a la casa. Les está molestando, ¡tu hijo va a morir si vuelve ahí!'”*

Os dardos de dano permaneceram na casa da família e levaram ao exílio alguns membros da família Túwi. O novo espaço de cuidados para Elvis foi arranjado em uma pequena casa localizada em uma roça em frente da comunidade. Como a Sra. Tania recorda: *“Fuimos entonces a una casa de mis cuñadas en la banda. Estábamos todos N, B, C pequeño y también A. Nosotros en el suelo nos acomodados. Yo lloraba por mi hijo. Él estaba en la cama. En el día, le cocinaba su sopita, le cuidaba. ¡Yo le ayudaba a hacer todo! A sus heces, a que coma. A todo a mi hijito”*.

A fraqueza contínua de Elvis durante os dias seguintes na casa nova mostrou-lhes que não teria nenhuma cura. *“Él ¡no se mejoraba! ¡No se mejoraba! Le dio diarrea, orinaba y olía ¡fuerte! Ya ni fuerzas tenía para moverse. Así que le dije a mi hija que busque a su papá para que lo lleváramos de vuelta a la casa”*.

O retorno à casa da família marcou o encerramento na busca pela saúde empreendida pelos Túwi. Este espaço familiar, lar da placenta enterrada ao nascer, era o espaço de refúgio

---

<sup>101</sup> Algunos awajún creen que los *tunchi* que ofrecen curar en realidad causan más enfermedades. *“El curandero mira nuestra vida y entonces el mismo molesta, el mismo ataca, el mismo cura y por eso cobran”* (Promotor de salud, río Comaina, 2018).

onde Elvis viveu seus últimos momentos. A espera pela morte é um evento familiar e é acompanhada de visitas, conversas, atenções e refeições de outros parentes para aliviar a dor da criança doente e seus cuidadores. Os Túwi, durante este tempo de despedida, mas ainda de esperança, escolheram quais visitas receber e quais os últimos cuidados dar ao seu filho.

*“Lo traje a la casa. Tenía el hígado ¡duro! Dolor en el estómago. Le daba fiebre bien fuerte y le compraba metamizol<sup>102</sup>. Eso le mejoraba, pero otra vez recaía. ¡No podía pasar, tenía algo en la garganta! Otra vez volvió a estar mal y nunca más se volvió a sanar.*

*El Puesto de Salud vino, decían que le iban a sacar sangre para mandar a Lima. Pero ¡Ya le había sacaron 6 veces muestras y nunca nos dieron los resultados!, ¡6 veces! ¡Cuando ya estaba por morir le querían sacar de nuevo! Yo les boté, les dije: ‘ ¡Ustedes nunca me han dicho qué es, saca y saca y nada! No le van a sacar ahora sangre ‘.*

*Luego un día Elvis nos dijo: ‘ Mamá, yo no voy a recuperarme y me quiero arrepentir. Todas las personas vamos a morir y yo quiero estar con Dios. Mamá, ¡quiero entregarme a Dios! Llama al pastor ‘. Fui a llamarlo, pero tenía un curso y no venía. Llama y llama al pastor diario. Elvis me pedía: ‘ ¡Mamá, llámale por favor, llámale! ‘. El día que el pastor iba a venir, con las pocas fuerzas que tenía, luchó con su dolor y se bañó. Su hermana lo ayudó a cambiarse. Ahí llegó el pastor y todos nos arrodillamos, y nos pusimos a rezar.*

*Después de eso mi hijito decía: ‘ ¡Ya me siento mejor mamá, creo que si me voy a mejorar! ‘. De ahí me dice que quiere ir al baño. Lo llevamos al baño con ayuda de su papá y salió como diarrea ¡fuerte! y luego sangre nueva ¡viva! Mi hijo decía: ‘ antes no dejaría que me vieras así, me daría vergüenza. Ahora me limpias tú mamá ‘.*

*Con eso ya se debilitó. No podía caminar y su cuerpo quedó quieto. Le llevamos de nuevo a su cama. Su papá fue a comprarle suero y le pusimos porque no comía. Pero él solito ya no quería: ‘ **Mamá yo no voy a resucitar. Ya sácame el suero. ¡Ya me voy a ir porque me han hecho daño!** ‘. Se sacó la vía (de la vena) y se puso a dormir vestido en su cama. Vinieron mis cuñadas, tías para acompañarnos. Yo lloraba por él.*

*Ahí a las 6 a las 7 le preguntaba si estaba bien, me decía ¡Sí! **A las 8 ya no contestaba. Ya no hablaba. Ya sabía que iba a morir.** No reconocía. A las 10 de la noche se murió. Su último respiro ¡bien fuerte! y de ahí se fue.”*

(Señora Tania, río Comaina, 2018)

...

*“Como a las 11 de la noche dejamos a mi hermano velando. Mi tía nos llamó para que vayamos a cenar y lo dejamos a él solito con velas. Mi mamá lloraba. Cuando volvimos a la casa, mi hermano tenía el cuello morado, estaba hinchado (aponta o pescoço) y se movía hasta acá (aponta os ombros)”. O pescoço deslocado, com coloração roxa, era a evidência *post-mortem* de que Elvis tinha sofrido dano. A família comentou que o *tsentsak* de dano, depois de causar sua morte, saiu como uma faísca de seu corpo e “destruiu” ele.*

*“¡Estaba así morado! [en referencia al cuello]. Por eso pensamos que deben haber hecho *waveamu*. ¡Eso siempre pasa! El *tsentsak* [dardo de daño] tiene que salir.*

<sup>102</sup> Medicamento que calma el dolor agudo y fiebre alta.

*Cuando sale, lo deja así destrozado el cuerpo. A veces también deja su mano bien amarilla ¡Así pasa! Tomando toé eso vemos. ¡Sale como una chispa, como electricidad! Así, sale el tsentsak".*

O corpo inerte de Elvis, seu “*iyásh*” (corpo biológico) sem “*wakán*” (anima/alma), que os awajún chamam de “*jakau*” (corpo biológico morto), foi envolto em um lençol, da cabeça aos pés, por sua família. Deitado na cama onde viveu seus últimos dias, ele foi cercado por velas e velado por uma noite. No dia seguinte, seus irmãos o colocaram no caixão de madeira que seu pai cuidadosamente preparou para levá-lo ao cemitério.

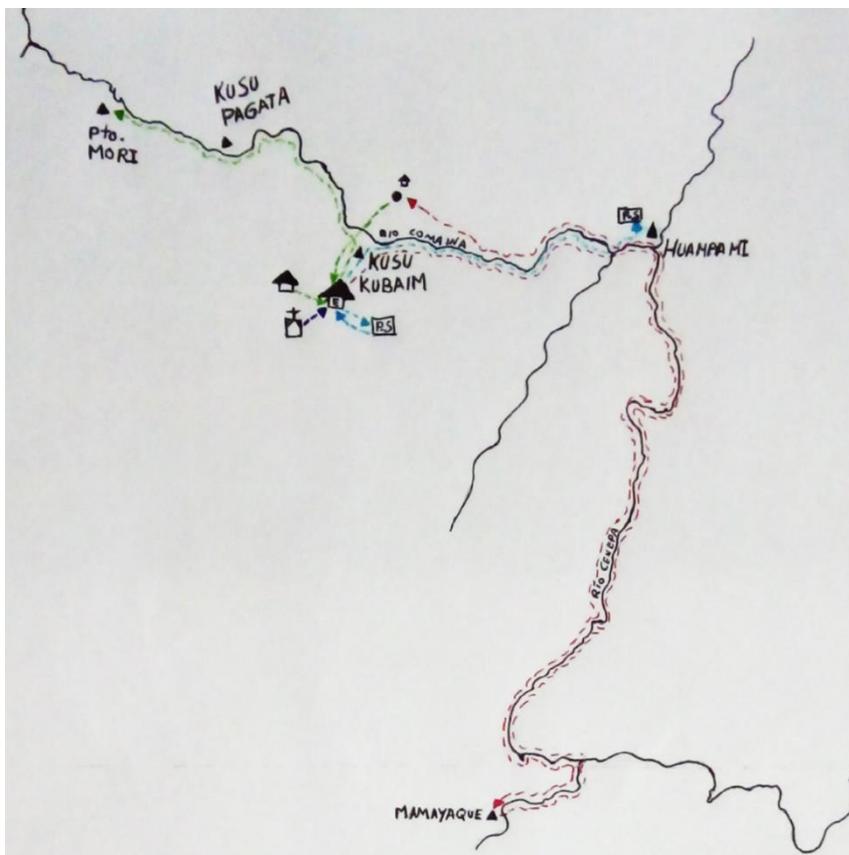
Na sua comunidade, todos os mortos são levados para um pequeno monte localizado em frente à comunidade. Para chegar até lá, é preciso que atravessar o rio Comaina de canoa e caminhar ao longo de uma encosta íngreme até o topo. Há pequenas construções, com vigas de madeira e tetos de yarina ou calamina, feitas por cada família, como casa de seus parentes mortos. No caso da família Túwi, o caixão de Elvis foi colocado em cima de uma mesa de madeira, ao lado do caixão de sua avó paterna, que morreu anos antes. Os awajún não costumam enterrar seus mortos, o panorama do cemitério é de dezenas de caixões colocados uns em cima dos outros, dentro das estruturas de madeira construídas por cada família. Segundo me disseram na comunidade, o desejo de não enterrar seus mortos está associado com a prática de algumas famílias de reabrir o caixão um ano após a morte por bruxaria, para observar que objetos foram introduzidos pelos *tunchis* no corpo de seus parentes. A rápida decomposição dos mortos torna possível para as famílias verem se o corpo de seu parente morto estava abrigando qualquer sinal de dano. Esta prática não foi realizada pela família Túwi. O sr. Dante selou o caixão de Elvis com centenas de pregos, para que ninguém a abra. A família disse que o visita uma vez por ano.

A família Túwi mantém a memória de Elvis intacta. Sua mãe diz que ela sabe que a alma de seu filho foi liberada para o mundo celestial, do qual o pastor evangélico fala. Ela se lembra dele diariamente com anedotas, na comida que ela prepara, na loja que ele abriu e nas roupas que ele deixou para seus irmãos mais novos.

O caso de Elvis é um exemplo das estratégias awajún empreendidas diante de uma doença séria. Sua busca de saúde veio a ter cinco diagnósticos (imagem 02): o primeiro, de dano dado pelo espírito da ayahuasca; o segundo, de dano relatado por um curandeiro; o terceiro, de HIV no posto de saúde de sua comunidade; o quarto, de ser uma “pessoa saudável” (não ter HIV) obtido no centro de saúde de Huampami; e o quinto, de dano e tifoide diagnosticados por um bruxo. Este caso é apenas uma amostra das dezenas de caminhos

empreendidos pela população awajún em busca de saúde; uma situação que mostra o entrecruzamento de agências e estratégias em torno do HIV e AIDS.

**Foto 09:** Cartografia de diagnóstico y cuidado, caso de Elvis Túwi



#### 4.2. Fazer vida: maternidade, casa e família

A casa das famílias awajún, como era na história de Elvis, é um lugar de significado para seus membros. É o lar da placenta das crianças, onde são feitos os corpos fortes, onde são dadas vozes a elas, onde elas aprendem a caminhar e se curam; portanto, é o lugar onde cada membro retorna ante a ameaça de uma doença grave.

Mães e avós awajún assumem especialmente o cuidado de seus filhos doentes. Para identificá-los, referem-se a eles pelo termo “*mi hijito*” ou “*mina uchiji*”; um termo que geralmente não é usado quando estão saudáveis e está associado com o momento de fragilidade, em que se deve fazer crescer novamente o filho infectado. A falta de alimentação, a imobilidade e a impossibilidade de andar são as ameaças centrais que as mães devem reverter; para esta finalidade a casa da mãe se habilita com espaços de cuidado para o acompanhamento estrito das crianças afetadas. Como Ricardo, um jovem diagnosticado com HIV em Kusu Kubaim, coloca: “*Cuando esté mal mi mamá me va a cuidar. Ahí ya voy a vivir con ella*”. Este jovem, a

quem apresentarei em profundidade na próxima seção, identificava a casa de sua mãe como o lugar de residência quando sua doença era muito séria, pois tinha algo central: um palete de madeira na cozinha, onde ele foi muitas vezes cuidado e curado. “*Antes que vengas estaba ya por morir*”, mas foi salvo, dizia a mãe de Ricardo. Para Ricardo, a cama na cozinha de sua mãe era um espaço seguro.

A cozinha<sup>103</sup> e seus ambientes anexos tornam-se, conseqüentemente, lugares centrais para o cuidado de membros doentes. Pude identificar isso no caso de muitos jovens que conheci nas comunidades, como no caso de: Jorge, que tinha uma cama na cozinha de sua avó; Oscar, que passava o dia deitado em um ambiente adjacente à cozinha de sua mãe, era levado para este espaço todos os dias nos braços de seu pai (mais de 70 anos de idade); Gabriel, um jovem de idade escolar que descansava durante o dia em um espaço adjacente à cozinha de sua mãe, ele conversava com as visitas através das paredes de madeira. A casa awajún era habilitada para o cuidado dos filhos com o desejo de acompanhar as melhorias ou observar os sinais de perigo.

Considero importante mencionar que não abordo o cuidado awajún desde uma divisão dicotômica de gênero de espaços domésticos femininos e de espaços públicos masculinos. Longe dessa visão, entendo as casas como locais de cuidado centrados em ações de complementariedade entre os membros que se materializam em cada espaço, como a cozinha. A cozinha não é um espaço unicamente feminino e os filhos doentes não são apenas cuidados pelas mães, a presença de pais, irmãos, tios e tias é notória; no entanto, a cozinha é um lugar onde o conhecimento materno prima pela análise detalhada da saúde de cada membro, nas dietas e salvaguardas que as mães e avós seguem para cada filho.

Quando um filho fica doente parece haver uma divisão de cuidados entre mães e pais, como o Muun Yampam me disse: “*Cuando alguien enferma la mamá encarga, ellas se encargan de todo: alimentación cuidado, desarrollo. Los padres buscamos cómo se puede tratar, buscamos medicinas, plantas. Así es*”. Essas estratégias só eram alcançadas com a colaboração de outros parentes que, por sua vez, realizam as atividades de plantio, pesca, caça e construção, que são centrais para a subsistência dos membros da rede familiar. As estratégias de cuidado coletivo respondem à moralidade awajún de “*kuitámat*” ou “cuidar, proteger,

---

<sup>103</sup> La cocina es un espacio asociado al dominio femenino en la literatura amazónica. La decisión sobre los recursos del huerto, la cocción de alimentos, la separación de cocinas, la preparación de comida en una sola olla, las necesidades de alimentación y el manejo de fluidos son marcadores de las relaciones presentes en cada familia (Descolá 2005; Brown 1984; Wiik, 2001)

atender”: uma ação que sempre se dá em relação ao outro. Assim, as famílias awajún são espaços centrais de cuidado associados ao “*pujujú*”, “viver ou fazer viver”.

A decisão familiar sobre quais cuidados um membro pode receber é feita de acordo com experiências anteriores, recursos financeiros, alianças, especialistas disponíveis e a própria visão de mundo da família; por esta razão, viver apenas uma doença é uma impossibilidade para os awajún. A falta de cuidado é uma ameaça direta de morte. A rede familiar é, portanto, um espaço de decisão em torno da vida de seus membros; um lugar com “bioética familiar”<sup>104</sup>, onde se decide quais membros podem viver e quais já não podem ser curados. As doenças awajún são vividas em família; as transferências, os diagnósticos e os tratamentos são confrontados em conjunto. Assim, a casa da família é distribuída e organizada para lutar pela vida de seus membros em face de qualquer ameaça de dano ou doença. É um exercício constante, onde os parentes (especialmente os pais, cônjuges e irmãos/ãs) conversam e ponderam: os caminhos possíveis de cura, os perigos de empreender esses caminhos, as chances de sucesso, os especialistas aos quais se tem acesso, as vidas que podem ser salvas e os sinais de gravidade que anunciam morte iminente. Esses fatores são levados em conta no estabelecimento das práticas assistenciais a serem empreendidas em cada caso. Assim, cada adoecimento awajún é o início de novos modelos de cuidado que respondem aos processos familiares: 1) para fazer vida ou 2) para aceitar a impossibilidade de uma vida.

A família busca cuidar de seus membros, e perder um deles é uma ameaça da morte para os outros parentes. Isto é lembrado em uma das casas em Kusu Kubaim, após a morte súbita de uma mãe que deixou quatro filhos, menores de idade, órfãos. Eles – sem um pai biológico, sem avós ou avôs, com tios ausentes e redes de amizades frágeis – foram percebidos sozinhos e vulneráveis; especialmente o único filho. Outras casas nas proximidades recordaram deste episódio triste: “*Fernando llegó a la comunidad ¡llorando y llorando! Llegó luego de que enterraron a su mamá. Cuando era tarde se iba a donde hay un árbol de caimito (Chrysophyllum cainito) y se ponía a llorar: ‘ ¡Mamá llévame!; ¡porque me has dejado!; ¡yo con quién voy a vivir!’*”. Depois de adoecer a súplica permaneceu: “*¡Yo me siento solo! repetía*”. As famílias vizinhas acusam as irmãs de não cuidarem dele e lamentam que não tenham tido recursos para fazê-lo. Sua irmã mais velha alega tê-lo levado a um bruxo, que diagnosticou um dano “incurável”. Após esse diagnóstico, ao voltar para casa Fernando enfraqueceu. O desejo de estar perto de sua mãe, sentir-se sozinho e seu estado de extrema fragilidade tornaram sua

---

<sup>104</sup> La noción de “bioética familiar” la planteo en base al concepto de “bioética local” presentada por Biehl (2008).

vida impossível. Ele morreu meses depois. Sua irmã mais velha guarda uma foto de Fernando junto com a de sua mãe, e reconhece que agora sua rede familiar é baseada em laços de amizade.

**Foto 8:** As casas e as cozinhas como espaços de fazer vida.



**Fonte:** Arquivo pessoal, Ximena Flores 2018.

### 4.3. A vida positiva de Ricardo

Eu conheci Ricardo depois de uma apresentação malfeita que ele soube perdoar. Uma manhã ele foi chamado para o posto de saúde da comunidade por um técnico de saúde que disse, “*Las personas apách que llegaron desde Lima, que ven el tema de SIDA, quieren hablar personalmente contigo*”. Esta premissa equivocada levou-o ao posto de saúde, onde o conheci. Ricardo, com um olhar de desconfiança e muito medo, esperou por mim sentado na única sala de atendimento do posto. Depois de pedir desculpas e explicar o erro dessa chamada, começamos uma conversa que foi seguida por tardes de visita em casa, caminhadas na comunidade, e celebrações com a sua família.

### “Maricones” e o HIV/AIDS

A presença de Ricardo era notória na sua comunidade. Ele tinha trinta anos de idade e era parte dos autodenominados<sup>105</sup> “maricones” ou “mariconcitos”; um grupo de homens awajún que eram reconhecidos por envolver-se em relações sexuais e amorosas exclusivamente com outros homens. Nos velhos tempos, também chamados de “*shumpanko*” por ter uma “maneira de ser afeminada”, esses jovens eram punidos, pelo regulamento comunitário, e obrigados a tomar um chá, de ayahuasca e toé, de modo a “expulsar a prática homossexual”<sup>106</sup> e mudar o seu jeito de ser. O objetivo era que eles conseguissem uma mulher para casar – os relacionamentos homoeróticos eram aceitos durante a juventude, mas tinham que conseguir casar –, caso contrário, esses jovens eram maltratados ou expulsos da comunidade por suas famílias. Nas últimas décadas, diz-se que essas práticas cessaram; a idade esperada para se casar aumentou, os empregos e as contribuições financeiras de cada membro têm diversificado e, com isso, as famílias começaram a aceitar a presença de outras identidades sexuais em seus filhos. No entanto, isso não significa que esses jovens sejam inteiramente aceitos em suas comunidades. Outras famílias da comunidade, com forte influência evangélica e discurso binário de instituições não indígenas, estão começando a associar a imagem de discursos de anormalidade e risco.

Durante meu trabalho de campo em 2018, a sexualidade dos “maricones” da comunidade Kusu Kubaim foi questionada. Por um lado, era notório o desconforto e os olhares

---

<sup>105</sup> Al repetir el término “maricón” parece que estos jóvenes mudaron el sentido peyorativo del término y lo resignificaron como parte de ellos.

<sup>106</sup> Antiguamente los padres administraban toé a sus hijos para mudar su “forma de ser”. Así lo comentaba un *muun* awajún: “*Homosexualidad no es bueno para nosotros, no es costumbre para nosotros, antes se le daba ayahuasca o toé, para que lo bote esa costumbre, lo cambie, pero algunos no le dan... ahora ya cambió*”.

que eles causavam ao caminhar na comunidade, comentários, provocações e risos por não atender a uma natureza masculina esperada. Por outro lado, sua prática sexual foi identificada pelos técnicos de saúde como “práticas arriscadas” associadas a “*játa AIDS*”. Construções problemáticas que os tornaram sujeitos abjetos e que levaram famílias, professores, pastores e técnicos de saúde a continuar identificando-os como vetores de HIV/AIDS no distrito de El Cenepa.

*“¡El VIH vino de ciudad! ¡Aquí antes no había enfermedad! Un maricón se fue a Lima y lo trajo. Por ejemplo: el profesor Mateo llegó a nuevo Kanan “sidoso”<sup>107</sup>. También, Daniel tenía enfermedad de VIH, trabajó como profesor, y le decía a un muchacho q le cache<sup>108</sup>. Le pagaba su plata. Dice que a los hombres les pagaba o les ofrecía pagarle la educación. Así se enamoraban y se contagiaban”* (Señora Ana, río Comaina, 2018)

*“Mayormente vemos VIH en los homosexuales. Ellos son los que traen seguro las enfermedades. Menos son las mujeres. Mayormente los gays son los que tienen más”.* (Personal de salud, río Comaina, 2018)

*“En 12, 13, 14 años se diagnostican con VIH. Los homosexuales los engañan. Por un sol, por dos soles, tienen relaciones y se van”* (Personal de salud, río Comaina, 2018)

Esses rumores se espalharam e ameaçaram a vida de jovens como Ricardo, que constantemente rejeitava esta associação exclusiva de HIV/AIDS aos “maricones”. *“No solo los mariconcitos tienen. Hay mujeres, hay varones, ¡hay de todo con SIDA!”*.

Os “maricones” eram pessoas que exigiram não ser associadas a esta construção de sujeitos perversos ou com perigo de contágio. Este é o caso de Ricardo, que me permitiu conhecer sua vida soropositiva, sua resistência, seus relacionamentos e estratégias que, junto com sua família, assumiu na busca de saúde.

## **Ricardo**

Ricardo caminhava pelas ruas da comunidade com confiança. Sua silhueta magra podia ser vista à distância, com um corte de cabelo sempre perfeito, uma roupa impecável e uns brincos pequenos que destacavam seu rosto. Seus amigos, um pouco mais jovens do que ele, são os companheiros inseparáveis das tardes de voleibol, dos dias de cortes de cabelo e do gosto compartilhado para delinear os olhos.

---

<sup>107</sup> La palabra “sidoso” es peyorativo para hacer referencia a una persona en fase SIDA.

<sup>108</sup> Jerga peruana que hace referencia a tener relaciones sexuales.

Alguns dias depois do aniversário do Ricardo, fui visitá-lo. Eu disse a ele que gostaria de escrever sobre ele, sobre o que ele tinha vivido. Ele riu e convidou-me a sentar na cozinha de sua mãe. “*Yo amo a mi comunidad, es donde viven mi familia, mis amigos*” foi a primeira coisa que ele me disse. “*Me dicen cosas a veces, pero yo soy como soy ¡Qué voy a hacer pues!*”.

*“Desde los 14 años me di cuenta de que era diferente, y me comencé a vestir de mujer. A mí no me da vergüenza decirlo, porque así es como soy. ¡A los 14 años yo comencé a vestirme de mujer! Me dejé el cabello largo y me vestía como una mujer [con pantalones cortos y polos pegados]. ¡A mí me gustaba, me sentía bien!*

*Pero mi mamá me decía: ‘¿por qué haces eso? Yo me voy a morir’. Mis hermanos, mis tíos se burlaban, murmuraban y eso no me gustaba. Mi papá también me dijo: ‘¡no me gusta que seas así, seguro tú no eres mi hijo, mi hijo no puede ser así!’”*

Por causa da rejeição, Ricardo decidiu deixar sua casa com cerca de 17 anos e foi recebido por Lorenzo; um amigo que lhe deu um espaço para dormir na casa de seus pais. Ricardo viveu nesta casa, localizada a uma colina de distância de sua antiga casa, até que sua mãe pediu para que ele voltasse. “*Una vez yo me encontré con mi mamá, ella me miró y se puso mal. Lloraba. ¡Ella si me quiere!, por eso luchó para que vuelva a la casa*”.

*“Ella me dijo: ‘hijo por favor córtate el cabello. Ya no te vistas como mujer. Si sigues así, yo me voy a morir de la pena’. Entonces yo decidí cortarme el pelo. No quería que sufría. Me corté el cabello, regalé la ropa y dejar de vestirme, así como quería”.*

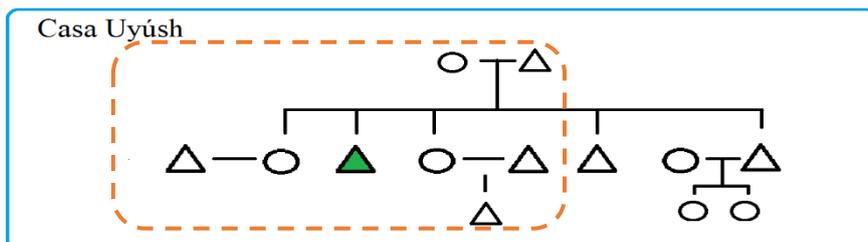
*“Cuando yo me corté el cabello estuve ¡muuy triste! No quería salir de mi casa, solo estaba en mi cama. No quería ni comer. ¡Bien feo fue!”.*

Depois de deixar as roupas femininas, Ricardo foi adotado por sua família novamente. Sua mãe, especialmente, era o pilar desse amor que conecta Ricardo com sua comunidade. Enquanto a abraçava me dizia o quanto a amava e como ela lutou para ele voltar e ter essa relação ativa com seus outros parentes. A tristeza de parar de vestir-se “como ele queria” foi transformada por ele em uma nova estética, onde o uso de tinta para cabelo, unhas pintadas, brincos, colares, calças apertadas e perfumes que o fazem reconhecer-se diferente de seus irmãos e irmãs. Ele se mostrava diferente e gostava disso. Com orgulho e humor, por já não ser o único “maricón” na família, ele comentou que, finalmente, seus parentes Uyúsh aprenderam a ter melhores relacionamentos com ele.

A casa da família Uyúsh era um espaço localizado nos arredores do rio Comaina. Durante 2018, residiam neste amplo terreno: o casal Uyúsh, Ricardo, duas filhas casadas, dois genros e uma neta. No total, a casa tinha sete membros em quatro construções importantes. No centro do terreno estava a cozinha que era compartilhada por todas as famílias. À direita da cozinha estavam a casa principal do casal Uyúsh (onde dormiam o casal, uma filha e a única

neta) e outra casa independente, onde residia a filha mais velha e seu marido. À esquerda da cozinha estava a casa de Ricardo, sem teto. Estes locais de descanso eram acompanhados por um lago de patos, de propriedade de Ricardo, que tinha uma pequena casa, construída de paredes de madeira e teto de yarina para eles dormirem. Em meio às risadas, Ricardo comentou que estava dormindo temporariamente na casa dos patinhos até que terminasse sua nova casa.

Diagrama 2: Casa familiar Uyúsh



Os sete membros desta família se distribuíam no trabalho diário, na roça de café do pai ou na pequena bodega da mãe. No entanto, essas atividades eram acompanhadas por períodos de doenças inesperadas; especialmente no caso de Ricardo. Durante vários anos, ele tem vivido com um diagnóstico de “játa AIDS”, do qual desconfia.

Há alguns anos, Ricardo se lembra de se sentir tão mal que decidiu ir ao posto de saúde: “Tenía fiebre bastante, flaco estaba, pensé que era tifoidea. Fui al puesto cuando estaba mal, mal”. Tiraram uma amostra de sangue e disseram que ele tinha “aquela doença”. “Desde el 2010, 2013 que me dijeron. Ahí ya llevo ocho años creo. No sé si esta enfermedad así dura tanto o que será. Otras personas mueren a los 2 o 6 meses con eso de SIDA”. A perda de quatro parentes com diagnósticos prévios da doença de AIDS pelo posto de saúde fez com que ele se perguntasse porquê ainda estava vivo. Diante do seu estado de fraqueza, seus pais decidiram levá-lo a um especialista em ervas.

Ricardo lembrava claramente da visita: “El señor W, me dio cuatro jarras de preparado de plantas, con catahua (*hura crepitans* L) creo. Era agua con solo una cuchara de eso [preparado]. Tomé, tomé, tomé y mientras eso, descansaba y vomitaba. ¡Así mejoré!”. O consumo da planta de *catahua* era percebida como eficiente por sua capacidade de “suar” a doença. Isso foi dado a Ricardo em sessões mensais na casa do especialista e na casa da família Uyúsh. O especialista visitava-o regularmente para monitorar sinais de fraqueza, avaliar expulsões (de possíveis sinais de bruxaria), evitar possíveis novas ameaças (físicas e

cosmológicas) e limpar o corpo afetado. Este tratamento fez com que Ricardo começasse a comer, ganhasse peso e conseguisse caminhar novamente na comunidade.

O estado grave do qual Ricardo saiu foi uma das principais surpresas na comunidade em 2014. Sua recuperação foi tomada como um sinal para outras famílias de que se poderia curar o “*waweamu* com sintoma de AIDS” com plantas. Inclusive alguns jovens comentaram que, após este tipo de cura, as pessoas com resultado positivo para HIV no posto de saúde agora tiveram novos resultados “negativos” em seus testes de sangue. Estes rumores fizeram com que o sr. Willy (especialista em plantas) ficasse famoso. Ele foi um dos especialistas em ervas mais reconhecidos no distrito em 2014. No entanto, todos esses comentários incomodavam Ricardo e foram mudando até 2018. O famoso especialista já não atendia mais jovens, alguns vizinhos dizem que ele não queria trabalhar com a “cura da AIDS” e Ricardo, apesar de pensar que o especialista o curou do mal-estar que o afligia, ainda não tinha certeza de que doença ou doenças o enfraqueciam eventualmente.

Em nossa conversa eu perguntei se ele consumiu toé ou outra planta para procurar outros diagnósticos. Ele disse que não. Ricardo não se sentia confortável em tomar a planta do toé. Quando era mais jovem, fizeram-no tomar toé à força, para mudar seu “jeito de ser homossexual”. A planta mostrou uma visão aterrorizante e ele não se sentiu confiante para ver o espírito do toé novamente. Diante disso, Ricardo preferiu manter os dois diagnósticos obtidos de especialistas: um “*játa* AIDS” dado pelo posto de saúde e outro de mal-estar dado pelo especialista em ervas. A suspeita de dano associado a sua condição de “mariconcito”, preocupava-o. Algumas vezes ele associava sua doença como um castigo de Deus ou um dano por ser “mariquinhas”, como ele era chamado por outros na comunidade.

Olhares, discursos de anormalidade e moralidades religiosas começaram a causar estragos nele, que no momento se culpava de ser soropositivo. Ricardo tinha dúvidas sobre se deveria continuar sendo ele mesmo; estava com medo de estar se afastando de Apajui (Deus) e com isso de uma vida “saudável”, sem pecado. Esta preocupação ficou evidente em uma conversa que tivemos em sua casa, quando ele, Liz (uma menina awajún com 20 anos de idade, amiga de ambos) e eu conversávamos sobre o caso da primeira mulher transexual no distrito de El Cenepa; uma moça que foi notícia em todas as comunidades do rio Comaina quando retornou à casa de sua mãe, para visitá-la, com uma estética feminina (especialmente seios) e sendo esposa de um homem *apách* na Argentina.

*Ximena: ¿Si no te hubieran molestado cuando te vestías como mujer, te hubiera gustado hacer también un cambio así?*

*Ricardo: Aunque soy así, voy a vestirme “normal”. Me cambié a “normal” (no vestirse como mujer) porque, a veces morimos ¿no? Y debo arrepentirme con Dios para ir al cielo.*

*Liz: Es que Ricardo es bautizado católico y ahora, ¡ha vuelto en el pecado!*

*Ximena: ¿Cómo así?*

*Ricardo: De repente estoy pensando. Dios me va a dar castigo, porque me arrepiento ¡tantas veces! de ser así maricón, y de vuelta vuelvo al pecado. ¡Así estoy!*

*Liz: Dice dios. Cuando uno está con Dios y vuelve al pecado ¡él mira tu vida!*

*Ximena: Pero ¿cuál es el pecado?*

*Liz: Ricardo era varón y ahora se ha convertido en homosexual.*

*Ximena: Pero es feliz*

*Ricardo: Yo sí creo que he pecado. Me arrepiento con Dios y le digo todos los pecados cometidos, pero de ahí ¡vuelvo a pecar! (risas)*

*Yo amo a Dios y pienso: “¿Qué estoy haciendo? ¡Porqué me arrepiento con Dios y vuelvo a pecar!”. Estoy pensando ¿qué pasará con mi vida? Cuando estaba con Dios estaba bien, no tenía de que preocuparme. ¡Estaba sano, sin enfermedad!*

*Pero también por otro lado pienso: ¿y si me caso con una mujer? Pero ¡quién va a querer casarse conmigo! Si me han visto todos vestido de mujer (risas)*

Cuaderno de campo 20 de mayo, 2018.

A menção de Deus e do pecado neste caso foi devido à formação católica da família Uyúsh e à formação evangélica de Liz. Ricardo afirmou ter se desviado de um caminho naturalizado de “ser macho”; porque ele “voltava a pecar” constantemente ao seguir a sua intuição e envolver-se com outros varões. Liz, que era sua amiga há muitos anos, apontou claramente seu pecado: Ricardo “era varón y ahora se ha convertido en homosexual”; a necessidade de identificar o seu pecado era explicar a existência de um poder superior (*Apajui*) que via e julgava todas as ações. Este saber-se monitorado por Deus era uma grande influência das igrejas em seu território, foi um tema de conversação que se apresentou em outras casas e todas falavam da temida “grande tribulação”. Como alguns awajún me disseram, eles tomavam como um anúncio deste tempo de tribulação (escrito no Apocalipse): a presença de HIV/AIDS na comunidade, o maior número de jovens homossexuais e lésbicas, a crença em bruxos e o uso de rituais xamânicos. Os crentes evangélicos da Igreja Nazarena estavam especialmente preocupados com esse prognóstico.

Nem todos os awajún que conheci eram religiosos. Muitos dos avós ou muun awajún não haviam sido influenciados por tais discursos e alguns recordavam como a sexualidade dos jovens antigamente não era tão comentada. Disseram-me que as relações sexuais homoeróticas não eram públicas nem vistas como problemáticas durante o seu crescimento, mas com a chegada da “doença” (em referência ao HIV e AIDS), este panorama mudou muito. Quando visitei Kusu Kubaim, as discussões sobre a sexualidade dos jovens eram frequentes,

especialmente com o aumento da discussão em torno de práticas sexuais seguras ou arriscadas associadas com o “*játa AIDS*”. As famílias, desta forma, foram locais de discussão e focos sobre quem estava se apaixonando por quem ou que novos relacionamentos estavam surgindo. Nos dias na comunidade pude ver que os jovens awajún (masculino e feminino) eram bastante cautelosos ao mostrar-se publicamente em relacionamentos afetivos. No entanto, no caso dos “maricones”, as famílias, ao comentar constantemente sobre isso, construíam-os como pessoas com relações sexuais múltiplas; a ideia de promiscuidade como categoria negativa era criticada por sua associação com HIV/AIDS.

Essas questões morais e olhares em seu corpo acompanhavam o cotidiano de Ricardo, que passava os dias com sua mãe, amigos e familiares. Para ele, sua casa era um espaço-chave para sentir-se confiante; longe dela, dizia que ignorava o que outras casas vizinhas opinavam sobre ele. Ricardo é uma vida que não se definia por seus diagnósticos, ele era o rosto de dúvidas e decisões que travava uma luta diária para viver bem, para viver feliz. “*Me dicen cosas a veces, pero yo soy como soy ¡Qué voy a hacer pues!*”.

### **A vida das drogas**

Desde 2015, os principais postos de saúde do distrito de El Cenepa vêm distribuindo a Targa (Terapia Antirretroviral de Grande Atividade) para as pessoas awajún que vivem com HIV. De acordo com uma diretora do posto de saúde, quando uma pessoa era diagnosticada como soropositiva, era dada a opção de ser beneficiária da TARGA; se a pessoa aceitava o tratamento diário, era então incluída no que eles chamavam de “padrão de HIV” ou lista de pessoas recebendo antirretrovirais mensais. Devido à rápida multiplicação dos casos reativos, a rede de saúde responsável pela área solicitou ao governo regional que enviasse mais medicamentos. A iniciativa de oferecer tratamento gratuito para todos os casos de HIV/AIDS no distrito de El Cenepa foi alcançada graças ao relatório mensal de pessoas que concordaram em fazer parte do programa. Esta demanda é registrada e o cronograma de oferta mensal de antirretrovirais é enviado à Micro Red de Salud de Huampami, que por sua vez solicita à Red de Salud Condorcanqui, que finalmente recebe os antirretrovirais da Dirección Regional de Salud de Amazonas. Esta cadeia burocrática de documentos (com episódios de desabastecimento por problemas orçamentários e compra de medicamentos<sup>109</sup> pelo Ministério

---

<sup>109</sup> El Ministerio de Salud peruano posee diversas denuncias en compras irregulares de medicamentos antirretrovirales. La falta de licencias obligatorias del Tenofovir, hacen que más del 50% del presupuesto nacional de la estrategia de VIH se deriven a la compra de un solo medicamento. Sin contar la compra sobrevaluada de otros esquemas en comparación de Latinoamérica. La mala administración del presupuesto promueve el

da Saúde) condiciona a chegada de frascos de comprimidos nas mãos de Ricardo. Ele diz que, apesar de receber o tratamento, muitas vezes não o consome periodicamente: *“He seguido bien las pastillas, como 3 años. ¡Pero me queda mal! Tomada de día y de noche, pero se cansa, por momentos se siente bien*

*“El cuerpo queda mal”* é uma sensação que Ricardo repete junto com outros jovens, que também identificam a deterioração de sua saúde associada ao consumo dessa combinação de *“una pastilla rosada y una pastilla azul”* (em referência aos esquemas de Zidovudina, Efavirenz y Tenofovir) que foi acusada de gerar tontura, cansaço, magreza, surtos de feridas cutâneas, alergias e sonhos de perseguição. Estes comprimidos “adoeciam” mesmo pessoas assintomáticas. O posto de saúde chama esta reação de “efeitos colaterais”, associados com a fraqueza e a alimentação limitada dos corpos awajún. No entanto, esta resposta não satisfaz as famílias awajún. A deterioração dos corpos é a principal razão para o abandono.

*“Cuando toman sus TARGAS, eso que dicen para játa SIDA, la persona puede vivir como 5 a 10 años. Pero ¡ese hombre tomaba su ampi (antirretrovirales) y se ha muerto rápido, no estuvo mucho tiempo! Por eso, su papá decía que a su hijo le han hecho daño: “No se mejoraba cuando le dábamos su pastilla. ¡Así ha muerto!”.*

(L, río Comaina, 2018)

*“Al mes de estar enfermo, en el Puesto de Salud le dijeron primero que era tifoidea. Le sacaron la sangre, y le dicen que lo van a mandar a Lima para ver si tiene VIH. ¡Sin saber no más, me mandaron una pastilla (antirretrovirales)! Decían: «Para que coma tu hijo». Ahí estaba bien. Le llevamos a un señor Luis en Huampami y ahí tomó planta, pero vomitó. Se le hinchó una herida en el cuerpo en su parte (genitales). ¡Grande y salía pus! Ahí no más murió”.*

(Señora Augusta, río Comaina, 2018)

*“A mi hermano de 14 años le habían dicho en el Puesto de Salud que tenía játa SIDA. Él vivía en otra comunidad donde estaba el colegio. Le dijeron que le podían dar medicina (antirretrovirales). Le dieron y se puso ¡totalmente mal! Le dolió el estómago, le vino fiebre de 40 grados. Esa pastilla le dieron antes de que sepa mi papá y mi mamá. Él estaba en 2do, 3er año y le dieron así no más ese tratamiento «ampi játa SIDA»”.*

(Especialista en plantas, río Comaina, 2018)

*“En Puesto de Salud llamaron los doctores a todo los jóvenes y señoritas, y ahí sacaron su sangre. ¡Con 13 años, a mi hijo, le dijeron que tenía VIH! y le dieron dos pastillas (antirretrovirales). Una celeste y otra rosado. Tomó cuatro días, y sentía que se empeoraba más. ¡Antes no tenía nada! Comenzó a tomar y se sentía más débil, se mareó y se desmayó. Él mismo sentía que le caía mal, se complicaba. La piel se le llenó como de heridas rojas, con dolor de estómago y vómito. ¡Estaba bien débil! Ahí lo dejó”.*

(Padre de Alberto y Alberto, río Comaina, 2018)

*“En mi nieto decían que tenía enfermedad de VIH, le dieron esa pastilla y ¡más y más se volvía loco! Dejaron esa pastilla”*

(Padres, AB, río Comaina, 2018)

---

desabastecimiento de antirretrovirales a nivel nacional y la combinación de esquemas en perjuicio de las personas seropositivas.

*“Mi hijo estaba en 2do, 3er año de colegio y le dieron ese tratamiento, “ampi játa SIDA” (antirretrovirales). Eso el doctor le dijo: “Si no tienes esa enfermedad, cuando tomes esa pastilla vas a sentirte como loco, como enfermo”. Por eso dejamos el medicamento. ¡Se sentía mal, por eso lo dejó!*

(Madre de Jesús, río Comaina, 2018)

As pílulas recebidas do posto de saúde são dadas em várias combinações, lembradas por Ricardo: um primeiro consumo de três pílulas, que se tornaram duas, “*la rosada y azul*”; principal combinação antirretroviral dada no distrito de El Cenepa, que são consumidas de manhã e à noite. No entanto, o “*comer*” drogas diárias cansa as pessoas. “*Las pastillas me cae mal, por eso dejo. Tomo uno a las 8 de la noche y otro a las 7 de la mañana, pero cansa*”<sup>110</sup>. Atualmente, o consumo de antirretrovirais tornou-se mais simples, tomando uma única pílula chamada “*Atripla*” (que contém Entricitabina, Tenofovir disoproxilo y Efavirence). Este comprimido é atualizado nas combinações de pessoas como Ricardo, que recebeu no último mês o frasco com trinta pílulas, um número menor que diminui o cansaço do seu consumo diário. Por problemas de fornecimento, às vezes essa combinação é trocada pela antiga, identificada como problemática.

A incursão do tratamento está gerando, como mostrado, problemas e resistências aos efeitos que geram no corpo dos jovens, pois ao ser um comprimido que enfraquece, é visto como ineficiente. Em vista disso, as combinações antirretrovirais, fornecidas pelos regulamentos<sup>111</sup> a quem é diagnosticado com HIV pelos testes rápidos, são consumidas temporariamente. Especialmente por não existir em todo o distrito de El Cenepa testes de carga viral, CD4 e especialistas em infectologia que podem identificar as fases da doença e prescrever medicamentos que correspondam às necessidades de cada corpo doente. Um serviço que não existia em 2018 e foi substituído por combinações homogêneas, como políticas de balas mágicas, que eram os únicos serviços de acompanhamento para os awajún HIV positivos. Uma política limitada que, no entanto, mantém o discurso da medicalização como o único meio de vida nesses contextos epidêmicos. Uma tecnologia de controle sobre os corpos, elaborada sobre prescrições e aderência às drogas sem acompanhamento emocional.

*“Les choca bastante. Le duele la cabeza y sienten temperatura mayormente cuando comienzan a tomar las pastillas. Más o menos en el primer mes tienen cansancio, están débil, picazón, se le hincha la cara. Ellos piensan que están empeorando, pero eso es que organismo se está acostumbrando para luchar con el virus! Ya luego hay personas*

---

<sup>110</sup> J, 30 años, río Comaina, 2018.

<sup>111</sup> Las comunidades awajún de Kusu Kubaim, Kusu Pagata, Huampami y Pampa Entsa reciben dotación de antirretrovirales en sus puesto de salud, en el marco de la actualización de la Norma Técnica en Salud N°129: “Norma para la prevención y el control de la infección por el VIH en pueblos indígenas amazónicos, con pertinencia intercultural” (MINSa, 2017).

*que se cansan de tomar diario, dicen: "yo no soy pollo". O otras que se mejoran y dejan. ¡Hay pocas personas consientes que siguen diario!"* (Personal de salud indígena, río Comaina, 2018)

*"Esa medicina ¡es fuerte! No se acostumbra en su cuerpo. Tiene alergia, dolor, pero ¡se tiene q acostumbrar! ¡El que quiere vivir toma y el que quiere morir no toma! Abandonan por 3 meses y se caen, ese es el problema, que no consumen permanentemente"* (Personal de salud indígena, río Comaina, 2018)

*"En el Puesto de Salud dicen: "¡como peste, todos van a morir! ¡Si no llevan tratamiento van a morir!"* (Padre de un hijo con "játa SIDA", río Comaina, 2018)

O posto de saúde responsabiliza as pessoas por quererem ou não viver, uma perspectiva que não é, no entanto, compartilhada com as famílias awajún. As quais associam o *ampi* da "játa AIDS" com sensações de tontura, dor de cabeça, pressão baixa e embriaguez, não conseguindo, assim, enfrentar as atividades diárias de trabalho ou ir para a escola. Que, por outro lado, na presença de sonhos de ameaça, alertam a chegada de possíveis afrontas. Âmbitos que, de acordo com os técnicos de saúde, são efeitos colaterais das pílulas administradas, mas que, no universo indígena, denotam outras relações que se tornam visíveis. "Si una persona está enferma de VIH ¿cómo una persona se puede presentar en el sueño?". A pílula pode levar você a sonhar; mas o que é sonhado, animais, perseguição ou o espírito de uma pessoa que se torna presente, são presságios em linhas alternadas de interpretação e diagnóstico, que são necessárias identificar. Dúvidas que são respondidas em campos cosmológicos com a ajuda de plantas como o toé.

*"Tienes que tomar el toé cuando tengas susto o te dé un pesadilla. ¡Para que acomode el cuerpo! A veces una persona a soñado mal y ¡se queda mal en su corazón! No se puede borrar ese sentimiento que he tenido en su sueño y con eso se apena el corazón. Para que eso cambie ¡puedes tomar toé!"* (Sabio Roberto, río Comaina, 2018).

Assim, o consumo de drogas é, portanto, uma decisão que é enfrentada diariamente em face do perigo que elas poderiam causar. As pessoas soropositivas aprendem a lidar com esta decisão, sendo uma integração dos medicamentos com a vida, através de um exercício de consciência constante que se realiza no processo de "tornar-se positivo" (Valle, 2010). Dessa forma, assumir a nova condição faz parte de novas experiências que são aprendidas – aprender a se medicar, educar os sentidos, conhecer os próprios sintomas, gerar confiança com os técnicos do posto de saúde, contar o diagnóstico para outras pessoas, ocultar o consumo das pílulas e as decisões sobre novas relações – e que entram em jogo ao aceitar a doença. Neste conjunto de decisões se assume e gravita o consumo diário de drogas que, em áreas indígenas, por sua vez, envolvem dúvidas e âmbitos de diagnóstico físico e xamânico.

A decisão de tomar ou não antirretrovirais e o início de outros tratamentos era feita coletivamente. A família era o centro do diálogo, inclusive com a participação de tios e primos, onde todos expressam sua opinião de tomar as pílulas, plantas ou dar recomendações de vários especialistas. Neste espaço alguns eram incentivados a ir ao posto de saúde, outros a ir a especialistas locais ou a seguir o diagnóstico das plantas. Os jovens awajún, e especialmente Ricardo, mostram esta trama de relacionamentos em viver com “*játa AIDS*”. As famílias inovam constantemente ações e respostas para fazer a vida de seus membros.

Ricardo comentava com orgulho que já estava dominando as pílulas depois de três anos de consumo. “*¡Hasta tomo la pastilla sin comer!*”, ele me dizia enquanto bebia o masato (bebida fermentada de mandioca) preparado por sua mãe. As pílulas causavam-lhe tanto cansaço que não as tomou, mas repetia constantemente que já ia tomá-las, “*pero ya voy a volver a tomar, ¡después!*”. Ele acompanhava sua condição com um tratamento de ervas que comprou de um especialista em ervas vizinho. De acordo com o tipo de condição e a intensidade da dor, ele aprendeu a intercalar o consumo de drogas com o consumo de mistura de ervas, que, segundo ele, o ajudam a se recuperar rapidamente.

Ricardo não se definia como “*portador de VIH*”, “*persona seropositiva*” ou “*código*”; expressões que os técnicos de saúde costumavam usar para se referir a ele. Ele reconhecia que tinha gripe, febre, dor de estômago, entre outros desconfortos, mas nunca uma doença crônica.

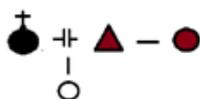
Ele considerava que todo o mal-estar era sintomático e, por isso, nunca disse às pessoas se tem ou não HIV, mesmo que a comunidade aponte que sim. “*El VIH es una verdad que solo saben uno, el obstetra del Puesto de Salud y la familia*”. No seu caso, disse-me ter confirmado apenas para sua família e para um especialista em saúde awajún. Este era um avô antigo reconhecido pela comunidade por curar todos os tipos de doenças, que lhe disse: “*¡Está bien! Debes tomar tus pastillas. Deja de tomar alcohol. Come bien. Cuídate con estas plantas. ¡Así vas a estar bien!*”. Este diagnóstico de bem-estar encheu-o de esperança. Ele o repetia com alívio.

O dia que visitei a Ricardo era o dia das mães. Comemos. Tomamos masato. Rimos. A alegria de Ricardo presente em cada sorriso compartilhado com sua família era um sinal de força e maturidade para decidir, juntamente com sua mãe, qual tratamento seguir nesse dia, na próxima semana, ou no mês seguinte; com eles, Ricardo sentia-se forte.

#### 4.4. “E de repente todos nós temos AIDS”<sup>112</sup>: a rápida propagação nas famílias

Os casos de Elvis e Ricardo são trechos de muitas histórias que são contadas nas comunidades awajún. Todos narrados em torno de episódios de “játa AIDS” ou “waweamu com sintoma de AIDS” na memória de jovens, adultos, mães, crianças e outros parentes. O HIV/AIDS parece mais comum na comunidade, está presente nas narrativas de migração para outras comunidades, da morte de cônjuges, de uniões matrimoniais, de infidelidade, entre outros.

No meu regresso em 2018, os novos casamentos foram uma das principais preocupações das famílias. Os comentários sobre novos contágios, maternidade e transmissão vertical são preocupações que vão além dos limites desta pesquisa, mas que eu gostaria de retratar brevemente para apontar a diversidade de histórias existentes no rio Comaina.



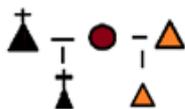
Indivíduo masculino (30 anos) casado duas vezes. A primeira esposa morreu depois de dar à luz a sua única filha. Ambos foram diagnosticados com HIV pelo posto de saúde, mas não quiseram fazer cesárea. Quando sua esposa adoeceu, o jovem casal se separou. Ela voltou para a casa da mãe e ele foi trabalhar em outra comunidade para pagar a cura de “waweamu”. Depois de ficar viúvo em 2014, ele desenvolveu sintomas graves que o levaram a um centro de saúde da cidade. Ele não usa antirretrovirais e diz tratar-se de dano. Em 2017 casou-se novamente com uma jovem de outra comunidade. A família deste novo casal se opôs à união por causa do diagnóstico público de “játa AIDS”. No entanto, casaram-se e se mudaram para a comunidade do marido. Aos seis meses de casados, ela, com 19 anos, se sentiu desconfortável e foi para o posto de saúde, onde foi diagnosticada com HIV. Ela afirma não acreditar no diagnóstico, assumindo, com seu parceiro, como sendo bruxaria feita por uma ex-parceira do marido. Ambos se tratam com plantas e a visita a um *tunchi*. Eles esperam poder ter um bebê em breve.



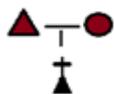
Indivíduo masculino (35 anos), casado duas vezes. A primeira esposa morreu com “játa AIDS”, de acordo com a comunidade. O rapaz casou-se com uma jovem de outra comunidade. Ela diz que não queria se casar, mas depois de retornar da cidade de Lima para visitar seus pais, eles já haviam arranjado seu casamento. Aos 19 anos ela se casou e se mudou para a comunidade do novo marido. Ficou grávida rapidamente. O posto de saúde, nos testes de controle pré-natal, diagnosticou-a como HIV positivo. Ambos têm vivido com o diagnóstico por mais de quatro anos. Os dois

<sup>112</sup> Conversación con dos madres awajún, río Comaina, 2018.

partos do casal foram cesarianas e a transmissão vertical para seus dois filhos foi evitada, no hospital de Bagua. Em 2018, a c6njugue foi denunciada por infidelidade por outra mulher da comunidade, para o chefe da comunidade. A mulher traída acusou publicamente seu marido de colocá-los em perigo de ter “játa AIDS”.



Indivíduo feminino (25 anos). Casou-se com um jovem da comunidade em 2013. No mesmo ano, seu filho recém-nascido, com menos de um ano de idade, morreu. Seu marido e ela eram vistos na comunidade com suspeita de “játa AIDS”. O marido adoece e morre em 2016. A viúva, em 2017, conheceu um jovem de outra comunidade e eles se casaram. Ambos viviam na casa que ela compartilhava com sua antiga família. Ela disse que desconfia do posto de saúde, por diagn6sticos confusos de HIV. Seu novo marido também teve um diagn6stico de HIV errado, com seu irm6o mais novo, por isso desconfia da equipe de saúde. Eles tiveram um beb6 em 2018, n6o fizeram os exames pr6-natais nem quiseram ajuda do equipe de saúde.



Indivíduo masculino (29 anos). Em 2013 recebe o diagn6stico de HIV no centro de saúde de Huampami. Ele foi cuidado por seu primo e seu pai, com uma combina6o de plantas e antirretrovirais. Em 2016, se casou com uma jovem de uma comunidade vizinha. Ambos tiveram um filho, que morreu em menos de um ano, dizem que por *waweamu*. Eles t6m problemas de abuso f6sico conhecidos da comunidade. Ambos tomam antirretrovirais, mas abandonaram os medicamentos por causa dos efeitos colaterais que geram; afirmam confiar mais na planta da ayahuasca.

Estas s6o hist6rias de quatro casas, onde homens e mulheres, entre 25 e 35 anos de idade, se juntam como diferentes perf6s awaj6n HIV positivo; diferentes dos casos previamente apresentados. O contexto do HIV/AIDS disseminado faz com que os casamentos novos sejam muito mais perigosos. Antigamente, de acordo com as narrativas dos av6s *muun*, os casamentos eram organizados pelos pais e m6es. A diferen6a de idade era bastante elevada e os perigos constantes eram o desconhecimento das jovens m6es (com 12 e 13 anos) em dar 6 luz e cuidar dos primeiros filhos. Os primeiros beb6s morriam. Atualmente, entre os jovens awaj6n, o namoro 6 a forma de arrumar um parceiro. No entanto, com o medo geral do HIV/AIDS, conseguir um parceiro 6 perigoso.

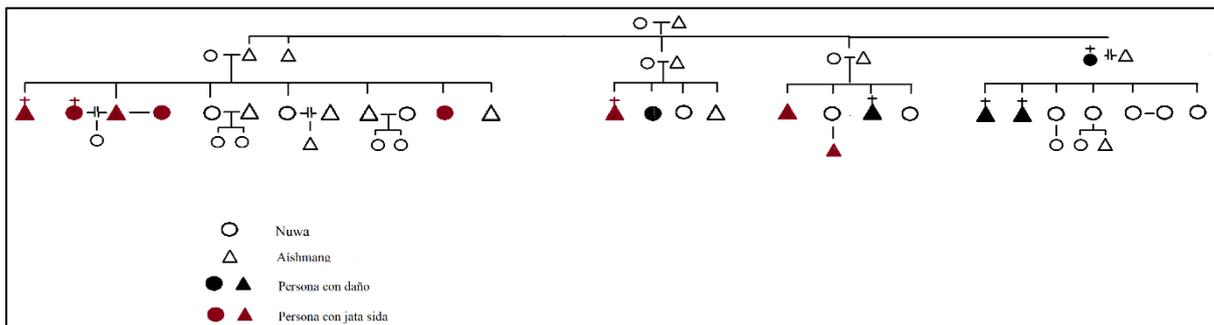
Algumas meninas, com idade entre 15 e 17 anos, alunas da escola, me disseram: “*Yo no tengo enamorado, pero cuando tenga, antes de tener algo [tener relaciones sexuales] le diría:*

‘*¡vamos a sacarnos la prueba!*’. *Si no quiere no vamos a tener relación*”. Esta dúvida está presente em mulheres mais velhas, com idade entre 19 e 23 anos, que estão se casando. Os jovens de Kusu Kubaim, com a reputação de ser a comunidade com mais pessoas com HIV ou “*donde todos tienen VIH*”, encontram mais dificuldade em conseguir esposas. As comunidades vizinhas comentam que essa ou aquela pessoa, que está à procura de uma esposa, tem HIV e as famílias, em alguns casos, fazem objeção. Assim, é em torno do HIV/AIDS que os namoros, as alianças e as possíveis mudanças dos novos casais são decididas nas comunidades do rio Comaina, lugar que está associado com *tunchis* e doenças.

Três das quatro famílias retratadas decidiram viver sem antirretrovirais, ao considerá-los menos eficientes que as plantas. O único casal que segue o tratamento antirretroviral o fez para o nascimento de seus últimos dois filhos. A cesárea feita por esta mulher, para evitar uma transmissão vertical, foi comentada por toda a comunidade. A mãe foi para Bagua, a dois dias de distância, para dar à luz, e dizem que retornou sem a placenta de seus filhos. O fato de que seu marido lava suas roupas, que ela não pode dar leite para seu filho e de que viajou para fazer a cesárea foi a confirmação da comunidade de que ela tinha HIV. Esta jovem mulher, sentindo-se observada, preferiu afastar-se e não ter relações de amizade na comunidade. Este é apenas um breve exemplo da diversidade de casos de HIV/AIDS presentes nestes rios.

As famílias awajún vivem em um contexto de medo e suspeita. Como pode ser visto no diagrama da “Casa C”. As quatro famílias que a compõe têm nove membros diagnosticados com HIV. O panorama desta casa é de resiliência, com histórias de dor, novos nascimentos, novas mortes, casamentos e cuidados; que, por sua vez, exigem que os técnicos do posto de saúde desempenhem um papel mais ativo no cuidado dos seus membros. As famílias awajún têm conseguido responder as suas próprias experiências de “*játa AIDS*” e “*waweamu* com sintomas da AIDS” mas exigem, como os postos de saúde da suas comunidades sejam realmente espaços de atenção com mensagens claros para as demandas awajún.

Diagrama 3: Casa familiar “C”



## 5. ENTRE DOUTORES E DOUTORZINHOS

No passado, quando os brancos não tinham chegado até aqui, nós não éramos ignorantes. Nossos xamas sabiam nos curar. Quando não havia remédios dos brancos os xamas faziam o seu trabalho e apenas poucas pessoas morriam. Mas agora que os brancos chegaram dentro da nossa floresta, nós temos medo da malária e da tuberculose, nós temos medo das *epidemias-xawara*<sup>113</sup> que eles deixaram atrás.

Esses são males que vêm de longe, que os xamas não conhecem. Os espíritos dos nossos xamas só sabem destruir as doenças que nos conhecemos. Quando eles tentam lutar contra a *xawara* sozinhos, ela pode matá-los também. Para afastar estas doenças agora é só juntando com os remédios dos brancos.

Mas nós não sabemos ainda ler os papéis dos brancos, não sabemos ainda usar seus remédios. É precisa que vocês nos ensinem a usar seus remédios contra a malária, a tuberculose e contra todas as suas outras doenças. Então, quando nossos jovens souberem tudo isso, nós poderemos nos curar sozinhos, coma antes.

**Davi Kopenawa**

*Watoriki* - Posto Demini

Antes, nosotros curábamos así. Ahora ya no pasa. ¿No sé qué enfermedad será? Antes si funcionaba; pero ahora no. Antiguamente los viejitos como nosotros, ahora muertos, explicaron a nuestras madres; y de ahí, nosotros comenzamos a saber. Antes, cuando estaba mal un familiar, les explicaban a sus familias: "esa planta está buena, así tienes que curar". Así nos curábamos. Ahora existe los *apách*; ahora van al Puesto de Salud. Le sacan su análisis y explican que enfermedad era. Le sacan su *ampi* (pastilla) y le entregan. Antes no era así.

**Muun Yampam Yampam**

Waimaku – Huampami, 2018

---

<sup>113</sup> Epidemias propagadas pelos brancos, associadas as fumaças produzidas por suas “máquinas” e queima de possessões (mercúrio e ouro, papéis, lonas, lixo) (Albert & Goodwing 1997:48).

As palavras de Davi Kopenawa sobre o contato entre os Yanomami e os brancos ecoam as reflexões de Muun Yampam Yampam, que comentou comigo sobre a saúde da população awajún do rio Comaina. A demanda por serviços de saúde para o cuidado de novas doenças faz parte das relações de contato com os *apách*, que se intensificaram desde o século XIX, e que estão atualmente integrados na vida cotidiana dos awajún, respondendo ao interesse indígena para ter acesso aos bens e ao conhecimento *apách*. Para a obtenção desses bens, é necessário criar alianças com os *apách*. Esse vínculo intrínseco entre as relações com os brancos e suas coisas é algo que também foi documentado no caso dos Yanomami. Por exemplo, Kelly (2010) transcreve a seguinte conversa com um interlocutor Yanomami. O principal interesse é forjar um relacionamento com os brancos.

*“Vocês só gostam dos brancos por nossas coisas!”. “Não”, me respondeu, “as coisas não são assim, Jose, se não gostássemos dos brancos, de onde tiraríamos as coisas?!”. Essa resposta é crucial pois aponta a relevância da relação que se faz visível no ato de obter os objetos dos brancos, maior que a importância dos objetos em si. (Kelly, 2010: 285)*

Este intercâmbio trouxe também as doenças (Buchillet, 2000; 2004), com episódios de epidemias, tais como o sarampo e a gripe no passado. Desde 2005 uma nova epidemia surge, com os diagnósticos de “*játa AIDS*” e as suspeitas de “*waweamu* com sintoma de AIDS”. Neste capítulo, abordarei os espaços de saúde presentes em Kusu Kubaim: por um lado, a análise dos serviços prestados pelo posto de saúde de Kusu Kubaim e as relações entre médico e paciente; e por outro lado, as respostas awajún às práticas biomédicas por meio do uso de diagnósticos alternativos e tratamentos com os “doutorzinhos da planta do Toé”.

### **5.1. Deficiências de cuidado no posto de saúde**

Em 15 de maio às 13h o ritual do almoço começou. A sra. Tania cozinhou um guisado de galinha e nos chamou para sentarmos-nos para distribuir a comida: começou servindo seu marido e as crianças em idade escolar; enquanto isso, suas noras seguiram seu exemplo e serviram a comida para seus filhos mais velhos. Depois, as mulheres serviram-se. Todos os dias a sra. Tania decide quem come o que de acordo com as contribuições feitas pela família. Normalmente, os troços pequenos de galinha eram para o consumo familiar, ficando os maiores reservados para venda, gerando um pequeno ganho de dinheiro diário. Todos os dias esta

dinâmica de almoço familiar é acompanhada pelos cães e Coqueta, a porca, que ficam inquietos debaixo da mesa, pegando os restos que caem no chão.

De repente, uma voz desesperada deixa todos quietos. O responsável por avisar diariamente a partida de barcos para as cidades de Chiriaco e Nieva começa a chamar em awajún o nome de “CF” repetidamente. A família se desconcerta e a sra. Tania deixa a casa rapidamente. Tentando entender o que está acontecendo, olho pela porta da rua, enquanto Liz traduz o que eles dizem. “*La esposa de CF ha tomado champú y ahora está mal. ¿Se há querido matar!*”.

Os vizinhos correm para a casa de CF, que eu tinha visitado há duas semanas. Rumores e gritos começam a ser ouvidos e logo se tornam um sentimento coletivo, enquanto as mulheres cercam a jovem envenenada. Como seu marido estava ausente da comunidade, sua sogra correu para comprar injeções de dexametazona e ranitidina, um método bem conhecido por ser um dos recursos mais eficazes e baratos em caso de tentativa de suicídio.

A jovem que se encontra no assoalho perto de sua cama começa a convulsionar, fato que é imediatamente comentado pelas pessoas que esperam fora da casa e que se revezam olhando através de um buraco na parede de madeira para ver o que acontece no quarto da jovem. “*Si ya se pone tiesa, ¡ahí ya no vive!*”, advertem alguns. Os casos de suicídio de mulheres costumavam ser muito comuns até 10 anos atrás, agora a tendência diminuiu, mas eles ainda existem e os moradores estão familiarizados com os sinais de morte de envenenamento por xampu (Unicef, 2012). Os presentes comentam sobre as possíveis causas da tentativa de suicídio. Eles dizem que a jovem, com menos de vinte e cinco anos de idade, veio de uma comunidade vizinha depois de se casar, há dois anos. O casal rapidamente teve um filho, mas antes de seu primeiro ano ele ficou doente e morreu. Isso aconteceu ao mesmo tempo em que circularam rumores que seu marido tinha “*¡áta AIDS*”. Por toda esta situação a jovem fez poucos amigos na comunidade. Além disso, o marido estava batendo nela há semanas. Naquele dia, ela foi para sua roça, mas em face dos episódios de maus-tratos, ela decidiu tomar xampu lá e voltar para casa, que fica ao lado da casa de seus sogros. Eles ouviram seus gritos de dor e chamaram a comunidade.

Para seus objetivos, era crucial impedi-la de morrer, porque os parentes de sua nora iriam acusar seu filho de causar o suicídio e poderiam exigir uma retribuição monetária e moral na comunidade. Com a mesa cheia de medicamentos e cercada por mulheres, entre as quais a sra. Tania, lhe dão leite e água de coco para beber e lhe aplicam as injeções. Tentam fazê-la vomitar e assim conseguir a expulsão da espuma. A jovem encontra-se de joelhos, contorcendo-

se de dor. Como há muitas pessoas, pede-se que saiam e ficam somente a família direta e as mulheres que sabem como administrar o tratamento. Ao redor da casa o tumulto continua. As pessoas comentam sobre o episódio e, pouco a pouco, dispersam-se à espera de saber se a jovem vai viver.

Ingenuamente sugiro chamar os técnicos do posto de saúde. “*¡Ellos nunca vienen!*”, respondem-me. “*Cuando les vamos a buscar nos dicen que no atienden suicidios porque ella misma se ha tomado el champú*”. É por isso que as mães são responsáveis por reverter os efeitos do veneno. À noite, em casa, a sra. Tania confirma que a moça se salvará. Elas a fizeram vomitar, e agora a atenção da comunidade está sobre o marido, porque têm medo de que ele seja denunciado. Mas os dias passam e nenhuma queixa é feita, e não se fala mais no episódio.

...

O posto de saúde da comunidade de Kusu Kubaim está localizado atrás da casa da menina que tomou xampu. Este lugar foi construído pelas famílias como uma farmácia comunitária em 1983 e assumido pelo Ministério da Saúde em 1993. Desde então, eles colocaram paredes de cimento nele, com sete salas, equipamentos básicos e técnicos de saúde. Atualmente há três profissionais awajún e três *apách*. De acordo com o pessoal da cidade, as frequentes tentativas de suicídio não são atendidas por eles. “*Aquí no lo traen, les hemos dicho que no los vamos a atender. Eso no se atiende, porque ellos mismo toman champú sabiendo que es malo. Aquí tenemos poco medicamento, no podemos gastar para que luego falte a otros. Además, ellos mismos saben cómo atenderse*” (Personal de salud, río Comaina, 2018).

A escassez de recursos leva a uma priorização de casos e uma escolha de quais emergências são abordadas e quais não são. Essa priorização é uma recomendação dos programas nacionais do Ministério da Saúde que enfatiza “*inmunización, el crecimiento infantil, el control de la anemia y el control prenatal*”<sup>114</sup> como indicadores centrais de cuidado da saúde. Por esta razão, muitos casos de urgência são negligenciados, como tentativas de suicídio, doenças da terceira idade, condições crônicas e acidentes. Mulheres grávidas e crianças na primeira infância têm mais peso na política pública, enquanto outras vidas são deixadas de lado.

*“No es que lo otro sea menos importante, pero en eso de ponderar, se hace esperar una pierna rota que un parto. El resto es lo que no mueve mucho por supuesto. Nos centramos tanto en algo que nos descuidamos de otro y no se cumple”* (Miembro del Puesto de Salud, río Comaina, 2018)

---

<sup>114</sup> Obstetra del puesto de salud, río Comaina, 2018.

No entanto, os moradores frequentam regularmente o posto de saúde, que atende entre 8h30 e 17h. Em Kusu Kubaim há uma obstetra, diretora do posto de saúde, que é responsável pelo controle pré-natal, nascimentos, contracepção e a administração do programa antirretroviral. A enfermeira está encarregada das imunizações, do controle e armazenamento das vacinas e das conversas educacionais. A laboratorista é responsável pelos exames diagnósticos para testes rápidos da sífilis e do HIV, sangue, urina e fezes. Estas três profissionais são *apách* e ocupam posições de decisão. Há também três *awajún*, dois técnicos de enfermagem e um técnico responsável pelos históricos médicos, triagem e apoio em traduções e substituição, quando necessário, nas funções das técnicas *apách*.

As famílias *awajún*, especialmente mães com crianças mais novas, esperam sua vez desde muito cedo. A sala de espera é muito pequena, há apenas três cadeiras e as pessoas esperam paradas na porta ou do lado de fora, apoiadas nas paredes. Todos escutam o que acontece e, assim, a saúde da família se torna assunto comunitário. Especialmente quando há queixas sobre o cuidado dos técnicos de saúde que, por sua vez, se sentem observados e julgados injustamente: “*¡Si haces o no haces, igual se quejan!*”. “*A veces siento que la comunidad nunca está de acuerdo con nada, cuando haces lo que te piden te recriminan, cuando no haces igual te recriminan*”<sup>115</sup>.

Os técnicos de saúde não indígenas também expressam abertamente seus medos sobre a suposta falta de racionalidade e periculosidade da população *awajún*. Consideram-nos violentos, têm medo de serem atacados fisicamente: “*¡Vámonos antes que saquen las flechas!*”, “*¡Ellos son conformistas!, si no tienen nada que comer se sientan y no comen*”, “*yo no le digo nada, prefieren sus costumbres*”. Estas são frases que ouvi várias vezes, uma visão que, embora não seja generalizada, prejudica a relação entre os técnicos de saúde e a população, que não se consideram iguais.

Nas conversas com a comunidade, os principais problemas identificados pelos moradores são: 1) a falta de medicamentos; 2) a falta de conhecimento da língua *awajún* pelos *apách*; 3) o custo da consulta e dos medicamentos; 4) o fato de que há apenas uma obstetra e não médicos gerais. Em relação aos testes de diagnóstico de HIV, os moradores queixam-se de que os pacientes não são mantidos anônimos e todos ficam sabendo dos resultados dos testes.

---

<sup>115</sup> Personal de salud, río Comaina, 2018.

Eles também se queixam de falsos positivos para o HIV e do fato de nunca receberem os resultados dos testes realizados em Lima.

Os técnicos de saúde em grande parte concordam com as deficiências identificadas pelos moradores, e destacam as seguintes limitações: 1) falta de mais médicos especialistas, principalmente um infectologista para os casos de HIV/AIDS; 2) falta de luz e água potável no posto de saúde; 3) falta de meios de transporte; e 4) infraestrutura e problemas de recursos devido à sua classificação como um posto de saúde de nível 1.1 (o nível de cuidados mais básico de todos). Apesar dessas limitações, o Ministério da Saúde exige o cumprimento diário de: a) atendimento ao paciente; b) implementação de estratégias prioritárias de saúde; c) visitas externas em instituições de ensino ou casas de pacientes; e d) envio de doentes graves para os principais centros de saúde. Além disso, uma vez por mês, todos os funcionários de postos de saúde no distrito de El Cenepa se reúnem na comunidade de Huampami para inserir os registros das consultas nos três únicos computadores do distrito. Eles têm que ficar digitando dia e noite. Este trabalho administrativo pesado dificulta a disponibilidade dos técnicos de saúde para os moradores que, por sua vez, queixam-se de abandono.

Esse é o panorama onde o relacionamento médico e paciente se forma e se enche de medo e desconfiança mútua. Em alguns casos, o imaginário dessa desconfiança retoma a pregação das igrejas evangélicas sobre o “demônio”. Por exemplo, há enormes medos sobre os efeitos da vacinação de crianças, e para algumas pessoas, as vacinas são consideradas agentes do “demônio”. Pude presenciar o caso de um menino da comunidade Mamayaque, que depois de ser vacinado começou a mostrar uma marca misteriosa com números e letras na barriga. De acordo com a população, era “a temida marca do diabo”, isto é, um 666. Quando o boato chegou na comunidade de Kusu Kubaim, as mães da comunidade recusaram-se categoricamente a vacinar seus filhos. Quando os técnicos de saúde chegaram à escola para realizar a campanha de vacinação, as crianças começaram a fugir pelas janelas e suas mães gritavam para não vacinar. De acordo com a equipe de saúde, a marca na barriga da criança de Mamayaque era uma queimadura de panela em um dos lados do corpo. Mas, por mais que explicassem a base “científica” da vacinação, eles não conseguiram convencer as mães.

*“¿Quién va a querer venir?, pero nosotros venimos. No es fácil; no soy de aquí. No tengo familia, pero igual estoy aquí”*. Com estas palavras a enfermeira tentou explicar suas boas intenções e dedicação, enquanto mostrava às mães fotos de várias doenças que podem ser fatais

se não forem aplicadas as 23 vacinas<sup>116</sup> estabelecidas pela lei de saúde peruana. “*¡Esto es verdadero, no es brujería! Cuando es una reunión para hablar de los tunchis todo mundo viene. ¡Pero cómo es del Puesto de Salud, no vienen!! Esto es de verdad! ¡Es ciencia!*”. As mães riam das fotos e ouviam as traduções em awajún do técnico de saúde, até que a enfermeira mostrou a foto da criança com a marca na barriga e acusou a mãe de não estar atenta à queimadura. Todas as participantes tomaram seus telefones celulares e tiraram fotos da foto da criança; e depois foram embora, caminhando lentamente em direção às suas casas: “*Quieren vacunar porque les pagan por vacuna. Ellos ganan como S/. 5 000 soles por venir a trabajar aquí*”; “*Pero es lejos pues de sus familias, por eso ganan así*”; “*su voz de ella era muy chillona*”.

Esse acontecimento, para além da rejeição de uma injeção, denota a complexidade dos equívocos, entre as noções de saúde e de cuidado indígenas e *apách*, que se entrecruzam nas comunidades. As reivindicações científicas dos técnicos de saúde como os conhecimentos awajún sobre seus corpos e cosmologias criam tensões entre os moradores das comunidades. Essa complexidade da experiências também caracteriza as relações entre os técnicos de saúde e outros especialistas de saúde não biomédicos nos casos de HIV/AIDS awajún.

### **“Vocês dizem que tem tratamento, então deem”: o caso de Eugenio**

Quando me falaram de Eugenio, eu não entendia o tamanho do problema até que cheguei em sua comunidade. Ele é o pai de um bebê recém-nascido, é casado e teve a oportunidade de estudar na cidade. Retornou à sua comunidade e trabalhou como técnico de saúde no centro de saúde. No entanto, começou a ter problemas com o diretor do centro por acusações mútuas de roubo, o que levou a sua demissão. Esse foi o início de seus comportamentos “estranhos”. Vizinhos dizem que ele estava começando a gritar na rua, andando nu nas ruas, tornou-se violento e gradualmente as pessoas o identificaram como “louco”. “*É bruxaria*”, disseram seus parentes, e acusaram o diretor do centro de saúde como o feiticeiro responsável pelo “dano”. Em reunião da comunidade, o diretor do centro de saúde tentou se livrar de sua suposta culpa, mostrando o resultado do diagnóstico positivo de HIV de Eugenio. De acordo com ele, Eugenio sofria problemas de saúde mental por ser positivo.

Enquanto me contavam o caso, me perguntavam “*¿la enfermedad VIH puede hacer eso?*”. A família de Eugenio disse ao diretor do posto: “*entonces, si es játa SIDA, ustedes dicen*

---

<sup>116</sup> Las vacunas obligatorias son de: poliomelitis, meningitis, hepatitis, tuberculosis, tétano, neumonía, sarampión y tétano.

*que tienen tratamiento. ¿denle pues?'*. Na reunião da comunidade, ficou combinado de levar Eugenio a Trujillo para fazer um diagnóstico de problemas de saúde mental. Mas quando chegaram em Trujillo Eugenio foi levado para uma clínica privada e abandonado. Tanto a família como o diretor acusam-se mutuamente de não fazerem nada. Depois de uma semana, o chefe da comunidade, a pedido da família, foi a cidade para buscar Eugenio.

Quando eles chegaram na comunidade, Eugenio estava fraco, magro e nu, e sua família, que não sabia o que fazer com ele, pediu para colocá-lo no calabouço<sup>117</sup> da comunidade até determinar quem deve assumir a responsabilidade por seu caso. Eugenio passou três meses lá sendo alimentado por sua sogra, que também o lavava de vez em quando e colocava roupas limpas nele. Nesta altura já estava muito fraco e a equipe do posto de saúde disse que tinha entrado na fase de AIDS. A família, então, exigiu que o posto de saúde lhe desse medicamentos. Eles tentaram dar-lhe com comida, mas Eugenio sempre descobria os comprimidos misturados no prato e jogava-os fora. Não queria mais usar roupas. Os moradores ficaram indignados com a incapacidade do posto de saúde de cuidar de um de seus próprios trabalhadores, o que os deixaram com mais dúvidas ainda sobre a capacidade dos postos de saúde de cuidar de outros pacientes na comunidade.

Este caso de dimensões complexas trouxe consigo uma dúvida coletiva sobre o tratamento e a possibilidade de cuidados por parte dos técnicos de saúde. No final, o medicamento que alegam ajudar não pôde ser administrado e a sensação de uma sentença de morte foi reafirmada. A vida de Eugenio se configura, assim, como o limite de vida para a comunidade. A impossibilidade de manter relações recíprocas de amizade, amor e troca qualificam uma vida como já não vivida, um corpo cuja racionalidade é anulada e, em sua confusão, a família o vê se perder. Esse Eugenio não era mais Eugenio, no fim das contas. Ele não era mais o pai, ele não era o filho, nem o sobrinho. Nesta situação extrema, a família cortou relações com as outras famílias da comunidade e entregou a vida de Eugenio ao calabouço da comunidade. A ideia de abandono, nesse sentido, como acusação entre o posto de saúde e a família de Eugenio tem pontos de vista diferentes. Somente sua sogra e sua mulher continuavam mantendo viva a relação social com ele.

Para a equipe do posto de saúde, a família de Eugenio o trancou na masmorra para deixá-lo morrer. Para a família de Eugenio, foi a equipe do posto de saúde que foi incapaz de cuidar

---

<sup>117</sup> Celda comunitaria donde el Apu encierra a las personas que infringen alguna norma comunitaria del reglamento.

de um dos seus e, portanto, demonstrou sua incapacidade contra o HIV/AIDS e o cuidado de outras doenças na comunidade.

Após três meses, começaram a chegar rumores de que as autoridades de saúde da província de Condorcanqui ficaram sabendo do caso e vinham à comunidade para levar Eugenio. Confrontada com esta nova ameaça, sua família o tirou do calabouço e até hoje eles não informam seu paradeiro. A última informação dele foi que morreu logo de ser levado a outra comunidade.

Depois de ouvir toda a história, identifiquei deficiências no atuar dos técnicos de saúde. Por exemplo, a falta de contato com entidades que cuidem da transferência, da tradução de serviços e do acompanhamento de um membro da família para que fosse junto com Eugenio para Trujillo. Não houve contato com entidades de atenção à população indígena estadual, nenhuma notificação à estratégia nacional de HIV, nenhum investimento orçamentário extraordinário. A identificação no início dos episódios de “loucura” de Eugenio poderia ter impedido esta jornada de sofrimento. Este caso extremo afetou toda a comunidade. Embora estivessem distantes, todos estavam cientes do que estava acontecendo no calabouço e comentavam diariamente sobre as visitas e passeios de Eugenio nu pelas ruas.

## **5.2. Espaços de saúde awajún: O doutorzinho do toé e a “cura da AIDS”**

O toé (*Brugmansia suaveolens*), chamado *baikuá* na língua awajún, é considerado (Brown, 1978, 1984; Berlim, 1977; Descola<sup>118</sup>, 2005) um ser central no “fazer” pessoas awajún. Sua origem está associada com o herói cultural Bikut (ver seção 1.1) de cujo corpo emergiu os dois tipos de plantas de Toé usadas pelo povo awajún do distrito de El Cenepa. Ambos os tipos são cruciais para processos de formação de corpos fortes e pessoas com visão de vida longa e guerreiras. Os avós *muun* recordam a maneira como por meio do toé era possível superar a vida curta e alcançar uma visão do futuro que acompanhava as pessoas ao longo de suas vidas, lhes dava conselhos e confiança de que eles seriam bem-sucedidos, que teriam uma família forte, unida e viveriam até ficarem velhos sem sucumbir à doença ou à guerra.

Assim, o toé é o limiar de entrada para um campo de visão alternativo, onde seu *status* de aliado se torna visível. Ele é um ser que “*nunca miente*” e que “*cura todo*”. Além dos avós *muun* que são homens especialistas, as mulheres mães de família, sem ser especialistas em rituais, têm uma relação cotidiana com o toé. As mães têm uma aliança particular com este ser,

---

<sup>118</sup> El toé en el caso achuar es llamado como estramonio (Descola, 2005:293-296)

que o adotam como uma planta criada em suas roças. As sementes de toé são passadas de geração em geração, da avó para a mãe, desta para a filha, assim que as plantas do toé constituem uma herança familiar feminina. Há uma relação de cuidado mútuo entre as duas, as mulheres cuidam das plantas de toé, e as plantas por sua vez, cuidam das mulheres e de suas famílias.

Como lembra a sra. Tania, mãe de Elvis, possuidora de uma planta do toé, que herdou de sua avó e sob seus conselhos usa-a no cuidado de sua família: “«*A cualquier enfermedad, a tu hijito le tienes que dar así» eso me enseñó mi abuela, entonces yo traje y ya sembré, vendí también*”. Esta transmissão intergeracional de conhecimentos e poderes de cura é o resultado de práticas de resguardo realizadas por sua avó e da escuta dos conselhos recebidos por sua própria mãe e repassados a seus filhos e netos. Esta rede de relacionamentos e restrições para a proteção do poder da planta são ativadas pelas mulheres mães geradoras de corpos e, com ele, de vidas. Como a sra. Tania explica, este também é o resultado do cuidado que ela tem ao cumprir as dietas e evitar qualquer comportamento que possa diminuir o poder da sua planta de Toé.

O cuidado do toé iniciava desde a siembra: “*Antes de que amanezca, no vas a comer, no haces relación, sin desayuno te vas, lo sacas las hierbas y ahí lo haces sembrar, ahí un día se dieta se come madurito y yuca, no caliente*”. Esta dieta inicia a relação com a nova planta semeada em um lugar escondido da roça como uma forma de proteção, para que o “*tunchi no lo pueda ver y la malogre*”<sup>119</sup>.

Em particular, o toé exige cuidado e tratamento especiais através de uma comunicação onírica com aqueles que sonham com ele e também por meio das visões que ocorrem com a ingestão de bebidas feitas com o toé. Assim, o espírito do toé se comunica com a mulher dona da roça, quando ele se sente desconfortável e maltratado. Por exemplo, comunica-lhe o desejo de ser “vestido”: “*cuando hay palitos ya de toé llevas ropa en pedacitos, eso cuando no le das te dice ‘estoy calata, estoy sufriendo’*”. Este desejo de usar roupas revela a condição humana do toé. A sra. Tania disse que quando teve este sonho do toé, cumpriu a ordem de sua planta, cujos galhos já estavam grandes. Cortou pedaços de pano e amarrou-os aos galhos para serem suas roupas. Este pedido de ser vestido da planta demonstra a consciência que ela tem e sua intencionalidade própria, que lhe dá a capacidade de cura. A eficiência da cura dependerá da

---

<sup>119</sup> Especialista en planta, río Comaina, 2018.

qualidade das relações estabelecidas entre o toé, as mães cuidadoras e as pessoas (filhos e parentes) a quem se dará o toé.

No rio Comaina falam sobre diferentes tipos de toé, embora existam divergências sobre este ponto. “*Hay diferentes tipos y se sabe para qué es cada uno*”, comenta o sabio Ruben, que usa o toé para curar alguns vizinhos: “*Hay toé para soñar visión, mirar nuestro futuro, soñar nuestro vida, ser persona útil, ser persona valiente; eso para los jóvenes. Hay otra planta que solamente es para personas con fracturas, quebradas, para que lo coloque; hay otro del mismo toé para mujer que no puede dar a luz. Y según dicen también hay toé para ser brujo*”.

A variedade de efeitos parece coincidir com uma divisão mostrada por Brown (1978, p. 130-132) em seu estudo das comunidades awajún do rio Alto Mayo. Ressalta que nesta região existem três tipos de toé:

- *del fémur derecho creció el **shiwang baikué**. Esta plata está asociada a los procesos de formación de los varones para la búsqueda de visión guerrera o waimaku. Asimismo, es consumida para recuperar la visión guerrera luego de haber matado a un enemigo.*
- *del fémur izquierdo creció el **tahimat Bikut**. Esta planta es utilizada para la búsqueda de visiones de vida larga y prosperidad. A diferencia de la visión guerrera (waimaku), las personas adquieren abundancia, buena salud y vida larga.*
- *y de la columna vertebral creció el **muntúk tsúak**. Una planta utilizada para curar las enfermedades. El espíritu de esta planta se presenta a los enfermos como una persona europea vestido con ropas finas o de una persona no indígena que trabaja en el hospital de la ciudad.*

No rio Comaina, onde eu realizei o meu trabalho de campo, apenas dois tipos foram mencionados a mim: *baikué*, usado para a busca da visão e alívio de mal-estares; *tsuák*, usado para se transformar em *tunchi* (bruxo) e para realizar curas xamânicas. Esta divisão é semelhante àquela feita com as raízes da ayahuasca no rio Comaina. Onde se distingue o *datém*, usado para tonturas, vômito e busca da visão; e o *yagué*, bebido pelos curandeiros e *tunchis*. Esta classificação não foi unânime para todas as famílias com quem conversei. Como identificou Brown (1978:132), “*la persona dueña que cuida de la planta es la única que puede decir definitivamente que especie de toé tiene*”. Para os olhos awajún cada pessoa conhece os poderes e habilidades de suas plantas. Dessa forma, a busca por saúde coloca em ação uma combinação de estratégias familiares no consumo dos diferentes tipos de toé e ayahuasca identificados em cada região.

Quando as mães percebem algum sinal de mal-estar na saúde da família, elas são responsáveis por usar o toé para obter um diagnóstico do que está acontecendo. Às vezes, primeiro usam medicamentos farmacêuticos (pílulas e injeções), mas quando não há melhora isso indica a possibilidade de um problema maior. Então as mulheres usam o toé como um meio

de obter o diagnóstico e também saber quais tratamentos devem ser usados. O toé é quem diagnostica e quem prescreve a cura. Mas deve ser tratado com cuidado.

*“Cuando te duele tus bracitos, tus cuerpos, cualquier enfermedad te arregla, cuando te rompes también te ayuda”*. O uso da planta, com o chamado de um espírito que as próprias mães protegem, é então uma das primeiras ações de cuidado assumidas contra qualquer doença.

Como a sra. Sonia, mãe de um filho suspeito de “játa AIDS”, disse-me, ela sussurra ao espírito do toé para ajudá-lo a curar seu filho. O chamado ao espírito da planta começa raspando a casca do toé com um “palito” de madeira para evitar danificá-lo: *“cuando se raspa con cuchillo de ahí el toé aparece y te dice en la visión 'porqué me has cortado con cuchillo, me duele, otra vez no me hagas así’”*. Enquanto extraí cuidadosamente a pele vegetal do toé, ela sussurra estas palavras: *“toé tú tienes que ayudar a curar, no tengas miedo, ayúdale. Te pido tu fuerza para que cures”*. Este chamado deve ser feito depois de ter completado um resguardo de dietas e abstinência sexual para que o corpo da mãe seja uma ponte de boas-vindas ao espírito do toé. *No comemos, no tenemos relación, no tomamos masato, cuando raspamos para dar su jugo después comemos chapo y una yuquita nada más”*.

Após ter removido corretamente a casca, ela é fervida em um *ichinak*, uma panela de barro com boca alta, por um tempo que varia de acordo com a cura desejada. Quando a bebida está pronta, é administrada ao paciente que também deve ter respeitado um período de resguardo com dietas e abstinência sexual. Não podendo ter tomado medicamentos<sup>120</sup>. É melhor administrar o toé em um local distante da comunidade, para evitar ruídos e ser observado por outras pessoas da comunidade.

Depois de um tempo de tomar a bebida a pessoa começa a sentir uma “tontura” ou “embriaguez”. Sua garganta seca e as mães dão-lhes goles de água. Quando as visões ocorrem, as pessoas dizem que os seres da floresta se transformam em gente e se aproximam da casa onde estão tomando o toé para olhar através dos sulcos de madeira da cabana. *“Los árboles se convirtieron en gente, yo me perdí en el monte, salí corriendo y todos eran gente. Me asusté”*, contou-me uma jovem awajún. Afilha da sra. Sonia disse que é importante controlar o medo de ver-se rodeado de “gente”: *“Yo veía gente, gente alrededor de la cabaña. 'Mamá veo personas fuera'. Había alguien un hombre fuera mirando y mi mamá me mentía. Decía que era mi*

---

<sup>120</sup> En caso de estar consumiendo medicamentos se espera entre tres a doce horas para consumir las plantas maestras. El objetivo es evitar que las pastillas o inyecciones choquen con las plantas y agraven al paciente. Algunos especialistas en hierbas aplican una dosis de dexametasona y esperan cuatro horas para evitar cualquier riesgo de choque.

*hermano que había venido para que no me asuste. Yo quería correr, salir. Mi mamá decía ' ¡siéntate, siéntate, no vas a salir! ' '.*

Como me explicaram, é “*uma visão que só pode ser vista com os olhos fechados*”, “*como se fosse uma televisão*”, onde tudo é transformado em uma multiplicidade de imagens que vão chegando e que são guiadas pelo espírito do toé. Esse espírito é apresentado nas visões como um “doutorzinho”: *Un hombre flaco, esqueleto, de apariencia apách, siempre con bata, con ropa de doctor que se ven como humanos flaquitas, mujeres y varones, que te atiende*”. Esse “doutorzinho” também pode aparecer como vários doutores, todos com aparência de pessoas brancas e vestidos com roupas características dos médicos. Eles fazem os diagnósticos e guiam as pessoas pelos caminhos que aparecem nas visões, protegendo-os dos perigos que também surgem naqueles momentos. Os awajún me explicaram que esse é um momento de abertura do corpo e isso torna possível a cura, mas também torna as pessoas vulneráveis a serem atacadas pelos dardos *tséntsak* dos bruxos, que estão atentos com intencionalidade de fazer dano. Assim, os doutorzinhos do toé obscurecem a visão do paciente para que ele não veja os *tunchis* e não se exponha a ser a vítima de seus dardos. Como lembrado por uma jovem que pediu ao toé o alívio de uma dor gástrica que se tornou crônica:

*“Ahí el toé me nublaba algunas cosas. Me decía que no mire a tal lugar porque ahí había tunchi y era peligroso. También comencé a escuchar llanto de personas. Me asusté y me dijo que no mire, que me iba a asustar, que había un muerto y su familia estaba llorado. Los podía sentir. Yo estaba viendo envuelto en la sábana, en una cama, un cuerpo. Feo. Ahí me dijo el toé que no mire y me llevó. Él te cuida”.*

Assim, “*cuando el toé es bueno, vienen esas enfermeras y doctores*”, disse a senhora Sonia. Os awajún valorizam muito o fato de que esses doutorzinhos falam awajún. Eles contam que, durante as visões, são atendidos de uma maneira semelhante à forma como são atendidos no posto de saúde, mas é uma atenção mais próxima e com boa comunicação. Os consultórios dos “doutorzinhos” são espaços cheios de luz, onde inclusive se realizam operações com instrumentos e enfermeiras. Eles dizem que durante as visões os pacientes veem sua própria pele translúcida e podem ver os órgãos por trás da pele. Eles veem a doença alojada em seus corpos sob a forma de “*masas amarillas*”, de “*huesos atravesados*” e de “*objetos incrustados*”, que os doutorzinhos extraem, trazendo alívio.

Nesta visão privilegiada, a divisão entre o interior e o exterior dos corpos é dissolvida, e os pacientes seguem as instruções dos doutorzinhos que, durante a consulta, indicam como eles próprios devem contribuir para curar-se. Por exemplo, os doutorzinhos dizem como devem massagear-se e como devem sugar as partes do corpo onde a doença está localizada. Por

exemplo, a filha da sra. Sonia me disse que os doutorzinhos disseram a ela: “*¡masajéate fuerte! Ahí tienes una masa amarilla ¡Así, masajéate!*”, e ela seguiu todos os seus conselhos.

Quando termina a consulta, os doutorzinhos comunicam a melhora: “*Vas a estar mejor, vas a trabajar, vas a estudiar, vas a tener negocio. ¡El toé te cura bonito!*”. Estas previsões, no entanto, só se tornam realidade se depois de tomar o toé, o paciente respeita a salvaguarda das dietas e abstinência sexual durante o período indicado pelos doutorzinhos do toé. Você não pode fazer sexo, comer guisados, sal, açúcar, patarashca<sup>121</sup> ou temperos. Caso não se cumpra esse período de resguardo, o espírito do toé é afetado e se ressentido, resultando que em alguns casos a eficiência da cura diminui e em outros o paciente pode até mesmo morrer. “*Tú mismo sangrando, vomitando, solito te mueres*”, advertiu um especialista em plantas.

*Cuando tu comes patarashca, masato , frutas, hace relación con tu esposo, el toé cuando lo vuelves a tomar se hace así. Va para comer, para hacer relación ¡ya no cura! El toé, dice: 'yo no te voy a curar, tengo q hacer relaciones, tengo que comer, tengo que bañarme'. Así al enfermito lo deja. Por tenemos que cuidar nosotros mismos. Cuando a cualquiera le damos, el toe habla, y, si no ha tenido dieta, ya se malogra. (Mario, especialista em plantas, río Comaina, 2018)*

É importante enfatizar então que para o awajún o toé cura, mas esta cura depende da atitude do paciente antes, durante e após a visão, em que os doutorzinhos do toé aparecem e dão conselhos. O paciente deve cuidar de si mesmo, realizando um autocuidado, e se responsabilizando pelos possíveis efeitos negativos em caso de não cumprimento.

As primeiras 48 horas são de grande perigo. Com visão turva e até mesmo embriaguez, a mãe do paciente intercede novamente aplicando dois pimentões, ou “*jima*”<sup>122</sup>, em suas mãos e pés. Isso é considerado necessário para evitar ataques de *tunchis* e afastar os poderes excessivos que a planta pode ter transmitido involuntariamente durante a visão. Nestes dois primeiros dias, a pessoa fica na casa de sua mãe, evitando olhar diretamente nos olhos das pessoas. Considera-se que se olhar as pessoas diretamente nos olhos, pode-se ver se elas estão perto da morte<sup>123</sup>, e é preferível evitar esta visão. O paciente mantém a habilidade de ver para além da pele, produto do poder do toé, que se perde com o passar dos dias.

---

<sup>121</sup> Plato típico de la región amazónica del Perú, consiste en un pez envuelto en hojas de bijao que es asado en brasa.

<sup>122</sup> El ají awajún está asociado al alejamiento del daño y de las enfermedades. Según los interlocutores de Brown (1984, p. 230), el “*ají nunca se enferma. El bebé debe ser como el ají, jamás enfermándose*”. Es también usado a en casos de aborto y de mordeduras de serpiente,

<sup>123</sup> Así lo recuerda la hija de la señora Sonia: “*Si se le ve huesito su cara otra forma, como con una sombra, negro, es que va a morir*”.

No caso de tomar ayahuasca, o processo é semelhante, mas é mais curto e o cuidado menos rigoroso. Tudo acontece em um dia. Em geral, no entanto, as pessoas preferem tomar toé porque têm maior confiança no diagnóstico dos doutorzinhos e na eficiência de seus tratamentos.

Além disso, durante o consumo do toé, os pacientes não só têm um vislumbre de seu próprio futuro, mas eles veem suas famílias. Desta forma, o uso do toé tem importantes efeitos coletivos. Você sabe quando toda a família vai ficar bem. O consumo do toé é uma consulta coletiva sobre a saúde do membro afetado que, por sua vez, tem uma visão da vida longa e do bem-estar de seus outros membros. Essas visões de cura são então contadas na privacidade da família e constituem momentos em que crianças, netos e outros membros da rede reafirmam juntos e verbalizam o que foi visto pelo paciente: que uma criança será saudável, que o neto vai para a escola, que o irmão vai se casar, que a sobrinha vai ser impertinente e quando crescer vai estudar, etc. São visões que, através de sua narrativa, dão a certeza da continuidade na vida familiar.

...

A consulta com os doutorzinhos do toé também é usada no caso de diagnóstico de “játa AIDS” e suspeita de “waweamu com sintoma de AIDS”. As mães cujos filhos tenham sintomas agravados confiam seus filhos aos doutorzinhos da planta. A sra. Ursula me disse que acredita que o toé curou seus filhos do “dano com sintoma de AIDS”. O caso do seu filho é complexo porque, como explicou, quando seu filho estava na escola, foi diagnosticado com HIV por técnicos de saúde, mas que nunca receberam a confirmação do diagnóstico de Lima. Então, de tanto pensar que estava doente, seu filho efetivamente começou a ficar doente. Ela relata que, graças ao toé que lhe deu para tomar, foi capaz de receber a confirmação de que ele não estava com “játa AIDS” e que tinha sido vítima de dano de uma pessoa invejosa do trabalho de seu pai.

*“A mi hijo, estando en 3er año [16 años] en el colegio, le dijeron que tiene VIH. Le llevaron a Nieva<sup>124</sup> y ahí dijeron que iban a traer el resultado [del examen]. Pero nunca le dieron. Ahi, él peor estaba pensando y se volvió como enfermo.*

*Él no estaba enfermo, ¡solo con el tamizaje se enfermó! Por eso le digo a sus hermanos: “no saquen análisis en el colegio, porque ahí no más se enferman”. Pueden sacar análisis y decir que tiene SIDA, pero estaba sano. Yo les decía «tu hermano mayor no tiene esa enfermedad. ¿Como tú vas a tener esa enfermedad?», así le aconsejaba. Le pedí a Apajui [Dios] y le di toé, de aquí de mi mamá, solita lo preparé.*

---

<sup>124</sup> Santa María de Nieva es una ciudad de puerto ubicada a 5 horas en bote rápido de su comunidad.

*Ahí había vomitado, así oloroso ¡feo! «"Játa atsú"/ "no tienes enfermedad". Te dieron daño"», le dijo el Toé. «Te odian. Tu papá está trabajando como aguatero, entonces el brujo dijo, que su papá muera en la tumba. Pero como no le pudo hacer daño a tu papá, dijo que tú te mueras con síntoma de SIDA».*

*Pero, mi hijo vio visión de que va a estudiar. Se va a curar. Va a engordar. Ahora esta normal. Aquí ya no se enferma. El toé le dijo «no tengas miedo, vas a curarte». Le dijo todo" (Señora Úrsula, río Comaina, 2018).*

O diagnóstico de “*játa atsú*”, ou seja, “nenhuma doença”, dada pelos doutorzinhos do toé anunciou o diagnóstico de dano e deu a sua mãe e Jesus a certeza de que o toé havia curado esse dano. O toé o fez ver que ele iria estudar fora da comunidade e Jesus decidiu cumprir essa previsão e ir estudar na cidade de Nieva, onde está até hoje.

A segurança que a planta deu a Jesus e sua família ao mesmo tempo reforçou a desconfiança que todos sentiam do posto de saúde, por ter feito um diagnóstico no posto e nunca ter recebido o resultado desse diagnóstico, que enviaram a Lima para confirmar o HIV/AIDS.

À medida que a confiança na planta cresce, a desconfiança no posto de saúde também cresce. Esta é uma dinâmica que pude observar em várias famílias. O diagnóstico do “*waweamu* com sintoma de AIDS” anunciado e tratado por toé termina um período de deterioração na saúde dos jovens que foram diagnosticados com “*játa AIDS*”. Seguindo o conselho do toé, os jovens voltam a trabalhar, caminhar, engordar e conversar. Muitos dizem que não sabem quanto tempo a cura vai durar, mas a melhoria óbvia de seus filhos gerou a legitimação da planta, diferentemente dos tratamentos antirretrovirais.

*“Las plantas sirven porque son más fuertes que fármacos. Yo no le creo al doctor. ¿Por qué cuando uno toma plantas ese virus se esconde? La planta tiene más potencia. El virus se pone débil y eso el médico no te lo dice bien. La planta tiene otros conocimientos más fuertes. Entonces, en tu cuerpo te protege. Pero la planta no te sana totalmente. Después de un tiempo pasa y otra vez estás mal. Como la gente ya está orientada van de nuevo al curandero y ahí hay conflicto con el puesto de salud”*

(Sabio Ruben, río Comaina, 2018)

*“Por eso digo ¿acá habrá esas máquinas que detectan játa SIDA o solo habrá las que detectan játas que se puede curar como sífilis, gonorrea? Aquí hay prueba rápida no más”. ¿Qué enfermedad es esa que choca con pastillas y se mejora con plantas?*

(Mario, especialista em plantas, río Comaina, 2018)

Às vezes o diagnóstico e o tratamento do “*waweamu* com sintoma de AIDS” com o toé também indicam quando o caso é mais grave e é necessária a intervenção de outros especialistas, tais como os *tunchis* e os especialistas em ervas. A intervenção dos *tunchis* é necessária quando a alma do paciente está atravessada por dardos de dano (*tséntsak*). Os especialistas em ervas, por sua vez, são chamados para tratar os sintomas da doença com plantas

medicinais. A eleição de um especialista sobre outro é com base nas experiências de curas bem-sucedidas. Alguns deles afirmavam para si mesmos que eles podiam “curar a AIDS”. Esta afirmação era duvidosa para algumas famílias, más os procuravam na esperança de alguma cura.

Nas comunidades, os *tunchis* e os especialistas em ervas são todos awajún, mas nas cidades há *tunchis* e especialistas em ervas *apách*, especialmente mestiços da costa. Normalmente as famílias pedem dinheiro para todos para levar os jovens doentes para serem atendidos pelos *tunchis* nas cidades. Os custos podem ser muito elevados, por exemplo, para uma suspeita de “*Sidajai waweamu*” o *tunchi* pode cobrar S/. 1000 soles, para uma bebida feita com raízes que assegura a recuperação imediata; ou até S/. 3000 soles<sup>125</sup>, para a cura xamânica que envolve a proteção do *wakán*, da alma dos enfermos. Estes investimentos geralmente são vistos com desconfiança e só são realizados com o apoio de toda a família.

Nesta pesquisa não irei me aprofundar neste tópico, mas vou relatar algumas narrativas das quais tomei conhecimento. O sr. Lorenzo, da comunidade de Kusu Kubaim, disse que seu filho José se “curou da AIDS” depois de uma combinação de estratégias: primeiro tomou antirretrovirais, mas diante dos efeitos negativos, decidiu entrar em contato com um *tunchi*. Com o tratamento do posto de saúde, “*el cuerpo te queda mal*”, disse. O resto da comunidade estava pressionando-lhe, dizendo: “*¡No haces nada, preocúpate por tu hijo!*”. Com a pressão, procurou um parente *tunchi* perto da fronteira com o Equador. Como não tinha dinheiro, não pode levar o filho, só uma foto. O *tunchi* tomou ayahuasca e curou a foto de José, entregando-a de volta para ele. Regressou a sua comunidade e encontrou seu filho muito doente, acamado. Sua esposa, mãe de José, organizou uma sessão de ayahuasca familiar para o filho, preparou ayahuasca, e deu a seu filho. Ao mesmo tempo, ele colocou a foto curada pelo *tunchi* no peito de seu filho. Após esta sessão de ayahuasca, José recuperou a saúde e abandonou os antirretrovirais. De acordo com ele, José agora permanece “*gordo, va a pescar, cazar y viaja*” graças a um tratamento que compraram de um especialista em ervas em uma comunidade vizinha. O tratamento consiste em uma mistura de *catahua* (*Hura crepitans* L) e *sacha jergón* (*Dracontium loretense krause*).

*“¡Le sanó el datém! Eso le tomaba. Otro (herbalero) prepara y eso lo toma (el enfermo) y ahí le ven, y ahí se mejora. Cuando hay la enfermedad también le sana.*

*En 2003, le llevaron de acá [al Puesto de Salud de Kusu Kubaim] y lo pasaron a Huampami, después a Nieva. Le dijeron que es enfermedad SIDA. Se trató con*

---

<sup>125</sup> Aproximadamente \$ 900 dólares, al cambio en enero del año 2019.

*medicamentos, pero no sano. Como yo no creo en hechiceros (tunchis) no le llevaba, pero algunos me dijeron: “¿Por qué no te preocupas de tu hijo? ¿Qué vas a hacer? Como no tengo ninguna plata, ¿cómo le voy a mover? Entonces, llevé su foto hasta donde mi tío, que vive cerca de Ecuador. Es un hechicero. Primero llegué a Tunas, luego a Achuim, crucé una quebrada; luego caminé tres días más y llegué a Shaim. Le entregué la foto a mi tío. Tomamos ayahuasca juntos y la ayahuasca me dijo: «Hay enfermedad, pero no es játa SIDA. Le das este medicamento y yo voy a ayudar”. No sé qué enfermedad era o si espiritualmente le ayudé.*

*He regresado a mi casa y he traído su foto de mi hijo. La puse en su pecho. Cuando llegué, mi hijo estaba bien mal y esa foto le he puesto en su pecho. No puedo saber si ayudó o no ayudó. También le pusimos ampolla y de ahí, poco a poco, se está recuperando. De ahí le paro la fiebre, la diarrea y se recuperó.*

*Los que están trabajando en el Puesto de Salud le dijeron: “Esta pastilla tomas cada día”. Mi hijo tomó unos tres meses, pero ¡no quedó bien! Por eso dejó la pastilla. Cuando llega el día marcado de recoger su pastilla, él va al puesto y le dan su pastilla por tres meses. Él la lleva a la casa, pero no la come. Cada familia tiene su modo de cómo sanar. Yo prácticamente a mi hijo lo he sanado, pero no puedo decir para los demás. Cada uno debe hacer su tratamiento” (Lorenzo, río Comaina, 2018)*

O sr. Lorenzo diz que combinou várias formas de tratamento quando voltou para casa com a foto curada de seu filho, e que não sabe qual delas funcionou. Para ele, a cura não vem só de uma ação, mas de todo o esforço e cuidado que ele e sua família fizeram, e do apoio de drogas e injeções. Para ele, esse conjunto de ações, plantas e espíritos que envolvem muitas pessoas é o que gerou o estado de bem-estar em seu filho. Além disso, é evidente para ele que cada caso é diferente e que cada família deve encontrar a sua própria combinação de tratamentos eficientes. “*Cada uno debe hacer su tratamiento*”, que funciona para alguns e não funciona para outros, porque é uma rede inteira de relacionamentos de plantas, espíritos, especialistas e familiares que devem ser mobilizados.

Este caso mostra a confiança que existe nas plantas, em seus espíritos e seus efeitos, quando administradas pelas pessoas certas, especialmente por parentes próximos. Sua resposta familiar legítima o *tunchi* e o especialista em ervas, com a capacidade de aproximar o poder das plantas para gerar estados de equilíbrio nos familiares doentes. Muitas das misturas dos especialistas em ervas caracterizam-se pelo uso de combinações de plantas ácidas. Esta acidez é percebida como um meio de retirar a doença do corpo, de removê-la através do suor, vômito, defecação e salivação. Por exemplo, a *catahua*<sup>126</sup> é considerada muito eficaz porque é ácida. A *sacha jergón*, chamada *santanen* em awajún, é uma planta de “sangue” ácido, que é consumida por pessoas com “*játa AIDS*”. Toma-se três vezes ao dia durante uma semana e seu efeito dura um mês, após o qual toma-se novamente.

---

<sup>126</sup> Planta usada por los achuar en la pesca junto al barbasco (Descola, 2005).

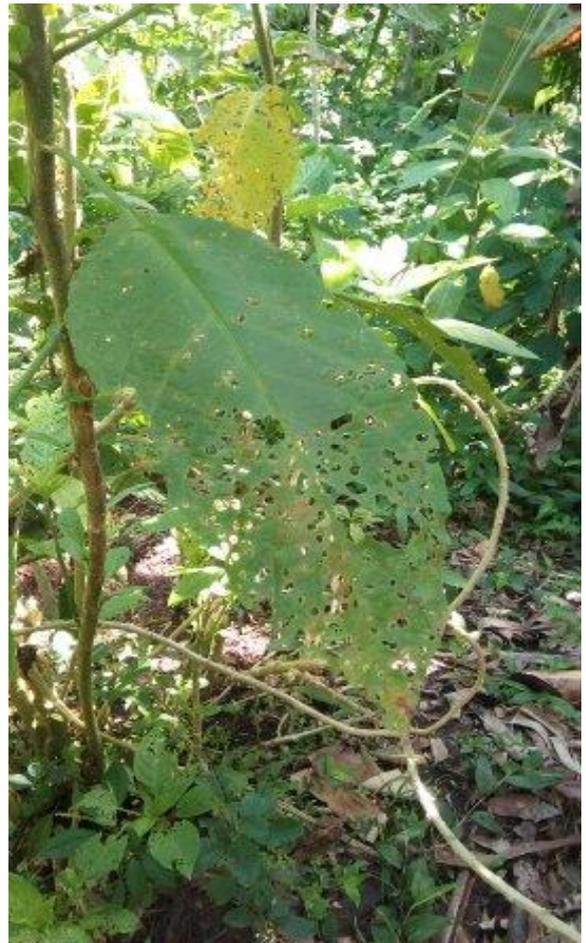
“Ahora, la mayoría que tiene játa SIDA toma esa planta que se llama santanen. Eso parece como serpiente. Llevan su fruto, lo lavan bien, lo rayan, lo parten y después de cortarlo lo ponen al sol para que se seque. Después, seco se raya y eso cuando se toma avena o leche, se hecha en porciones. Ese día tomas 3 veces durante una semana. Después de un mes tomas otra vez una semana. Tomando una semana de ahí descansas un mes”. (Señora Laura, río Comaina, 2018)

Estes casos mostram a complexidade do conhecimento e dos procedimentos postos em ação por famílias awajún a partir de suas próprias noções do “játa AIDS” e “waweamu com sintomas de AIDS”, ao mesmo tempo em que seguem os tratamentos do posto de saúde. Em muitos casos, os especialistas não falam abertamente de seu conhecimento de plantas como o toé, ayahuasca e outras plantas, para proteger esse conhecimento e por medo de serem vistos como *tunchis*. Além disso, como mencionado acima, não são apenas técnicas de tratamento com plantas e especialistas, mas redes de relacionamentos que devem ser colocadas em ação, e que são diferentes em cada caso. Cada família segue seu próprio caminho em busca de saúde.

**Foto 11:** Caules de toé (*Brugmansia suaveolens*).



**Foto 12:** Folhas de toé (*Brugmansia suaveolens*).



**Fonte:** Arquivo pessoal, Ximena Flores 2018.

**Foto 13:** Planta medicinal, sachajergón (*Dracontium lorentense krause*).



**Fonte:** Arquivo pessoal, Ximena Flores 2018.

**Foto 14:** Garrafa comercial de prantas medicinais



**Fonte:** Arquivo pessoal, Ximena Flores 2018.

## 6. CONSIDERACIONES FINALES

A lembrança do dor e inequidade que me motivou regressar as comunidades awajún do distrito de El Cenepa foi sendo deixada de lado durante o meu trabalho de campo graças à convivência diária com as famílias awajún. Elas em seus atos, discursos e conhecimentos me mostraram a capacidade criativa e a potência indígena frente a os contextos de desastre. Esta dissertação é, portanto, uma etnografia do particular, seguindo a proposta de Abuh-Lughod (1990), escrita a partir de experiência vivida de mães, pais e filhos. Suas narrativas me permitiram descentralizar o foco biomédico dos diagnósticos de HIV/AIDS numa população indígena e aprender sobre as noções awajún de “*játa AIDS*” e “*waweamu* com sintomas de AIDS”; fazendo uma análise das relações, dos corpos e dos espaços de cuidado que estão presentes nos processos de “fazer vida” da população awajún.

No primeiro capítulo, comecei abordando as histórias de contato e memórias de epidemia de *muuns* ou avós awajún que constituem a base para entender por que a população do distrito de El Cenepa vê o HIV/AIDS como uma doença *apách*, ou não indígena. A conexão entre as epidemias indígenas e o contato no es algo novo nos povos amazônicos. Nas palavras de Davi Kopenawa (2015, p.78-79), os forasteiros chegaram com “*suas fumaças de epidemias e suas espingardas*”. Segundo ele, os yanomami hasta temiam que “*os brancos quieriam acabar*” com os indígenas. No caso awajún, a escola e a geração de comunidades promovidas pelas missões trouxeram as primeiras grandes epidemias no seu território. Os avós *muun* lembravam destas epidemias e as assemelham ao atual contexto de ameaça de HIV/AIDS. Segundo os conhecimentos e as práticas awajún, as novas doenças *apách* ao entrar no corpo awajún eram transformadas em doenças próprias dos awajún, com capacidade de afeitar as dobras físicas e espirituais do corpo amazônico. Portanto, além de problematizar os fatores epidemiológicos associados as taxas de mortalidade avançadas, a presença do HIV neste território convida a questionar a perspectiva awajún do que se entende por HIV e AIDS.

A formação do corpo awajún, no segundo capítulo, é, portanto, um ponto central para a compreensão dos processos de saúde e doença vivenciados pelas famílias no distrito de El Cenepa. O corpo dos awajún é continuamente feito a través dos corpos com conhecimento de seus pais e parentes, numa cadeia infinita e heterogênea de formação de corpos dos avós/ avô a pais/mães, e de pais/mães a filhos/filhas. A formação das pessoas e, portanto, um ato de cuidado e de generosidade dos parentes (Viveiros de Castro, 1979). No caso awajún, a existência das

peessoas tem sido garantida por: o uso de plantas para a preparação da madre para o parto, o enterro da placenta no chão da casa familiar, o antigo processo de covada, os ritos de busca da visão de vida longa e guerreira dos jovens, entre outros. Esses conhecimentos e ritos fazem forte as dobras do corpo awajún constituído por: o corpo físico (biológico) “*iyásh*” e o reino espiritual “*wakán*”. Ambas dobras são inseparáveis e se afetam continuamente, podendo ser alvo de doenças e feitiçaria.

Com a chegada do HIV/AIDS, o “*játa AIDS*” ou “doença de AIDS” para as famílias awajún compreendem a doença de transmissão sexual que afeta diretamente ao *iyásh*. Esta condição é diagnosticada no posto de saúde e está sujeita a tratamentos com antirretrovirais. Por outro lado, na dimensão do “*wakán*”, que é ameaçado pelos dardos *tsentsak* enviados intencionalmente por um *tunchi* (feiticeiro), está o “*sidajai beset waweamu*” ou o “*waweamu com sintomas de AIDS*”. Esta condição é diagnosticada pelas plantas mestres (toé e ayahuasca) e pelos *tunchis*, que tem capacidade de causar o dano e de curar o dano. As suspeitas de ter “*waweamu com sintomas de AIDS*” ou “*játa AIDS*” se sobrepõem constantemente e levam à busca de novas formas de cura. Para as famílias Awajún com quem trabalhei, uma separação discreta entre dano e doença não era relevante. É mais uma questão de modulação e não exclusão. O HIV e a AIDS não são verdades que possam ser entendidas com apenas um tipo de causa e tratamento. Embora os Awajún reconheçam que essas condições provém de contextos *apách* e que os tratamentos anti-retrovirais fornecidos pelos estabelecimentos de saúde do Estado peruano são adequados e necessários; eles também consideram que em suas comunidades os casos de HIV e AIDS adquiriram diferentes formas que requerem cuidados diários e a busca por vários tratamentos que não correspondem ao pensamento *apách*.

Neste contexto, meu interesse em mostrar as histórias de famílias, especialmente as de Elvis Túwi e Ricardo Uyúsh, destacou o papel central do cuidado prestado pelas famílias e mães awajún diante de doenças e suspeitas de bruxaria. As casas de família são os espaços onde o corpo dos filhos é feito, especialmente pelas mães, que são as protagonistas do cuidado na formação dos filhos. A cozinha, as lojas familiares e as roças são, então, lugares onde esse fazer corpos e “fazer vida” das mães são implantados, e onde elas encontram no apoio de seus parceiros e seus outros filhos em atividades de complementaridade para responder às doenças familiares. As famílias awajún vivem juntos a vida, a doença e a morte de seus filhos.

Além de diagnosticada no posto de saúde, a doença awajún é constantemente diagnosticada em família, através da atenção detalhada que as mães dão para os possíveis

desconfortos de seus maridos e filhos. Estão constantemente em alerta para transformar “*no vidas*” ou corpos que “*están enfermos*” (*jaa pujáwai*). A pele, o estômago e a garganta são os primeiros lugares no corpo que relatam a severidade de uma infecção. As famílias awajún, em um conhecimento complexo do corpo, identificam mudanças na posição dos órgãos, dureza ou inchaço, como sinais de preocupação. O corpo dá mensagens de alerta que não são percebidas como sintomas biomédicos, mas retratam sensações que são descritas de acordo com a terminologia awajún: “*como si lombrices estuvieran en la garganta*”.<sup>127</sup> Falta de apetite, bebida e comida sempre chama a atenção porque se sabe que é o início de um processo de enfraquecimento. A diminuição da força leva a ficar de cama e, com isso, o filho fica totalmente dependente da família e “*empieza a no vivir*”, mas sua vida continua a contar muito para sua família, especialmente para sua mãe, que suas alianças com plantas e seres no-humanos para trazer-lhe de volta a força.

As ameaças de HIV ou AIDS são, portanto, assumidas pelos lares familiares que mobilizam diferentes tratamentos na busca da saúde com o consumo de medicamentos biomédicos, mas, principalmente, das plantas mestres e medicinais como medidas indispensáveis no tratamento awajún. Os tratamentos são feitos de acordo com as necessidades de cuidados que exigem o diagnóstico de HIV ou AIDS como parte das experiências de “*játa AIDS*” ou “*waweamu* com sintomas de AIDS”. Especialmente plantas, aliadas centrais. Este é o caso das plantas de visão como o toé (*Brugmansia suaveolens*), que mostram a pessoa doente aos “doutorzinhos do toé”, que dão diagnósticos e tratamentos novos para assegurar a vida dos filhos. As mães awajún, sendo as cuidadoras dessas plantas, conseguem prolongar a vida de seus filhos, estabelecendo relações de aliança com a planta do toé e seus doutorzinhos. Esta planta, chamada *baikuá* em awajún, é considerada um presente do Bikut, o herói cultural que, de acordo com a percepção awajún de sua própria história, concedeu-lhes capacidades de guerra e técnicas de visão do futuro, a fim de superar a morte. Os ensinamentos de Bikut são, em grande parte, dirigidos a práticas destinadas a superar a fragilidade do corpo masculino que, de acordo com a percepção awajún, se enfraquece quando entra em contato com cheiros, venenos e seres poderosos. A fim de superar esses perigos, os jovens devem praticar os ensinamentos de Bikut e buscar, através de dietas, a visão de seu futuro, usando as plantas de toé que este herói cultural lhes deixou. O toé, como um legado de conhecimento de mães e avós, é então um protagonista no fazer corpos saudáveis. Por isso, a nova fragilidade dos awajún, que agora

---

<sup>127</sup> Señora Tania, KK, 2018.

enfrentam o HIV/AIDS, requer novamente a visão de vida longa e próspera para os filhos que acreditam estar doentes. O toé se transformou em o novo gerador de vida dos jovens e suas famílias; eles quando recebem as previsões de cura mostrado pela planta, sabem que vão viver, apesar da fragilidade de seus corpos.

A cura das plantas-gente como o toé não significa que o sistema de saúde biomédico seja deixado de lado. As famílias awajún também procuram os serviços de saúde pública presentes nas comunidades, mas experimentam grandes dificuldades de comunicação e de confiança com as equipes de saúde. Neste contexto, as famílias awajún fazem seus próprios tratamentos que escapam das armadilhas entendidas como conhecimentos de medicinas biomédicas e indígenas. Como identifica Narby (2005, p. 13): *“lo que se creía como exclusivamente humano se comparte con otras especies, lo que la ciencia dice que es solo de los humanos es cada vez más reducido”*. A biomedicina não é a única fonte de cuidados para condições como o HIV/AIDS, porque a humanidade das plantas aliadas torna possível o tratamento de adoecimentos awajún. Famílias como espaços de cuidado, uso de plantas e leitura de sinais corporais são um conhecimento médico complexo da população awajún que responde às práticas diárias de dar saúde. Assim, estudos sobre HIV/AIDS em povos indígenas não podem ser circunscritos exclusivamente a quadros biológicos de carga viral, defesas e presença de vírus no sangue. A doença é inserida na vida, é vivida dia a dia e é gerada como uma experiência coletiva, vivenciada em relações de rede e em várias dimensões da existência. Estas são algumas das estratégias de diagnóstico e tratamento diante de um adoecimento awajún, que é atendido no âmbito da alteridade, com o objetivo de devolver a vida aos filhos.

Considero importante especificar que, na incerteza que vem causando a rápida mortalidade de jovens awajún soropositivos, as famílias awajún durante o trabalho de campo exigiam continuamente do Estado peruano uma política que assuma a responsabilidade com medidas de saúde eficientes para a situação de suas comunidades, particularmente longe das cidades, na área fronteira com o Equador. As famílias reconhecem sua criatividade e autonomia para decidir o que tratamento dar a cada membro doente, más pediam que, nos casos de *“doença de AIDS”*, que tem que ser diagnosticado e tratado no posto de saúde, as equipes de saúde pública estejam melhor preparadas. Os problemas encontrados nos serviços de postos de saúde, a ausência de especialistas na área, os problemas de comunicação entre os profissionais de saúde e a população local, a falta de medicamentos antirretrovirais adequada e de exames de carga viral, a ausência de políticas de acompanhamento emocional e a falta de diálogo com as

famílias das pessoas soropositivas eram vistas como práticas problemáticas pelas famílias awajún.

Este processo gradual de lentidão burocrática está “fazendo morrer” a muitos jovens awajún como Elvis. Apresentar suas histórias nesta dissertação foi, portanto, um grito de luta pelas vidas que são silenciadas pela política peruana. A acusação dos awajún aos técnicos de saúde de “fazê-los morrer” me faz pensar no processo de necro-governança inserido no cada vez mais burocrático serviço de saúde pública peruana. A presença letárgica do serviço de saúde oferecido à população awajún pode ser vista como uma política de “fazer morrer e deixar viver”, como Mbembe (2006) identifica, onde a aplicação de serviços limitados em determinados territórios gera vidas mais valiosas do que outras, que são justificadas com políticas de “bala mágica”, justificadas na premissa de “*pelo menos algo chega*”. Isso é insuficiente. O contato com os *apách* trouxe os adoecimentos que os serviços de saúde chamam de HIV/AIDS.

Espero que com meu trabalho se leve a sério a experiência de saúde e doença awajún, as demandas indígenas em torno do HIV/AIDS e a necessidade de mudanças nos cuidados da política de saúde que sejam relevantes para essas populações. Meu desejo é ajudar a repensar a doença e os novos sistemas de saúde indígenas. “*Iina uchiji jinawai*” ou “*nuestros hijos están muriendo*”, é o sofrimento que expressa perfeitamente esse contexto de emergência e invoca o trabalho futuro para enfrentar essa epidemia e evitar que mais filhos continuem morrendo.

## 7. BIBLIOGRAFIA

ABU-LUGHOD, Lila & LUTZ, Catherine. 1990. Introduction: emotion, discourse and the politics of everyday life. In: LUTZ, Catherine; ABU-LUGHOD, Lila. (Orgs.). *Language and the politics of emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.

ALBERT, Bruce & Rita ALCIDA. 2002. *Pacificando o branco: cosmologias do contato no norte-amazônico*. São Paulo: UNESP.

ALBERT, Bruce & GOODWIN Gale. 1997. *Saude Yanomami*. Um manual etnolinguístico. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi,

ALVA, Isaac. 2013 *Sex on Amazonian riverboats: A neglected public health problem*. University of Washington. Seattle, Estados Unidos.

BARLETTA EC et al. 2008. “Expansión of HIV and syphilis into the Peruvian Amazon: a survey of four communities of an indigenous Amazonian ethnic group”. *Infection Diseases*. 2008

BELAUNDE, Luisa. 2007. “Fuerza de recordar, hedor de olvidar: hematología amazónica, venganza, género”. *Amazonía peruana*. N°30. pp. 239-266.

\_\_. 2005. *El recuerdo de luna*. Género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos. Lima: CAAAP. 2005

\_\_. 2003. “Yo solita haciendo fuerza: Historia de parto entre los Yine (Piro) *Amazonía Peruana*.

\_\_. 2001. *Viviendo Bien. Género y fertilidad entre los Airo – Pai de la Amazonía Peruana*. Lima: CAAAP.

BERLIN, Brent. 1977. “Bases empíricas de la cosmología aguaruna jíbaro, Amazonas, Perú”. En: *Studies in Aguaruna Jivaro ethnobiology, Report 3*. Berkeley: University of California.

BERLIN, Brent & E. Markell. 1977. Parásitos y nutrición: dinámica de la salud entre los Aguaruna Jíbaro del Amazonas. En: *Studies in Aguaruna Jivaro ethnobiology, Report 4*. Berkeley: Language Behavior Research Laboratory, University of California.

BIEHL, João. In *Will to live. Aids therapies and the politics of survival*. United Kingdom: Princeton University Press, 2007.

\_\_. 2008. Antropologia do devir: psicofármacos, abandono social, desejo. *Revista de Antropologia*, São Paulo, USP, V. 51 N° 2.

BUCHILLET Dominique. 2004. “Sorcery Beliefs. Transmission of Shamanic Knowledge, and Therapeutic Practice among the Desana of the Upper Río Negro, Region, Brazil”. In *Darkness and Secrecy*. London: Duke University Press.

\_\_. 1991. *Medicinas tradicionais e medicina occidental na Amazônia*. Belém: Edições Cejup,

\_\_. 2000. “Contas de vidro, enfeites de branco e “potes de malária” Epidemiología e representações de doenças infecciosas entre os Desana do alto Rio Negro”. *Pacificando o*

*blanco: cosmologias do contato no norte-amazónico/ Bruce Albert e Alcida Rita Ramos. São Paulo: UNESP.*

BUSTAMANTE, Mónica. *Viviendo con VIH, muriendo con SIDA*. Quito: Abya Yala/ FLACSO Ecuador. 2011.

BUTLER, Judith. *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*. Buenos Aires: Editora Paidós. 2010.

—. *Vida precarias. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós 2006.

BRAUNE, Flávia. 2001. “Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xoklég de Santa Catarina, Brasil”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(2):397-406, mar-abr.

BRABEC DE MORI, Bernd. 2014. “From the Native’s point of View. How Shipibo - Konbo experience and interpret ayahuasca drinking with Gringos”. *Ayahuasca Sahmanism in the Amazond and Beyond*. NewYork: Oxford University.

BRAUM, Pedro; Flávia Dalmaso e Neiburg, Federico. 2014. *Gender issues: Relations between men and women in the low-income districts of Port-au-Prince*. Viva Rio/NuCEC

BRITO, Nair. 2017. Apresentação. *7º Encontro da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids*. Fortaleza, Ceará.

BROWN, Michael. 1984. *Una paz incierta. Historia y cultura de las comunidades aguarunas frente al impacto de la carretera marginal*. Lima: CAAP.

—. *Tsewa’s gift. Magic and meaning in an Amazonian Society*. Washington: Smithsonian Institute Press. 1985.

—. 1978. “From the hero’s bones: three aguaruna hallucinogens and their uses”. *The nature and status of ethnobotany*. Richard I. Ford, editor. *Anthropological Papers* N°. 67, pp. 178-136.

CACERES, C. F., & MENDOZA, W. 2009. “The national response to the HIV/AIDS epidemic in Peru: Accomplishments and gaps”. In *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 51, S60-S66.

CASTRO-ARROYAVE& Juan GAMELLA & Natalia GÓMEZ & Carlos ROJAS. 2017. “Caracterización de la situación del VIH/SIDA en los Wayuu de Colombia: una aproximación a sus percepciones”. *Revista de Antropología Chilena*. 49. pp. 109-119.

CAROSIO Alba (comp.). 2015. *Tiempos para pensar. Investigación social y humanística hoy en Venezuela*. Caracas: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

CÁRCAMO CP et al. 2012. Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(10).

CUETO, Marco. “El rastro del SIDA en el Perú”. 2002. *História, Ciências Saude*. Vol. 9. 17-40.

- DAS, Veena. 2007. *“Life and Words: violence and the descent into the ordinary*. Berkeley: University of California Press.
- DELGADO, Hugo. 1986. Cultura (cosmovisión) y salud entre los aguaruna – awajún. *Apuntes de Medicina Tradicional*. N°60. 1-38.
- DESCOLA, Philippe. 2005. *Las lanzas del crepúsculo. Relatos jíbaros. Alta Amazonía*. Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- , *La selva culta: simbolismo y praxis en la ecología de los Achuar*. Quito/Lima: AbyaYala - IFEA. 1988
- DIEHL, Eliana. 2012. “Medicamentos en contexto local indígena: A farmacia caseira Okleng, Santa Catarina”. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v.4, n.1, jan.-jun., p.189-206, 2012
- DIEHL, Eliana & GRASSI Francielly. 2010. “Uso de medicamentos em uma aldeia guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(8):1549-1560.
- EFE. (06 de marzo de 2019). “Frenar el VIH en indígenas de Perú, la misión de una brigada por el Amazonas”. *EFE Edición América*.
- ESPINOSA, Oscar. 2009. “¿Salvajes opuestos al progreso?: aproximaciones históricas y antropológicas a las movilizaciones indígenas en la Amazonía peruana”. *Anthropologica*. Año XXVII, N° 27, pp. 123-168.
- FARMER Paul & Arachu CASTRO. 2005. “El estigma del SIDA y su evolución social: una visión desde Haití” *Revista de Antropología Social*. 14. pp. 125-144.
- FARMER, Paul. 2002. "Brujería, política y concepciones sobre el SIDA en el Haití rural", en D. Armus (ed), *Entre curanderos y médicos. Historia, cultura y enfermedad en América Latina*. Buenos Aires, Grupo Editorial Norma, pp.419-455.
- FAUNO, Lucas. *Bicho y Yo*. Agencia Presentes. 19 de abril 2018.
- FAUSTO-STERLING, A. 2006. “Duelo de dualismos”. En: *Cuerpos Sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.
- FOUCAULT, Michael. 1998. “Derecho de muerte y poder sobre la vida” *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. España: Siglo XXI. 1998
- GARCÍA PÉREZ, Alan. 2007. “Síndrome del perro del hortelano”. *Diario el Comercio*. 28 de octubre de 2007.
- GARNELO, Luiza & BUCHILLET, Dominique. 2006. “Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano oriental) do alto rio negro (Brasil)” *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, año 12, n. 26, p. 231-260, jul./dez.
- GARRA, Simone. 2012. “El despertar de Kumpanam: historia y mito en el marco de un conflicto socioambiental en la Amazonía”. *ANTHROPOLOGICA/año XXX*, N.º 30, pp. 5-28.

\_\_. 2016. “Entre la brujería y la ley: los certificados de un iwishin awajún”. *Apus, Caciques y Presidentes. Estado y política indígena amazónica en los países andinos*. SURRALLÉS, ESPINOSA & JABIN (Eds). Lima: IFEA, IWGIA, PUCP.

GOW, Peter. 1989. “The perverse child: Desire in the native Amazonian subsistence economy”. *Man*. 24: 567-582

GULLART, José María. 1990. *Entre Pongo y Cordillera*. Lima: CAAAP.

GRÁNDEZ-URBINA JA & FERNÁNDEZ-LUQUE JL. 2012. “Etnias de la Amazonía en riesgo de enfermedades de transmisión sexual, una realidad en nuestro país”. *Revista Médica Heredia*. 23(1):70-6.

GREENE, Shane. 2009. *Caminos y carretera. Acostumbrando la indigenidad en la selva peruana*. Lima: IEP.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). 2018. *Censo Nacional 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

INSTITUTO LINGÜÍSTICO DE VERANO (ILV). 1979. *AENTSU IYASHI* (El cuerpo humano). Libro N° 2 de ciencias naturales. Lima: Vecinos Mundiales.

\_\_. 1979b. *INITIK AUGMATBAU. Historia Aguaruna*. Jeanne Grover edit. Tomo II y Tomo III. Lima.

\_\_. 2008. *Vocablos y expresiones médicas más usuales en veinte idiomas vernáculos peruanos*. Colección de archivos. ILV.

HUGH-JONES, Stephen. 2016. Body-tubes and Synaesthesia. *Mundo Amazónico*. 8(1) 23-73

JIMÉNEZ, Juan & Sebastián, ALIOTO. 2014. Enfermedad y daño. Etiología y tratamiento de la viruela entre las sociedades nativas de Araucanía (fines del siglo XVIII). *Revista Complutense de Historia de América*. vol. 40. pp. 179-202.

KELLY, José. 2003. *Relations within the Health System among the Yanomami in the Upper Orinoco, Venezuela*. Ph.D. Dissertation, University of Cambridge. 2003

\_\_. 2004. “Médicos extranjeros: algunas reflexiones sobre las relaciones entre médicos y pacientes entre los Yanomami del Alto Orinoco”. *Antropológica*. v. 101, p. 37-72.

\_\_. 2010. “Os Encontros de Saberes?: equívocos entre índios e Estado em torno das políticas de saúde indígena na Venezuela”. *Ilha*. Vol, 11. N° 2. 265-302.

\_\_. 2015. “Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela”. *Saúde indígena: políticas comparadas na américa latina / organizadoras*, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. – Florianópolis: Ed. da UFS.

KENSINGER, Kenneth. 1995. *How real people ought to live. The Cashinahua of Eastern Peru*. Prospect Heights: Waveland Press.

KLEINSMAN, Arthur. 1978. "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems". *Social Science and medicine*. 12: 85–93.

LAGROU, Elsje. 1998. *Caminhos, Duplos e Corpos. Uma Abordagem Perspectivista da Identidade entre os Kaxinawa*. Tesis de Doctorado. Universidade de São Paulo.

LANGDON, Esther Jean. 2014. *La negociación de lo oculto: Chamanismo, medicina y familia entre los Siona del bajo Putumayo*. Popayán: Universidad del Cauca,.

\_\_. 2012. "Redes xamânicas, curanderismo e processos interétnicos: uma análise comparativa". *CAPA*. Vol. 17, n.1 2012

\_\_. 2007. "Problematizando os projetos de medicina tradicional indígena". Em *Medicina tradicional indígena em contextos*. Brasília: FUNASA.

\_\_. 2001. "A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença". *Etnográfica*, Vol. V (2), pp. 241-260.

LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (orgs.). 2004 *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa/ABA.

LANGDON, Esther Jean; CARVALHO Antonio & BARBOZA, Dulce. 2013. "Fatores estruturais e as práticas de auto atenção das famílias com parentes com transtornos mentais: Contexto Kaiowá e Guarani do Mato Grosso do Sul, Brasil" *Tempus. Actas Saúde Coletiva*. 149- 178.

LATOUR, Bruno. *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. Argentina: Siglo XXI. 2007.

LAZO, Rodrigo. 2014. *Informe etnográfico para propuestas de modificatoria a la NTS de VIH y SIDA para población Awajún de Condorcanqui – Amazonas*. Documento de trabajo.

LAZO, Rodrigo et al. 2017. *Desenrollando la madeja de la impunidad: rutas de acceso a la justicia en casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes en zonas rurales y multiculturales de la provincia de Condorcanqui, Amazonas. Estudio de una comunidad nativa awajun del Río Santiago*. Lima: MINEDU.

LÉVI-STRAUSS, Claude. 1986. *A Oleira Ciumenta*. Trad. Perrone-Moisés. 1a. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, (Mitos em garrafa de Klein; pp: 197-213)

LIMA, Tania Stolze. 1996. "O dois e seu múltiplo. Reflexões sobre o perspectivismo em uma cosmologia tupi". *MANA*. Vol. 2. n.2. pp. 21-47. 1996.

\_\_. 2002. "O que é um corpo? ". *Religião e Sociedade*. 22 (1): 9-20.

MADI, Diego. 2018b. *Entre a infância e o sonho: pedagogia Guna da autonomia (Panamá)*. Documento de trabalho.

MARGULIES, Susana. 2010. La adherencia a los tratamientos: un a desafío para la atención del VIH/SIDA. *Una lectura desde la antropología Actualizaciones en SIDA*. Vol. 18. N. 68:63-69.

MAYCA-PÉREZ, Julio; MEDINA, Armando; VELASQUEZ José & Luis LLANOS. 2017. Representaciones sociales relacionadas a la anemia en niños menores de tres años en comunidades Awajún y Wampis, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Vol34 (3).

MENÉNDEZ, Eduardo. 2015. ¿Las enfermedades son sólo padecimientos? En: *Jornada sobre antropología i pluralisme assistencial*. Universitat Rovira i Virgili.

MBEMBE, Achille. (2006). *Necropolítica*. Barcelona: Editorial Melusina. 2011

MCCALLUM, Cecilia. 1998. O corpo que sabe da epistemologia Kaxinawa para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. ALVES, PC., and RABELO, MC. orgs. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ & Editora Relume Dumará.

\_\_. 2001. *Gender and Sociality in Amazonia: How Real People are Made*. Oxford: Berg.

\_\_. 2013. Intimidade com estranhos: uma perspectiva Kaxinawa sobre confiança e a construção de pessoas na Amazônia. *MANA*. 19(1): 123-155.

MENDES DOS SANTOS, Gilton, 2007. Esboço sobre cosmologia, doença, cura e cuidados nos Enawene-Nawe. *Medicina tradicional indígena em contextos*. Brasília: FUNASA.

MEJÍA, Kember & Elsa RENGIFO. 1995. Plantas medicinales de uso popular en la Amazonía Peruana. Loreto: AECI/IIAP.

MICRORED DE SALUD HUAMPAMI. 2018. *Distrito El Cenepa: Número de casos de VIH/SIDA [Cuadro estadístico]*. Informe del área de estadística.

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL). Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en adultos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”. Lima. 2005

\_\_. 2017. “Norma Técnica de Salud para la Prevención y en Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas Amazónicos, con Pertinencia Intercultural”. NTS N° 129- MINSAL/2016/DGIESP. Lima.

\_\_. 2018. *Boletín mensual. Situación epidemiológica en el Perú*. Lima: Red Nacional de Epidemiología,

MINISTERIO DE SALUD & FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. 2009. *Una aproximación cualitativa a la prevención del VIH-SIDA en dos comunidades nativas de Ucayali*. Lima: IES.

NARBY, Jeremy. 2005. *Intelligence in nature. An inquiry into knowledge*. TarcherPerigee.

\_\_. Intelligence in Nature. In: National Bioneers Conference and is part of the Ecological Design, Vol. 1 and Nature, Culture and Spirit, Vol. 1 Collections. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=uGMV6IJy1Oc&t=9s>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2010 *Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú*.

OVERING, J. & PASSES, A. (eds). *The Anthropology of Love and Anger. The Aesthetics of Conviviality in Native Amazonia*. London: Routledge, 2000.

ORELLANA, Roberto; ALVA, Isaac; CÁRCAMO Cesar & GARCIA, Patricia. 2013. "Structural factors that increase HIV/STI vulnerability among indigenous people in the Peruvian amazon ". *Health*. 23(9):1240-50.

ORELLANA, Roberto & ALVA, Isaac. 2012. "Social and contextual factors that influence HIV risk behaviors among indigenous MSM in the Peruvian Amazon". *Retrovirology*. 9:112.

ORMAECHE M, WHITTEMBURY A, PUN M, SUAREZ-OGNIO L. 2012. "Hepatitis B virus, syphilis, and HIV seroprevalence in pregnant women and their male partners from six indigenous populations of the Peruvian Amazon Basin, 2007–2008". *International Journal of Infectious Diseases* 16. pp. 724–730.

PASSADOR Henrique. 2011. "*Guerrear, casar, pacificar, curar o universo da "tradição" e a experiência com o HIV/Aids no distrito de Homoine, Sul de Moçambique*". Tese de doutorado. UNICAMP.

PÉREZ-GIL, Laura. 2001. "O sistema médico Yawanáwa e seus especialistas: cura, poder e iniciação xamânicas". *Caderno de Saúde Pública*. 17 (2): 333-344.

PINA DE BARROS, Edir. 2000. "El sida: representaciones indígenas y políticas sociales". *Gazeta de Antropología*. 16. Artículo 03.

PINTADO, Isafas. 2016 "La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural" Tesis para optar el grado de Magister en Ciencia Política y Género. PUCP.

PIÑONES, Carlos & LIBERONA Nanette. 2018. "Cross-border therapeutic itineraries: towards the study of medical pluralism and cross-border human mobility ". ISSI Visiting scholar working paper series 2018-2019. University of California, Berkeley.

PORTOCARRERO, Julio. 2015. "VIH en gestantes indígenas: un reto para la salud pública peruana". *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. Vol. 32(3).

PRECIADO, Paul Beatriz. *Testo Yonqui*. España: Forum. 2008

RANGEL, Hector (et al). 2012. "Evidence of at Least Two Introductions of HIV-1 in the Amerindian Warao Population from Venezuela ". *PLOS One*. 7 (7): e40626. Jul.

RED DE SALUD CONDORCANQUI. 2018. *Reporte de casos de VIH entre 2010 -2018*. [Base de datos]. Informe del área de estadística.

REGAN, James. 2014. "Los Awajún y Wampís contra el Estado: una reflexión sobre antropología política". *Investigaciones sociales*. Lima, volumen 14, número 24, pp. 19-35.

RIOL, Raúl. 2015. “La construcción del Cenepa como lugar indígena. Una historia Awajún y Wamís de relación y defensa del territorio”. Tesis de doctorado. Universidad Autónoma de Madrid.

RIVIÉRE, Peter. 1974. The couvade: a problem reborn. *Man*. 9:423-435.

ROLNIK, Suely. *Uma insólita viagem a subjetividade fronteiras com a ética e a cultura*. Documento de trabalho. S/D

ROMIO, Silvia. 2014. Entre discurso político y fuerza espiritual. Fundación de las organizaciones indígenas awajún y wampis (1977-1979). *Anthropologica*. Vol.32. n° 32.

SANTOS, Fernando & Federida BARCLAY. 2007. *Guía Etnográfica de la Alta Amazonía. Volumen VI: Achuar, Candoshi*. Lima: Instituto Francés de Estudios Peruanos.

SALUD SIN LÍMITES. 2016. *Estrategia de comunicación para trabajar el VIH/SIDA con awajún y wampis*. Lima: UNICEF. 2016.

SECRETARÍA INTERNACIONAL DE PUEBLOS INDÍGENAS FRENTE AL VIH, LA SEXUALIDAD Y LOS DERECHOS HUMANOS - SIPIA & ONUSIDA. 2016. “Estado del Arte sobre VIH y Pueblos Indígenas en América Latina”. Informe.

SEEGER, Anthony; DA MATTA, Roberto & VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 1979. “A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras”. *Boletim do Museu Nacional. Antropologia*. N° 32: 1-19.

SURRALLÉS, Alexander. 2011. “Antropología después de Bagua. Movimiento indígena, políticas públicas y conocimiento antropológico”. *Por donde hay soplo. Estudios Amazónicos en los países andinos*. Chaumeil, Espinoza & Cornejo (editores). Lima: IFEA/PUCP/CAAP.

\_\_. 1999. *Au Cœur du Sens : Objectivation et subjectivation chez les Candoshi de l'Amazonie Péruvienne*. Tesis de doctorado. París : École des Hautes Études en Sciences Sociales.

SONTAG, Susane. 2003. *La enfermedad y sus metáforas*. Argentina: Impresiones Sud América.

STAIANO K. 1981. Alternative therapeutic systems in Belize: a semiotic framework. *Soc Sci Med* 15B:317- 332.

STRATHERN, Marilyn. 2006. *O genero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia*. Campinas: Editora da UNICAMP.

TAJUPUT, Edison. 2010. Comentario de la Colección Cuentos Pintados del Perú (Asháninka, Shipibo-Konibo y Awajún. *Periódicos PUCP*.

TAYLOR, Anne-Christine. 2000. Le sexe de la proie. Représentations jivaro du lien de parenté. *L'Homme*. 309-334.

\_\_. “O corpo da alma e seus estados: uma perspectiva amazônica sobre a natureza de ser-se humano”. *Cadernos de campo*. São Paulo, n. 21, p. 214-228 2012.

ULFE, María Eugenia & TRINIDAD, Rocío. 2017. “No hay dos sin tres”: Alteridad, Diversidad y Reconocimiento. *En busca del reconocimiento: Reflexiones del Perú diverso*. Ulfe & Trinidad (Editoras). Lima: Fondo Editorial PUCP

UNICEF. 2005. *Para tener en cuenta: en los próximos diez minutos en el mundo... 50 jóvenes se infectarán con el VIH Cuarenta niños quedarán huérfanos a causa del SIDA. Diez fallecerán por la misma enfermedad*. Documento de trabajo. UNICEF Perú.

UNICEF & IWGIA. 2012. *Suicidio Adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso*. Lima: IWGIA.

VALLE, Carlos Guilherme. 2010. O Corpo, Doença e Biomedicina: Uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS. *Vivência*, n. 35, p. 33-51,

VIANNA, Adriana e FARIAS, Juliana. 2011. A Guerra das Mães: A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. *Cadernos Pagu* (37), julho-dezembro 79-116.

VILAÇA, Aparecida. 2006. *Quem somos nós: os Wari' encontram os brancos*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.

\_\_. 2008. Conversão, prestação e perspectiva. *MANA*. 14(1) 173-204.

VILLALBA, Julian et al. 2013 HIV-1 epidemic in warao amerindians from Venezuela: spatial phylodynamic and epidemiological patterns. *AIDS*, 27 (11), pp. 1-10.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 2014. Llevar a serio... contra el infierno metafísico de la antropología. *An. Antropología*. 48-II, pp. 219-244.

\_\_. 2007 “La selva de cristal. Notas sobre la ontología de los espíritus amazónicos”. *Amazonia Peruana*. N° 30, pp. 85-110.

\_\_. 2004. “Perspectival anthropology and the method of controlled equivocation”. *Tipití: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*. 2 (1):3-22.

\_\_. 1979. “A fabricação do corpo na sociedade Xinguana”. *Boletim do Museu Nacional* (N.S.) 32, pp. 40-9

WIJK, Flavio. 2001. “Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xokleng de Santa Catarina, Brasil”. *Caderno Saúde Pública*. 17(2): 397-406, mar-abr.

ZAMBRANO, Renato; CASTRO, Diana; LOZANO, Mauricio; GÓMEZ, Natalia & Carlos ROJAS. Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia. *Investigaciones andina*. N° 26, vol. 15. 640-652.

ZAVALETA C (et al). 2007. “Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA en comunidades nativas de la Amazonía peruana: consideraciones culturales”. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*.

ZAVALETA C & FERNÁNDEZ C (et al). 2007b. “Short report: high prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon”. *Tropical Medicine*. April; 76(4): 703–705.

**ANEXO 1: Conjunto de fotografías I. Vida cotidiana en el río Comina**



1.1 El hacer de las *pingas* de arcilla (*duwe*)



1.2 Madres en el simulacro de inundación de la escuela



1.3 Niños como “doctorcitos”, simulacro de inundación en primaria



1.4 A través de las paredes, viendo dentro de la casa