

# IMAGINARIOS DE LA SALUD E INTERCULTURALIDAD

IMAGINÁRIOS DA SAÚDE  
E INTERCULTURALIDADE



NELSON VERGARA MUÑOZ  
DIMAS FLORIANI  
NICOLAS FLORIANI  
ORGANIZAÇÃO  
2023



# IMAGINARIOS DE LA SALUD E INTERCULTURALIDAD

IMAGINÁRIOS DA SAÚDE  
E INTERCULTURALIDADE



NELSON VERGARA MUÑOZ  
DIMAS FLORIANI  
NICOLAS FLORIANI  
ORGANIZAÇÃO  
2023



2023 by Editora e-Publicar  
Copyright © Editora e-Publicar  
Copyright do Texto © 2023 Os autores  
Copyright da Edição © 2023 Editora e-Publicar  
Direitos para esta edição cedidos à Editora e-Publicar

**Editora Chefe**  
Patrícia Gonçalves de Freitas  
**Editor**  
Roger Goulart Mello  
**Diagramação**  
Dandara Goulart Mello  
Roger Goulart Mello

**Edição de arte**  
Patrícia G. de Freitas

**Capa**  
Dimas Floriani

**Imagem de capa**  
Dimas Floriani

**Revisão**  
Os organizadores

**DOI**  
<https://dx.doi.org/10.47402/ed.ep.b202320400133>

**Open access publication by Editora e-Publicar**

### **IMAGINARIOS DE LA SALUD E INTERCULTURALIDAD – IMAGINÁRIOS DA SAÚDE E INTERCULTURALIDADE.**

Todo o conteúdo dos capítulos desta obra, dados, informações e correções são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e compartilhamento da obra são permitidos desde que os créditos sejam devidamente atribuídos aos autores. É vedada a realização de alterações na obra, assim como sua utilização para fins comerciais.

A Editora e-Publicar não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

#### **Conselho Editorial**

Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade Federal de Santa Catarina

Alessandra Dale Giacomini Terra – Universidade Federal Fluminense

Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Andrelize Schabo Ferreira de Assis – Universidade Federal de Rondônia

Bianca Gabriely Ferreira Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Cristiana Barcelos da Silva – Universidade do Estado de Minas Gerais

Cristiane Elisa Ribas Batista – Universidade Federal de Santa Catarina

Daniel Ordane da Costa Vale – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais



Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes

Dayanne Tomaz Casimiro da Silva - Universidade Federal de Pernambuco

Deivid Alex dos Santos - Universidade Estadual de Londrina

Diogo Luiz Lima Augusto – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Edilene Dias Santos - Universidade Federal de Campina Grande

Edwaldo Costa – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Elis Regina Barbosa Angelo – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Érica de Melo Azevedo - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás

Fábio Pereira Cerdera – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Francisco Oricelio da Silva Brindeiro – Universidade Estadual do Ceará

Glaucio Martins da Silva Bandeira – Universidade Federal Fluminense

Helio Fernando Lobo Nogueira da Gama - Universidade Estadual De Santa Cruz

Inaldo Kley do Nascimento Moraes – Universidade CEUMA

Jaisa Klauss - Instituto de Ensino Superior e Formação Avançada de Vitória

Jesus Rodrigues Lemos - Universidade Federal do Delta do Parnaíba

João Paulo Hergesel - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Jordany Gomes da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Jucilene Oliveira de Sousa – Universidade Estadual de Campinas

Luana Lima Guimarães – Universidade Federal do Ceará

Luma Mirely de Souza Brandão – Universidade Tiradentes

Marcos Pereira dos Santos - Faculdade Eugênio Gomes

Mateus Dias Antunes – Universidade de São Paulo



Milson dos Santos Barbosa – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba  
- IFPB

Naiola Paiva de Miranda - Universidade Federal do Ceará

Rafael Leal da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Rodrigo Lema Del Rio Martins - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Willian Douglas Guilherme - Universidade Federal do Tocantins

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

I31

Imaginarios de la salud e interculturalidad / Organizadores Nelson Vergara  
Muñoz, Dimas Floriani, Nicolas Floriani. – Rio de Janeiro: e-Publicar, 2023.

Título original: Imaginários da saúde e interculturalidade  
Edição bilíngue: português/espanhol

Livro em PDF

ISBN 978-65-5364-213-3 DOI 10.47402/ed.ep.b202320400133

1. Saúde. I. Muñoz, Nelson Vergara (Organizador). II. Floriani, Dimas  
(Organizador). III. Floriani, Nicolas (Organizador). IV. Título.

CDD 613

**Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

**Editora e-Publicar**

Rio de Janeiro, Brasil  
contato@editorapublicar.com.br  
www.editorapublicar.com.br

**2023**



# Apresentação

A ideia da publicação deste livro, nasce em 2015 no contexto do IV Congresso de Educação e Cultura para a Integração da América Latina (IV CEPIAL - Edições Anteriores – CEPIAL (casla.org)), realizado naquele ano na cidade de Osorno, região dos Lagos no Chile, sob o patrocínio da Universidade de Los Lagos, em parceria com Casa Latino-americana (CASLA) de Curitiba (<https://casla.org>).

Naquela ocasião, a presidente da Casa Latino-americana (CASLA), Dra. Gladys Renée de Souza Sánchez propôs ao nosso amigo filósofo Néelson Vergara, juntamente com a coordenação acadêmica, a organização do livro sobre Imaginários da Saúde e Interculturalidade, pois considerou-se da maior importância tratar a questão da saúde na América Latina, na perspectiva dos imaginários sociais e da interculturalidade, por conta da diversidade etnocultural existente e dos saberes tradicionais das populações autóctones do continente.

Desde aquele momento inicial da proposta, até o final de 2018, quando então ocorreu o inesperado falecimento de nosso querido amigo, Néelson Vergara colocou-se à frente da proposta de organizar o livro que agora, finalmente, nós, os organizadores conseguimos realizar o que nosso saudoso amigo mais desejava.

O livro contém assim diversos capítulos, iniciando com o Prólogo e Interculturalidade e Imaginários Sociais de autoria de Néelson Vergara, em que apresenta respectivamente o propósito da iniciativa, bem como a fundamentação teórico-metodológica sobre interculturalidade e imaginários sociais.

Na sequência, Allan Ramalho, Maria Silva Nascimento, Josué da Costa e Marizete Albino tratam da relação existente entre a medicina tradicional e a medicina moderna, situando a questão no contexto da Amazônia ocidental.

Juliano Strachulski, Nicolás Floriani, Adnilson de Almeida Silva, Luis Carlos Maretto e Severino Parintintin abordam o conhecimento sobre os remédios da floresta, as plantas medicinais e suas utilizações na saúde pelo povo Parintintin, situado principalmente em Rondônia.

Patrick Paul lança desafios para uma nova concepção na saúde, apresentando um novo enfoque transdisciplinar para melhor compreender a proposta de uma medicina integrativa.

Sergio Lerin e Diana Reartes problematizam a questão da interculturalidade e dos direitos humanos em saúde, partindo da experiência dos povos originários mexicanos que enfrentam o problema da diabetes Mellitus tipo-2.

Asef Antonio Inostroza, Paula Tesche e Victor Venegas tratam das formas de exclusão social na Comuna de Osorno, sob a perspectiva interdisciplinar, com efeitos sobre a saúde das populações locais chilenas.

Alejandra Leighton traz suas experiências de pesquisa no arquipélago de Chiloé, no extremo sul do Chile, tratando os sintomas emocionais como síndromes culturais, captados diretamente com os habitantes insulares.

Eliseo Cañulef traça o histórico da violência sofrida pelo povo Mapuche-Huilliche e da consequente expropriação de seus territórios, levando em conta a institucionalidade estatal indigenista, seja como controle mas também dos avanços de suas lutas contra a sua despossessão.

Maximillian Ferreira Clarindo e Nicolás Floriani traçam os contornos da medicina popular nos Campos Gerais paranaense, como expressão da sabedoria popular, em territórios rurais e urbanos, ligados às práticas de benzedoiras e benzedeiros e ao conhecimento e aplicação de fitoterápicos.

Por fim, no Posfácio, Dimas Floriani presta uma homenagem ao filósofo do cotidiano e dos territórios, Néelson Vergara, apresentando sua trajetória intelectual e social.

Agradecimento especial para o Colegiado e a Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Geografia da UEPG por aprovarem a edição deste livro, graças aos recursos da CAPES (PROAP).

Os organizadores deste livro esperam que ele possa trazer aos interessados elementos importantes para pensar os temas da saúde, sob o enfoque intercultural e dos imaginários sociais, e propiciar assim a oportunidade para que esses ensinamentos iluminem caminhos e lancem pontes de diálogo entre as diversas experiências latino-americanas em curso.

**Dimas Floriani (UFPR-CASLA)**

**Nicolas Floriani (UEPG-UNITINERANTE)**

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>10</b>
INTERCULTURALIDAD E IMAGINARIOS SOCIALES .....	10
<b>DOI 10.47402/ed.ep.c202320411133</b>	Nelson Vergara
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>25</b>
A MEDICINA TRADICIONAL E A MEDICINA MODERNA: ENCONTROS E DESENCONTROS DE SABERES EM UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA DA AMAZÔNIA.....	25
<b>DOI 10.47402/ed.ep.c202320422133</b>	Allan Robert Ramalho Morais Maria das Graças Silva Nascimento Silva Josué Da Costa Silva Marizete Albino Marta
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>39</b>
O CONHECIMENTO SOBRE OS REMÉDIOS DA FLORESTA, AS PLANTAS MEDICINAIS E SUAS UTILIZAÇÕES NA SAÚDE PELOS PARINTINTIN .....	39
<b>DOI 10.47402/ed.ep.c202320433133</b>	Juliano Strachulski Nicolas Floriani Adnilson de Almeida Silva Luís Carlos Maretto Severino Parintintin
<b>CAPÍTULO 4 .....</b>	<b>62</b>
DESAFIOS DE UMA NOVA CONCEPÇÃO NA SAÚDE: A MEDICINA INTEGRATIVA TRANSDISCIPLINAR .....	62
<b>DOI 10.47402/ed.ep.c202320444133</b>	Patrick Paul
<b>CAPÍTULO 5.....</b>	<b>95</b>
EL PROBLEMA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO-2 EN PUEBLOS ORIGINARIOS DE MEXICO. ....	95
UNA PROPUESTA INTERCULTURAL Y DERECHOS HUMANOS EN SALUD....	95
<b>DOI 10.47402/ed.ep.c202320455133</b>	Sergio Lerin Diana Reartes
<b>CAPÍTULO 6 .....</b>	<b>117</b>
FORMAS DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN LA COMUNA DE OSORNO: APROXIMACIONES INTERDISCIPLINARIAS.....	117
<b>DOI 10.47402/ed.ep.c202320466133</b>	Asef Antonio Inostroza Paula Tesche Roa V́ctor Venegas Giacomozzi
<b>CAPÍTULO 7 .....</b>	<b>139</b>
PERDER EL ALMA EN UN DESCUIDO. EL SUSTO Y LOS SÍNDROMES CULTURALES.....	139
<b>DOI 10.47402/ed.ep.c202320477133</b>	Alejandra Leighton



<b>CAPÍTULO 8</b> .....	173
ALGUNAS EXIGENCIAS DE LA INTERCULTURALIDAD EN PROGRAMAS DE SALUD EN CONTEXTOS MAPUCHE-HUILLICHES.....	173
<b>DOI 10.47402/ed.ep.c202320488133</b>	Eliseo Cañulef
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	201
CONTORNOS DA MEDICINA POPULAR NOS CAMPOS GERAIS PARANAENSE .....	201
<b>DOI 10.47402/ed.ep.c202320499133</b>	Maximillian Ferreira Clarindo Nicolas Floriani
<b>POSFÁCIO</b> .....	217
<b>DOI 10.47402/ed.ep.c2023204910133</b>	
<b>Organizadores</b> .....	225
<b>Sobre os autores</b> .....	228

# CAPÍTULO 1

## INTERCULTURALIDAD E IMAGINARIOS SOCIALES<sup>1</sup>

Nelson Vergara (1946-2018†)<sup>2</sup>

### 1. A modo de apertura

Desde las últimas décadas del siglo XX, la sensibilidad y el pensamiento latinoamericano ha avanzado mucho en la convicción de la importancia que revisten las relaciones interculturales para el conocimiento de las culturas, así como también para la construcción de políticas que procuren una mejor convivencia entre sociedades y entre personas y sociedades. De este modo, la interculturalidad se ha transformado en un desafío para la investigación académica y para la creación de instituciones que favorezcan la vida en común en sus experiencias diarias, cotidianas, elevadas en la actualidad a la condición de principios.

Pero, estas experiencias cotidianas, movilizan exigencias para establecer también, aunque sea conjetural y provisionalmente, modalidades para alcanzar esos objetivos; es decir, avanzan en la dirección de una metodología. En este punto se ha propuesto con cierto énfasis la postulación de un **diálogo intercultural** que, respetando las particularidades de las culturas, propicie su desarrollo en común en el marco de una racionalidad cada vez menos natural y más integralmente humana. Por cierto, que ha contribuido con ello, y no en menor grado, lo que se conoce como **diálogo de saberes**. Ambas modalidades dialógicas viven de la convicción del valor atribuido a la palabra como instancia de intercomunicación, y del **sentido** que tiene estar bajo el imperativo de justificar que ninguna cultura es muda, por lo que todas ellas tendrían derecho a tomar la palabra que le es propia, y a decirla, sobre todo a **decirla**. De esta manera, todo diálogo se consuma en la presentación y defensa de derechos.

Por lo anterior, la interculturalidad no puede reducirse a determinados sectores de la vida sociocultural, sino que intenta abarcarlos en su totalidad. Entonces hallamos el afán por una educación intercultural, una economía intercultural, una política intercultural, una religiosidad intercultural, un arte intercultural; incluso, ahora, una filosofía intercultural que se presenta como fundamento del diálogo intercultural, o una ecología política como fundamento del

---

<sup>1</sup> Este trabajo es producto del desarrollo del proyecto 1120574, financiado por Fondecyt, Chile, para los años 2012-2014 y del que el autor fue Investigador Responsable.

<sup>2</sup> Profesor de Filosofía. Académico de la Universidad de Los Lagos, Osorno, Chile.

diálogo de saberes. En conjunto nos parece que pueden constituir modalidades muy productivas de un **pensamiento ambiental** en formación. No es de extrañar entonces la aparición de preocupaciones por una **salud intercultural**.

Pero, paralelamente a estos afanes encontramos también, aunque todavía a nivel académico, la inclinación creciente por cuestiones sociohistóricas que la modernidad se había encargado de invisibilizar, ocultándolas, desprestigiándolas, reprimiéndolas; cuestiones que, como el mito y otras tradiciones ancestrales, que comprometen la imaginación e imaginarios, atraen una vez más a la atención y preferencia de investigadores en ciencias sociales y humanidades, sobre todo en asuntos de estética, poética, arte popular o de elites, en suma, de la cultura en un sentido amplio. Incluso la misma ciencia natural desnuda parte de sus raíces en los mismos ámbitos imaginarios que todas las otras actividades o prácticas socioculturales.

Este giro hacia la revaloración profunda de la imaginación es, claro está, un poco más antiguo que la emergencia de lo intercultural, pero actualmente son realidades que se refuerzan una a otra, potenciando sus posibilidades a partir de situaciones sociohistóricas **comunes**. De esta manera, los estudios de interculturalidad convergen y se favorecen con los estudios de imaginarios, integrándose en interacciones de recursividad que permite tratarlos en sus mutuas referencias e influencias.

Para lograr una comprensión adecuada de lo anterior conviene, sin embargo, situarlos en las **circunstancias** que explican este giro y aproximación creciente y explicitan su posición formal frente a esas circunstancias. Solamente desde aquí nos parece que pueden resultar comprensibles y estimables las indagaciones sobre la interculturalidad a partir de los imaginarios sociales, así como también, viceversa, las investigaciones de imaginarios sociales desde la interculturalidad. Y para esto nos parece clave referir los problemas, hipótesis y resultados con relación a un asunto común a ambos objetos, cuestión que reconocemos como un tema central en las dos orientaciones. Así nos parece que **la cultura** en su condición más radical y más clarificadora de nuestra actualidad, esto es, la cultura en su condición de **globalización** es la situación histórica clave. Veámoslo paso a paso.

## 2. Los contextos globalizadores

En el contexto señalado, es un hecho que tanto la interculturalidad como los imaginarios manifiestan claramente su pertenencia relativa a las condiciones históricas que han originado a la Globalización, del mismo modo que lo hacen también sus propuestas de alternativa a los excesos homogeneizantes y hegemónicos que a la Globalización se atribuyen, lo que, en

definitiva, no son sino respuestas a los avatares y destinos de la **Modernidad** en situación de crisis. De este modo las críticas a la Globalización y a la Modernidad se nos aparecen como dos caras de una misma moneda.

Sin embargo, con el fin de evitar el riesgo de una dispersión descontrolada e incontrolable, centraremos la información, análisis e interpretación en dos pensadores contemporáneos que son reconocidos como autoridades en estos temas: Raúl Fonet-Betancourt en la problemática de la interculturalidad y Cornelius Castoriadis en el asunto de los imaginarios. Para esto nos orientamos en la siguiente dirección: presentamos, en primer término, por separado, las relaciones de la interculturalidad y los imaginarios sociales con la Globalización y sus complejas recursividades; en segundo lugar, las recursividades también complejas entre interculturalidad e imaginarios en su visión alternativa de cultura no globalizante, y, finalmente, postulamos una relación dialógico-recursiva entre interculturalidad e imaginarios sociales.

Entonces, vamos a asumir como supuesto que la Globalización es un destino de la cultura moderna, un desarrollo sin contrapeso de estructuras y procesos características de la Época Moderna, siendo en este marco su fase más reciente, tanto en el orden económico y político, como en el orden cultural. Pero esta fase no es interpretada aquí como una evolución “en progreso” de los mundos modernos, sino como una situación en que entran en crisis los grandes ejes explicativos y orientadores de la vida moderna. Entonces, ambos hechos sociohistóricos, la interculturalidad y los imaginarios, emergen condicionados por la necesidad de abrir alternativas a las propuestas de desarrollo inscritos en la Globalización, considerando como motivaciones sus efectos más notorios y que se estiman deshumanizadores y alienantes: su pretensión de hacer tabla rasa con las diferencias y la de imponer una modalidad de influencia y de poder a partir una declarada hegemonía del sistema capitalista, representado actualmente por el neoliberalismo y su exigencia de una economía de mercado sin parangón ni contrapeso en la historia. Ambas referencias son estimadas por los defensores de la Globalización y sus expresiones económicas y políticas, como incuestionables e inevitables. Frente a esta situación, la necesidad de instalar la interculturalidad es una consecuencia del descreimiento progresivo en esos valores y supuestas ventajas de los modos de vida derivados de la Globalización y asumido por los antiglobalizadores como expresión de la crisis moderna.

Pero también de esto mismo se alimenta el giro hacia lo imaginario, por cuanto la crisis de la modernidad ha permitido reinstalar lo que la modernidad y sus relatos habían mantenido en los márgenes en virtud de su apego irrestricto a la racionalidad instrumental derivada del

ejercicio social y cultural del pensamiento y actividad científico-moderna y de sus preferencias sociohistóricas por el cálculo y la acumulación, así como por su desprecio por el pasado en favor de un futuro utópico.

En suma, lo que estamos afirmando es que solamente en mundos cuyas configuraciones y sentidos son puestos en duda y caen en incertidumbres radicales, son posibles la interculturalidad y el giro imaginario que estamos refiriendo. Las propuestas de diálogo no podrían entenderse fuera de esas circunstancias. Tampoco las propuestas de una nueva epistemología y de una nueva hermenéutica, fundadas en la dialogicidad de la experiencia humana, en definitiva la justificación de un auténtico pensamiento ambiental.

### 3. Definiciones frente a la Globalización

En general, en la línea que estamos asumiendo, para la interculturalidad la Globalización se presenta como un hecho sociohistórico de corte fundamentalmente económico. Y es por esto que la propuesta de lo intercultural es siempre una alternativa a los planes hegemónicos y homogeneizantes de una economía que tiene en el mercado su referente más claro, a favor de una acción que tiende a relevar la incidencia **local**, la presencia del lugar o territorio, en la conformación de la vida social atendiendo también, pero no solamente, a su base económica. Al respecto, Fonet-Betancourt coincide con otros autores latinoamericanos, como E. Leff y A. Escobar, en que la lucha contra los planes globalizadores de nuestro tiempo es una de las más importantes tareas que competen a la inteligencia y la política sociocultural latinoamericana. En este sentido, los procesos identificados como interculturales quieren ser una verdadera alternativa histórica, ya que la dimensión económica debe trascender las estrechas esferas de la producción para alcanzar las esferas culturales como fundamento de las prácticas productivas. Así la interculturalidad se enfrenta también a esa cara que la globalización oculta: que no es ella una cuestión puramente económica, sino que, subrepticamente, tiende a configurar una cultura también, pero de corte netamente economicista: la cultura neoliberal de mercado.

Pero, la justificación de esta cultura de mercado no explicita, sino que procura ocultar o desviar la atención de aquellos rasgos que delatan su perversidad. Con otras palabras, que la cultura de mercado oculta o minimiza, ideológicamente, sus excesos. Estos excesos son precisamente los que la interculturalidad y la teoría de imaginarios delatan y frente a ellos se levantan como un camino alternativo.

Así, en las “Tesis para la comprensión y práctica de la interculturalidad como alternativa a la globalización” leemos que la Filosofía Intercultural se propone un cambio de paradigma

“cultivando una actitud filosófica que parte del reconocimiento de la pluralidad de las filosofías con sus respectivas matrices culturales y sus consiguientes formas de argumentación y de fundamentación” (Tesis 1), y que en esta tarea no sólo tolera otros pensares, sino que los promueve y se solidariza con ellos, reconociéndolos como mundos propios.

Con esta tesis se hace hincapié en el carácter pluralista del pensamiento intercultural el que, a diferencia del pensamiento neoliberal, globalizador, no aplasta sino que favorece sus manifestaciones plurales y diversas, no excluye sino que se incorpora a la construcción de realidades solidarias, no coloniza sus prácticas sino que procura por la liberación material y discursivo-simbólica de ellas, mediante las cuales pretende dar realidad a sus objetivos y finalidades más profundas; esto es, a aquéllas que siente como suyas porque las ha hecho propias al crearlas y significarlas.

Esto nos retrotrae a lo expresado en el *texto-manifiesto* de la filosofía intercultural: “Aprender a filosofar en el contexto del diálogo de las culturas”. Allí, Fonet-Betancourt ha sido expresamente taxativo cuando afirma que la Globalización no es más que “la política y estrategia económica de los grupos dominantes que controlan hoy el poder en Occidente y que, reduciendo a Occidente a una cultura o civilización del mercado y del consumo, pretenden también domesticar todas las culturas del mundo en el mismo sentido” (...) Unas líneas más adelante, Fonet-Betancourt agrega que el mercado “se ofrece aquí como el punto de vista desde el cual el tiempo y el espacio cobran sentido” (Idem).

En un contexto como éste no hay interacción cultural reconocida. Para la civilización globalizada toda tensión o conflicto es artificial, arbitrario y reaccionario. Sólo cabe una dirección para la historia: la que se impone bajo la fuerza de los proyectos neoliberales y que se propagan con la fuerza uniformadora y coherente de la racionalidad instrumental en curso. Así dirá en la Tesis 4 que “su opción por las culturas es una toma de posición contra el proceso de homogeneización y de exclusión que hoy se impone”.

De esta manera quedan puestas las bases para que la propuesta de alternativa a la Globalización se haga realidad efectiva. En la misma Tesis 4, Fonet-Betancourt señala en un texto decisivo su posición al respecto. El texto dice así:

La uniformización de los contextos en una contextualizada estructural perfectamente identificable en cualquier parte del planeta supone para las culturas de la humanidad una pérdida de *materialidad* o, hablando con mayor propiedad, *la pérdida del “territorio” propio donde deben poner a prueba y ejercitar su capacidad de incidir eficazmente en el modelamiento de su espacio y tiempo según sus propios valores y fines*. Con la globalización

neoliberal se produce de este modo algo así como *la pérdida de la soberanía territorial* de las culturas. Éstas se ven obligadas a vivir, o a sobrevivir, en territorios espacial y temporalmente ocupados por los patrones de un modelo civilizatorio que las corta de su propio suelo (el subrayado es nuestro). (2000)

Con otras palabras, el progresivo dominio de los procesos globalizadores instala y justifica ideológicamente las culturas del *desarraigo*, de la *marginalidad* y de la *exclusión*, las que al posesionarse de los territorios no solamente neutralizan la fuerza material y espiritual de toda otra cultura, sino que anulan también su recurso a la identidad. Con esto, “las culturas pierden peso e importancia como fuerzas de modelación y de transformación de la realidad histórica concreta” (Tesis 3). Por esto, Fornet-Betancourt no se cansa de insistir en la urgencia de la alternativa que propone. De esta manera en la ya citada tesis 4 señala en otro texto decisivo, que:

El núcleo de esta alternativa radica en tomar la idea de interculturalidad como hilo conductor para desarrollar una praxis que, ateniéndose consecuentemente al principio rector del derecho de los seres humanos a tener una cultura propia, no sólo fomenta y cultiva la pluralidad de las visiones del mundo y el respeto mutuo entre las mismas, sino que procura ser además un instrumento adecuado para la realización concreta de una pluralidad de mundos reales. La interculturalidad se propone, pues, como una alternativa que permite reorganizar el orden mundial porque insiste en la comunicación justa entre las culturas como visiones del mundo y porque recalca que *lo decisivo está en dejar libre los espacios y tiempos para que las “visiones” del mundo puedan convertirse en mundos reales* (El subrayado es nuestro). (2000)

Ahora bien, los espacios y tiempos, así como los lenguajes con que esos espacios y tiempos se dicen, constituyen en lo esencial los territorios. Por esto creemos que esta propuesta intercultural no solamente traduce expectativas de culturas excluidas o reprimidas, cuyas identidades no se conciben como recuperadas sino en el contexto de la recuperación de sus territorios, sino que, mediante el diálogo intercultural, ofrece la posibilidad de una práctica sociocultural que a la vez que transforma el orden de las cosas del mundo, puede también realizar la esperada transformación intercultural de la filosofía. Si este objetivo fuese de verdad posible, entonces efectivamente estaríamos ante una situación de grandes proyecciones, porque significaría el cumplimiento de un anhelo cultural emergente: no construir, como hemos dicho más arriba, una filosofía más de los ya sidas, sino una filosofía **otra**, que haga justicia a los sueños colectivos de una parte importante de la humanidad que espera que, en la liberación de las opresiones sociales y culturales, el pensamiento también haga lo suyo.

Ahora que no está claro si esta tarea es suficientemente radical. Quizás podría pensarse en una profundización de estas intenciones y ver si es posible que el pensamiento sea conducido

ya no a una filosofía **otra**, sin más, sino que, como alguna vez lo insinuó Ortega, a **otra cosa** que la filosofía. Pero, sea esto factible o no en las actuales circunstancias, sí nos resulta claro que en esta empresa de transformación intelectual, de la que se esperan prácticas de interpretación y transformación de los mundos, la Filosofía Intercultural estará justificada como fundamento del diálogo intercultural y éste como modalidad de acercamiento e integración sociocultural.

Pero sabemos también que, así como la Globalización transparece en determinados imaginarios sociales, también las teorías antiglobalización como la que antecede se nutre de imaginarios sociales como su orientación y fuerza vital, imaginarios que pretenden traducir las sensibilidades que sostienen esas teorías. Y esto es así porque también la antiglobalización se traduce en instituciones que se van instalando, desde un nuevo lenguaje y un pensamiento **otro**, alternativos, que van formando escuelas y promoviendo conciencias, materializándose en acciones organizadas y normadas. Entonces, como institución, no solamente se traduce en funciones, sino que también en símbolos y rituales que le son exigidos por las nuevas circunstancias. Esto implica a veces el retorno de viejas tradiciones, a veces la creación de otras o, simplemente, la recreación o resignificación de prácticas rituales que quieren localizarse en historias de reconocimiento de identidades de larga data.

Estos símbolos, sin embargo y estos rituales no pueden auto explicarse desde la inmanencia. Su semántica exige trascender hacia los mundos de los que pretenden ser símbolos y ritualizar las prácticas. Por esto, dice C. Castoriadis, que, aunque plenamente necesarias las redes de significación simbólicas, estas redes no son suficientes. De otro modo, los símbolos mismos quedarían sin explicación. Pero el caso es que el proceso de significación o resignificación no se consuma más que en aquellas instancias capaces de mostrar el dinamismo y el significado de los símbolos que cada cultura moviliza para procurar el logro de sus fines. Estas instancias últimas son los imaginarios sociales. En un texto que es citado siempre como síntesis de estos hechos socioculturales, C. Castoriadis ha escrito que, así como la funcionalidad de las instituciones toma prestado su sentido de algo que está más allá de ella, el simbolismo también debe trascenderse a sí mismo hacia algo que ni es funcional ni es simbólico o real-racional, Y así sostiene que:

Este elemento que da a la funcionalidad de cada sistema institucional su orientación específica, que sobredetermina la elección y las conexiones de las redes simbólicas, creación de cada época histórica, su manera singular de vivir, de ver y de hacer su propia existencia, su mundo y sus propias relaciones; este estructurante originario, este significado-significante central, fuente de lo que se da cada vez como sentido indiscutible e indiscutido, soporte de las articulaciones y de las distinciones de lo que



importa y de lo que no importa, origen del exceso de ser de los objetos de inversión práctica, afectiva e intelectual, individuales y colectivos –este elemento no es otra cosa que *lo imaginario* de la sociedad o de la época considerada (2007: 234)

Según esto, nuestra época o situación sociohistórica se comprende desde esas instancias imaginarias propias del estado en que las sociedades se encuentran. Y este estado es reconocido por C. Castoriadis como el mundo del capitalismo generalizado, mundializado por sus dimensiones económicas, esto es lo que hemos reconocido como Globalización. Los imaginarios que entonces están en su base se corresponden con aquellos del capitalismo, así como las nuevas actitudes y acciones antiglobalización lo hace, a su juicio, desde imaginarios que emergen coherentes con las nuevas circunstancias a las que orientan y animan.

Pero ¿qué establecen esos imaginarios del capitalismo? El asunto tiene gran importancia por cuanto ésta es la sociedad que ha puesto a la economía en el centro de todo, economía que se estimaba en continuo progreso por efecto de la ciencia y la tecnología. Este principio ha sido asumido actualmente por las políticas neoliberales imperantes en la Globalización o Mundialización, momento en que “los gobiernos capitalistas comprendieron que debían asumir una especie de gestión macroeconómica de la sociedad” (C.C., “La Crisis actual”: 4). Pero esto ha tenido una variación importante y es que la política neoliberal

“se ha traducido sobre todo en el hecho de que el estado capitalista ha empezado a despojarse de todos los medios que tenía para regular la economía. Las tasas de cambio se hicieron fijas, el nivel de los precios internos se convirtió en el principal indicador; en principio no tiene que hacer una política de déficit presupuestario, se deben reducir los gastos de seguridad social, salud, etc.” (Id.: 6).

Entonces, dice Castoriadis, la mundialización tiende a hacer de esta política algo irreversible. Sin embargo, la misma situación histórica se encarga de poner en duda esta irreversibilidad, este destino irremediable. En palabras de Castoriadis, el imaginario del capitalismo como camino racional fundado en la ciencia, más allá de toda contingencia, marca el camino del aparente progreso definitivo de las sociedades occidentales, en pos de un sendero común, a costa de hacer tabla rasa con las diferencias socioculturales, en tanto que el otro proyecto moderno, el de la autonomía individual y colectivo, se ve actualmente muy deteriorado por efectos del fuerte impulso que ha venido adquiriendo el imaginario capitalista liberal primero, neoliberal en la actualidad. “Para decirlo brevemente, asistimos a la dominación íntegra del imaginario capitalista: centralidad de la economía, expansión indefinida y supuestamente racional de la producción, del consumo y del “tiempo libre” más o menos planificados y manipulados” (2006: 283)

Con otras palabras, estos dos proyectos centrales se han vuelto discrepantes y antagónicos. Sin embargo, cabe confiar en que el proyecto de autonomía pueda revertir sus derroteros y servir de gozne para un cambio radical también en ese imaginario que parece ilimitado. Y ya hay signos claros de un cambio en estas líneas. La interculturalidad es una de ella. El giro imaginario es otra.

#### 4. Definiciones frente a la cultura

Considerando que en lo esencial la crítica a la Globalización es en su centro una crítica de la cultura propiciada y promovida por ella, compartimos la idea de que un gran acierto de la filosofía intercultural, desarrollada principalmente por Raúl Fonet-Betancourt, está en su concepto de *cultura*, concebido como interpretación formal de la realidad sociohistórica. A nuestro juicio, en este concepto se destacan aspectos que, por lo general, no han sido considerados suficientemente y creemos que esos aspectos pueden ponernos en relación con dimensiones de *cultura profunda*, cualesquiera que sean las cuestiones que se sometan a indagación o reflexiones. Y el asunto de la interculturalidad nos parece ser una de esas dimensiones.

Así, partiendo de una crítica a distinciones dicotómicas modernas (hombre-mundo, sociedad-cultura, cultura-naturaleza, etc.), Fonet-Betancourt establece que el término *cultura*, no alude a ninguna esfera especial de lo real, separada de otras y que pudiera estar reservada a la creación de valores “espirituales” o, como a veces se ha dicho, reservada al cultivo de los *más altos valores* del espíritu. Esta es una definición bastante restrictiva de la realidad cultural, una definición que P. Ricoeur llamaría “estrecha”. Pero, tampoco el concepto intercultural de Fonet-Betancourt alude al otro extremo, según el cual cultura es “todo lo que el hombre hace”. Esta sería a juicio de Ricoeur una definición demasiado “amplia”. Por el contrario, el pensador cubano quiere que el concepto nos ponga en contacto con realidades efectivas bajo la forma normal de un *darse* o *dárse(nos)* como eventos o acontecimientos, como procesos concretos que se realizan en la vida compartida, en la vida común de sociedades o comunidades. Entonces afirma que la cultura designará aquellos procesos por los que una comunidad determinada (o una sociedad) organiza su vida, ordenando su “materialidad en base a los fines y valores que quiere realizar”; es decir, sobre la base de aquello para lo cual tiene sensibilidad, voluntad y motivación, y para esto moviliza afectos y proyectos; ámbitos desde los que dicha materialidad, en tanto objetivación de expectativas, es interpretada como *propia* al *reconocerse* como comunidad en esos fines y valores y proyectarse en ellos o desde ellos. De esta manera,

finalidades y valoraciones tendrán realmente incidencia “en la organización social del universo contextual-material que afirman como propio porque *están* en él”, porque allí *habitan*.

Pero, detengámonos todavía un momento, ya que hay en esta referencia un asunto particularmente significativo. Por un lado, alude a un ***universo contextual-material***, esto es, a un espacio o *lugar*, sentido como propio (lo que en estricto rigor es señalado actualmente con el concepto de *territorio*) y, por otro lado, señala hacia un ***modo de ser*** en ese universo territorial, modo de ser que es precisamente un ***estar***, una ***estancia***, lo que ostensiblemente nos remite al *tiempo*. Se es, entonces, *estando ahí*, perteneciendo a ese *ahí* o circunstancia espacial en un tiempo determinado, en un *ahora*, un ayer, un mañana, habitándolo e interpretándolo como aquello en que las realidades están vueltas *hacia uno mismo*, en vistas de uno mismo y donde uno puede reconocerse. Con otras palabras la *estancia*, como sitio familiar que hay que mantener en pie. Por esto, dice Fonet-Betancourt, que tal estancia nunca es un don, algo dado, o regalado, y que habría que procurar por su mantención, sino que, por no ser un don, tiene que ser *ganada* constantemente, por lo que la vida se nos aparece allí como “una lucha de las culturas por su contextualidad” y en las que se confrontan diferentes visiones del mundo y de la vida, “formas socialmente estructuradas de actuar y de pensar que [...] dicen una palabra propia que debe ser escuchada”. Por esto concluye el pensador cubano que “las culturas, aun allí donde aparecen como marginadas y excluidas, no son nunca realidades mudas, simples objetos de interpretación, sino que son fuentes de interpretación y de sentido de lo real”. Este aspecto o dimensión es lo que notoriamente evidencia la realización de discursividades, relatos o narraciones que son componentes irrecusables de toda cotidianidad y que, por lo mismo, son fuentes inestimables de comprensión y conocimiento.

Un segundo rasgo decisivo se nos presenta cuando Fonet-Betancourt afirma que las culturas son *universos originarios*. Pero, la expresión no alude aquí al hecho de que estos universos pudieran haber estado ahí desde ya, desde siempre, como autóctonos y, por tanto, autónomos con relación a eventos históricos del tipo *descubrimiento* o *colonización*, situaciones en que su estancia privilegiada pudiera haberse dado en un espacio-tiempo-palabra, libre de coerción externa o interna. Por el contrario, *originaria* es, para él, una cultura que no excluye la interacción sino que más bien la supone como uno de los factores que la hace posible, al *confrontarse* con otra, al *reconocerse* frente a otras y *verse a sí misma* dándose un origen, *construyendo* su origen, en procesos que la muestran *haciéndose* y en los que ella misma, en ese hacerse, puede discernir el “dentro” y el “afuera” de sí, lo “propio” y lo “extraño” a sí; coordinadas en virtud de las que va realizando una *apropiación* específica del mundo, o de los

mundos que la constituyen, una forma específica de *tratar* con ellos y de *organizarlos*. Y, así —dice Fonet-Betancourt— “es evidente que esos procesos históricos son procesos en *frontera* y, por esto, las fronteras que separan a los universos culturales específicos son al mismo tiempo, el territorio donde se pueden descubrir los puentes para transitar de una a otra y constatar la interacción entre ellas”, así como también, suponemos, permite transitar por sus complejidades internas. Dejamos entre paréntesis la idea de qué son precisamente las fronteras, los límites, los intersticios, los intervalos, conceptos hermenéuticos de gran importancia, hoy día, para una comprensión cabal de las identidades. Pero, en tanto hay las fronteras y hay también los puentes como construcciones socioculturales, hay también la posibilidad de construirse e interconectarse mediante la palabra. Es decir, del diálogo. Por esto es fundamental para él, la institución del *diálogo intercultural* como teoría y práctica de la interculturalidad.

Por lo pronto, atendamos a un tercer carácter fundamental que surge de la consideración de la condición histórica de las culturas y que dan a lo anterior lo que, acaso, sea a nuestro juicio, la nota más significativa a la hora de compararla con otras nociones. Según esto, precisamente por ser históricas, las culturas —cree Fonet-Betancourt— no deben considerarse “como bloques monolíticos, como manifestaciones del desarrollo de una tradición única que crece sin conflictos ni contradicciones”. Por el contrario, piensa que una cultura es una realidad en la que no solamente se da una lucha por la materialización de sus fines y valores con un entorno aparentemente unitario y homogéneo respecto de entornos extraños, sino que esta lucha evidencia, también, la historia de la propia determinación de esos fines y valores, debido a lo cual sus procesos de interacción con un ambiente cualificado e internamente heterogéneo generan, “al menos como posibilidad, no una, sino una pluralidad de tradiciones”. Así, dice el pensador cubano, que en tanto nos disponemos a su conocimiento, tenemos que asumir el supuesto que

detrás de la cara con que se nos ofrece una cultura como una tradición estabilizada en un complejo horizonte de códigos simbólicos, de formas de vida, de sistema de creencias, etc., hay siempre un conflicto de tradiciones, un conflicto [...] que debe ser leído a su vez como la historia que evidencia que en cada cultura hay posibilidades truncadas, abortadas a veces por ella misma y que, por consiguiente, cada cultura pudo también estabilizarse de otra manera como hoy la vemos. (2000: 18)

De aquí que, en cada una de ellas deban “ser discernidas sus tradiciones de liberación o de opresión”.

Pero aquí hay un asunto fundamental que no podemos obviar: las referencias precisas a esas posibilidades, a esos campos de lo posible, horizontes de posibilidades asumidas o rechazadas, resistidas o aniquiladas sin determinaciones previas, debe permitir situar las

reflexiones en el marco del pensamiento complejo a que pretendemos aproximarnos y situar las culturas como realidades y comprenderlas, también, desde los ámbitos del *azar* y de las *incertidumbres*, de la dialogicidad constante entre orden y desorden, así como también entre esas tradiciones que se cruzan y enfrentan para constituir las tradiciones dominantes, ámbitos cada vez más aceptados e inquietantes de la complejidad de las realidades que se pretenden interculturales o a lo menos expresión de las tendencias históricas hacia la interculturalidad. De esta manera el diálogo intercultural tiene también una dimensión interna: pone en interacción relaciones que están sostenidas por mundos culturales en antagonismos relativos que buscan consumación en el interior de las culturas.

Pero, así como cada cultura en tanto materialización de fines y valores, en tanto universos originarios y en tanto fuente de tradiciones múltiples susceptibles de confrontación como hemos señalado, y la interculturalidad como realidad emergente en nuestra actualidad histórica, no son comprensibles al margen de lo que hemos identificado como Globalización, tampoco lo son con independencia de lo que hemos reconocido como imaginarios sociales.

Nuestra hipótesis al respecto afirma que así como la interculturalidad y la teoría de imaginarios se sitúan frente a la Globalización y la confrontan para afirmar la necesaria presencia de la localización, del impulso a situar de nuevo a los lugares en un sector de privilegio en lo histórico social, estas relocalizaciones, este retorno a las consideraciones de los lugares según lo plantea la teoría intercultural, no pueden darse al margen de una sensibilidad que actúe a favor del reconocimiento de las culturas, consideradas en su pluralidad y sus condiciones de universos heterogéneos. Esto lo podemos observar si consideramos desde este punto de vista las mismas características que Fernet-Betancourt descubría en su idea de cultura. Por lo tanto, las preguntas pertinentes pueden ser, ¿qué imaginarios sociales (y de qué forma) actúan en las determinaciones de las culturas como materialización de fines y valores, de universos originarios y de constitución no monolítica de la cultura? Para referir a estos aspectos, rescatamos lo esencial de lo que hemos comentado más arriba.

Con relación al asunto de la materialización de fines y valores, destacamos que aquello nunca es un don, ni natural ni regalado por una trascendencia, sino, en palabras de Castoriadis, una construcción social animada y orientada en su institucionalización por *significaciones sociales imaginarias*. Más consciente o menos consciente, toda cultura comprende que tal tarea tiene que ser *ganada* constantemente, por lo que la vida se nos aparece allí como “una lucha de las culturas por su contextualidad”; y en estas luchas se confrontan diferentes visiones del mundo y de la vida, ha dicho Fernet-Betancourt, “formas socialmente estructuradas de actuar

y de pensar que [...] dicen una palabra propia que debe ser escuchada”. Esto es, en lenguaje de Castoriadis, estructuras y procesos, dinámicas, institucionalizadas. Y por esto es que Fernet-Betancourt agrega que “las culturas, aun allí donde aparecen como marginadas y excluidas, no son nunca realidades mudas, simples objetos de interpretación, sino que son fuentes de interpretación y de sentido de lo real”.

Esto es fundamental, ya que partiendo del hecho incuestionable de que el lenguaje es una institución, en tanto medio o atmósfera condiciona las formas específicas de locuacidad e intencionalidad de su palabra. Cada cultura es entonces una forma de apropiación y expresión de la vida sociohistórica y como tal está sostenida y orientada, más que por las cosas reales o racionales, por las cosas imaginadas e imaginables, pero también por lo que institucionaliza como inimaginable e imposible. La materialización de fines y valores es entonces materialización de imaginarios sociales, más concretamente de *significaciones sociales imaginarias*, que animan y orientan sus instituciones.

Con respecto al rasgo que nos habla de culturas como *universos originarios*, el asunto es todavía más decididor por cuanto la expresión nos sugiere que aquello que las culturas originan, aquello que le dan origen, es marcadamente local, propio e identitario, y que trasluce esa condición en sus formas cotidianas de vida según tradiciones de todo tipo que puede contrastar y confrontar con otras tradiciones foráneas, extrañas o extranjeras, de modo que no está aislada en su construcción social de sí misma. Que esto lo haga en todos los casos desde tradiciones y usos revela claramente que esas tradiciones y usos tienen que estar cargadas de significado y de sentido, ya que en rigor todo acto de reconocimiento pasa siempre por la forma en que esas culturas se perciben, representan e imaginan en su desenvolvimiento. Esas visiones que tienen de sí mismas son transferidas a las palabras, de manera tal que la imaginación se materializa y concreta en figuras que también son institucionales: sus rituales.

Finalmente queremos referirnos al tercer rasgo que nos parece quizás el más decisivo. Según esto, las culturas no deben considerarse “como bloques monolíticos, como manifestaciones del desarrollo de una tradición única que crece sin conflictos ni contradicciones”. Por el contrario, ha dicho Fernet-Betancourt, sus ambientes heterogéneos generan, “al menos como posibilidad, no una, sino una pluralidad de tradiciones” y que, por lo mismo, en tanto nos disponemos a su conocimiento, tenemos que asumir el supuesto que

detrás de la cara con que se nos ofrece una cultura como *una tradición estabilizada* en un complejo horizonte de *códigos simbólicos*, de *formas de vida*, de *sistema de creencias*, etc., hay siempre *un conflicto de tradiciones*, un conflicto [...] que debe ser leído a su vez como la historia que evidencia que en cada cultura hay *posibilidades*

*truncadas, abortadas a veces por ella misma y que, por consiguiente, cada cultura pudo también estabilizarse de otra manera como hoy la vemos (la cursiva es nuestra) (2000:18)*

Este párrafo es decisivo por cuanto si los códigos son figuras de lenguaje o de palabra y esos códigos se presentan como simbólicos, entonces lo esencial de esos códigos se manifiesta redes simbólicas en conflicto y como tal remite a los imaginarios que sostienen el conflicto, ya que ninguna red simbólica es autosuficiente para establecer los límites o fronteras en que se desarrolla la vida. Así muchos símbolos de culturas diferentes, teniendo significantes comunes, poseen sin embargo significados distintos, otras significaciones sociales, por tanto, otros imaginarios. Aparentemente homogénea, esa vida es, según Castoriadis, solamente un aspecto engañoso, ya que en todas ellas es posible encontrar aquellas posibilidades que se quedaron truncadas y que ninguna historia puede garantizar que no retornen. Más aún, una época como la nuestra, “descubridora” de esas tradiciones al uso, es también la condición para el reencuentro de aquellas tradiciones que han sido abortadas, sea por conflictos internos o externos. Pero hay algo que nos parece fundamental: y es la afirmación y reconocimiento fundamental de que ni el origen ni el desarrollo de una cultura es algo **natural** y que, por lo mismo, no está determinada por ley alguna, sino que es fruto de procesos de elección y selección de destinos que son de responsabilidad estrictamente humana, por tanto, históricas, por tanto sociales: construcciones que descansan finalmente en la fantasía e imaginación de los pueblos. Invención o Creación humana, diría C. Castoriadis.

## 5. A modo de cierre

Lo que queda por apuntar como cierre provisional de estas reflexiones es la reiteración de que todo lo que se pueda afirmar de algo siempre ha de recortarse sobre tres aspectos claves: en primer lugar, la función que ese algo cumple en la economía general de las acciones o del pensamiento, cuyas necesidades no pueden estar más que definidas en términos culturales, lo que hace de la función un asunto siempre situado socioculturalmente. En este caso la interculturalidad cumple también con este requisito de toda institución; en segundo lugar, su traducción en términos simbólicos, sitio en que encuentra su significación específica la realidad de algo, así como su expresión en la modalidad de ritualismos. De manera que la interculturalidad no puede ser nunca una cuestión de tipo universal ya que sus simbologías están situadas también en órdenes socioculturales; y, en tercer lugar, lo decisivo, que los sistemas simbólicos no resultan comprensibles en sus sentidos específicos si no se los lleva al extremo de afirmarse sobre bases imaginarias, último reducto en que la sensibilidad de pueblos y culturas arman sus mundos materiales y sus expresiones significativas. En este nivel pueden

hallar respuestas las preguntas más radicales que cabe formular en función de dar razón del sentido de la existencia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

AUGE, Marc. *El tiempo en ruinas*, Barcelona: Gedisa, 2003.

CASTORIADIS, Cornelius. *La institución imaginaria de la sociedad*, Barcelona: Tusquets, 2007.

CASTORIADIS, Cornelius. *Los dominios del hombre*, Barcelona: Gedisa, 2005

CASTORIADIS, Cornelius. *Una sociedad a la deriva*, Buenos Aires: Editorial Katz, 2006.

ESCOBAR, Arturo. “El lugar de la naturaleza y la naturaleza del lugar: ¿globalización o postdesarrollo?”, en Eduardo Lander (Compilador). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 2005.

FORNET-BETANCOURT, Raúl. “Aprender a filosofar desde el contexto del diálogo de las culturas”, en RFB., *Interculturalidad y Globalización*, IKO: Frankfurt, DEI: San José de Costa Rica, 2000, Cap. 1

FORNET-BETANCOURT, Raúl, “Tesis para la comprensión y práctica de la interculturalidad como alternativa a la Globalización”, en RFB, *Interculturalidad y Globalización*, IKO: Frankfurt y DEI: San José de Costa Rica, 2000, Cap. 12

LEFF, Enrique. *Racionalidad ambiental. La reapropiación social de la naturaleza*. México: Siglo XXI, 2004.

MANSILLA, Sergio. “Chiloé y los dilemas de su identidad cultural ante el modelo neoliberal chileno: la visión de los artistas e intelectuales”, en *Alpha 23*, Osorno: Universidad de Los Lagos, 2006.

MORIN, Edgar. *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona: Gedisa, 2003.

ORTEGA Y GASSET, José. “Historia como sistema” en *Obras completas*. Tomo VI. Madrid: Alianza Editorial Revista de Occidente, 1997a.

ORTEGA Y GASSET, José. “Pasado y porvenir para el hombre actual”, en *Obras Completas*. Tomo VII. Madrid: Alianza Editorial - Revista de Occidente, 1997b.

SARTRE, Jean Paul. *¿Qué es la literatura?*, en *Obras*. Tomo II. Buenos Aires: Losada, 1972.

VARELA, Francisco. *Conocer. Las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales*, Barcelona: Gedisa, 1990.



## CAPÍTULO 2

### **A MEDICINA TRADICIONAL E A MEDICINA MODERNA: ENCONTROS E DESENCONTROS DE SABERES EM UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA DA AMAZÔNIA**

Allan Robert Ramalho Morais<sup>3</sup>

Maria das Graças Silva Nascimento Silva<sup>4</sup>

Josué Da Costa Silva<sup>3</sup>

Marizete Albino Marta<sup>4</sup>

A saúde através do conhecimento tradicional se referencia na utilização das ervas, de animais, de orações e rezas existentes, assim como na sua relação paralela e concorrente aos conhecimentos científicos. O ponto de partida de nossa análise é a comunidade ribeirinha de Nazaré, Distrito de Nazaré, Porto Velho, Rondônia. As dificuldades de acesso a centros onde se realizam os tratamentos de saúde, que as populações tradicionais continuam moldando a maneira de como estes recorrem aos conhecimento herdado. Por outro lado a implantação de um sistema de Atenção Básica de Saúde, com médico residente na própria comunidade vem a somar nas formas de prevenção e nos tratamentos das enfermidades que os acometem. Apesar de serem consideradas práticas diferentes e relativamente opostas, os detentores dos saberes locais vem a se adaptar na busca de passar uma maior segurança as pessoas da sua comunidade, que juntamente com os profissionais do SUS se adaptam e não deixam de reportar-se às práticas de saúde tradicionais ribeirinhas. Diante deste contexto a população convive entre os dois ramos de conhecimentos existentes, onde a saúde é buscada utilizando técnicas tradicionais e tratamentos médicos modernos.

A formação populacional de Rondônia é resultado de vários processos econômicos que vão desde a chegada dos primeiros estrangeiros, nos séculos XVII e XVIII na busca pelas

---

<sup>1</sup> Mestre em Geografia pela Universidade Federal de Rondônia-UNIR. Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Geografia, Mulher e Relações Sociais de Gênero- GEPGENERO.

<sup>2</sup> Profa. Departamento de Geografia e do Programa de pós-graduação mestrado e doutorado em geografia pela Universidade de Rondônia. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Geografia, Mulher e Relações Sociais de Gênero- GEPGENERO.

<sup>3</sup> Prof. Departamento de Geografia e do Programa de pós-graduação mestrado e doutorado em geografia pela Universidade de Rondônia. Coordenador do Grupo de estudos e Pesquisas sobre Modos de Vida e Populações Amazônica - GEPcultura.

<sup>4</sup> Mestra em Geografia pela Universidade Federal de Rondônia-UNIR. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Geografia, Mulher e Relações Sociais de Gênero- GEPGENERO.

drogas do sertão aos ciclos da borracha, do ciclo do ouro e o da formação e expansão da fronteira agrícola caracterizando assim, um intenso processo de miscigenação. A formação populacional na Amazônia segue a caracterização geral dada pela presença do indígena, do europeu e do negro africano. Mas esta caracterização é só para se ter uma ideia geral porque é necessário levar em conta as especificidades e diferenciações que vão ocorrer em todo o território nacional. Em Rondônia é preciso levar em conta três processos históricos muito importantes: a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, as duas fases do modelo econômico da borracha e o processo de colonização com a expansão da fronteira agrícola. Portanto, se formos pensar a formação populacional apenas com o indígena, o europeu, o negro – oriundos de diversas regiões da África – e por último os brasileiros, vindos de diversas regiões do país, teremos certa dificuldade de entender as práticas, técnicas, costumes, saberes e técnicas utilizadas na Amazônia.

No processo de construção, vivências e modos de conviver com a floresta e suas características ambientais do local, essa população teve que buscar os meios necessários para sua vivência sobrevivência. As heranças culturais construídas ao longo de toda essa trajetória tornaram-se a base para as suas tomadas de decisões que os acompanhariam pela vida. A dificuldade de acesso aos centros urbanos, somando-se a necessidade de acesso à saúde e a educação, também veio a contribuir para a adoção/formação de um modelo alternativo, que consiga supri-lo em suas questões básicas.

A partir da compreensão da complexidade da formação da população amazônica e da população rondoniense, iremos fazer maiores referências à uma dessas categorias, a população ribeirinha. E nos referiremos mais diretamente na população ribeirinha de Nazaré, à margem esquerda do Rio Madeira, comunidade que compõe o distrito de Nazaré, Porto Velho/Ro.

O que é ser ribeirinho? Como entender um modo de vida que lida com as águas em suas tantas possibilidades? Quais são suas representações? Que conhecimentos e saberes construíram articulando o universo das águas e da floresta? O ser ribeirinho, dessa maneira, não é caracterizado apenas como quem reside adjacente a um curso de água, mas aquele adaptado à floresta, o que inclui sua convivência de equilíbrio com os elementos naturais ao seu dispor. O ser ribeirinho valoriza os elementos naturais e os representa em suas simbologias míticas existentes. A importância das águas na vida da população é relatada por Silva:

A população constituinte que possui um modo de vida peculiar que as distingue das demais populações do meio rural ou urbano, que possua sua cosmovisão marcada pela presença das águas. Para estas populações, o rio, o

lago e o igarapé não são apenas elementos do cenário ou da paisagem, mas algo constitutivo do modo de ser e viver do homem. Dessa forma, quando estabelecemos nossa conceituação, temos claro que nem todas as populações humanas que vivem às margens dos rios são consideradas ribeirinhas. (2000: 32)

A proximidade da água e da mata para o ribeirinho representa mais do que apenas um elemento da paisagem, mas uma ligação existente com as suas atividades realizadas na comunidade.

### **Comunidade Ribeirinha de Nazaré**

O Distrito de Nazaré dista de Porto Velho cerca de 150 km via rio Madeira. A sua formação é composta por diversas comunidades, como: Nazaré (sede), Boa Vitória, Bom Será, Nova Esperança, Lago do Cuniã, Santa Catarina, Curicacas e Papagaio (Silva, 2004). O Distrito está localizado na região do baixo rio Madeira à jusante do município de Porto Velho, a qual pertence.



Figura 1: MORAIS, Allan, R. R. Encontro do Igarapé do Peixe-Boi com o Rio Madeira, período da Cheia/Fev/16. Comunidade Ribeirinha de Nazaré, RO. Fevereiro de 2016.

O estudo foi realizado através de entrevistas abertas e diálogos junto à população. As informações foram registradas em caderno de campo e também utilizou-se um gravador digital, que posteriormente teve seu conteúdo transcrito.

Registramos a atuação da população e como ela recorre aos conhecimentos herdados. Percebemos a importância da saúde tradicional e da utilização dos procedimentos de cura presentes na rotina diária dos seus moradores. Outro aspecto adotado é sobre a identificação dos entrevistados. O distrito de Nazaré é composto de pequenas comunidades, onde a relação entre sua população é muito estreita e a presença da religião é assídua na vida de seus moradores. Um cuidado adotado deve ser destacado: é que entre os possuidores dos saberes, garantimos a não identificação dos participantes. Com explicações sobre o objetivo da pesquisa, antes de iniciadas as entrevistas, deixamos claro que seu nome ou imagem não seriam utilizados.

Foi fundamental a aplicação do método fenomenológico, o qual se buscou descrever coisas manifestas e a ocorrência de fenômenos que devem ser valorados. Este encontro entre o homem e o espaço se dá na paisagem, como observa Dardel:

A paisagem se unifica em torno de uma tonalidade afetiva dominante, perfeitamente válida ainda que refratária a toda redução puramente científica. Ela coloca em questão a totalidade do ser humano, suas ligações existenciais com a Terra, ou, se preferirmos, sua geograficidade original: a Terra como lugar, base e meio de sua realização (2011: 30).

Desta maneira a ciência geográfica, vista pelo ângulo fenomenológico alicerça-se na historicidade, ou seja, analisam-se de uma forma crítica as transformações por que passa, até chegar à realidade atual. Demonstra as contradições, diferenças e a possibilidade de mudanças que ocorrem em um espaço.

E nesta paisagem, vislumbrada por abstrações, mitos e crenças embasada por uma geografia de exploração do mundo, encontram-se as vivências, observações, momentos e passagens fundamentais para se construir a realidade histórico-geográfica ribeirinha.

Ao longo do trabalho foi mantido um diário de campo para narrar eventos e expressar sentimentos, comparar observações, impressões e ideias em uma forma mais livre e subjetiva. As imagens foram registradas em câmera digital marca Sony utilizada no modo automático de captura.

Neste espaço, o simbólico predomina na paisagem e comportamentos, pois sem ele seria impossível esclarecer a problemática que gerou a investigação. Pelos relatos presentes nas entrevistas, permitiu-se analisar em primeiro lugar os aspectos subjetivos de cada descrição das situações elencadas. Em segundo lugar, relatamos algumas experiências e aspectos psicossociais detectados nas falas das parteiras, rezadores, raizeiros e conhecedores da medicina tradicional ribeirinha.



Figura 2: MORAIS, Allan, R. R. Residências na comunidade de Nazaré, em destaque uma das pousadas existente na comunidade. Comunidade Ribeirinha de Nazaré, RO. Fevereiro de 2016.

## A Saúde no espaço ribeirinho

Ao existir em amplo campo de atuação, a Geografia da Saúde volta-se ao desenvolvimento dos estudos em questões ligadas à realidade globalizada, ao explorar o campo de trocas entre os elementos existentes em diferentes áreas e que podem promover o seu desenvolvimento.

A Geografia da Saúde vem sendo desenvolvida no Brasil predominantemente por sanitaristas e geógrafos, mas a disciplina e a problemática da saúde ainda permanece relativamente afastada dos currículos de Geografia. Não obstante começa a surgir um movimento de geógrafos brasileiros dispostos a desenvolver as temáticas. (PEITER, 2005: 5).

Neste contexto, a geografia da saúde requer conhecimento multidisciplinar, pois se nutre de diversas áreas do conhecimento. A super valorização da técnica científica é dita como uma mostra de que a saúde atual continua não sendo tratada pelas causas, mas se restringe apenas aos tratamentos dos sintomas. À vista disso, há uma valorização da indústria farmacêutica e uma contestação em torno dos conhecimentos tradicionais.

Por outro lado, nas comunidades rurais, os processos de cuidados com a saúde se apresentam como uma experiência tecida em uma rede de múltiplos significados. Desta maneira, os tratamentos para diversos problemas de saúde são recorridos tanto para as parceiras tradicionais, como para as demais pessoas que trabalham com os saberes da floresta.

Todo este conhecimento vem sendo passado dos mais velhos para os mais novos, embora já existam restrições dentro de algumas comunidades devido ao evento da medicina alopática e a erosão de modos e costumes tradicionais (PINTO et. al 2002).

Assim, o saber tradicional na região amazônica foi moldado com bases no conhecimento dos nativos, configurado com o legado colonial das sociedades europeias e da influência nordestina de milhares de migrantes que foram introduzidos nos seringais durante os dois ciclos da borracha.

Este saber-fazer tem um fundamento holístico, relacionando dimensões naturais (físicas) e sobrenaturais (psicossociais) da saúde, englobando um misto entre o conhecimento dos fitoterápicos (os remédios), a etnoanatomia, o conhecimento das doenças de ordem fisiológica e psicossocial. (FLORIANI *et al.* 2016: 342)

As distâncias e os difíceis acessos existentes tornam mais inacessíveis a chegada de profissionais e medicamentos industrializados, que somados a existência desse modo peculiar de cuidar dos enfermos, fortalece a medicina tradicional quando aplicada.

## O saber dos povos

A Amazônia abriga uma imensa diversidade geográfica e cultural, que se expressa entre eles, na atenção da saúde e no universo simbólico representado por meio das distintas práticas de cuidar desde a gestante e do nascimento aos processos de adoecimentos cotidianos.

Em Rondônia, como citado, a cada ciclo de colonização e chegada de migrantes, a carga de conhecimento trazido vinha-se somar a uma amálgama de informações já existentes. A descrita soma do isolamento, ou não obstante, das dificuldades em torno dos meios de transportes mais escassos e difíceis, ainda aliados à falta de medicamentos e serviços de saúde que dependiam dos centros urbanos mais próximos, moldou a atual medicina tradicional ribeirinha da região estudada.

A mistura de etnias, povos e migrantes tiveram sua importância na formação do saber da população local que utiliza os diversos conhecimentos herdados nas rotinas diárias. Desta maneira, realizam-se reflexões sobre o encontro do saber científico e saber tradicional da saúde ribeirinha existente na comunidade.

Os Ribeirinhos desta região são descendentes diretos de uma miscigenação que ao longo dos anos de ocupação foram formando esse complexo ambiental cultural. Os indígenas e nordestinos compõem a maior faixa desta população tradicional, resultado das diferentes fases econômicas e migratórias, drogas da Amazônia, extração da borracha e extração de ouro (SILVA, et al 2002).

Na busca de diálogo entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, tem havido em alguns municípios brasileiros experiências integradoras. As plantas medicinais têm

sido utilizadas como recursos terapêuticos para intervir no processo saúde/doença, em diferentes sociedades, pela população em geral, e por profissionais especializados.

Além deste recurso natural, há laboratórios que transformam ervas medicinais em gel, xarope e cápsulas, para serem distribuídas nas unidades de saúde e em farmácias populares. No entanto, esta aplicação não se encontra difundida na Comunidade do estudo, e ainda há a segregação dos conhecimentos, que são tratados como independentes dentro das Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Apesar da não integração, a população utiliza meios independentes e familiares de tratar as doenças que os atingem. Muitas vezes, estas mesmas práticas são somadas às científicas, não necessariamente com consentimento dos profissionais de saúde ou apoio de governos e líderes locais.

Na exclusão do saber tradicional, também exclui do processo a maior parte da população que não pode ou não deseja, por diversas particularidades, acessar a tecnologia disponível no mercado e assim sentem-se esquecidos pelo sistema de saúde atual.

Um saber e uma prática bem descolados de preocupações humanísticas são a principal marca do domínio da técnica sobre a ciência que estamos agora assistindo: é a técnica que também está ditando as escolhas possíveis dos remédios (SANTOS, 2003: 312).

Contrariamente, a medicina tradicional está contemplada na cultura popular. O saber local nasce das experiências populares, de determinados grupos, enquanto que o saber científico e/ou clínico é um saber adquirido, que não passa pela experiência do grupo.

## **A conexão entre as saúdes**

Na comunidade de Nazaré, a chegada do atendimento de saúde profissional foi iniciado ainda no início dos anos 90. Motivada pelos primeiros ideais da necessidade de fundação de um posto de saúde na localidade, a senhora Maria Nobre – mulher influente e parteira reconhecida – contou com o auxílio da prefeitura e de outros moradores para implantação do serviço.

Na época a prefeitura de Porto Velho deu o suporte para a fundação, ao promover no local a realização dos primeiros atendimentos por equipes de saúde na região. Futuramente se ergueria o atual posto de saúde da comunidade, que atualmente leva o nome da mulher que o visualizou.



Figura 3: MORAIS, Allan, R. R. unidade de saúde ou posto, como chamado pelos moradores. Comunidade Ribeirinha de Nazaré, RO. Fevereiro de 2016.

Segue um breve relato da administradora temporária do posto de saúde, Dona Raimunda:

Eu era bem pequenininha por aqui quando começou, era um grupo, funcionava em uma escola que atendiam. O grupo atendia lá, mas quem começou mesmo foi a minha tia, Maria Nobre, hoje o nome da unidade é o nome dela em homenagem, ela era parteira, fazia muitos partos e fez auxiliar de enfermagem e pela boca virou a enfermeira do posto. Foi interessante, porque foi aos poucos que ela foi conseguindo as coisas: maca, remédio e até preventivo ela que fazia. Mandavam tudo no barco de Porto Velho, pois não vinha atendimento de ninguém de lá. *(Entrevista fornecida pela Dona Raimunda (nome fictício) no Distrito de Nazaré, comunidade ribeirinha do município de Porto Velho/RO em 26 de fevereiro de 2016.)*

Além da saúde convencional instalada através de uma unidade de saúde inicial, os cuidados na região sempre estiveram conectados às pessoas dispostas a auxiliar nos momentos de enfermidades, onde conta-se com o conhecimento das parteiras, benzedeiras, raizeiros e de pessoas dispostas a prestar auxílio. Todos estes, se caracterizam por serem pessoas detentoras dos conhecimentos tradicionais, em que se vale de práticas alopáticas utilizando-se do conhecimento da fauna, flora, crenças regionais e da espiritualidade existente, a qual chamamos de medicina tradicional ribeirinha.





Figura 4: MORAIS, Allan, R. R. Residência rodeada de plantas medicinais no seu quintal com moradores realizando tratamentos diários. Comunidade Ribeirinha de Nazaré, RO. Fevereiro de 2016.

Os detentores deste conhecimento são pessoas que possuem grande influência nas comunidades e tem transmitido este legado através de gerações. Muitos são conhecidos e respeitados principalmente devido aos serviços que prestam a comunidade.

Nos atendimentos e visitas, percebe-se a dedicação a estas atividades como profissionais das áreas de saúde, o que na verdade o são. Dessa maneira, mesmo onde os serviços convencionais não chegam, levam além de sugestões de tratamentos alternativos, o acolhimento, o acompanhamento e o resguardo ao enfermo.

Em relação a valores financeiros, as consultas e recomendações de tratamentos realizados pelos rezadores e raizeiros não são pagas, apesar de que alguns consulentes, às vezes, gostem de fazer uma gentileza, realizando pagamentos em dinheiro com os valores não determinados. Para o benzedor, prestar esse serviço se caracteriza como uma ação de caridade e sinal de solidariedade aos moradores, vizinhos, que precisam de apoio nos momentos de dor e preocupação.

Deste modo, as atividades exercidas pelos conhecedores da medicina tradicional ribeirinha englobam a população como um todo, não segregando ricos e pobres, crianças, jovens e idosos. O fato da não cobrança em grande parte desses atendimentos, não torna o serviço exclusivo de pessoas com uma menor condição financeira. O alívio procurado é amenizado após o início do tratamento ou poucos minutos após a reza realizada, conforme está na fala do Sr. Araçá, rezador de 82 anos, citada a seguir:

...a pessoa chega com dor de dente meu filho, é doendo mesmo, eu faço a oração assim, e não dá 15 minutos e ela já tá boazinha... claro, dependendo... se não passar, aí eu mando ela ir procurar o doutor pra mandar ele arrancar. Então o nosso trabalho é desse jeito: chega dizendo, ô Seu Araçá, eu tô aperreado porque tá doendo aqui, e eu rezo e no outro dia tá bom, e se melhorar, no outro dia tá bom, e se não melhorar no outro dia vai pro doutor (Entrevista fornecida pelo Sr. Araçá (nome fictício) no Distrito de Nazaré, comunidade ribeirinha do município de Porto Velho/RO em 27 de fevereiro de 2016.)

Neste trecho do diálogo, há uma ideia de que os conhecedores da medicina tradicional ribeirinha são os primeiros a tratar os enfermos, e em caso de negativa na resolução do problema, há um encaminhamento para o serviço único de saúde local. Em diversas partes do diálogo com o Sr. Araçá, é enfatizada a necessidade da fé do enfermo, que foi objetivamente explicado no momento abaixo transcrito:

E eu falo assim: meu Senhor Jesus, o Senhor nosso pai do céu e da terra, aqui eu tô te pedindo que o Senhor desça e estenda sua mão, nessa doença de Fulano, ele está doente e então eu peço que o Senhor estenda sua mão em cima dessa doença e leve para longe em nome do Pai do Filho e do Espírito Santo, amém.

E quando a pessoa tem fé é rápido, é qualquer dor e toda semana tem criança pra rezar.



Figura 5: MORAIS, Allan, R. R.: Igreja Católica São Sebastião em Nazaré. Comunidade Ribeirinha de Nazaré, RO. Agosto de 2016

O que podemos perceber é que apesar de haver um acompanhamento completo e estrutura médica e de fármacos, a população continua a procurar a medicina tradicional para diversos males.

Em entrevista com o médico Cubano Daniel Ramirez, que atua no Programa Mais Médico do governo federal e realiza o atendimento no distrito de Nazaré e mais quatro

comunidades, cita que está na área ribeirinha há mais ou menos 18 meses (Dados coletados em maio de 2016). O mesmo afirma que em casos mais sérios de saúde como a realização de partos, cirurgias e doenças crônicas como o câncer, há o acompanhamento do doente até o momento do seu encaminhamento a uma unidade de saúde do município de Porto Velho, onde este paciente receberá atendimento com os recursos laboratoriais que se fizerem necessários e disponíveis nos serviços públicos de saúde.

A própria população quando questionada sobre quais os procedimentos nos casos de adoecimento, afirma que prefere o atendimento na própria comunidade, dando preferência aos tratamentos tradicionais. Apresentamos a seguir parte da entrevista com Caroline (Entrevista realizada em 30 de março de 2016) estudante de 14 anos e moradora da Comunidade de Nazaré:

eu já fui no rezador, aí ele reza e passa... minha mãe mesmo sabe passar a dor também com chá, ela conhece as plantas pra fazer o remédio, mas quando adoço eu gosto do posto porque lá eu sou atendida e logo eles me dão remédio, tem de tudo, até injeção. Quando não, dizem que eu tenho que ir a Porto Velho, aí eu não gosto não. Ir pra lá eu não gosto, é tudo longe, é ruim de ficar lá no hospital, aí eu fico aqui mesmo...

A jovem entrevistada, assim como grande parte da população, reluta em não sair da área ribeirinha para cuidar da saúde. Eles procuram a UBS para um tratamento com reconhecida eficácia, no entanto não pretendem continua-lo, nos caso de haver necessidade de utilização de uso de tecnologias que se encontram externas às comunidades ribeirinhas.

Com o passar da pesquisa, compreendeu-se que os pilares que sustentam os conhecimentos da cura estão alicerçados na passagem deste conhecimento através da oralidade. Esta atravessa gerações e se representa dentro da comunidade na forma dos responsáveis por manter as tradições e garantir a segurança da saúde.

Em entrevista com a moradora Uxi, 31 anos, foi demonstrado que ela já herda da mãe as características e a vontade de ajudar na saúde da comunidade, segue trecho do diálogo:

sempre vi minha mãe fazendo remédio e receitando, ela era parteira, hoje não enxerga muito bom não, mas continua ajudando quem a procura.... eu conheço as plantas, olha até pra diabetes e vento (Acidente Vascular Cerebral) a gente tem remédio, coisa que não tem remédio no posto, né?

O perceber dos benzedores utiliza-se da prática do uso de recursos vegetais e animais, presentes na floresta para proporcionar a recuperação da saúde do indivíduo.

### **Entre ervas e agulhas, encantos e desencantos.**

A medicina tradicional ribeirinha encontra-se diante de um novo desafio: restabelecer na geração atual a confiança e a fé nos elementos de cura perpetuados durante todos esses anos.

Estes desejos encontram-se hoje abalados, visto que a presença de uma medicina científica atuante na Unidade de Saúde do Distrito de Nazaré e na facilidade do deslocamento a sede do Município de Porto Velho.

Os medicamentos da medicina alopática tendem a trazer um alívio mais rápido à dor e uma segurança maior quanto aos questionamentos sobre o que está acontecendo com o corpo, excluindo qualquer referência a crenças, mitos e forças espirituais. No entanto, continuam a proporcionar uma certa estranheza na população que enxerga o ambiente hospitalar como frio e distante da sua realidade.

Na atualidade, a população, o governo e parte da comunidade científica se esforça para promover a inclusão da medicina científica nas populações ribeirinhas e os povos da floresta. Apesar disso, exigem a não exclusão da importância dedicada ao conhecimento tradicional e seus saberes utilizados, que na verdade, não pode ser ignorado principalmente pelo bem estar físico, mental e social que ele proporciona.

A promoção do diálogo entre os saberes tradicionais e os saberes da medicina científica, por meio das Secretarias de Saúde do Município e do Estado, auxiliariam no estabelecimento dos profissionais e serviços para serem utilizados. A associação objetiva favorecer o acesso consistente sobre a utilização das técnicas tradicionais junto ao SUS na região.

Sua aplicação valorizará o tratamento dos pacientes como cidadãos, ao buscar a contextualização da doença e suas causas, e promoverá a aproximação do profissional ao cidadão ribeirinho. Diferentemente da tradicional, a medicina convencional propõe-se a tratar apenas os sintomas da doença de forma clínica, valendo-se de químicos e procedimentos.

Afinal, a aplicação da medicina convencional é focada no paciente, nos sintomas, e não enxergam a pessoa como um todo, mas como um corpo. O desenvolvimento da importante relação existente entre os pacientes das comunidades e os profissionais de saúde tornam-se mais dependentes da disposição pessoal do profissional do que da existência de políticas direcionadas para promover a integração entre os saberes tradicionais e científicos.

O encontro entre diálogos diferentes é importante tanto para o equilíbrio sócio cultural das comunidades quanto da própria medicina amplamente amparada pela ciência. No desenvolver de nossa trajetória humana, sempre se buscou os problemas do corpo levando em consideração, é claro, o tempo e o lugar, obteve-se inúmeros e diferenciados graus de entendimento e eficiência dessas questões. A medicina científica fez e faz suas experimentações, entretanto, em inúmeras situações, apropriou-se dos conhecimentos e dos

saberes tradicionais utilizando-se da força e do poder negando-se ao diálogo. Refletimos que nesta trajetória da busca pela solução dos problemas relacionados a saúde a maior diferença se fez não no grau das eficiências ou das tecnologias utilizadas mas sim, pela questão da mercadoria. Ou seja, os conhecimentos e saberes tradicionais sempre foram praticados para o atendimento e cuidado de quem necessita e de forma integral e gratuita. O terapeuta tradicional, o curador recebia e desenvolvia o talento de cura como um dom sagrado, e sua vida tomava nova e única trajetória de cuidar dos membros de seu grupo social a qualquer hora, a qualquer tempo ou condição utilizando-se dos saberes repassados e de sua conexão mágica com a natureza e os encantamentos desta. E o fazia de forma gratuita. A medicina científica, vendendo mercadoria, não poderia se dar a tal “luxo”.

## REFERÊNCIAS

DARDEL, Éric. **O Homem e a Terra: natureza da realidade geográfica**. São Paulo: ed. Perspectiva, 2011.

FERREIRA, M.E.M.C. **Tópicos de Geografia Médica**. In: Semana de Geografia: Globalização e Regionalização: Integração ou Desintegração? Departamento de Geografia 2001, Universidade Estadual de Maringá. Paraná, 2001.

FLORIANI, N.; CLARINDO, M.F.; ALMEIDA SILVA, Adnilson de; STANISKI, A. **Medicina popular, catolicismo rústico, agrobiodiversidade: o amálgama cosmo-mítico-religioso das territorialidades tradicionais na região da Serra das Almas, Paraná, Brasil**. Geografia - Rio Claro Online, v. 41, p. 331-350, Paraná. 2016.

HAGUETTE, T.M.F. (1987) **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes. MMA/SCA. 1998. **Plantas Medicinais**. Produtos Potenciais da Amazônia. Ministério do Meio Ambiente, Manaus, Amazonas. 26 p.

LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa**. 3a edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. 5. Ed. São Paulo: Loyola, 2005

MENDES, E.V. **O processo social de distritalização da saúde**. In: MENDES, E.V. (Org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec,

MORAIS, A. R. R. 2016. **Saúde e geografia: ervas e curas na comunidade ribeirinha de Nazaré – RO**. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Departamento de geografia, Universidade Federal de Rondônia, 147 p.

NASCIMENTO SILVA, Maria das Graças Silva. **O Espaço Ribeirinho**. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

NASCIMENTO SILVA, Maria das Graças Silva. **Parteiras Ribeirinhas: Saúde da Mulher e o Saber Local**. Tese de doutorado. Tese (doutorado em desenvolvimento sustentável do trópico úmido). Belém: Universidade Federal do Pará. 2004.

OLIVEIRA, Elda Rizzo de. **O que é benzeção**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

OLIVEIRA, Elza Rizzo. Doença, **Cura e Benzedura**: Um estudo sobre o ofício das Benzedoras em Campinas, Volume I. IPEA. Dissertação de Mestrado Campinas SP. 1983.

PAULICS, Verônica. **Programa Soro, Raízes e Rezas em Sobral Ceará**. Instituto Polis, nº211 São Paulo SP. 2003.

PEITER, P. C. *A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio*. 2005. 337 f. Tese (Doutorado em Geografia). Instituto de Geociências. UFRJ. 2005. Disponível em: <<http://www.retis.igeo.ufrj.br/wp-content/uploads/2011/07/2006-geografia-da-saude-na-faixa-PCP.pdf>>. Acessado em 10 de Fevereiro de 2016.

PINTO, Ângelo; SILVA, Dulce H. S.; BOLZANI, Vanderlan S.; LOPEZ, Norberto P.; EPIFÂNIO, Rosangela A. **Produtos Naturais da Atualidade, Desafios Eperspectivas**. Quim. Nova Vo. 25 Supl. 01, 45 a 61, Rio de Janeiro. RJ. 2002.

SANTOS, Milton. **Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309- 314, 2003.

SILVA, Josué da Costa. **Cuniã: Mito e Lugar**. São Pulo. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo. 2000

SILVA, Josué da Costa & SOUZA FILHO, Theóphilo Alves de. O Viver Ribeirinho. *In: Nos Banzeiros do Rio*: ação interdisciplinar em busca da sustentabilidade em comunidades ribeirinhas da Amazônia. EDUFRO, Porto Velho/RO: 2002

## CAPÍTULO 3

### O CONHECIMENTO SOBRE OS REMÉDIOS DA FLORESTA, AS PLANTAS MEDICINAIS E SUAS UTILIZAÇÕES NA SAÚDE PELOS PARINTINTIN<sup>5</sup>

Juliano Strachulski<sup>6</sup>

Nicolas Floriani<sup>7</sup>

Adnilson de Almeida Silva<sup>8</sup>

Luís Carlos Maretto<sup>9</sup>

Severino Parintintin<sup>10</sup>

A relação dos seres humanos com as plantas se confunde com a própria história das sociedades ao longo do tempo e ao largo do espaço. Desde a época pré-histórica os seres humanos utilizam-se de espécies vegetais para a cura de enfermidades e mal-estares, por meio dos princípios ativos dos vegetais de forma empírica e/ou instintiva, baseados em tentativas e erros.

Os povos indígenas são aqueles coletivos humanos que dão continuidade à essa antiga tradição. Eles possuem uma forte ligação com a natureza, pois são exímios conhecedores desta e possuem formas sustentáveis de interação, mediante suas ações práticas e simbólicas. Uma

---

<sup>5</sup> Este capítulo é resultado de um trabalho de doutorado do primeiro autor, apoiado pela parceria acadêmica entre os professores orientadores Nicolas Floriani (PPGEO/UEPG) e Adnilson de Almeida Silva (PPGEO/UNIR). Essa iniciativa, que vem ocorrendo desde 2013, possibilitou, além da acolhida do doutorando na terra indígena Parintintin na Amazônia ocidental, a promoção de ações interinstitucionais no âmbito da Rede Internacional CASLA-CEPIAL e que resultou na organização do PRÉ-CEPIAL, em 2018, promovido pelo Programa de Pós-graduação em Geografia na Universidade Federal de Rondônia. Destaca-se que o PPGEO da UNIR tem desenvolvido trabalhos de pesquisa e extensão interdisciplinares juntamente com as etnias Suruí e Parintintin, resultando em ações práticas de desenvolvimento territorial nas terras indígenas, assim como na formação mestres e doutores indígenas no referido curso.

<sup>6</sup> Geógrafo, Mestre em Gestão do Território (Geografia), Doutorando em Geografia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Pesquisador do Grupo de Pesquisa Interconexões e da Rede Internacional CASLA/CEPIAL. E-mail: [julianomundogeo@gmail.com](mailto:julianomundogeo@gmail.com).

<sup>7</sup> Graduado em Agronomia, Mestre em Ciências do Solo e Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Docente no Departamento de Geociências e no Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Geografia/UEPG. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Interconexões e da Rede Internacional CASLA/CEPIAL. E-mail: [florianico@gmail.com](mailto:florianico@gmail.com).

<sup>8</sup> Graduado em Geografia e Mestre em Geografia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Doutor em Geografia pela UFPR. Docente no Departamento de Geografia e no Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Geografia (PPGG/UNIR) e Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente (PGDRA/UNIR). Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas Modos de Vidas e Culturas Amazônicas (GEPACULTURA/UNIR) e da Rede Internacional CASLA/CEPIAL. E-mail: [adnilson@unir.br](mailto:adnilson@unir.br).

<sup>9</sup> Engenheiro Florestal pela Universidade Federal de Rondônia (UFV); Especialista em Análise Ambiental na Amazônia e em Sensoriamento Remoto/UNIR; Mestre em Geografia/UNIR. E-mail: [lemaretto@gmail.com](mailto:lemaretto@gmail.com).

<sup>10</sup> Cacique e liderança do povo indígena *Parintintin*. Morador da Aldeia Traíra, Terra Indígena Nove de Janeiro, município de Humaitá, Estado do Amazonas.

das grandes dificuldades dos povos dos trópicos, após o contato com a sociedade não-indígena e mesmo antes disso, são as doenças, as quais associam à espiritualidade. Para tanto, desenvolveram um acervo de conhecimentos acerca do uso de espécies vegetais para a cura das várias enfermidades.

Os *Parintintin*<sup>11</sup> da Aldeia Traíra possuem mais de um século de convívio com a natureza local e desenvolveram vários saberes e técnicas no que se refere ao uso sustentado de espécies vegetais. Como aponta Albuquerque e Andrade (2002, p. 275), os seres humanos atuam como agente seletivos, “[...] alterando ciclos de vida, padrões de mortalidade, reprodução e sobrevivência de suas populações, bem como modificando e tirando vantagens das defesas químicas para seu benefício”.

Em direção análoga, Diegues *et al.* (2001, p. 1) afirmam que as espécies vegetais “[...] são objeto de conhecimento, de domesticação e uso, fonte de inspiração para mitos e rituais das sociedades tradicionais [...]”. A utilização de espécies vegetais pelos *Parintintin* para a cura de enfermidades se dá tanto para males físicos como espirituais, a partir da compreensão local, que a doença pode ser de duas ordens: do corpo, causada por micro-organismos, ou da alma, provocada por espíritos malignos.

As práticas de curas biológicas ocorrem principalmente por meio de chás, mas também maceração e xarope, principalmente a partir das folhas, casca e raiz são as mais comuns. Entretanto, em alguns momentos, como no falecimento de um indígena, as práticas simbólicas se fazem vivas, como no benzimento com urucum (*Bixa orellana* L.) para desprender o espírito do morto. A partir do diálogo de saberes com a sociedade não-indígena, os *Parintintin* também englobaram ao seu acervo de práticas tradicionais elementos extra-culturais, como a busca por benzimentos com premissas da sociedade envolvente, num processo contínuo e inacabado de adaptação e ressignificação de práticas e saberes.

---

<sup>11</sup> Parintintin é uma designação que teria sido empregada por um povo indígena rival, os *Munduruku*, englobando o conjunto de povos indígenas que se autodesignam por *Kawahib* (NIMUENDAJÚ, 1924). Outro termo empregado em alguns trabalhos para se referir ao povo *Parintintin* é *Pykahu* (citado por CARDOZO; VALE JÚNIOR, 2012), além de, em algum momento da pesquisa de doutoramento, ter-se registrado a palavra *Tandewkuhu*. Contudo opta-se pelo vocábulo *Parintintin*, que será empregado de agora em diante nesse texto, tendo em vista que não há um estudo aprofundado da etnohistória do povo *Parintintin*, nem informações suficientes para se confirmar a origem destes termos, não se percebendo suas disseminações pelo povo *Parintintin*, de forma específica na aldeia Traíra, ou sendo empregados em sua luta política e no seu fortalecimento cultural. Não obstante, o termo *Parintintin*, apesar de ser um nome recebido de outro povo indígena (*Munduruku*) é amplamente aceito pelos seus membros e utilizado como bandeira de luta, possuindo grande relevância político-cultural. Para uma maior compreensão acerca dos termos *Pykahu* e *Tandewkuhu* e o que eles realmente significam, recomenda-se a realização de um estudo aprofundado acerca da etnohistória inerente a eles.



Nesse diálogo de saberes, num processo de hibridação, com outros agrupamentos humanos, além de incorporarem práticas de benzimento não-indígena, incorporaram também práticas de manejo desta ao utilizarem plantas medicinais plantadas em seus quintais, e ao mesmo tempo buscam remédios da floresta, herança tradicional indígena, muitas vezes com a associação de ambas as espécies vegetais por eles manipuladas. Portanto, o objetivo deste texto é investigar os conhecimentos tradicionais *Parintintin* acerca das espécies vegetais utilizadas como medicamento e as formas de cura.

## **Materiais e métodos**

Na busca de aproximar-se dos sujeitos da pesquisa, para compreender seus saberes tradicionais, fez-se necessário realizar trabalho de campo, numa pesquisa compreendida como estudo de caso, uma investigação empírica com coleta de dados, possibilitada pela convivência diária com os *Parintintin*.

Para a realização da pesquisa, ocorreu uma primeira passagem pela Aldeia Traíra no ano de 2015. Tal passagem se deu mediante o estágio de doutorado-sanduiche na Universidade Federal de Rondônia, o qual teve duração de 14 semanas divididas em três estadias de mais de trinta dias cada uma. Já a segunda passagem que se deu em 2017 durou mais de 6 semanas consecutivas na Terra Indígena Nove de Janeiro.

Para aproximar-se dos atores sociais e de seus saberes, primeiramente fez-se uso da técnica da observação participante. De acordo com Albuquerque *et al.* (2010) esta metodologia permite uma análise de dentro da realidade estudada e possibilita captar os conhecimentos desenvolvidos e aplicados no cotidiano.

Com a convivência e aproximação às pessoas, aos poucos foi possível identificar aquelas que poderiam ser consideradas como fundamentais, devido a seus conhecimentos tradicionais que se destacam em relação aos demais. Ao identificarmos tais pessoas utilizamos a técnica da “bola de neve” (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010). Assim, ao final de entrevista com essa, a mesma era instigada a indicar outra pessoa de interesse para a pesquisa.

Outra técnica de grande importância é a história oral enquanto história de vida, que tanto pode se referir à experiência de vida geral de uma determinada pessoa ou sua afinidade com um determinado tema, como o conhecimento medicinal tradicional das espécies vegetais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010). Em corroboração da história oral, utilizou-se das entrevistas semiestruturadas, que possibilitaram compreender as “[...] perspectivas que as pessoas

entrevistadas têm sobre sua vida, suas experiências, sobre as instituições a que pertencem e sobre suas realizações, expressas em sua linguagem própria” (MACEDO, 2010, p. 105).

Guiada por um roteiro, nossa pesquisa foi caracterizada por buscar compreender os saberes locais acerca da utilização de espécies vegetais, tanto as cultivadas, como as nativas, com a finalidade de curar enfermidades do corpo e da alma.

De acordo com a vivência e uso da técnica de “bola de neve” foi possível identificar as pessoas chave, o que proporcionou a participação de seis atores sociais, dos quais três homens e três mulheres. A princípio foram seguidos alguns critérios para a escolha dos entrevistados, como tempo mínimo de 20 anos de residência na aldeia e idade acima de 40 anos, por entendermos que as pessoas mais velhas e aquelas que viveram mais tempo no território tradicional *Parintintin* são as que possuem conhecimentos mais significativos sobre a cultura e natureza locais. Contudo, praticamente todos participaram da pesquisa, pois, a vivência diária permitiu conversar com a maioria dos moradores da Aldeia Traíra.

Para aquelas dúvidas que permaneceram mesmo com a realização da entrevista semiestruturada fez-se uso das conversas denominadas de entrevistas informais (GIL, 2008) ou entrevistas não-estruturadas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010), o que permitiu uma visão geral acerca do objeto da pesquisa. Sua utilização decorreu em função de tentar realizar um detalhamento relativo às informações obtidas nas entrevistas semiestruturadas e dúvidas e/ou curiosidades que persistiam ao longo do tempo. Normalmente utilizava-se um diário de campo e/ou um gravador para registro das informações, ambos com o consentimento dos entrevistados.

Em alguns momentos acompanhávamos os indígenas quando estes se direcionavam para suas áreas de roça, em outros momentos combinávamos com eles para irmos à floresta, na ocasião pedíamos para que nomeassem as espécies que viam e suas respectivas utilidades, e na medida do possível fazíamos os registros fotográficos e anotações sobre elas.

Em outro momento, juntos realizamos duas etnocaminhadas na floresta como forma de validar os conhecimentos tradicionais sobre a vegetação narrados nas entrevistas. Essas etnocaminhadas tiveram por objetivo verificar a nomenclatura indígena das espécies vegetais.

Primeiramente foram citados nomes em português e depois buscou-se na língua materna *Tupi-Kawahib*. Muitas das espécies vegetais não possuíam os nomes na língua materna, pois no passado não eram conhecidas e/ou utilizadas pelos *Parintintin*. Nestes termos, percebeu-se um grande esforço por parte de alguns deles (em especial Maria das Graças Parintintin) que falavam e/ou escreviam em *Tupi-Kawahib* para dar nomes as espécies que conheciam, as quais

não possuíam nomes na língua indígena. Foram nomeadas a maioria das espécies identificadas localmente, inclusive aquelas que não possuíam correlação científica.

Também visou-se identificar locais onde se encontravam as espécies vegetais mais importantes, além de terem possibilitado a localização de antigos caminhos em meio à floresta, dos quais alguns ainda são usados e outros que somente deixaram marcas e lembranças.

Nestes dois dias, desfrutamos da companhia de dois mateiros locais, em dias diferentes e com a presença de um experiente engenheiro florestal da região Amazônica, senhor Luís Carlos Maretto, que ajudou na identificação em campo de algumas espécies citadas pelos indígenas e que não foram levantadas em trabalho anterior<sup>12</sup> ali realizado. Além de excursões à floresta, foram identificadas, com a colaboração dos indígenas e do engenheiro Maretto, algumas espécies cultivadas em quintais e nos terreiros próximos às residências da Aldeia Traíra.

Não houve coleta botânica devido a vários fatores, como não ter parceiros nas universidades locais, além de no momento estarem em período de greve; longas distâncias a serem percorridas, uma logística difícil de ser executada - acesso a certos locais para coletas; além de não dispormos de recursos financeiros para custearmos um levantamento mais minucioso. Por outro lado, por se tratar de uma pesquisa participativa, também dependeríamos do tempo que os indígenas poderiam empregar para tal atividade.

Desta forma, buscou-se citar somente as espécies vegetais identificadas no Diagnóstico Etnoambiental realizado pela KANINDÉ (no prelo), e acrescentamos a elas dados coletados em nosso estudo de tese. Cabe destacar que os mateiros que acompanharam a presente pesquisa foram os mesmos que acompanharam os pesquisadores da KANINDÉ. Portanto, os nomes populares referidos no trabalho anterior são os mesmos que foram citados no presente estudo.

Quando possível, parte das espécies identificadas pelos nomes populares foram registradas por meio de fotografias e comparadas com as imagens das plantas contidas na *Reflora – Lista de Espécies da Flora do Brasil* (2016). Neste site também foram consultadas a grafia dos *taxas* e dos autores, a origem das espécies, a forma de vida e o tipo de formação

---

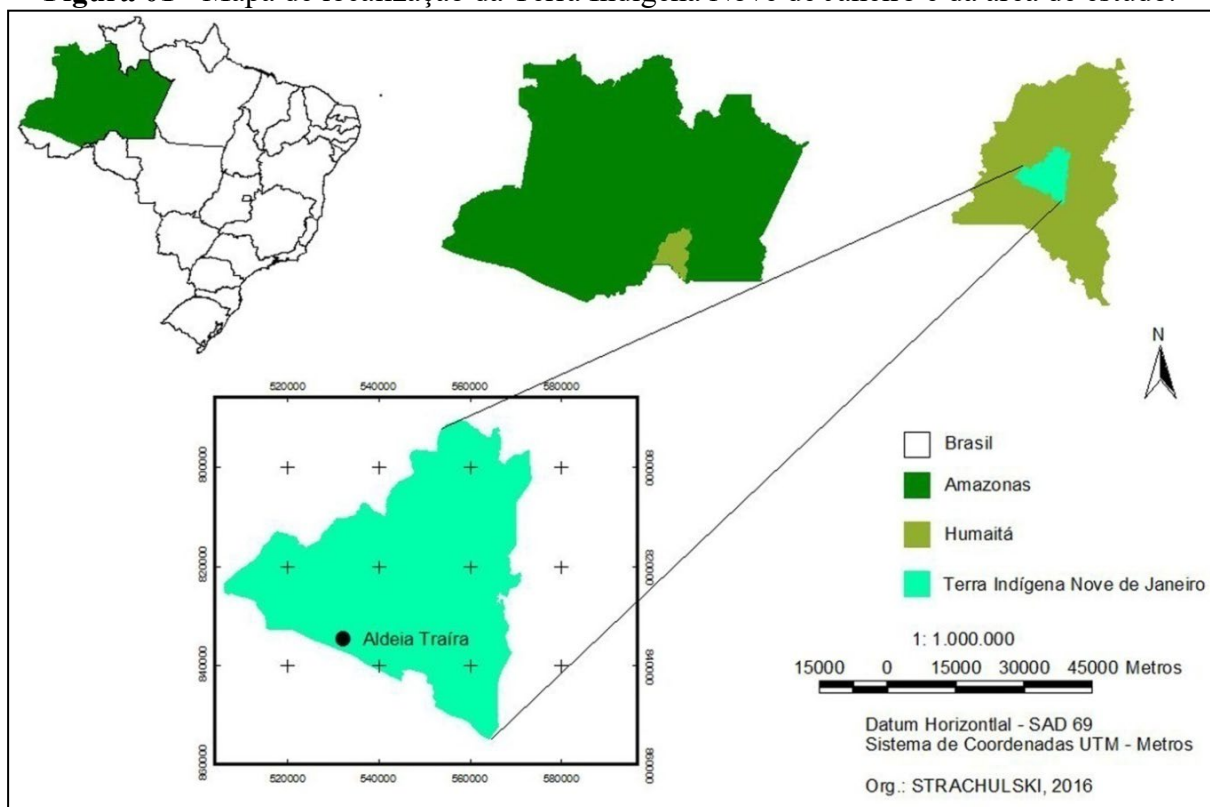
<sup>12</sup> Nos anos de 2005 e 2006 foi realizado um Diagnóstico Etnoambiental Participativo pela Oscip KANINDÉ Associação de Defesa Etnoambiental, em que um dos eixos temáticos abordados foi a vegetação. Este estudo culminou na elaboração de uma lista com 174 espécies e etnoespécies. Cabe destacar que os mateiros locais, que participaram das entrevistas e etnocaminhadas, acompanharam os pesquisadores da referida Entidade em trabalhos de campo, na identificação das espécies vegetais e demais práticas referentes ao eixo da vegetação. Este eixo ficou sob a supervisão do engenheiro florestal Luís Carlos Maretto que esteve conosco em atividade de reconhecimento das espécies.

vegetal a que se encontram.

## Caracterização da área de estudo

A Aldeia Traíra (Figura 01) pertencente à Terra Indígena Nove de Janeiro (TINJ) habitada pelo povo *Parintintin*, está localizada cerca de 05 km da Rodovia Transamazônica (BR-230) no município de Humaitá – AM e com distância aproximada de 45 km da sede urbana, cujo trajeto é todo sem pavimentação asfáltica, o que dificulta a locomoção no período chuvoso, entre novembro e abril. Por ser considerada uma distância relativamente curta para os padrões da região, permite-se grande mobilidade dos indígenas da Aldeia Traíra para irem à área urbana de Humaitá ou mesmo para dialogarem com os regionais que vivem no entorno da TINJ.

**Figura 01** - Mapa de localização da Terra Indígena Nove de Janeiro e da área de estudo.



**Fonte:** Juliano Strachulski, 2016.

Os *Parintintin* - designação que teria sido empregada pelos rivais *Munduruku* - englobam o conjunto de povos indígenas que se autodesignam por *Kawahib*, *Kawahiwa* ou ainda *Kagwahiwa*, logicamente, em sua própria língua (*Kawahib*).

De acordo com o Menéndez (1989) os primeiros registros acerca dos *Kawahib* datam do século XVIII, que foram localizados em 1750 na confluência dos rios Arinos e Juruena, formadores do Tapajós, junto ao povo *Apiaká*, dentre outros.

Em meados do século XIX os *Kagwahiva* foram expulsos do rio Tapajós (no Pará) pelos portugueses e pelos *Munduruku*, de modo que se deslocaram para o oeste, rumo ao rio Madeira, onde os *Parintintin* situam-se atualmente, mas também para outras regiões como o rio Machado e ao longo deste até a região central de Rondônia (MENÉNDEZ, 1989).

Os *Parintintin* eram referidos como um pequeno grupo de guerreiros que entre o final do século XIX e início do século XX estiveram em conflito com os seringueiros ao longo de um trecho de 400 km do rio Madeira, após terem sido expulsos de sua área original pelos *Munduruku*.

Atualmente, a maior parte da população vive em duas Terras Indígenas, Ipixuna e Nove de Janeiro, ambas no município de Humaitá, no Estado do Amazonas, com um total estimado em 480 pessoas (SESAI, 2014). De acordo com os próprios *Parintintin*, a população estimada em relação a cada aldeia é a seguinte: 60 pessoas em Canavial; 117 em Pupunha; e 135 em Traíra, o que perfaz um total de 312 residentes, além dos desaldeados<sup>13</sup> ou que habitam áreas urbanas da Amazônia.

Apesar das dificuldades enfrentadas, tais como falta de apoio do governo, confrontos com povos vizinhos e contato constante com seringueiros, os *Parintintin* conseguiram a regularização de seu território ancestral, ou parte dele, a partir do final dos anos 1990. O controle definitivo começou a ganhar corpo em 1992 quando foram declaradas de posse permanente e imemorial, a demarcação ocorreu em 1995/96 e a homologação em 03/11/1997 (Dec. s/n publicado no DOU em 04.11.1997), com situação fundiária registrada no Cartório de Registros de Imóveis – CRI, e na Secretaria de Patrimônio da União – SPU, em 1998. A TINJ possui este nome, devido ao fato de que foi no dia 09 de Janeiro no igarapé homônimo que ocorreu o primeiro contato entre os indígenas e não-indígenas. Sua área oficial é de 228.777 ha.

As características físicas da T.I.N.J apontam que a maior parte da vegetação local é coberta por florestas, sendo: 68,27% referentes à Floresta Densa e 18,84% à Floresta Aberta. As demais áreas estão divididas entre Savanas (0,69%); Áreas de Formações Pioneiras (0,84%) e 11,36% em Áreas de Tensão Ecológica (contatos entre Savana/Floresta e Formações Pioneira/Floresta) (KANINDÉ, *no prelo*).

---

<sup>13</sup> Além disso, constata-se que vários *Parintintin* encontram-se desaldeados ou que habitam no meio urbano, conforme estudos publicados pela Kanindé (2012), em cidades como “Manaus e Manicoré, no Amazonas, Porto Velho, Ji-Paraná, Guajará-Mirim e Costa Marques, todas em Rondônia, locais que os membros da etnia escolheram para morarem e também onde buscam oportunidades, as quais não encontram nas aldeias”. Também se registra a presença de famílias de Parintintin em “aldeias dos povos indígenas Tenharin, Jiahui (Amazonas) e Gavião (Rondônia)” (CIMI, 2015), e estabeleceram relações de matrimônio (MIRANDA et al., 2017, p.57).

Em conformidade com Veloso *et al.* (1991), as florestas ombrófilas abertas são características das paisagens de várias áreas amazônicas, sendo fáceis mais claras da floresta ombrófila ou da floresta pluvial tropical. Pires e Prance (1985) inferem acerca da presença de quatro faciações distintas: (1) florestas abertas com palmeiras, (2) florestas abertas com bambus, (3) florestas abertas com cipós, e (4) florestas abertas com sororocas.

Kanindé (no prelo) identificou regiões de Floresta Tropical Aberta, além da comum ocorrência de palmeiras em associação com a campinarana (popularmente denominada de campina). Verificou também que esta formação vegetal é caracterizada pelo domínio de palmeiras (campinas) ocorre predominantemente no entorno da Aldeia Traíra.

*In loco* e com a colaboração dos estudos da Kanindé (no prelo), percebeu-se que nas cercanias da Aldeia Traíra predomina a mata de igapó, a floresta de terra firme, as campinas e as capoeiras (floresta secundária em vários níveis de sucessão) originárias da abertura da mata primária para a criação de seus roçados. A floresta é uma grande fonte de recursos medicinais em seus vários ambientes e formações florestais, em especial a mata de terra firme.

Os indígenas *Parintintin* possuem uma forte relação com a floresta, em virtude que a maior parte de suas atividades nela ocorrem, como a caça, a coleta e a pesca. Neste sentido, o conhecimento, forma de coleta, preparo e uso de medicamentos dela oriundos são elementos intrínsecos da cultura local.

Por outro lado, os quintais implantados pelos indígenas, uma herança cultural adquirida da sociedade envolvente, também se revelam uma boa fonte de espécies medicinais utilizadas pelos *Parintintin* da Aldeia Traíra e, diferentemente das espécies da floresta, são cultivadas em áreas abertas perto de suas casas. Os quintais normalmente são ambientes de domínio das mulheres, mas também de conhecimento dos homens.

Característica interessante dos povos indígenas, em especial o povo *Parintintin*, é a capacidade de uso e manejo da vegetação, pois ao longo do tempo, na localidade onde hoje é a Aldeia Traíra houve muita exploração da vegetação local pelos seringueiros e demais regionais. Revela-se a capacidade de ajustamento de suas práticas produtivas e culturais ao meio ecológico local, em vista do plantio de espécies medicinais tanto adquiridas da sociedade envolvente como tiradas da mata, como uma forma de recompor e equilibrar aquilo que foi perdido com os novos elementos em jogo. Em termos medicinais, permanecem muitas práticas tradicionais e a essas se somam outras modernas.

## Resultados e discussões

Através das informações obtidas na vivência cotidiana sobre o uso de plantas medicinais e remédios da floresta na Aldeia Traíra, foi possível evidenciar que a população utiliza espécies vegetais para fins medicinais tanto da floresta como do quintal e terreiro e, não apenas convivem com a biodiversidade local, os *Parintintin* nomeiam e classificam as espécies vivas em conformidade com suas próprias categorias e nomes. Por outro lado, “[...] essa diversidade da vida não é **somente** vista como ‘recurso natural’, mas sim como um conjunto de seres vivos que tem um valor de uso, um valor simbólico, integrado numa complexa cosmologia” (DIEGUES *et al.* (1999, p.31-32, grifo nosso).

Os vegetais são tradicionalmente utilizados por inúmeras sociedades, com destaque para os povos originários, os quais possuem uma relação de reciprocidade com a natureza. Através de sua sabedoria tradicional, os povos indígenas potencializam o valor medicinal das plantas como uma forma de promover a saúde e o bem-estar espiritual, de modo que essas atuam tanto terapêutica como culturalmente na mitigação ou cura de doenças do corpo e da alma.

A doença pode se referir tanto à ampla gama de distúrbios orgânicos promovidos por agentes biológicos que precisam ser expulsos, bem como de personificações espirituais, cujos elementos presentes no corpo do hospedeiro representam materialmente a ação de espíritos, no caso *Parintintin* os *anhang* ou *anhangá*<sup>14</sup>. Em sua compreensão de mundo, um corpo debilitado abre possibilidades para enfraquecer a alma e o contrário também é válido.

A doença pode ser “[...] concebida não apenas como uma disfunção orgânica, biológica, mas como um distúrbio das forças de natureza social, física e cósmica (SANTOS, 2007, p. 79). Portanto, para os indígenas, estar doente é estar em desarmonia com a natureza e com o coletivo em que se vive, além do corpo e da alma, enfim, com as energias que sustentam o meio em que se vive. Para os *Parintintin* a doença pode ter duas concepções, conforme mencionou Severino Parintintin em entrevista em 2015:

Existe uma doença que pode trazer causa de doença mesmo, às vezes a pessoa trabalha muito, às vezes não tem a alimentação correta né, pode existir uma doença. Agora, existe malvadeza, inveja, assim fica de olho na pessoa né! Por exemplo: existe malvadeza de uma forma que natureza, normal né. Quem é pajé... faz alguma coisa pra pessoa ficar doente. Aí já é diferente né! É muito difícil um médico fazer curativo pra aquela pessoa ficar bom né! Se não for espiritual né, um pajé, uma pessoa que sabe rezar né, não tira aquela doença

---

<sup>14</sup> Trata-se de um espírito considerado do mal, a tradução aproximada de seu nome seria diabo.

daquela pessoa né! Ele vai sofrer, sofrer até morrer né. Por isso que quem sabe, quem entende as coisas... tem gente que sabe. Tem coisa que o médico resolve, mas tem coisa que não dá nem previsão. Às vezes não dá nada. É assim, dá pra perceber duas coisas, a doença que é normal, que vem do ar pode ser e tem coisa que vem de malvadeza mesmo né, a pessoa malvada o outro pra ficar doente né! Esse é mais perigoso, porque pode ser que esse não tem mais cura. Se não for rezador, não descobrir aquela doença daquela pessoa ela morre.

Entender que se encontra doente pode se referir tanto a aspectos materiais como simbólicos, mas que se refletem na prática, fisicamente perceptíveis, há a necessidade de se realizar procedimentos de cura que podem ser rituais ou não, o que depende da enfermidade ou fenômeno que se queira expulsar. Nestas circunstâncias as espécies vegetais recebem um papel primordial, visto que atuam como instrumentos de cura e sinônimo de saúde física e bem-estar espiritual.

A história co-evolutiva da relação do povo *Parintintin* da Aldeia Traíra com os elementos vegetais locais se estende desde tempos imemoriais. Esta relação do ser humano com as espécies vegetais é tão antiga quanto à própria história humana, e é responsável por transformar a vida e os aspectos culturais de várias sociedades ao longo do tempo e ao largo do espaço.

Como forma de se adaptar as mudanças culturais e biofísicas que ocorrem na relação de espécies vegetais com os seres humanos, esses passaram a desenvolver saberes empíricos sobre tudo aquilo que os cerca, de seu meio ambiente. Dentre estes saberes, os conhecimentos sobre a utilização de espécies vegetais para curar enfermidades é um dos mais valiosos e são imprescindíveis por assegurar saúde aos povos dos trópicos que sofrem com diversas enfermidades, causadas pela presença constante de animais, insetos, micro-organismos, espíritos maus, dentre outros agentes.

Na afirmação de Diegues *et al.* (1999, p. 30) se constata que o conhecimento tradicional pode ser “[...] definido como o conjunto de saberes e saber-fazer a respeito do mundo natural, sobrenatural, transmitido oralmente de geração em geração”. Em outros termos, significa dizer que a cultura dos povos tradicionais está intrinsecamente ligada à apropriação da natureza, de maneira que se torna difícil existir uma classificação dualista, algo que separe ou desassocie vida em relação aos elementos do meio biofísico das práticas socioculturais, ao contrário, seria mais comum se observar uma *trajecção*, um caminhar conjunto entre ambos.

É um saber prático resultante de acontecimentos diários e socialmente construído, ou seja, pelos povos, graças aos vínculos instituídos entre seus membros, a partir das



intersubjetividades e compartilhamentos de vivências e experiências diversas, que fornecem o alicerce para a construção do conhecimento, e do desencadeamento na disseminação de valores, crenças e saberes.

Contudo, não é fechado, guardado em uma caixa preta, mas aberto a novas contribuições, pois, não se resume apenas em acúmulos de saberes transmitidos ao longo do tempo, mas processos complexos e em perpétua evolução de construção de conhecimentos, que são constantemente testados pelo movimento do espaço-tempo. São o resultado daquilo que foi transmitido, do que se aprendeu por conta própria e da necessidade de se reinventar para seguir seu *continuum* com a natureza. Uma imbricação de elementos temporais e espaciais que interconectados traduzem a gama variada de fenômenos e processos que permeiam a relação entre humanidade e natureza (STRACHULSKI, 2014).

Esses saberes versam acerca de uma gama complexa de elementos cognoscíveis que não se restringem somente a saberes acerca de plantas medicinais ou meras listagens de espécies vegetais. Como infere Almeida (2008, p. 132): “[...] compreendem as fórmulas sofisticadas, o receituário e os respectivos procedimentos para realizar a transformação. Eles respondem a indagações de como uma determinada erva é coletada, tratada e transformada num processo de fusão”.

Foram citadas no total 95 espécies que são utilizadas de forma medicinal. Neste trabalho elencou-se 16 etnoespécies mais proeminentes (3 citações ou mais), cultivadas em quintais e aquelas espécies provenientes da floresta (Quadro 1).

As espécies vegetais identificadas na Aldeia Traíra e seus arredores, pelos *Parintintin*, podem ter diferentes fontes ou ambientes de origem como a mata de terra firme “primária” ou secundária (floresta em seus vários níveis de sucessão), onde predomina a forma de vida arbórea, mas também apresenta outras formas como as lianas; as áreas de lavoura (cultivos abandonados ou ativos) com a preponderância herbácea; e os quintais e terreiros com espécies arbóreas e herbáceas de interesse medicinal.

O local de coleta e a forma de manipulação das espécies depende de vários fatores, desde a disponibilidade temporal (fases da lua, tempo, estações do ano), necessidade e interesse por um recurso em especial. Para usar uma espécie e não utilizar outra, justifica-se tanto pela disponibilidade na região e/ou pela configuração sociocultural da comunidade (valores, crenças e saberes) (AMOROZO, 2002; STRACHULSKI, FLORIANI, 2013).

Isto mostra uma certa seletividade em termos de uso de espécies vegetais, pois grande parte delas não possui nome na língua *Tupi Kawahib*, ou seja, no passado não eram de seu conhecimento ou de seu interesse e somente após o contato com o não-indígena é que essas passaram a ter alguma relevância, com isso, receberam os nomes atribuídos pela população não indígena pelos quais, hoje, elas são identificadas.

Verificou-se que os *Parintintin* da Aldeia Traíra utilizam as plantas no seu cotidiano, principalmente a folha, administrada na forma de chá, outras partes foram citadas em menor grau de uso, tais como casca, seiva, raiz, fruto, flor e a planta inteira quando se trata de herbáceas. Existem outras maneiras de manipular as espécies vegetais, como xarope, garrafada, massagem, inalação, benzimento e incineração, com respeito a formas particulares de preparo, além de possuírem suas contraindicações. Os indígenas compreendem que em determinadas situações as pessoas não podem fazer uso de um determinado medicamento com riscos à saúde, como a da saracura por uma gestante, pois a planta provoca aborto.

**Quadro 1** - Espécies vegetais mais citadas para o uso medicinal

Família	Nome científico	Nome popular	Nome indígena	Nativa Exótica	Usos indicados	Parte usada	Forma administr.	Contraindicações	Local crescimento	Forma Propag.
		Saracura	<i>Jagwarapo há'ğa</i>	Nativa	Diarreia; gastrite; malária; alergia; problemas de fígado; dor no corpo; dor nas costas; dor de estômago	Raiz	Macerado	Gestante não pode tomar (risco de aborto).	Mata	Muda
Asteraceae	<i>Acmella oleracea</i>	Jambu/ Cremoso	<i>Mõ'ã'tai</i>	Nativa	Gripe; tosse	Folha/Folha	Xarope; Chá	— — —	Quintal	Muda
Bixaceae	<i>Bixa orellana</i> L.	Urucum	<i>Uruku</i>	Nativa	Hepatite; hérnia; infecção urinária, cisto; benzimento.	Raiz	Chá/ Benzimento		Mata/ Terreiro	Semente
Asteraceae	<i>Tagetes spp.</i>	Cravo	<i>Mõ'ã'tai</i>	Exótica	Cansaço; começo de derrame	Folha	Macerado; Chá	Não pode tomar banho logo após tomar o líquido (3 horas sem entrar na água).	Quintal	Semente/muda

Arecaceae	<i>Euterpe precatória</i> Mart.	Açaí	<i>Karadywu hua</i>	Nativa	Anemia; hepatite; infecção urinária; diarreia; dor de estômago	Raiz	Chá	_____	Mata/ Terreiro	Semente/muda
Arecaceae	<i>Orbignya speciosa</i> (Mart. ex Spreng.) Barb. Rodr.	Babaçu	<i>Jubytahu'a</i>	Nativa	Gastrite; ferrada de arraia, formiga tucandeira, cobra; garganta inflamada; benzimento	Fruto; Folha	Garrafada; Incineração; Xarope	Não pode tomar se estiver com o colesterol elevado.	Mata/ Terreiro	Semente
Asteraceae	<i>Bidens pilosa</i> L.	Picão	<i>Nhu'hü'di</i>	Exótica	Malária; infecção urinária	Planta inteira/ Folha/ Raiz	Chá	_____	Terreiro	Semente
Burseraceae	<i>Protium hebetatum</i> D. Daly	Breu-branco	<i>Adywi</i>	Nativa	Tontura	Seiva	Inalação	_____	Mata	_____
Crassulaceae	<i>Bryophyllum pinnatum</i> (Lam.) Oken	Escama-de-pirarucu	<i>Ipe'a</i>	Exótica	Asma	Folha	Macerado Xarope	_____	Quintal	Muda
Fabaceae	<i>Copaifera multijuga</i> Hayne	Copaíba	<i>Mbakupa'yv</i>	Nativa	Derrame; gripe, dor no peito; ferida; o mau de 7 dias; inflamação	Seiva/Casca	Massagem; chá; cicatrizante	Não pode sair de manhã (pegar friagem), senão provoca inchaço no corpo.	Mata	Semente
Fabaceae	<i>Hymenaea oblongifolia</i> Huber	Jutai/Jutai-grande/ Jutaição	<i>Jutay'va</i>	Nativa	Diarreia; dor de estômago	Casca	Chá	_____	Mata	_____
Humiriaceae	<i>Endopleura uchi</i> (Huber) Cuatr.	Uxi-liso	<i>Madu'uwa</i>	Nativa	Tosse; diarreia; câncer inicial; inflamação no rim	Casca	Xarope; chá; Garrafada	Gestante não pode tomar (risco de aborto); quem tem deficiência mental ("ruim da cabeça").	Mata	Semente
Lamiaceae	<i>Mentha piperita</i> L.	Hortelã	<i>Gäpya-verawa*</i>	Exótica	Cólicas	Folha	Chá	_____	Quintal	Estaca
Meliaceae	<i>Carapa spp.</i>	Andiroba	<i>Tirova</i>	Nativa	Machuca dura (hematomas, torções, feridas); gripe, secreção nasal.	Fruto	Massagem; Chá	_____	Mata/ Terreiro	Muda
Myrtaceae	<i>Syzygium cumini</i> L.	Azeitona	<i>Ivahü'di *</i>	Exótica	Diarreia	Casca	Chá	_____	Terreiro	Semente/Muda

Rutaceae	<i>Ruta spp.</i>	Arruda	<i>Hovi'uhu've'ea*</i>	Exótica	Diarreia; o mal (criança fica toda preta e enrola os pés); começo de derrame; proteção	Folha	Chá;	Não pode tomar outro remédio, nem caseiro nem industrializado.	Quintal	Estaca Muda semente
----------	------------------	--------	------------------------	---------	--	-------	------	--	---------	------------------------

**Fonte:** Povo Parintintin.

**Org.:** Juliano Strachulski (2015).

**Nota:** \*Espécies vegetais que não possuíam o nome na língua *Tupi-Kawahib Parintintin*, foram denominados por dona Maria das Graças Parintintin, como uma aproximação linguística em relação a outras espécies de seu conhecimento.

Foram citados 23 problemas – mencionamos aqui somente aquelas com maior número de referências feitas pelos *Parintintin* - tratados com o uso de plantas medicinais e remédios da floresta. Dentre estes destacam-se: gripes, sistema digestório, trato genital-urinário e doenças infecciosas como a malária. As plantas podem ser utilizadas sozinhas ou em conjunto destinadas a uma ou mais enfermidades.

Em vários momentos, durante a entrevista semiestruturada ou não estruturada, a planta saracura é a mais citada e que praticamente todos os *Parintintin* conhecem, pois dela fizeram uso ou utilizam-se para o tratamento de várias enfermidades. A espécie é uma daquelas que não foram identificadas cientificamente, para tanto, buscou-se preservar a identidade de tal planta, em virtude da mesma possuir um grande poder de cura para eles: “O pessoal vem procurar de muito, porque já curou muito sintoma de câncer” (Severino Parintintin, entrevista em 2015).

**Figura 02** - Utilização do óleo de Andiroba para massagem contra lesões



**Fonte:** Juliano Strachulski, 2015.

O significado de utilidade de uma espécie vegetal varia dentro de um mesmo coletivo e entre as mais distintas sociedades (FLORIANI *et al.*, 2016). A saracura, como indicado no Quadro 1, é uma planta de uso extremamente material. Outros exemplos de uso prático ocorrem com a aplicação de óleo de copaíba e de andiroba através de massagens para tratamento de lesões e machucaduras, conforme pode ser constatado na Figura 02.

Na atualidade, com a presença da farmácia da Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, os *Parintintin* utilizam-se de fármacos químicos junto com as plantas medicinais e/ou os remédios da floresta. Os fitoterápicos para o tratamento de moléstias mostram-se muito frequentes e eficientes, conforme avaliam e transmitem entre as gerações e compartilham no cotidiano. Tal assertiva é confirmada pelo cacique local, Severino Parintintin (entrevista em 2015): “O Parintintin pode dizer que não usa remédio do mato, mais usa mais do que da farmácia. Olha aí, todo uxi tem casca descascada”.

**Figura 03** - Cacique Severino indica Uxi-liso (espécie encontrada na mata)



**Fonte:** Juliano Strachulski, 2015.

**Figura 04** - José Cláudio indica Escama-de-pirarucu (espécie encontrada no quintal)



**Fonte:** Juliano Strachulski, 2015.

O uxi-liso, citado pelo cacique, é uma espécie muito utilizada pelos *Parintintin* para a cura de enfermidades, por isso há riscos e a necessidade de cuidados em extrair partes dessa planta. “Até aqui foi tirado a casca e cresce de novo. Se tirar tudo ela morre. Tem que tirar só até a metade. Porque o que segura vida da árvore é a casca, a água dela”, de acordo com Severino Parintintin (entrevista em 2015). Esses conhecimentos sobre as espécies medicinais, levam em consideração não somente a identificação e classificação de uma planta, mas incluem também formas de preparo, uso e não obstante as melhores formas de coleta do recurso, para que não se torne escasso ou deixe de existir (ALMEIDA, 2008).

As práticas tradicionais são ressignificadas em novas práticas híbridas, referentes tanto à forma de preparo e ingestão do medicamento como da forma de aquisição das espécies vegetais, que podem ser encontradas tanto na mata (de forma natural - Figura 03) como nos quintais e terreiros (plantadas - Figura 04).

Os quintais implantados pelos indígenas, uma herança cultural adquirida da sociedade envolvente aliada a um projeto pretérito (sobre horta medicinal) da organização não governamental Operação Amazônia Nativa - OPAN, também se revelam uma boa fonte de

espécies medicinais utilizadas pelos *Parintintin* da Aldeia Traíra e, diferentemente das espécies da floresta, são cultivadas em áreas abertas perto de suas casas. Os quintais normalmente são ambientes de domínio das mulheres, mas de conhecimento dos homens também. Por outro lado, as matas são de domínio quase que exclusivo dos homens.

Após o contato e ao longo do convívio com a sociedade urbano-industrial os povos originários tendem a incorporar elementos culturais externos, para tanto, buscam reequilibrar o que foi perdido ao longo do tempo. Agregam ao seu complexo sistema cognitivo-cultural práticas e conhecimentos modernos, os quais se metamorfoseiam e hibridizam elementos, que se percebem claramente na vida cotidiana, aqui é caracterizado pelo manejo de espécies vegetais para uso medicinal (STRACHULSKI, FLORIANI, 2013).

Os conhecimentos tradicionais, a partir do contato entre agrupamentos humanos com práticas culturais distintas, seriam “[...] a soma dos comportamentos, dos saberes, e dos valores acumulados pelos indivíduos durante suas vidas e em uma outra escala, pelo conjunto de grupos que fazem parte” (CLAVAL, 2007, p. 63), integram, portanto, os elementos internos, próprios de uma cultura, além daqueles que surgiram do diálogo com outros povos.

Além de serem utilizadas para fins práticos, as plantas podem conter poderes sobrenaturais, pois estão ligadas a práticas simbólicas de cura, as quais constituem o patrimônio cognitivo de um povo, que é composto tanto de saberes práticos, como de crenças (STRACHULSKI, FLORIANI, 2013), de valores culturais e cosmogônicos-espirituais (ALMEIDA SILVA, 2010; 2015).

Há uma cosmovisão comum relacionada ao mundo vegetal de que as espécies vegetais podem auxiliar no tratamento tanto de doenças físicas como espirituais. Desta forma, há plantas que são indicadas para a cura do organismo e outras para tratar das doenças de sua alma, como contra maus presságios, mau-olhado, para o espírito do morto não perturbar os vivos e para proteção como visto no Quadro 1, o que encontra respaldo na afirmação dada por Albuquerque (1997, p.7): “Paralelo à prática empírica, geralmente vem subjacente todo um sistema de credences e ritos vinculados ao emprego das plantas que perdem a visão objetiva do **cientista**” (grifo nosso).

Assim como há um hibridismo de formas de utilização prática das espécies vegetais, no tocante ao uso espiritual também se vê um amálgama de possibilidades. Para tanto, há a procura dos moradores locais tanto para receber benzimentos feitos por premissas da cultura indígena (Figura 05) como não-indígena (Figura 06).

**Figura 05** - Benzimento com urucum, realizado após o falecimento de indígena *Parintintin*



Fonte: Juliano Strachulski, 2017.

**Figura 06** - Benzimento realizado com planta e premissas do não-indígena



Fonte: Juliano Strachulski, 2015.

As doenças do corpo naturalmente são tratadas mediante uso prático das espécies vegetais medicinais. Já as doenças espirituais, da alma, culturais são tratadas mediante realização de benzimentos. Esses são realizados em qualquer momento quando se trata de práticas não-indígenas, por outro lado as que se referem aos indígenas, são pontuais e ocorrem em momentos especiais e com a utilização de urucum, como se verifica em caso de falecimento.

Os benzimentos *Parintintin* são rituais que servem para a prevenção, proteção, cura de doenças, além de afastar os *anhanã*, daqueles que morreram no local, que aparecem numa situação de fragilização espiritual, pois estes seriam espíritos dos mortos, bestas ou demônios, representando simbolicamente premissas negativas à saúde como desorientação, demência e morte (KRACKE, 1984).

Para amenizar a ação dos *anhanã* é preciso realizar rezas e rituais provenientes dos saberes e do auxílio de espíritos elevados (demiurgos) que com seu poder cosmogônico e suas experiências territoriais inibem astutamente espíritos causadores de males e, conseqüentemente, orientam e promovem o fortalecimento espiritual e físico dos vivos (ALMEIDA SILVA, 2010; 2015). Carlos Parintintin (entrevista em 2015) corrobora a ideia acima expressa, pois: “Esse é



feito só quando morre alguém, é pra pessoa gozar de saúde pra frente, pra não pegar alguma doença feia. Faz-se com o Urucum, porque ele não morre nunca”.

O ritual de benzimento feito por Maria das Graças Parintintin deu-se em virtude do falecimento de seu esposo, cacique Manuel Lopes Parintintin, no dia seguinte à sua passagem terrena para outra dimensão da vida. Para tal, ela utilizou-se de galhos de urucum e benzeu várias pessoas da Aldeia Traíra, no período da manhã, o que simbólica e espiritualmente tinha o significado para que essas pudessem gozar de saúde e juventude, além de libertar o espírito do falecido do plano terreno e para não aparecer para os vivos. Ela passava as folhas principalmente no rosto das pessoas idosas e jovens, bem como nas pernas, braços, costas, etc.

Outra forma de libertar, afastar o espírito e/ou evitar que ele venha a trazer sentimentos negativos para os parentes é fazer uma pulseira com abacaxi e amarrar no punho, conforme descreve dona Maria das Graças Parintintin (entrevista em 2015): “Esse aqui tem um segredo. A folha de abacaxi a gente tira e faz pulseira e amarra no braço, na perna, que é pra pessoa não chorar, não ter sentimento, esse aqui não morre nunca. Não dizer que viu sombra da pessoa, que ela está aparecendo, chamando. O Joel já tá todo amarrado, eu amarrei nos braços e nas pernas dele”.

Deste modo, os povos indígenas apresentam uma qualidade singular de ressignificar e reconstruir seus saberes acerca das espécies medicinais e rituais utilizados para curar enfermidades e/ou afastar maus presságios, num processo dinâmico e em perpétua evolução, realizam trocas com outros saberes que podem ser complementares e/ou conflitantes.

Com isso incorporam e aceitam também os benzimentos feitos pelos não indígenas, como se verifica na Aldeia Traíra que há um curandeiro não indígena, casado com uma Parintintin. Também existe indígena que realiza essa prática com preceitos derivados da cultura externa, assim ocorre a procura de muitos do entorno da TINJ para que auxilie na cura de males do corpo ou da alma. Por reiteradas vezes comentavam que o senhor Raimundo Nonato ou a dona Raimunda Parintintin tinham curado o filho de um ou outro indígena da referida Aldeia.

O benzimento realizado pelo não indígena Raimundo Nonato e casado com uma Parintintin, ocorreu devido à uma ferroada de caba ou vespa no pesquisador Juliano (Figura 06). Contudo, cabe destacar que o mesmo procedimento anteriormente foi realizado por Marivaldo Parintintin que recomendou procurar Raimundo Nonato para dar prosseguimento ao tratamento iniciado, pois tinha compromisso na cidade para atender as demandas de seu povo.

O sintoma identificado pelos curadores denomina-se de “vermelho”, o que se pode entender como inflamação.

Para o benzimento, utilizaram-se folhas de uma espécie popularmente conhecida na região por Vassourinha, que era passada no pé inchado no sentido horizontal e vertical, para tanto, ambos os curadores inicialmente fizeram o sinal da cruz, o que está relacionado aos valores do cristianismo católico, refletindo, portanto, a hibridização de práticas culturais e espirituais. O vegetal também era passado do pé para fora, com o sentido e o objetivo de expulsar a dor e o problema para fora do corpo. Durante a reza seu Raimundo passava a planta no pé e no prato com água e sal. Em seguida, após o término da reza, jogava tudo fora.

Como constatado por Santos (2007) com os *Enawene-Nawe* e em outros estudos (STRACHULSKI; FLORIANI, 2013; ALBUQUERQUE, 1997; AMOROZO, 2002; ALMEIDA SILVA, 2010), entre os *Parintintin* os conhecimentos sobre a utilização de espécies vegetais e a cura de enfermidades são transmitidos, ao longo do tempo, entre as várias gerações, ou seja, de pais para filhos e netos, entre as famílias, em vários momentos, como aqueles que ocorrem com as excursões pela mata, durante a coleta das plantas e, mesmo, no processo de preparo dos medicamentos nas suas casas ou em outros locais.

## Considerações finais

O estudo acerca dos conhecimentos tradicionais *Parintintin* mostra que o uso de espécies vegetais para tratamento de enfermidades tem contribuído para sua permanência, subsistência e certa autonomia em relação à medicina moderna. Apesar de haver uma farmácia da SESAI no local, eles ainda fazem constantes usos dos remédios da floresta e das plantas medicinais.

Estudo como esse revela a relevância dos saberes tradicionais, daí decorre a necessidade de sua manutenção e preservação, além de apontar a conscientização refletida por suas práticas de manejo ambientalmente adequadas acerca das espécies vegetais, além de proporcionarem a valorização de tais saberes e da própria população local.

Os *Parintintin* da Aldeia Traíra demonstram grande conhecimento e capacidade de utilização das espécies vegetais para a produção de medicamentos e cura de enfermidades, como pode ser constatada a existência de 95 nomes populares citados para os mais diversos fins de tratamento de doenças do corpo e da alma, ressalta-se, entretanto, aqui foram especificados apenas aqueles que tiveram maior empregabilidade.

Os conhecimentos acerca dessas plantas transmitidos oralmente através das gerações e mediante processos de aprendizado prático, tem-se constituído um destacado acervo, o que caracteriza uma importante fonte de informações, ao tempo que o cuidado e o respeito que os *Parintintin* possuem com a natureza e com a biodiversidade deveria receber o devido reconhecimento pela sociedade envolvente.

As espécies vegetais conhecidas e manejadas por esse povo originário apresentam tanto um valor de cura para enfermidades do corpo, para tratar doenças causadas por micro-organismos, como para fins espirituais, de modo que na concepção *Parintintin* busca expulsar os causadores dos males da alma e proporciona a proteção espiritual através das orações, rezas e benzimentos.

Evidencia-se que com o contato e ao longo do convívio com a sociedade não-indígena, os *Parintintin* adquiriram valores e práticas culturais externas à sua, mas que permite o convívio de realidades que ora se apresenta harmônica, ora conflituosa. Em tal sentido, pode-se utilizar espécies medicinais da mata e do quintal em conjunto, além dos medicamentos industrializados.

Não obstante, as práticas xamânicas também passam por um processo de ressignificação e/ou mudança e em diálogo com novos sistemas de ideias, pois se presenciou tanto o seu benzimento tradicional com o urucum, bem como aquele adquirido a partir do intercâmbio cultural e espiritual com o não-indígena. Mas apesar do processo constante de mudanças, as práticas tradicionais de cura continuam presentes em suas vidas e não se descaracterizaram com o contato e convívio com a sociedade envolvente.

Remédios encontrados nas florestas e de tradição imemorial, ou plantas medicinais, cultivadas em seus quintais e de origem externa, são espécies vegetais amplamente conhecidas e manuseadas pelos indígenas e com elas mantêm o respeito, visto entenderem que igualmente às existentes na floresta, essas são dotadas de espiritualidade, portanto, importantes para os processos de cura do corpo e da alma.

Assim, somam-se aos seus saberes, etnoconhecimentos e práticas novos componentes que se hibridizam e mostram a capacidade de adaptação dos povos originários aos diferentes contextos histórico-culturais e ambientais, num processo de reinvenção e ressignificação do cosmo e de sua apreensão, enquanto protagonistas de seus próprios modos de vida, ainda que tenham enormes desafios que são colocados em sua cotidianidade.

## REFERENCIAS

- ALBUQUERQUE, U. P. Plantas medicinais e mágicas comercializadas nos mercados públicos do Recife - PE. **Ciência & Trópico**, Recife, v. 25, n. 1, p. 7-15, Jan./Jun., 1997.
- ALBUQUERQUE, U. P.; LUCENA, R. F. P.; CUNHA, L. V. F. C. **Métodos e técnicas na pesquisa etnobiológica e etnoecológica**. 1. ed. Recife: NUPEEA, 2010. (Coleção Estudos e Avanços).
- ALBUQUERQUE, U. P.; ANDRADE, L. H. C. Conhecimento botânico tradicional e conservação em uma área de caatinga no estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil. **Acta Botânica Brasileira**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 273-285, jul./set. 2002. Disponível em: <http://www.etnobotanicaaplicada.com.br/pt/gerenciador/uploadfiles/e2ac937d57694883b546689568224546.pdf>. Acesso em: 2/12/2011.
- ALMEIDA, A. W. B. Amazônia: a dimensão política dos “conhecimentos tradicionais” In: ACSELRAD, H. (Org). **Conflitos Ambientais no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Reúne Dumaró, 2004, p. 37 – 56.
- ALMEIDA SILVA, A. **Territorialidades e identidade do coletivo Kawahib da Terra Indígena Uru-Eu-Wau-Wau em Rondônia: “Orevaki Are”** (reencontro) dos “marcadores territoriais”. 2010. 301 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.
- ALMEIDA SILVA, A. **Territorialidades, identidades e marcadores territoriais Kawahib da Terra Indígena Uru-Eu-Wau-Wau em Rondônia**. Jundiaí: Paco, 2015.
- AMOROZO, M. C. M. Uso e diversidade de plantas medicinais em Santo Antônio do Leverger, MT, Brasil. **Acta Botanica Brasileira**, v.16, n. 2, p. 189-203, 2002.
- CARDOZO, I. B.; VALE JÚNIOR, I. C. (Orgs.). **Diagnóstico Etnoambiental participativo, etnozoneamento e plano de gestão Terra Indígena Ipixuna**. Porto Velho: Kanindé, 2012.
- CLAVAL, P. **A geografia cultural**. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2007.
- DIEGUES, A. C; ARRUDA, R. S. V; SILVA, V. C. F; FIGOLS, F. A. B; ANDRADE, D. Ministério do Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal. COBIO-Coordenadoria da Biodiversidade. NUPAUB - Núcleo de Pesquisas sobre Populações Humanas e Áreas Úmidas Brasileiras. **Os Saberes Tradicionais e a Biodiversidade no Brasil**. São Paulo, 1999.
- FLORIANI, N.; FERREIRA CLARINDO, M.; ALMEIDA SILVA, A.; STANISKI, A. Medicina popular, catolicismo rústico, agrobiodiversidade: o amálgama cosmo-mítico-religioso das territorialidades tradicionais na região da Serra das Almas, Paraná, Brasil. **GEOGRAFIA**, Rio Claro, v. 41, n. 2, p. 331-350, Mai./Ago. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/ageteo/article/view/10683>>. Acesso em: 20/01/2018.
- KANINDÉ. **Terra Indígena Nove de Janeiro. Diagnóstico Etnoambiental Participativo**. No prelo.

KRACKE, W. H. **Ivaga'nga, Mbahira'nga e Anhang: gente do céu, gente das pedras e demônios das matas (espaço cosmológico e dualidade na cosmologia Kagwahiv).** Comunicação apresentada no Grupo de Trabalho Cosmologia Tupi. Brasília: XVI Reunião da ABA, 1984.

MACEDO, R. S. **Etnopesquisa crítica etnopesquisa-formação.** 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2010.

MENENDÉZ, M. **Os Kawahiwa Tenharim. Uma contribuição ao estudo dos Tupi Centrais.** 1989. 200 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

MIRANDA, A. P.; ALMEIDA SILVA, A.; MOTTA, R. V.; PAINTINTIN, M. L. Um ensaio de tentar ver “as coisas dos nativos” Parintintin. In: ALMEIDA SILVA, A.; NASCIMENTO SILVA, M. G. S.; SILVA, J. C.; FLORIANI, N. (Orgs.). **Uma viagem ao mundo dos Pykahu-Parintintin: Olhares, percepções e sentidos.** Jundiaí: Paco, 2017, p. 39-82.

NIMUENDAJÚ, C. Os Índios Parintintin do Rio Madeira. **Journal de la Societé des Américanistes.** Tomo 16, p. 201-278, 1924.

PARINTINTIN, C. **Entrevista na Aldeia Traíra.** Humaitá: Terra Indígena Nove de Janeiro, 2015.

PARINTINTIN, M. G. **Entrevista na Aldeia Traíra.** Humaitá: Terra Indígena Nove de Janeiro, 2015.

PARINTINTIN, S. **Entrevista na Aldeia Traíra.** Humaitá: Terra Indígena Nove de Janeiro, 2015.

PIRES, J. M.; PRANCE, G. T. The vegetation types of the Brazilian Amazon. In: PRANCE, G. T.; LOVEJOY, T. E. (eds.). **Key Environments: Amazonia.** Oxford: Pergamon Press, 1985, p. 109-145.

SANTOS, G. M. Esboço sobre cosmologia, doença, cura e cuidados nos Enawene-Nawe. In: FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. S. (Orgs.). **Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento. Projeto Vigisus II/Funasa.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007. cap. 8. p. 78-90.

STRACHULSKI, J.; FLORIANI, N. Conhecimento popular sobre plantas: um estudo etnobotânico na comunidade rural de Linha Criciumal, em Cândido de Abreu- PR. **Revista Geografar**, v. 8, n. 1, p. 125- 153, jun. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/geografar/article/view/30327/20463>>. Acesso em 15/08/2013.

STRACHULSKI, J. **Os saberes ecológicos tradicionais de agricultores da comunidade rural Linha Criciumal e sua relação com a paisagem rural - Cândido de Abreu, PR.** 2014. 176 f. Dissertação (Mestrado em Gestão do Território) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2014.

VELOSO, H.P.; RANGEL FILHO, A. L. R.; LIMA, J. C. A. **Classificação da vegetação brasileira adaptada a um sistema universal.** Rio de Janeiro: Fundação IBGE, 1991.

## CAPÍTULO 4

### DESAFIOS DE UMA NOVA CONCEPÇÃO NA SAÚDE: A MEDICINA INTEGRATIVA TRANSDISCIPLINAR

Patrick Paul, Ph.D., MD.<sup>15</sup>

(Tradução: Marly Segreto)

O desenvolvimento de um sistema de saúde é um excelente indicador das representações políticas e sociais de um momento da história e dos valores atribuídos ao ser humano em cada país. Mas essa ideia não é nova. Ela já é encontrada na filosofia platônica e, particularmente, em *Górgias*, onde é feito um paralelo entre as artes da alma e as artes do corpo. Dentre elas, a medicina é um verdadeiro modelo de « *techné* », demonstrando que a arte de curar é principalmente técnica e comandada pelo julgamento racional. Referindo-se frequentemente à medicina, Platão faz um paralelo entre corpo físico e corpo social, arte de curar e arte política (Lombard, 1999). Esta mesma associação ainda é válida atualmente. Mas ela pode ser ampliada: a analogia entre os comportamentos sociais, os modos de pensar e sua repercussão sobre a saúde é flagrante. Existe uma conexão entre o paradigma predominante em nosso mundo moderno e as repercussões, positivas e negativas, que dizem respeito às estratégias das políticas de saúde.

Sabemos que o desenvolvimento das sociedades humanas, seja no que se refere aos saberes ou aos avanços tecnológicos, responde aos grandes paradigmas do pensamento que se apresentaram sucessivamente na história e na filosofia dos conhecimentos (Foucault, 1966; Vaz e Lima, 2002; Paul, 2003, 2013; Sommerman, 2012). Essas representações paradigmáticas, associadas a uma postura ontológica, fenomenológica e lógica invariavelmente específica, desenvolvem conceitos de civilizações particulares que dão origem a atitudes especiais referentes à sua compreensão da saúde. Por exemplo, a relação com a água, benéfica hoje em dia (banho cotidiano, lavagem das mãos...)<sup>16</sup>, era percebida como negativa no século XVII no Ocidente (a água continha «miasmas» que produziam doenças).

A questão, então, é saber se as dificuldades que conhecemos atualmente, devido ao nosso modo de viver, de nos cuidar e de morrer, podem ser solucionadas pelo paradigma científico que predomina em nosso mundo, e que as construiu, ou se a complexidade crescente

---

<sup>15</sup> Licenciado e Doutor em Medicina (Universidade d'Aix-Marseille II, Mestre em Bioquímica e microbiologia (Universidade Paris VII), Mestre em Antropologia médica (Universidade Paris XIII), Doutor em Educação (Universidade Francois Rabelais de Tours, França)

<sup>16</sup> Vigarello, 1987.

dessas dificuldades vai exigir, progressivamente, uma mudança do nosso modo de ver e de pensar, geradora de um novo paradigma.

Ao mesmo tempo, isso concerne aos países que possuem certa riqueza: somente os países ricos podem dedicar uma grande porcentagem do seu PIB à saúde. E uma vez que, ainda em nossos dias, a maioria das pessoas não tem acesso à medicina científica, seria preciso refletir sobre as estratégias possíveis de resolução desse problema. Essa situação, apesar de não ser diretamente o nosso objeto de estudo, não pode ser excluída. É importante, portanto, ao menos mencioná-la. Por outro lado, as estratégias que são encontradas deveriam ser questionadas. Não há, de fato, uma certeza de que as nossas sociedades possam ainda enfrentar, de modo sustentável, o aumento dos custos da saúde sem que elas mesmas sejam ameaçadas. E nesse caso, como encontrar novas soluções que sejam eficazes, porém menos onerosas? Porque, se até hoje, o desenvolvimento de um sistema de saúde, muito oneroso, tem dependido das políticas nacionais, as respostas não podem ser apenas financeiras, mas também conjunturais e culturais.

Portanto, a questão da saúde, quando globalizada, é muito mais diversificada e matizada do que poderia parecer. Torna-se delicado, então, apresentar reflexões que seriam válidas para a maioria. Nesse sentido, o questionamento exposto neste artigo deve ser entendido como um ponto de vista relativo e sem qualquer pretensão de ser exaustivo. Ao mesmo tempo, certos dados que apresentaremos (crescimento da população mundial, desigualdades sociais no acesso aos cuidados médicos, poluições diversas...) devem estar presentes na mente, porque eles interferem, de uma maneira ou de outra, na saúde.

Nesse contexto geral, defendemos a hipótese da necessidade de uma mudança paradigmática no interior de um exercício profissional cada vez mais difícil. É nessa direção que será preciso conduzir as transformações dos nossos sistemas de vida e de saúde nas próximas décadas. Essa mudança exige sair do quadro de uma causalidade simples e redutora da doença (por exemplo, de um modelo epidemiológico que foi validado, mas principalmente nos casos das patologias agudas) para ter acesso à complexidade dos fatores envolvidos nos cuidados médicos (multifatorialidade da doença ; multiplicidade dos recursos terapêuticos disponíveis, estruturados segundo epistemologias diferentes que devem ser distinguidas e religadas ; integração de novas tecnologias, cada vez mais especializadas, complexificando a prática médica ; interação entre as diferentes representações subjetivas dos cuidados médicos que implicam as pessoas : doentes, famílias, profissionais...).

A abordagem desse conjunto de fatores não pode ser pretendida no contexto desta publicação. Nós nos limitaremos a salientar alguns pontos. Em primeiro lugar, procuraremos sensibilizar para a relação entre saúde e ambiente, tanto pela questão do crescimento da população mundial, como no que se refere à sua relação com as patologias ambientais. Os fatores sociais também favorecem extremamente o aumento das doenças crônicas. Após a clarificação desses dois pontos, a questão das diferentes representações sustentadas pelos modelos de saúde que reforçam nossos comportamentos será especificada, de modo a considerar que não existe verdade absoluta nesse campo. Frente à complexidade e aos numerosos desafios que se apresentam a nós, sugeriremos, finalmente, a relevância de novos modelos de pensamento e de uma mudança de paradigma que, em nossa análise, deveria se direcionar para os valores interdisciplinares e transdisciplinares.

## **1. Saúde e ambiente**

A questão das relações entre saúde e ambiente vem se tornando progressivamente clara. Mas não se pode dissociar a questão do meio ambiente da do aumento da população mundial e de todos os desafios que lhe são associados.

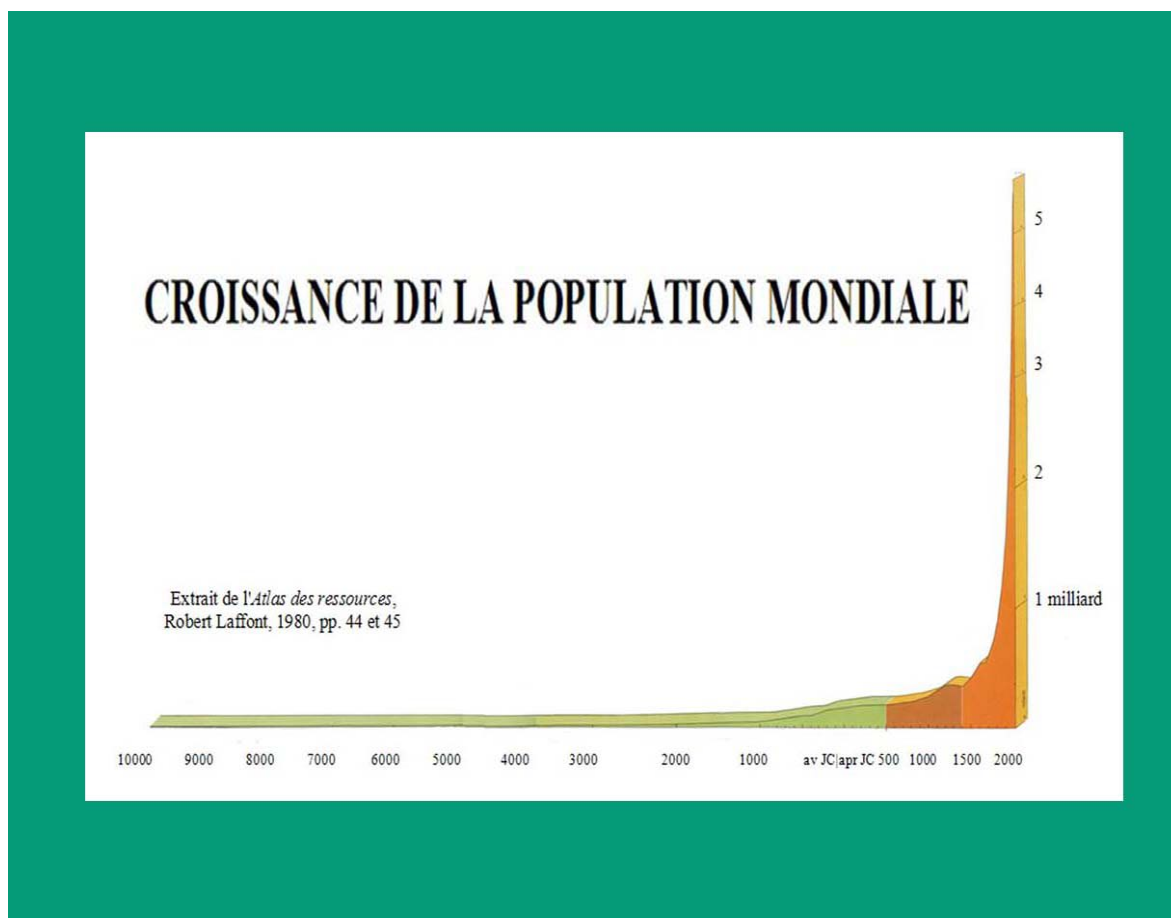
### *Ambiente e população humana*

A ideia geral exposta aqui é que o desenvolvimento social e suas consequências sobre o ambiente têm um impacto considerável na saúde.

(Cf. Internet - Crescimento exponencial da curva da população mundial: alguns milhares de pessoas, há 100 000 anos, que deram origem aos seres humanos atuais; 500 000 pessoas no ano 0 da era cristã; 1 milhão no ano 1000; 2 bilhões em 1900? Cerca de 8 bilhões hoje e de 14 a 16 bilhões no final deste século).



## CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO MUNDIAL



(Fonte : Google – Extraído de *L'Atlas des ressources*, Robert Laffont, 1980, pp. 44 e 45).

Essa inflação demográfica pressupõe uma organização social eficiente. Progressivamente, mais doentes devem ser tratados, o que significa que a gestão da organização e do acesso aos cuidados médicos vai se tornando cada vez mais difícil. Essa dificuldade é encontrada no pequeno número de hospitais (favorecendo as longas filas de espera), no transporte dos acidentados, nos crescentes riscos de catástrofes naturais ou industriais (Wunenburger, 2006). Mas esse crescimento demográfico também acarreta inúmeras desigualdades que, necessariamente, são fontes de dificuldades. Por exemplo, o acolhimento de populações novas, imigradas, muitas vezes com saúde precária, com representações culturais diferentes quanto aos cuidados médicos. O confinamento das populações em espaços geográficos reduzidos, devido ao desenvolvimento das megalópoles urbanas, é também gerador de estresse e de violência<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Cf. Por exemplo, as experiências com ratos, de Henry Laborit (1980), referentes à inibição e à agressão frente ao estresse. Essas experiências são descritas no filme *Mon oncle d'Amérique* [Meu tio da América], dirigido por Alain Resnais, 1980.

Paralelamente ao aumento da população, deparamo-nos com as exigências alimentares, vitais, urbanas e organizacionais que são sua consequência. Aumentar a produtividade - logo, a produção - é uma das apostas essenciais. Mas a utilização dessa produção de riquezas é muito contrastada. Sabemos, com efeito, que existem numerosas desigualdades sociais nesses campos. A respeito disso, o economista catalão Xavier Sala-i-Martin publicou um artigo bastante completo no *Index of Economic Freedom 2007*. A taxa de pobreza passou de 47% em 1970 para 21% em 2000 e o número total de pobres passou de 1.6 bilhões para 1.2 bilhões. A América Latina, por sua vez, teve uma evolução contrastada: a taxa de pobreza foi dividida por dois entre 1970 e 2000, mas a parte essencial dessa evolução concentra-se no período dos anos 1970. Depois disso, pouquíssimos progressos foram constatados.

Se a pobreza é geradora de problemas de saúde, à explosão demográfica e ao aumento da pobreza soma-se o crescimento cada vez maior dos custos da saúde. Esses custos são certamente assumidos, pelo menos em parte, pelas instituições estatais e privadas que têm por missão favorecer o acesso aos cuidados médicos. Mas os sistemas públicos, em regra geral, são deficitários e as seguradoras privadas têm cotizações cada vez mais caras. O preço da saúde é exorbitante! Basta ver o custo de uma intervenção cirúrgica ou da injeção de um produto de quimioterapia para se convencer disso. Sem os sistemas de seguro de saúde poucas pessoas poderiam se tratar. Mas esse custo é necessariamente assumido pela própria sociedade e por seu sistema de solidariedade obrigatória ou voluntária. Essa situação tem poucas chances de prosseguir por muito tempo. Ela dá lugar, então, a uma economia crítica da saúde (D'Intignano, 2001). Mas ainda não há, até hoje, uma solução aceitável que permita um sistema de saúde performante cientificamente, justo eticamente, humanamente eficaz e suficientemente econômico para que não haja ameaça ao acesso aos tratamentos. As soluções atuais apresentam resultados a curto prazo. A amplificação dos problemas nos leva a presumir o crescimento das dificuldades que deverão ser tratadas pelas futuras gerações.

### ***As doenças ambientais***

As consequências do aumento da produtividade sobre a saúde, seja no caso das pressões associadas ao ritmo de trabalho nas indústrias ou da produção de gêneros alimentícios que precisam de vários produtos fertilizantes (adubos...) e de tratamento (pesticidas...) não são muito claras. Numerosos estudos mostram, todavia, a existência de riscos reais, em certo prazo, para a saúde.

Cada vez mais patologias são associadas à visão que temos do nosso vínculo com a natureza imposta pelo desenvolvimento social. Esse tipo de relação deve ser objeto de consideráveis transformações devido ao risco de crises maiores. Um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, diz que até 24% das doenças no mundo são causadas por exposições ambientais, que poderiam ter sido evitadas por intervenções focadas que preveniriam a parte essencial dos riscos ligados ao ambiente. Esse relatório estima ainda que mais de 33% das doenças que se manifestam nas crianças de menos de 5 anos são causadas por exposições ambientais. Com a prevenção dos riscos associados ao ambiente seria possível salvar as vidas de cerca de quatro milhões de crianças, sobretudo nos países em desenvolvimento.

As diversas poluições e a destruição do meio ambiente constituem, acima de tudo, um problema de paradigma. Há longo tempo, a natureza vem sendo considerada como inesgotável, reproduzindo-se incessantemente. Há longo tempo também, ela é vista como hostil, exigindo ser vencida. Se a natureza designa aquilo que nasce (M. Serres, 2003), a noção de cultura - dentre as muitas definições que ela possa ter - poderia ser entendida como o adquirido que se opõe ao inato e que, de certo modo, reprime o seu movimento sob a forma de proibições. Segundo Levi-Strauss (1949), existiria, por exemplo, uma proibição fundadora da cultura, o incesto, que testemunharia uma tentativa de controle, pela regra (cultura), das forças de vida naturalmente incontroláveis e universais. Todavia, essa abordagem que considera a natureza como perigosa e devendo ser dominada já está muito distante da de Hipócrates, para quem o corpo humano podia curar-se a si próprio naturalmente. E essa intervenção natural podia ocorrer sem mesmo o apoio do médico (*vis medicatrix naturae*); esse efeito placebo (que antecipamos, pois esse termo só aparece no Renascimento) supõe considerar a importância de não prejudicar esse processo natural de cura (*primum, non nocere*).

O corpo responde do mesmo modo que a natureza. O fato de que o nosso ambiente seja poluído, de que a vida possa diminuir tanto nos oceanos e rios como nas florestas deveria nos despertar para o fato de que, se nada for feito, nós responderemos aos mesmos perigos daqui há algum tempo. Porque os mesmos metais pesados, pesticidas, etc. que esterilizam as populações animais também nos afetam. E as interações oferecidas pelas diversas moléculas provenientes da indústria química, não sendo naturais, apresentam riscos para o organismo que são difíceis de avaliar.

É também nesse sentido que é preciso compreender a ação dos medicamentos. No exercício médico moderno, o desejo de eficácia - todas as investigações demonstram-no -

propicia à maioria das moléculas eficientes uma possibilidade de contra-ação negativa. Os fatores iatrogênicos associados aos medicamentos úteis ou inúteis são numerosos. E, em geral, eles são pouco considerados nas prescrições. Esses efeitos são bem repertoriados atualmente, caso a caso. Não sendo sugerida, de modo algum, a proibição da utilização dos medicamentos que os contêm. Mas a avaliação entre benefício e risco nunca é fácil em termos de uma medicina que se baseia muito mais no tratamento das doenças do que na realidade dos doentes. Afinal, são as pesquisas estatísticas que têm a primazia. Geralmente, é a avaliação de uma ação positiva das prescrições, muitas vezes superestimada, que é a regra numa medicina centrada na medicação. Uma real apreciação entre os benefícios esperados e os riscos possíveis é mais difícil: fora do contexto de sua prescrição, o médico sente-se muitas vezes impotente. Sem a prescrição, o estatuto mesmo do médico, sua «*techné*» e seu poder seriam indubitavelmente questionados. Mas esses comportamentos culturalmente ancorados poderiam modular-se a partir do momento em que outras abordagens do cuidado médico, complementares, pudessem ser associadas. Tratar-se-ia, então, de associar medicina científica e práticas complementares de tal maneira que uma hierarquização das prioridades e das intervenções, respeitando uma abordagem plural e global, torne-se possível. Essa integração visaria à melhor avaliação das possibilidades de tratamento de modo a privilegiar o diálogo, a eficiência, a redução dos custos e a qualidade de vida.

O conjunto desses efeitos, positivos e negativos, decorre de uma opção paradigmática que aborda os elementos vitais e a saúde segundo uma ótica mecanicista, objetiva, causalista e racionalista que prevalece na ciência desde o final do século XIX. Mas o importante é valorizar as virtudes de uma visão hermenêutica, por sua capacidade de dar sentido a um pensamento complexo que não pode se reduzir ao paradigma científico clássico (Wunenburger, 2006).

### ***Os dois grandes paradigmas do cuidado***

Resumidamente, os sistemas de cuidados inscrevem-se em dois grandes paradigmas: o do xamã e o do médico.

A palavra «xamã» é conhecida desde o século XVII. «*Sam*» (uma raiz altaica) significa «agitar-se», «dançar», «mover-se». A ideia geral é de um homem habitado por forças animais e capaz de imitá-las. Mas para se chegar a isso - como demonstram os estudos antropológicos - supõe-se uma experiência interior, uma iniciação, em regra geral associada a uma morte simbólica, fazendo com que o xamã seja aquele que sabe e conhece o poder regenerador da natureza por havê-lo vivido. Essas práticas são então centradas na mediação entre seres

humanos e espíritos da natureza (as almas dos animais, dos mortos do clã, das pessoas doentes a reconduzir à saúde...). Esses cuidadores: feiticeiros, curadores, etc. são encontrados em todos os povos (Nathan; Stengers, 1995). Mas é preciso também incluir nessa categoria a medicina chinesa, tibetana, ayurvédica, aborígine... Também entram nessa categoria: a utilização das águas (termas), das plantas, dos cristais e das pedras, o poder de cura atribuído às mãos, à oração e à meditação...

A palavra «médico», etimologicamente, provém do indo-europeu «*med*»: «tomar medidas de ordem com autoridade». Palavras aparentadas (latim): *mederi*, «oferecer cuidados»; *meditari*, «estudar», «aplicar-se»; *meditatio* «preparação, exercício». A medicina é entendida como uma ciência e um conjunto de técnicas dedicadas à prevenção das doenças e ao seu tratamento. Neste sentido, ela baseia-se no conhecimento das doenças (patologia), favorecendo, ao mesmo tempo, o seu diagnóstico e prognóstico. Mas, se antigamente, a prática médica concernia principalmente à arte, atualmente ela é valorizada por sua legitimidade científica e por suas proezas técnicas. Porém, o seu enraizamento científico apresenta uma contraface problemática: sendo cada vez mais objetiva, a medicina se separa da pessoa humana em sua inteireza. O reducionismo que ela efetua se revela, ao mesmo tempo, como positivo e negativo. Quando os recursos vitais de uma pessoa estão envolvidos, no caso das doenças agudas, e quando são exigidas ações técnicas sofisticadas, seu benefício já não precisa ser demonstrado. Inversamente, inúmeras pessoas protestam contra a sua «desumanização». Esta é, por sinal, a direção assinalada pelas críticas mais contundentes ao sistema médico atual. O espectro da desumanização, amplificado pela transformação do homem em objeto médico e pelas necessidades de gestão financeira cada vez mais limitadoras, apresenta-se várias vezes. É verdade que o pensamento predominante e o despotismo da rentabilidade acentuam a pressão sofrida pelos profissionais e, conseqüentemente, a insatisfação dos doentes. Mas estabelecer uma verdadeira relação entre as pessoas, pois curar o corpo não é reparar uma máquina (Wunenburger, 2006), sugere uma mudança de visão de uma medicina que, ao menos presentemente, acredita bem mais na importância de tratar de um órgão deficiente ou de uma doença, do que na de acolher uma pessoa singular; o reconhecimento dessa necessidade de mudança implicando um verdadeiro diálogo consigo mesma.

A história do pensamento médico desenvolveu-se, portanto, a partir de dois paradigmas que constituem duas visões diferentes da vida tornadas operatórias. A primeira recorreu à mediação entre a natureza exterior e a interior, estabelecendo uma analogia entre corpo individual e «corpo» do mundo (incluindo os astros). A segunda desenvolveu-se a partir da

visão mecânica do corpo (que funciona como um relógio, um autômato...). Mas o aspecto importante é que, tanto em um caso como no outro, não se trata de se pronunciar com base no critério de verdade ou de erro, e sim de admitir o fato de que as práticas de cuidados não são derivadas de uma representação direta do seu objeto, pois elas sempre adotam o caminho de um modelo, cosmos ou máquina, natureza ou técnica, para passar do desconhecido para o conhecido (Wunenburger, 2006).

Certos aspectos positivos da pós-modernidade já não precisam ser demonstrados. Outros, mais difíceis de apreender parecem ser negativos. A curto prazo, os benefícios, geralmente, predominam sobre os efeitos perversos. A médio e a longo prazo, essa visão positiva e sobrestimada não é de modo algum segura. Quer se trate das poluições (respiratória, alimentar, das águas...), do efeito iatrogênico dos medicamentos, dos produtos agrícolas como os pesticidas, das embalagens alimentares ou mesmo dos produtos de beleza (40% desses produtos, como os diferentes dentifrícios, shampoos, maquiagens, cremes, etc. que utilizamos, são causadores de perturbações endócrinas), hoje é possível perceber melhor todos os possíveis efeitos perversos dessa visão a curto prazo exigida pela rentabilidade e pela eficácia.

Uma das orientações, portanto, acentua a sofisticação cada vez maior da tecnologia médica, das aparelhagens ou dos medicamentos, com procedimentos informatizados para assegurar a responsabilidade dos cuidados. Tal sistema considera que são essas técnicas e conhecimentos que conduzem à saúde. A outra abordagem é mais ecológica. Reconhecendo que o indivíduo, tal como a terra, dispõe de recursos limitados, ela considera importante modificar os estilos de vida autodestruidores, enfatizando a prevenção; o que implica a autonomia das pessoas e a responsabilidade por sua saúde (Pelletier, 1982).

Afinal, a abordagem dos desafios que devemos admitir no campo da saúde não pode ser concebida sem que seja reconhecida a estreita conexão existente com a sociedade, com suas necessidades, representações, propostas de soluções, incluindo o conjunto de atores políticos, econômicos, científicos... Mas o engajamento nessa abordagem supõe o desenvolvimento de um pensamento paradoxal e sistêmico, aberto para a complexidade das diversas representações de saúde.

### *As doenças crônicas (Paul, 2013)*

Existe também um problema maior para o sistema de saúde e que vai aumentar nos próximos anos. Todo profissional de saúde tem conhecimento disto. Estamos assistindo a uma verdadeira «epidemia» de doenças crônicas, que vêm aumentando significativamente na

sociedade ocidental. Sabemos que daqui a dez ou vinte anos o número de doenças crônicas será multiplicado de maneira considerável. O sistema social de saúde terá, então, uma incapacidade concreta de responder a isso, pois os gastos com a saúde serão demasiadamente altos para serem assegurados pela coletividade. É importante, portanto, encontrar respostas, o mais rapidamente possível. Algumas delas são ambientais, outras políticas, econômicas... Algumas dessas respostas concernem diretamente à saúde, pois daqui a dez, vinte ou trinta anos, o sistema de seguro social já não poderá assumir o custo desses doentes crônicos. Uma das atuais reflexões na Europa convida a questionar os comportamentos dos doentes e dos profissionais de medicina e saúde pública com relação à saúde. Esses comportamentos podem se associar a uma percepção melhor das nocividades ligadas ao meio ambiente vital (ecologia, alimentação, urbanismo...). Essa melhor compreensão e suas consequências constituem o objetivo educativo (educação para a saúde, educação terapêutica...). O conjunto de ideias que poderiam ser apresentadas nesses campos é muito amplo para ser desenvolvido no contexto do presente estudo, que se limitará à prática dos cuidados médicos. Contudo, atualmente, é evidente que todas essas dimensões estão ligadas.

Uma doença crônica é uma doença de longa duração, evolutiva, muitas vezes associada a uma invalidez. Não é possível, portanto, falar de cura numa doença crônica, e sim, no melhor dos casos, de estabilização e de não evolução. Ela associa-se regularmente à ameaça de complicações graves - logo, a um prognóstico vital negativo que, no devido tempo, acaba se confirmando.

As doenças crônicas compreendem<sup>18</sup> doenças como: insuficiência renal crônica, bronquites crônicas, asma, doenças cardiovasculares, câncer ou diabetes, doenças que provocam graves deficiências como a esclerose em placas; doenças raras como a mucoviscidose, a drepanocitose e as miopatias; doenças transmissíveis persistentes, como a AIDS ou a hepatite C; transtornos mentais de longa duração (depressão, esquizofrenia...).

São patologias que vão evoluir com maior ou menor rapidez, durante vários meses no mínimo, ao ritmo de complicações mais ou menos graves. Em muitos casos, elas se traduzem pelo risco de invalidez ou de deficiência temporária ou definitiva.

Mais precisamente, as doenças crônicas são definidas:

---

<sup>18</sup> Classificação apresentada no site do Ministério da Saúde da França, «Plan pour Améliorer la Qualité de Vie des Personnes Atteintes de Maladies Chroniques 2007-2011 ».

- pela presença de uma causa orgânica ou psicológica;
- por uma duração de pelo menos vários meses;
- pela repercussão da doença na vida cotidiana: limitação funcional das atividades e da participação na vida social; dependência em relação ao terapeuta, a uma tecnologia médica e à intervenção de profissionais; necessidade de cuidados médicos ou paramédicos, de ajuda psicológica, de educação ou de adaptação.

A qualidade de vida dos pacientes acometidos de doenças crônicas não havia sido considerada nem de modo específico nem através de uma lógica transversal. O que foi feito com o lançamento do projeto do Ministério da Saúde francês: «Plano para Melhorar a Qualidade de Vida das Pessoas Acometidas de Doenças Crônicas 2007-2011», que, desde abril de 2007, é um dos cinco planos estratégicos da lei de 9 de agosto de 2004, relativa à política de saúde pública.

De fato, a lista das doenças crônicas alonga-se com o tempo. Hoje, por exemplo, nela pode se integrar o conjunto das patologias cancerosas, a obesidade, entre outras.

Em todos os casos, com essa política de saúde pública trata-se de oferecer aos pacientes, que não dispõem delas, competências de autocuidados e de adaptação às novas condições de vida, de maior ou menor invalidez. É importante também ajudá-los a diminuir as complicações que seriam evitáveis. O desafio, portanto, é justamente o da manutenção de um estado de saúde satisfatório ou mesmo, às vezes, de uma melhora da qualidade de vida da pessoa e de seus próximos pela compreensão da doença, de suas consequências em termos de eventuais efeitos indesejáveis, das precauções a tomar, do alívio dos sintomas. Trata-se também, com as tentativas de evitar complicações, de proporcionar economias em saúde (Sandrin-Berthon, 2000). A adesão ao tratamento ambulatorial e a participação na planificação do acompanhamento médico, entretanto, não são fáceis quando é preciso confrontar-se com as mudanças de estilo de vida ou de representação de si. Ajudar na compreensão das repercussões da doença crônica por meio de uma escuta atenta dos pacientes e dos que os cercam faz parte da missão atribuída à Educação Terapêutica dos Pacientes (ETP) acometidos de doenças crônicas.

### ***O aumento das doenças crônicas modifica o cenário sanitário***

Assistimos a um verdadeiro aumento de doenças crônicas (Sandrin-Berthon, 2000). Em todos os países que desenvolvem um estilo de vida tipo «ocidental» faz-se essa mesma



constatação. Uma parte desse crescimento está ligada ao aumento da duração de vida das populações, graças à eficácia terapêutica, à higiene... Mas, paralelamente, o estilo de vida em nossas cidades, a poluição, os problemas relacionados com o meio ambiente, o tipo de agricultura, as condições da vida profissional, o estresse, são fatores geradores de patologia. A questão é saber por quanto tempo o atual sistema social e médico poderá resistir e cuidar dessas pessoas. Pois o custo dessas patologias, já considerável hoje, não para de aumentar, anunciando uma imensa crise no sistema de saúde.

Paralelamente, a medicina que nós conhecemos divide o doente. Seus fundamentos repousam, de fato, no reducionismo, no mecanicismo e na objetividade. Como cada uma das especialidades médicas age por sua própria conta, o doente se sente quase sempre ignorado e não considerado em sua globalidade. Ele não é ouvido, pois o que importa é a seleção das informações que tornam possível um diagnóstico da doença. As queixas e as falas do paciente não têm importância a não ser em função desse objetivo e nessa mesma medida. O que não favorece o diagnóstico é rejeitado o mais rapidamente possível. Não há nenhuma surpresa, portanto, ao assistirmos a uma disparada dos custos em saúde, visto que na maioria das vezes a doença crônica não depende de uma causa única, estando associada a uma origem multifatorial. A eficácia máxima da medicina diz respeito, muitas vezes, às patologias uni fatoriais e agudas. Nesses casos urgentes, os atos simples, mecânicos, especializados são eficazes e preciosos. Mas, progressivamente, os cuidados médicos postulam uma abordagem implicando inúmeros fatores (Santiago-Delefosse, 2002), tornando-se, de fato, complexos. O desenvolvimento, no tempo, da cronicidade supõe também uma abordagem mais global (as complicações podem atingir diferentes órgãos, exigindo diferentes profissionais de saúde) e um envolvimento do doente, da família, dos médicos no sentido amplo de uma educação visando à autonomia. Trata-se, então, mais ainda que cuidar de uma doença, de acompanhar um doente (Sandrin-Berthon, 2000) em ligação estreita e interdependente com tudo o que o circunda. O encargo global torna-se indispensável, uma vez que somente ele permite agir sobre os diferentes parâmetros que têm uma incidência no doente e em sua patologia. Esse encargo é o mais pertinente, mais eficaz e mais econômico em matéria de custos.

Mas, para acompanhar um doente, é preciso sair da representação exclusiva oferecida pela metodologia científica, que visa à objetividade da doença, para acolher a subjetividade das pessoas. O que requer sair do paradigma predominante na medicina moderna para se direcionar para outros olhares possíveis.

## *A emergência, no interior do exercício médico, das medicinas complementares*

Outras abordagens e olhares são, de fato, possíveis. O reconhecimento da subjetividade das pessoas, em particular, encontra-se claramente enunciado na maioria das medicinas complementares. É o caso, por exemplo, da acupuntura e da homeopatia. Apreender o corpo como uma totalidade viva inserida na totalidade do mundo (paradigma vitalista e holista), estabelecendo a ligação entre a parte e o todo (pensamento analógico), constitui a prática de certas medicinas tradicionais, como a acupuntura, que consideram as relações e as leis que unem o organismo aos diferentes elementos naturais. O microcosmo revela o macrocosmo e vice-versa. É, então, o mundo que serve de referencial para o entendimento do corpo (Wunenburger, 2006). A homeopatia, por sua vez, baseia-se em outro paradigma, dualista. Este (Paul, 2003) valoriza ao mesmo tempo a singularidade (*cogito ergo sum*) e o espírito (*rex cogitans*). Mas se o bem associa-se ao espírito, o « mal » está na matéria (*rex extensa*).

No mundo ocidental, a supremacia da medicina científica afirmou-se ao longo do século XX. Mas as medicinas tradicionais mantiveram-se, no mesmo período, em lugares ou com populações para as quais o acesso à medicina alopática era difícil. Todavia, um novo fenômeno desenvolveu-se progressivamente, a partir dos anos 1970, no próprio mundo ocidental: a introdução de novas práticas, mais ou menos provenientes das abordagens tradicionais, realizou-se lentamente. Essa introdução - dando sequência à revolução cultural de 1968, associada a uma revalorização da natureza, do bem-estar e das experiências interiores - tenta contrabalançar a hegemonia do princípio materialista da medicina científica. Particularmente, a maioria das novas abordagens valoriza a questão do sujeito, do sentir, da pessoa singular (homeopatia, acupuntura, etc.), reintroduzindo, de outra maneira, um princípio vitalista (tornado energético) que havia sido eliminado, no final do século XIX, com a predominância da objetividade científica. Paralelamente, uma abordagem mais global é pesquisada; uma globalidade que seja, ao mesmo tempo, material (pelas interações entre pessoa doente e ambientes: natural, familiar, urbano, psicológico, social...) e espiritual (muitos sistemas alternativos de cuidados invocam uma realidade espiritual, divina, causa e finalidade de tudo, mas também explicativa da doença).

O encontro – hoje em regra geral aceito -dessas duas categorias de cuidados é dos mais ricos: é sempre preferível que um sistema social, político ou médico se construa por meio de um jogo dialético de busca de equilíbrio entre forças contrárias permitindo as transformações, do que pela hegemonia de um único pensamento. O reconhecimento da pessoa humana, da sua singularidade, em lugar do exclusivo tratamento estatístico, físico e quantitativo, reabriu a

medicina científica para o resgate da sua nobreza mediante o reconhecimento da necessidade de sua humanização (por exemplo, com o conceito de «cuidado», Ayres, 2004 ; ou o de educação terapêutica, Paul, 2013 ; etc.)

Essas novas abordagens possibilitam cruzar a busca de uma explicação causalista com a de uma compreensão hermenêutica mediante o reconhecimento e o respeito, ao mesmo tempo, às realidades científicas e à dos sujeitos e do Ser. Esse procedimento direciona a prática médica para uma ontologia plural dos cuidados. Se a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade (Paul, 2013) podem fundar o novo paradigma, essa postura não é recente. Introduzida nos hospitais desde os anos 1930 (Nardin, 2010), ela primeiramente consistiu em facilitar o acesso geral aos cuidados e na melhoria das condições materiais de vida das pessoas hospitalizadas (por exemplo, o desaparecimento das enfermarias comuns). O reconhecimento mais tardio, no final do século XX, das medicinas complementares inscreve-se preferencialmente em um retorno às realidades mais sutis e subjetivas do ser humano e da sua espiritualidade, que haviam sido expulsas da medicina, no final do século XIX, devido à contestação das teorias vitalistas.

É preciso não esquecer de mencionar a importância de reconhecer os saberes tradicionais provenientes das culturas ancestrais indígenas. Essa categoria, que, com exceção da antropologia, certamente não faz parte dos conhecimentos acadêmicos, é, inversamente, totalmente admitida numa abordagem transdisciplinar, uma vez que a transdisciplinaridade, que é igualmente transcultural, constrói-se pela tecelagem, não redutora, entre saberes acadêmicos e não acadêmicos.

Todas as contradições epistemológicas dos sistemas de cuidados que hoje estão lado a lado atestam, portanto, que está ocorrendo uma mudança paradigmática. Deve-se notar, enfim, que as medicinas complementares, por valorizarem a singularidade do sujeito, favorecem a responsabilidade e a autonomia dos pacientes, os autocuidados, o que, associado a tratamentos geralmente menos onerosos, ilustra a possibilidade de encontrar outras respostas possíveis aos desafios da saúde.

## **2. Uma saúde plural**

A introdução de uma visão mais ampla, mais global e plural dos cuidados médicos é, portanto, um dos indicadores de uma mudança de perspectiva. Porém, a introdução da pluralidade epistemológica requer, por sua vez, devido ao risco de se perder, uma transformação da racionalidade, que já não pode ser unicamente analítica e causalista. A formação dos profissionais no que se refere ao pensamento complexo (Morin, 1960), à «razão contraditória»

(Wunenburger, 1990) ou à lógica paradoxal (Paul, 2003) mostra-se indispensável para a abertura de um diálogo envolvendo representações diferentes em saúde que requerem o favorecimento de ligações entre a busca de causalidade explicativa da doença e a busca de sentido para o doente. Somente essas necessárias transformações do pensamento podem possibilitar, por sua vez, o desenvolvimento de uma medicina qualificada de transdisciplinar (Paul, 2003), de integrativa (Janssen, 2006) ou de global (Bodin, 2009) pelo encontro entre as abordagens clássica e complementar dos cuidados. Essa realidade pós-moderna torna-se uma das apostas da pluralidade médica, com a necessidade de tratamento de informações diferentes e regularmente contraditórias que devem ser analisadas, hierarquizadas e melhor utilizadas.

Certamente, e com maior frequência, existe uma ordem implícita. A medicina científica é vista como central e as práticas “alternativas” ou “complementares” são consideradas como secundárias, sendo mais associadas à busca de certo bem-estar do que a um poder curador. Geralmente, elas são vistas como suporte da ação médica clássica, na prevenção ou nos cuidados referentes aos sintomas. Elas são também convocadas posteriormente, nas fases terminais das doenças, quando qualquer intervenção médica clássica se torna inútil (cuidados paliativos). Mas essa situação pode mudar no sentido de uma colaboração e de maior interação. É uma questão de política de saúde, de informação e de formação médica. Porque a visão dos médicos é principalmente associada à sua formação. A predominância da medicina científica é cultural. Mas, como o seu custo é crescente, em algum momento seria preciso mudar as suas práticas ou pelo menos haver um comprometimento diante das enormes desigualdades sociais. A vantagem das medicinas complementares, geralmente associadas aos produtos naturais, é que elas são menos onerosas e têm menos efeitos secundários iatrogênicos, mesmo que sua eficácia seja um pouco mais relativa. Em termos de pensamento médico, seria muito mais rico poder dispor, por um lado, de produtos ou técnicas que são muito performantes, mas apresentam uma forte iatrogenia e, por outro, de técnicas e produtos mais suaves, talvez menos eficazes, mas bem menos iatrogênicos. Poder escolher entre possibilidades diferentes e hierarquizar as intervenções tendo em vista uma abordagem plural corresponderia, então, a desenvolver um sistema de saúde pluralista, eficaz e mais econômico. A situação atual é diferente: o pouco reconhecimento atribuído às medicinas complementares nas políticas de saúde torna a escolha terapêutica quase impossível. Não há reflexão global e integrada. Afinal, existem pacientes que, por ideologia ou por falta de escolha e de informação, dirigem-se à medicina alopática quando poderiam dispor, com a mesma eficácia, de tratamentos menos onerosos e apresentando menos efeitos secundários. Inversamente, existem pacientes que, por uma ideologia antitética,

dirigem-se às medicinas complementares com grandes riscos: por exemplo, o de atraso no diagnóstico impedindo o acesso aos tratamentos curadores. Existem também pessoas que, tendo meios financeiros para encarar as duas formas de cuidados, os clássicos e os complementares, poderão dispor de duas formas de tratamentos, mas sem a cooperação entre os profissionais. No final, os gastos com a saúde aumentam e a falta de comunicação faz com que certos tratamentos sejam assumidos e outros não. Cada um faz a sua pequena mistura pessoal em função de suas crenças do momento.

### ***Diferentes modelos de saúde***

Nesse sentido, uma formação global e uma cooperação entre diferentes modelos de saúde tornam-se necessárias. Formação e cooperação sugerem as apostas econômicas e sanitárias do futuro.

De modo sintético, e além da questão das relações entre medicina científica e medicinas complementares, as diferentes compreensões da doença e dos cuidados médicos apresentam-se a nós sob a forma de modelos, que podem ser repertoriados (Paul, 2013).

Podemos classificá-las em três modelos, associados a três diferentes abordagens da saúde: o da saúde negativa, para o qual a referência é a doença que convém evitar; o da saúde positiva, referente ao bem-estar que é interessante preservar; e enfim, o da saúde global, que constata a complexidade das determinações biológicas, psicológicas, socioculturais e mesmo espirituais que interferem na saúde e na doença. Cada um deles apresenta sua riqueza e seus limites, que devem ser conhecidos, uma vez que cada um sustenta, na maioria das vezes implicitamente, as atitudes.

### ***O modelo de saúde negativa***

O modelo mais clássico para os profissionais de saúde é o modelo biomédico (hoje denominado «*evidence-based medicine*»). Ele diz que toda doença tem uma causa que pode ser tratada (causalidade anterior). E tem como referência a doença e sua abordagem curativa (daí a denominação «saúde negativa»). É, portanto, o «*pathos*», a doença que determina as normas. Isso pode ser constatado quando não se fala mais de doença, e sim de saúde. Para esse modelo, com efeito, goza de boa saúde aquele que não está doente. E, para que isso aconteça, basta respeitar as normas estabelecidas pelos limites que o modelo oferece, pois sua ultrapassagem é significativa da introdução da patologia. Muitas vezes ele se associa também às intervenções de caráter médico.

Nesse modelo, a saúde consiste, acima de tudo, em combater o mal atual ou potencial e, sob a forma de prevenção, valorizar a ausência de doença. Em relação a este último ponto, o modelo propõe a questão da prevenção das doenças particularmente pela prevenção primária, secundária e terciária. Esse modelo de saúde negativa - muito ligado ao paradigma científico contemporâneo - é suficientemente dominante em nossa cultura para que não seja necessário aprofundá-lo agora. Mas afirmar tal referência ao mal, por mais evidente que ele seja, supõe uma boa apreensão das questões de saúde e doença. O que não é tão simples na prática, pois a crescente complexidade do mundo que nos cerca nos lembra a cada instante os limites dessa abordagem.

O interesse e limites desse modelo, conhecidos de todos, não precisam ser retomados. Para tornar mais simples e resumir, o modelo biomédico mostra-se particularmente interessante no campo concreto (mas limitado) das patologias agudas ou das relações simples entre uma patologia e sua causa. Porém, ele geralmente demonstra ser insuficiente quando as dimensões ambientais, psicológicas ou socioculturais são implicadas como interferências na saúde. O modelo biomédico baseia-se no paradigma científico clássico, que é positivista, mecanicista e causalista. Relacionada com esse modelo de saúde, desenvolve-se, em particular, a ideia de que, se a causa da doença for tratada, é possível voltar ao estado anterior de saúde. Essa representação, que não leva em conta a experiência singular e subjetiva da doença, foi questionada por uma abordagem mais filosófica da medicina (Cangilhem, 1966).

### ***O modelo de saúde positiva***

Em segundo lugar, de acordo com os valores estabelecidos na pós-modernidade e retomando a definição da OMS, a busca da boa saúde é sinônimo de procura do bem-estar (Leselbaum, 1998). Essa definição da saúde positiva pode parecer conjuntural, correspondendo a uma sociedade que valoriza o individualismo e o consumo. Ela corresponde, para Fassin (2001), à versão sanitária da busca de felicidade, cuja importância cultural em nossas sociedades modernas é conhecida. O bem-estar como definição da saúde não é, todavia, um critério absoluto: fumar, beber, comer, ter relações sexuais satisfatórias, trabalhar e ter lazer podem ser analisados, igualmente, como indicadores de prazer e de felicidade. Os mesmos atos, como sabemos, podem também ser prejudiciais. A gestão racional dos riscos (Massé, 2001) supõe, portanto, realizar uma reflexão que se situa mais além das normas coletivas contemporâneas sobre a felicidade, a fim de determinar o que pode operar como fator de resiliência ou de patogenia, categorias que não apresentam nenhuma fronteira estável entre elas, mesmo porque não somos todos iguais frente aos mesmos riscos.

Paralelamente a essa versão moderna da saúde positiva, devem inscrever-se nessa categoria as abordagens tradicionais de saúde orientadas para os mesmos objetivos, uma vez que, a exemplo do modelo de saúde positiva, elas propõem manter uma qualidade de vida. É o caso, por exemplo, da medicina tradicional chinesa, que propõe, entre outras coisas, práticas que favorecem a «longa vida» (Robinet, 1995), ou da homeopatia. Simplesmente, nessas abordagens, a meta difere porque não se trata de um consumo existencial de bem-estar como objetivo pessoal, mas de um respeito, de uma harmonização com os sopros vitais do universo, com os quais é importante deixar-se fluir.

Quaisquer que sejam os seus matizes, esse segundo modelo é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que, em sua declaração de 1948, adotada pela ONU, propõe a importância do bem-estar como agente de saúde. Esse bem-estar é subjetivo, pois está centrado nas necessidades da pessoa saudável e na sua própria definição de felicidade. Ele também tem como referência uma abordagem humanista, uma vez que privilegia o sujeito. Mas o que fazer quando o sujeito, em sua busca de bem-estar, fica doente e submetido a normas terapêuticas contrárias às suas próprias aspirações à felicidade?

### ***Os modelos de saúde global***

O modelo de saúde global apresenta a complexidade dos fatores que intervêm na doença, desde a prevenção em relação à pessoa saudável até o acompanhamento de pacientes terminais. Ele diferencia-se dos outros modelos pelo fato de que a complexidade dos fatores que ele apresenta supõe também a colaboração de inúmeros profissionais de competências diferentes. Esse modelo, tal como o compreendemos, exige o cruzamento de olhares - logo, de posturas fenomenológicas e epistemológicas diferentes. Nessa categoria, existem diferentes modelos de saúde. Quaisquer que sejam os seus matizes, o importante é considerar cada um deles em ligação com a complexidade dos determinantes que o constituem.

Dois modelos são apresentados com mais frequência quando se fala em abordagens globais: o modelo ecológico e o de saúde comunitária.

### ***O modelo ecológico***

O modelo ecológico, em ruptura com o modelo positivista e com a investigação biomédica da causalidade, centra a prevenção no meio ambiente amplo da pessoa, mais do que na mera saúde física. Essa corrente pode favorecer a abordagem promocional ao valorizar – como o faria a medicina tradicional chinesa, por exemplo - a integração do indivíduo a um

ambiente harmonioso, fonte de saúde. O uso de ervas, a nutrição e as práticas de energia também estão incluídas. Uma das características dessa abordagem antropológica é adotar um ponto de vista resolutamente ecológico (Massé, 1995). Nesse contexto, a busca de qualidade associa-se ao meio em que se vive e a uma modificação da relação com o meio ambiente. A dimensão ecológica, no entanto, não é, diretamente, um instrumento de resolução de problemas ambientais. Ela visa bem mais à modificação de comportamentos dos cidadãos. Tal abordagem, contudo, como projeto educativo, favorece as relações do homem com seu meio ambiente. Daí a importância de uma melhor apreciação do campo da «ecoformação», como «espaço estratégico de situações vitais que liga, desliga, religa o organismo ao seu meio ambiente» (Pineau, 2001) por meio de um sistema em circuitos interativos de causalidade circular e não linear. A partir da nossa maneira de ser no mundo, o conceito de «eco» (ecologia/ecoformação) facilita a compreensão da ancoragem do homem na natureza e o sentido de sua interação, tentando definir um quadro de referência ética em relação ao meio ambiente. A ecoformação difere, portanto, das ciências ambientais. Deve mesmo ser diferenciada delas, pois se trata de reconstruir a nossa relação e a nossa ligação com os nossos ambientes. No plano metodológico, algumas práticas reflexivas decorrem dessa postura.

Sem rejeitar a noção de fator de risco ou de fator de proteção, o modelo ecológico enfatiza a análise das relações complexas que unem o indivíduo ao seu meio, reconhecendo explicitamente a capacidade do ser humano de agir sobre os fatores de vizinhança e sobre os sistemas sociais. Na prevenção, ele acentua as duas dimensões, natural e cultural, da intervenção. As atitudes (poluições, nutrição...) são geradoras de patologias nos meios vulneráveis. As intervenções terapêuticas visam, portanto, logicamente, modificar as condições de vida a fim de melhorar as interconexões entre meio ambiente natural e campo social (meio harmonioso, estabelecimento de redes que favoreçam o laço social...). A ação preventiva ou curativa é multidirecional, sistêmica e holista, devendo levar em conta a dimensão coletiva e estrutural dos problemas. Trata-se, afinal, da relação entre, por um lado, os fatores agravantes, como o estresse, a vulnerabilidade física, a autonegação, e, por outro, os fatores atenuantes, como as habilidades de adaptação, o suporte social, a autoestima, a harmonia ambiental; é essa relação que oferece a incidência dos riscos e da desordem (Fréchette, 2001).

### ***O modelo de saúde comunitária***

O modelo de saúde comunitária desenvolve o conceito de fatores de risco distinguindo os «fatores predisponentes», característicos dos indivíduos e dos ambientes de vida geradores de riscos, e os «fatores precipitantes», que são as crises e os acontecimentos estressantes que



revelam e manifestam o risco (Fréchette, 2001). Esse modelo integra a presença de fatores de robustez ou de proteção que tendem a diminuir a vulnerabilidade das pessoas. Essa resistência à influência dos fatores de risco é mais conhecida como resiliência (Cyrulnik, 2001). Esse modelo, aplicado à saúde, considera que é preciso ter como alvo os contextos locais, refreando ou facilitando a interação entre as pessoas ou a adaptação das pessoas ao seu meio. A pesquisa de indícios, a intervenção precoce e a intervenção de crise, como no modelo biomédico, são práticas usuais. Os fatores de resiliência são investigados, enfatizando-se os recursos e as forças que podem existir ou se desenvolver no meio concernido.

O modelo de saúde comunitária e o modelo ecológico apresentam zonas de interligação pelas práticas de desenvolvimento das comunidades locais: impedir a ruptura ou o enfraquecimento do laço social, incrementar o reconhecimento e as competências das pessoas e dos grupos, favorecer a reinserção, valorizar o saber experiencial, contribuir para a formação qualificante... Mas, se no modelo ecológico são os fatores ambientais que prevalecem, o modelo de saúde comunitária tem como alvo muito mais a coletividade que o meio ambiente ou o indivíduo, visando mais à prevenção que ao tratamento, evidenciando mais as competências que as patologias (Guay, 2001).

O modelo de saúde comunitária, como metodologia compreensiva, está começando a aparecer na educação para a saúde na França. O objetivo dessas pedagogias é sensibilizar os aprendentes <sup>19</sup> para o seu papel de agente social por meio de um método baseado no diálogo, na crítica e na promoção do julgamento (Forestier, 2002). Ao criar condições favoráveis a uma conscientização dos valores - relativos à sua cultura e à sua história - interiorizados pelos grupos de aprendentes, trata-se, paralelamente, de melhorar a percepção de si mesmo, de tomar distância em relação ao olhar dominante, passando do estatuto de objeto ao de agente social. A reconquista do espaço de vida e das relações sociais passa pela valorização de imagens positivas mediante atividades comuns, permitindo o desenvolvimento de competências e transformando o estatuto em que a alteridade tem o poder sobre si em um estatuto que favorece a autonomia nas relações. O estado de melhor bem-estar que daí decorre favorece a participação social, a emancipação e a autoformação frente à gestão das imposições. Nesse contexto, pode-se supor que os diferentes elementos constitutivos de si mesmo sejam modificados positivamente (Forestier, 2002). Essa modificação da imagem de si no contato com os outros se manifesta

---

<sup>19</sup>A palavra «aprendente» vem sendo utilizada em lugar de «aprendiz» por indicar um processo, vivido pelo sujeito, que se inscreve na duração, numa continuidade sempre possível (N. da T.).

como poder de ação das pessoas e das comunidades (*empowerment*), construção identitária, procedimento educativo e processo sociocognitivo ao mesmo tempo. Aplicado à questão da saúde, esse tipo de raciocínio privilegia os modos de planificação descentralizados e orientados para a definição prioritariamente local dos problemas, sendo depois elaborados segundo um procedimento mais global.

### ***O modelo de saúde espiritual***

Um último modelo de saúde pode ser encontrado. Essa abordagem, tradicional, religiosa e antropológica, estabelece a ligação entre doença, saúde e espiritualidade<sup>20</sup> tanto no que se refere à origem do mal (os gênios tutelares, o diabo, a possessão...) como às forças convocadas para a cura: orações, meditações, curas xamânicas, encontro com espíritos, convocação da luz... Esse modelo de saúde também merece ser mencionado.

Se essas práticas vêm, há longo tempo, provocando risos nos que possuem uma formação científica clássica, numerosos estudos científicos recentes, particularmente nos Estados Unidos, têm demonstrado a sua eficácia. Podemos citar o papel positivo dos mantras ou da oração na saúde do coração<sup>21</sup>, além disso, a prática religiosa regular adotada por certas pessoas é um fator de longevidade, esse progresso sendo equivalente ao de não fumar<sup>22</sup>. Do mesmo modo, parece que o estado psicológico influi no prognóstico do câncer do seio<sup>23</sup>. E a religiosidade seria um fator de bom prognóstico nos quadros depressivos<sup>24</sup>. Segundo um estudo relatado numa revista médica francesa<sup>25</sup>, referente a mais de duzentas pesquisas realizadas nos Estados Unidos, as crenças e práticas religiosas diminuem o estresse e a gravidade das cardiopatias. Igualmente, a fé parece afastar as pessoas do alcoolismo e da toxicomania, cujas ações deletérias sobre a saúde são bem conhecidas<sup>26</sup>. É também conhecida, nos serviços de tratamentos paliativos, a importância de recorrer à espiritualidade e à religiosidade para acompanhar os pacientes terminais<sup>27</sup>.

---

<sup>20</sup> Cf. P. Paul, 2013, pp. 130-137.

<sup>21</sup> L. Bernardi e coll, *BMJ*, vol. 323, 22-29 /12/ 2001, 1446-1449.

<sup>22</sup> Universidade de Duke, artigo publicado em « Journal of Gerontology » e citado em *Quotidien du Médecin* n° 6539, 2 septembre 1999 ; ou ainda M. Mc Cullough, *Health Psychology*, vol. 19, n°3.

<sup>23</sup> Watson e coll. *Lancet*, 16/10/1999, pp. 1331-1336 ; Tucker, J. ; *Lancet*, 16/10/1999, p. 1320

<sup>24</sup> *American Journal of Psychiatry*, April 1998.

<sup>25</sup> *Impact Médecin Quotidien*, n° 851, mercredi 14 /02 1996, p.6.

<sup>26</sup> Segundo um relatório do National Center on Addiction and Substance Abuse, Universidade de Columbia de New York, publicado em *Quotidien du Médecin*, n° 7012, lundi 12/11/2001, p. 42.

<sup>27</sup> *Impact Médecin Hebdo*, n° 472, 3/12 1999, p.17.

Nas universidades norte-americanas, particularmente, vêm sendo abertos programas simultaneamente teóricos, clínicos e práticos que propõem a meditação, a visualização, o ioga, as técnicas de respiração, o tai-chi chuan, a nutrição alternativa, a acupuntura, a música, as artes<sup>28</sup> e outros métodos conhecidos da medicina holística. Essa abertura é uma expressão do pragmatismo norte-americano. Para além de ser um país muito religioso, a introdução desses programas em grandes centros universitários ocorre porque esses métodos funcionam.

### ***Integrar os diferentes modelos: um dos desafios do futuro***

Frente à multiplicidade de abordagens possíveis e complementares da saúde, o desafio da sua integração envolve, ao mesmo tempo, a eficiência dos cuidados e a sua avaliação em termos de benefícios/riscos para a saúde e para o tratamento das doenças, mas também a sua avaliação quanto à qualidade de vida dos doentes, das suas famílias, das economias em saúde pública e, enfim, da qualidade das relações entre profissionais de saúde e pacientes. Evidentemente, o impacto no ambiente, em termos de desenvolvimento sustentável, também deveria ser considerado na avaliação.

Integrar os modelos consiste também em ampliar o conceito de saúde global (ou de homem global). Esse procedimento não é novo. A escola Americana de antropologia reconhece a doença segundo três acepções : «*disease*» (doença biológica, orgânica) ; «*illness*» (doença psicológica) e «*sickness*» (doença social). Esse reconhecimento da complexidade da doença enraíza a realidade simultaneamente nos fatores físicos (genéticos, epigenéticos) em associação com o meio ambiente, nos fatores psicológicos e comportamentais, e, enfim, nos fatores culturais, sociais e espirituais. A introdução das representações espirituais ou religiosas pode mesmo aumentar o número de fatores envolvidos nos cuidados (por exemplo :«cármicos», na cultura indiana, ou associados a uma «possessão», na cultura africana...).

Se a integração é imperiosa, é interessante precisar a etimologia do verbo «integrar» (do indo-europeu «*tag*» e do latim «*tangere*», «tocar»). Ele sugere a noção de um contato com a ideia de algo «intacto» («*integer* ; *integritas* »). Daí «*integrare* », «restabelecer o seu estado primitivo». Nesse sentido, uma integração supõe um ato de reunião concreto, «palpável», que permite restabelecer um estado original, primitivo. Mas considerar a pessoa em sua globalidade e admitir diferentes epistemologias da saúde (Paul, 2003) exigem a introdução de um pensamento complexo e paradoxal em substituição às epistemologias holistas, dualistas ou

---

<sup>28</sup> Cf.P.Paul e R. Gagnayre (dir.), « Le rôle de l'art dans les éducations en santé », Paris: L'Harmattan, 2008.

monistas que geralmente constroem os sistemas de cuidados. O conceito de medicina integrativa requer, então, a convocação de diferentes abordagens e epistemologias, o favorecimento do diálogo e da parceria entre diferentes profissionais, bem como a aceitação e o reconhecimento de uma visão mais ampla e global do homem, no contexto da relação entre diferentes sistemas de cuidados e de culturas, para se chegar a uma eficiência máxima. Uma abordagem global supõe também que o ser humano seja visto em sua inteireza, implicando o físico, o emocional, o mental, o social, o ambiental e o espiritual.

Todavia, conciliar a necessária progressão dos avanços tecnológicos (modelo biomédico) e a reintrodução das medicinas complementares ou a noção de medicina humanista não é tão simples como poderia parecer. Se acrescentarmos o diálogo possível com outras representações do cuidado médico, as dificuldades tornam-se consideráveis no estágio atual da formação profissional. Esta deveria ser revisitada, o que supõe que as Faculdades de Medicina repensem a hegemonia do pensamento científico que as fez nascer<sup>29</sup>.

Integrar diferentes abordagens envolve, enfim, complexificar os cuidados, com a necessária articulação entre o diagnóstico médico clássico (anamnese centrada na doença), os diagnósticos que envolvem diferentes abordagens alternativas e o diagnóstico educativo<sup>30</sup> (testemunhando uma abordagem centrada no doente).

No final, diferentes eixos devem estar lado a lado, contradizer-se e integrar-se. O primeiro, ao cuidar de uma doença, visa à melhoria da qualidade de vida, o bem-estar do doente. Essa atitude é habitual nos cuidados médicos. O segundo, paradoxal, pois inverso ao primeiro, deve se ocupar ao mesmo tempo das capacidades naturais de autocura ou de apoio em forças naturais e do sentido que toda patologia necessariamente oferece em termos de autoconhecimento. Porque todo sofrimento pode ser visto também e complementarmente como oportunidade de crescimento interno, de conscientização de si mesmo, dos comportamentos inadequados, das atitudes errôneas, das crenças ilusórias que exigem transformações de vida ao risco de se repetirem.

Ao mesmo tempo, considerar a totalidade da pessoa, incluindo o máximo possível de fatores que exercem influência sobre a saúde e a doença, abrir-se para uma pluralidade de

---

<sup>29</sup> Seria mais o caso de um renascimento, uma vez que o seu nascimento, no final da Idade Média, foi baseado em princípios diferentes dos da medicina moderna, como, por exemplo, a medicina dos mores e dos temperamentos ensinada até o final século IX na Faculdade de Medicina de Montpellier e reproduzindo mais ou menos o modelo hipocrático da Grécia antiga.

<sup>30</sup>Paul, 2013.

representações da saúde e torná-las operatórias pode parecer uma pura utopia frente à falta de tempo dos profissionais, à ausência de formação efetiva, às desigualdades sociais, ao custo e às pressões sociais ou políticas que necessariamente se apresentam. Mas não fazer nada, inversamente, seria dramático. Porque é claro que o sistema atual de cuidados médicos, por mais eficiente que seja, não responde totalmente à sua missão. Se a sua eficiência nos atos técnicos e nos casos de doenças agudas foi provada, não ocorre o mesmo nos de doenças crônicas (Paul, 2013). Nestes casos, somente cerca de 30% dos doentes são estabilizados mediante o sistema médico atual, o que, ao contrário, supõe que 70% deles não o são. Essa situação é potencialmente explosiva para o sistema de saúde pública de todos os estados. Tentar oferecer algumas soluções revela-se, a médio prazo, vital para a sua própria sobrevivência. Enfim, além das reconhecidas apostas atuais, a futura crise, associada ao crescimento demográfico e ao aumento das patologias, particularmente as ambientais, deverá ser pensada desde hoje. É a própria sobrevivência do sistema de saúde coletiva que está em jogo.

### **3. Uma mudança de modelo de saúde?**

A confrontação com fatores cada vez mais complexos exige uma mudança de pensamento. Já não se trata simplesmente de tratar de uma doença a fim de voltar aos padrões supostamente saudáveis<sup>31</sup> (modelo de saúde negativa), nem mesmo de ver o ser humano em suas dimensões física, psicológica e social por uma ótica de bem-estar (OMS ; modelo de saúde positiva). Frente à complexidade dos fatores que influenciam a saúde, uma mudança de paradigma e de pensamento mostra-se, de fato, indispensável se quisermos, ainda que minimamente, responder aos desafios do futuro.

A aposta da medicina, demonstrada pela etimologia da palavra «medicina», consiste num estudo, num exercício e numa reflexão que se concluem com um ato de autoridade que conduz a oferecer cuidados. Sua prática, portanto, é principalmente reflexiva e curativa, associada aos atos técnicos. Mas essa realidade dos cuidados médicos conjuga-se progressivamente com uma busca de prevenção primária ou secundária. O aumento, em particular, das patologias crônicas (cerca de 5% ao ano) e do número de patologias cancerosas (igualmente cerca de 5% ao ano) hoje nos conduza estabelecer algumas associações com o nosso estilo de vida.

---

<sup>31</sup> Cf. Canguilhem, 1966.

Esse conjunto de fatores atesta um real problema de saúde pública quando consideramos que seremos confrontados com uma duplicação do número de doentes daqui a vinte anos. E mesmo que os sucessos sejam incontestáveis, as doenças crônicas, por sua própria definição, ainda são incuráveis. Elas podem pelo menos se estabilizar, o que já supõe gastos com a saúde e uma relativa diminuição da qualidade de vida dos doentes e das famílias, sempre envolvidas na doença. Porém, uma parte dos doentes vai apresentar agravamentos custosos em termos de finanças públicas e de invalidez das pessoas. E esse conjunto de problemas situa-se num contexto geral em que as práticas de cuidados incorporam avanços tecnológicos e terapêuticos cada vez mais performantes, porém onerosos, exacerbando as desigualdades sociais. Para tentar diminuir os custos, a duração das hospitalizações vem sendo encurtada. Mas isso, inversamente, traz o problema da organização de tratamentos ambulatoriais, sempre pluri profissionais, e do rastreamento, idealmente sempre mais precoce, para evitar as complicações. Todavia, esses dois pontos também atestam a dificuldade de diálogo e de seguimento quando se justapõem diferentes representações da doença para os doentes e diferentes representações do cuidado para os profissionais. A formação disciplinar, em particular, é sempre caracterizada por seu «fechamento» identitário, o que não facilita a comunicação interprofissional. Quanto ao rastreamento, em termos de prevenção primária, as diferentes sondagens e estatísticas mostram que, em geral, as campanhas são pouco seguidas (40 a 50% na França, por exemplo) e ambíguas (elas atestam um sobre diagnóstico, que conduz à ações particularmente cirúrgicas, sem um conhecimento real do potencial evolutivo das lesões assim diagnosticadas, mas que, inversamente, poderão ter repercussões na qualidade de vida das pessoas<sup>32</sup>).

Atualmente, esse conjunto de dados nos conduz a não mais considerar a doença a partir de uma simples relação de causalidade anterior. Torna-se claro, para cada profissional, que a doença não pode se dissociar do doente e dos seus diversos ambientes. A entidade nosológica<sup>33</sup> abre-se para a complexidade. Mas como perceber, compreender, abordar essa complexidade? Com quais desafios somos confrontados?

### *Alguns desafios*

Alguns desafios podem ser percebidos no que se refere à medicina, à integração do ambiente e das pessoas, e ao diálogo entre modelos de saúde.

---

<sup>32</sup> Cf. A respeito desses dados :<http://www.sante.gouv.fr> ou <http://www.has-sante.fr>

<sup>33</sup> Parte da medicina que estuda as doenças e classifica-as a partir dos seus sinais distintivos.

- *No que se refere à medicina científica:*
  - aprimorar as performances tecnológicas;
  - renovar a compreensão das doenças e das suas causas, hoje multifatoriais;
  - aumentar ou estabilizar a duração de vida das pessoas (se o aumento da duração de vida é incontestável nos últimos 50 anos, hoje nada parece indicar que esse processo continuará se desenvolvendo da mesma maneira. O aumento das patologias cancerosas, acometendo pessoas cada vez mais jovens, o das doenças metabólicas, da violência social, dos problemas ambientais, etc. nos permite pensar que a duração de vida das pessoas poderá diminuir nas futuras décadas);
  - estabilizar as doenças crônicas (diagnosticar mais rapidamente, evitar melhor as complicações...);
  - sair das fronteiras da hiperespecialização e dos fechamentos disciplinares - sem contestá-los - porque dificultam a comunicação interprofissional;
  - diminuir os custos da saúde pública a fim de oferecer à maioria o acesso a um novo sistema de saúde, mais social.
  
- *No que se refere ao ambiente:*
  - diminuir as patologias ambientais em todas as suas formas (respiratória, alimentar, água, materiais de construção, de embalagens, produtos de beleza...) graças ao respeito e ao reconhecimento da vida em seus diversos ambientes;
  - estabilizar os recursos naturais e o patrimônio genético para, particularmente, manter as oportunidades de descobertas de moléculas naturais que tenham uma ação positiva sobre a saúde;
  - refletir sobre a urbanização das megalópoles geradoras de concentração humana, de violência e suas consequências (estresse, poluição, eliminação de lixo...), que agem conjuntamente sobre a saúde.
  
- *No que se refere às pessoas:*
  - tentar compensar os problemas relacionados com o aumento da população mediante uma sensibilização maior quanto à exclusão social, às desigualdades de acesso ao que atende às diferentes necessidades vitais - logo, aos cuidados médicos;
  - melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias;
  - lutar contra as desigualdades sociais;

- refletir sobre os problemas associados à propagação da comunicação, que dificulta a boa gestão das informações (mal integradas, contraditórias...); mas considerando que essa dificuldade pode se transformar em riqueza;
  - valorizar a singularidade das pessoas (não se trata, simplesmente, de tratar de uma doença, mas também de acompanhar um doente, uma família...).
- *No que se refere aos modelos:*
- favorecer os aspectos positivos da globalização. O choque de culturas e de representações da saúde, que nos confrontam com visões diferentes do mundo (por exemplo: os conceitos de medicina global, de medicinas complementares...), não são apenas negativos. Essas representações culturais devem ser articuladas, porque a riqueza humana e cognitiva provém da aceitação e integração das diferenças;
  - integrar os conflitos entre as diferentes representações da saúde (negativa, positiva, global, espiritual...);
  - favorecer um diálogo aberto entre as diferentes representações e modelos de saúde de modo que ele seja, ao mesmo tempo, transcultural, interdisciplinar e transdisciplinar. Esse diálogo poderia se tornar criador de um novo modelo de saúde, ao mesmo tempo global, integrador, complexo, transcultural e transdisciplinar. A realidade atual, complexa e contraditória, necessita de uma abordagem global e dialética com uma abertura para a integração paradoxal das diferentes representações, dos conceitos contraditórios, das técnicas diferenciadas e das múltiplas possibilidades de cuidados médicos.

Em resumo:

Quer se trate da singularidade das pessoas e das suas representações, das apostas sociais e societárias, da relação entre os saberes acadêmicos e não acadêmicos, de uma nova visão dos sujeitos, da subjetividade, da relação entre as incidências biológicas, psicológicas, sociais e espirituais sobre a doença... a saúde e os cuidados médicos participam de uma construção cognitiva envolvendo numerosos parâmetros que a formação atual não possibilita integrar nem resolver. Esse conjunto de aspectos oferece uma visão de homem cada vez mais complexa e em interação permanente com seus diversos ambientes (natural, familiar, social, cultural, espiritual...). Essas diferentes relações imbricadas mantêm, ao mesmo tempo, uma interação hierárquica e não hierárquica entre si. Esses diferentes parâmetros - cuja lista não é exaustiva - exigem a introdução, em nossa sociedade, de um novo paradigma do pensamento direcionado para uma metodologia que possibilite a sua resolução. As transformações referentes à saúde



não podem ser consideradas sem uma modificação do nosso olhar e da nossa relação com o mundo. Sem esse movimento radical, os riscos de crise e as futuras dificuldades já podem ser anunciados. Como, de fato, os PIBs nacionais poderão assumir uma porcentagem progressivamente maior dos custos da saúde? Como presumir as consequências do aumento demográfico? Como gerir o estresse cada vez maior das pessoas confinadas em espaços reduzidos e submetidas a agressões de todos os tipos?

Há longo tempo, a construção das sociedades humanas vem opondo natureza e cultura, o inato e o adquirido (Rousseau, Pascal...). A natureza, fonte de recursos e de vida (epicuristas, Montaigne...), torna-se, com Descartes (*Discurso sobre o Método*), o lugar do qual é preciso ser mestre e possuidor. Se há muito tempo na história humana, a natureza exterior (clima, animais...) e a interior (pulsões, instintos...) dominaram o homem, a partir do século XVII e XVIII (autômatos, máquina a vapor, revolução industrial) produziu-se o movimento inverso. O esforço social procurou inverter a hierarquia de poderes de modo à hoje tornar predominante o desenvolvimento humano em detrimento da natureza, que, no entanto, nos sustenta. O problema é que a nossa vida, que não pode escapar da natureza, encontra-se gravemente lesada. A saúde, presentemente isolada do ambiente natural e espiritual que a construiu, desenvolve-se segundo um artifício que inverte o sentido de nossas existências orientando-o unicamente para uma exterioridade material, de fato, sem saída.

### ***Uma medicina transdisciplinar e transcultural?***

*Uma mudança de paradigma?* (Paul, 2013)

Uma compreensão mais ampla, mais aberta e mais complexa do ser humano é necessária para poder integrar, ultrapassando-o, o paradigma atual. Considerar o ser humano em sua globalidade, que envolve a subjetividade, e resgatar o sentido da vida supõe uma abordagem plural que ultrapasse o quadro da causalidade simples. Essa constatação admite uma dupla problemática. Ela propõe, com efeito, um novo estatuto do homem que não se limite, na medicina, às leis da biologia e às suas consequências fisiológicas ou farmacológicas, mas que possa valorizar também a humanização dos cuidados médicos. Ademais, visto que os problemas apresentados podem ser diferentes de uma pessoa singular para outra e de uma doença para outra, pode-se convocar especialistas que possuem competências diferentes, o que suscita a questão do relacionamento e da coordenação entre disciplinas e entre as diferentes competências.

O homem, por sua própria constituição, é «trans biológico» ou seja, situa-se dentro, mas também através e além da vida biológica. É essa propriedade que sustenta os próprios fundamentos da transdisciplinaridade. Esta palavra requer certamente um questionamento a respeito da articulação entre as disciplinas. Mas essa necessidade de ligações dá acesso, ao mesmo tempo, a uma «além» das disciplinas biológicas, para abri-las ao fenômeno humano considerado em sua complexidade. De fato, o que é «trans-», ou seja, «através» e «além» das disciplinas, é o próprio sujeito, quer se trate do doente ou do médico. A epistemologia das interações entre as disciplinas deve, portanto, ser sobreposta por uma nova epistemologia do sujeito e, mais precisamente, por sua capacidade de estabelecer ligações e relações «entre» e «através» dos compartimentos que são as disciplinas. Essa capacidade atesta, ao mesmo tempo, o fato de que o fenômeno humano não pode ser reduzido à adição de certo número de campos disciplinares, o que postula ir «além» das disciplinas que sempre lhes escapará.

Outro modo de encarar a relação entre disciplinas diferentes consiste em interrogar os diversos sistemas de cuidados médicos que constituem as práticas. Esses sistemas são variáveis de um país para outro e muitas vezes eles coexistem nos usos variados por parte das populações de um mesmo país. Na França, por exemplo, a medicina científica clássica caminha lado a lado com a acupuntura, a homeopatia, a osteopatia, a fitoterapia... Essa utilização é sustentada por diferentes expressões e representações do cuidado médico<sup>34</sup>, mas também por categorias epistemológicas distintas<sup>35</sup>, por exemplo: a acupuntura ou uma representação religiosa dos cuidados terão como referência, apesar de suas diferenças, uma epistemologia de tipo holista.

Já desenvolvemos suficientemente as questões referentes ao paradigma interdisciplinar e transdisciplinar, para não ser preciso retomá-las aqui<sup>36</sup>. As reflexões relacionadas às tentativas de resolução dos problemas concretos que se apresentam na saúde exigem cada vez mais esses tipos de procedimentos, que integram a complexidade em vez de reduzi-la. Pensar em termos de ontologia, de ontogênese, de antropogênese, de níveis de realidade e de níveis lógicos torna-se necessário na maioria dos campos da saúde, para além dos atos técnicos de urgência, da tecnologia médica e do tratamento das patologias agudas.

---

<sup>34</sup> P. Paul, 2011, « *D'une éthique biomédicale à une éthique ethno-médicale. Un débat épistémologique entre représentations et valeurs portées par les soins* », conferência realizada no 79º Congresso da ACFAS, Colóquio « *Éthique, ethnomédecine et systèmes de soins : comment éviter la traduction des concepts occidentaux* », 09 /05 2011.

<sup>35</sup>P. Paul, 2003; 2009.

<sup>36</sup>Cf. P. Paul, 2003 ; 2012 ; 2013.

Torna-se também importante, nesse caso, reconhecer o estatuto de ator dos pacientes e de suas famílias, de modo a valorizar a autonomia. Essa reintrodução do sujeito e da subjetividade nos cuidados médicos, embora sempre tenha existido, é, paradoxalmente, uma revolução científica em um mundo no qual a objetividade da doença se desenvolveu em detrimento da realidade dos sujeitos. As relações interprofissionais também devem ser objeto de uma atenção particular. Nunca é simples promover o diálogo entre pessoas que têm formação acadêmica diferente e cujos objetos, metodologias, discursos específicos diferenciam-se o suficiente para tornar delicadas as interações. Todas essas questões já foram abordadas em outro livro (Paul, 2013).

Um último ponto diz respeito à questão da avaliação. De fato, no meio acadêmico, a avaliação é geralmente realizada por representantes disciplinares. Mas eles não são necessariamente formados no que se refere aos métodos e às apostas dos procedimentos interdisciplinares e transdisciplinares, o que dificulta as avaliações (P. Paul, 2014 - em preparação). Algumas sugestões podem ser feitas, particularmente no que concerne à presença ou à dificuldade de um real diálogo entre profissionais e pacientes.

Essa revisão de algumas dificuldades previsíveis no campo da saúde não pretende ser, de modo algum, premonitória do que poderá ocorrer no futuro. Mas é preciso poder dimensionar algumas prováveis dificuldades que serão aguardadas, particularmente, pelas futuras gerações de profissionais, de modo a ter a esperança de poder encontrar algumas soluções. A mudança de paradigma que se oculta atrás da «crise» mostra que está ocorrendo o deslizamento de um contrato social racional e assegurador da modernidade rumo a um pacto emocional, movido pela subjetividade, pelas paixões e pela complexidade. Doravante, expressa-se o desejo, coletivo e individual, de usufruir ao máximo, aqui e agora, a existência. Nossa sociedade pós-moderna é marcada pela contradição entre a valorização daquilo que está próximo e do que está distante. Quanto ao que é «local», podemos citar, sem exaustividade: o culto ao corpo, à criatividade, ao emocional ; as novas formas de solidariedade comunitária, como o sentimento de pertencer a um grupo, a uma «tribo» ; ou ainda uma sensibilidade que refortalece a estreita ligação que existe entre ambiente social e ambiente natural. Quanto ao que está distante: a uniformização dos valores do mundo ocidental, como o fenômeno da globalização, mas também o entusiasmo pelo Oriente, o reconhecimento das consequências gerais dos acontecimentos locais (ambientais, econômicos, culturais, políticos...) sobre o mundo natural e humano em geral, etc. Essa aparente contradição também surge, como constatamos, nos cuidados médicos. Ela supõe uma necessária síntese integradora que requer uma nova visão do

homem. Esse imaginário, que se elabora lentamente, é como que um sonho antecipando o futuro da medicina no qual o homem já não será apreendido como órgão, função, doença ou objeto, e sim segundo a complexidade da sua pluralidade e os paradoxos da sua globalidade.

Se os progressos técnicos, farmacêuticos e cognitivos não deixam qualquer dúvida no que concerne à compreensão e ao tratamento das doenças no futuro, deve-se insistir no desenvolvimento de novas estratégias em saúde pública. A compreensão dos doentes, dos seus comportamentos e representações, tendo em vista um diagnóstico educativo, deve ser também articulada com o diagnóstico médico e com a doença para aprimorar a autonomia, a responsabilidade e a eficácia terapêutica. Enfim, o reconhecimento e a utilização das medicinas complementares ou espirituais, hierarquizadas em função da sua eficiência específica em certas patologias e da receptividade das pessoas, deveriam ser incrementadas visando às economias em saúde, à diminuição da iatrogênese e à melhora sintomática. O conjunto, referente à complexidade dos cuidados vistos em sua globalidade, supõe a introdução de novas construções epistemológicas, interdisciplinares e transdisciplinares. A aposta do futuro, pelo jogo dialético entre diferentes visões do cuidado, será o surgimento de um novo modelo de saúde, a ser criado, que integrará as atuais tensões contraditórias entre biologia e espiritualidade, corpo, alma e espírito de modo a poder dispor, ao mesmo tempo, de possibilidades refletidas, eficazes, mais econômicas, menos iatrogênicas e mais acessíveis a todos.

Esperamos que, para além dos crescentes problemas da saúde, uma mudança radical de lógica e de paradigma do pensamento, ao mesmo tempo social e médica, possa inspirar os diferentes atores capazes de propiciar todas essas transformações.

## **BIBLIOGRAFIA**

AYRES, J-R. C.M. «O Cuidado, os Modos do Ser (do) Humano e as Práticas de Saúde». Em: *Revista Saúde e Sociedade*, Vol. 13, n° 3, pp. 16-29, São Paulo, set-dez 2004.

CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF, 1966.

CYRULNIK, B. *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob, 2001.

BODIN, L. *Le guide de la médecine globale et intégrative*. Paris: Albin Michel, 2009.

FASSIN, D. *La globalisation de la santé – Eléments pour une analyse anthropologique*. Paris : Karthala, 2001.

FORESTIER, D. «Eduquer pour la santé». Lille, *Les cahiers d'études du CUEEP*, n° 47- 48, juin 2002.

FOUCAULT, M. *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*. Paris : Gallimard, 1966.

FRECHETTE, L. «La prévention et la promotion de la santé mentale : des incontournables en psychologie communautaire». In Dufort, F. ; Guay, J. (org.). *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*. Québec : Les Presses Universitaires de Laval, 2001, pp. 217-248.

GUAY, J. «L'intervention du réseau et l'approche du milieu». In Dufort, F. ; Guay, J.(org.). *Agir au cœur des communautés. La psychologie communautaire et le changement social*. Québec : Les Presses Universitaires de Laval, 2001, pp.249-295.

D'INTIGNANO, B. M. *Santé et économie en Europe*. Paris : PUF, 2001 (coleção Que sais-je?).

LABORIT, H. *L'inhibition de l'Action, biologie comportementale et de physiopathologie*. Paris : Masson, Presses Universitaires de Montréal, 1980.

LESELBAUM, N. «Autour des mots 'éducation sanitaire', 'promotion', 'prévention', 'éducation à la santé'». In *Éducation à la santé, recherche et formation pour les professions d'éducation*. n° 28, Ed. INRP, 1998, pp 131-138.

LEVI-STRAUSS, C. *Structure élémentaire de la parenté*. Paris : PUF, 1949.

LOMBARD, J. *Platon et la médecine. Le corps affaibli et l'âme attristée*. Paris : L'Harmattan, 1999.

NARDIN, A. «Humanisation de l'hôpital». In *Revue du Praticien*, vol. 60, n° 4, 20/ 04/ 2010, pp 584-589.

NATHAN, T., STENGERS, I. *Médecins et sorciers*. Paris : Synthelabo, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1995.

MASSÉ, R. *Culture et santé publique*. Montréal, Québec : Gaëtan Morin Ed., 1995.

MASSÉ, R., « La santé publique comme projet politique et individuel ». In *Systèmes et politiques de santé– De la santé publique à l'anthropologie*. Paris : Karthala, 2001, pp 61-64.

MORIN, E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF, 1960, ed. 6, 1996.

PAUL, P. *Formation du sujet et transdisciplinarité. Histoire de vie imaginaire et professionnelle*. Paris : Ed. L'Harmattan, 2003.

..... *Formação do sujeito e transdisciplinaridade, História de vida profissional e imaginal*. Trad. Marly Segreto. São Paulo : Triom, 2009.

.....«Fundamentos da Interdisciplinaridade e da Transdisciplinaridade no Ensino, Pesquisa e Extensão». *Encontro Acadêmico Internacional Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade no Ensino, Pesquisa e Extensão em Educação, Ambiente e Saúde*. CAPES, Brasília, 27-29/11/2012.

..... *Saúde e transdisciplinaridade*, São Paulo : Ed. Universidade de São Paulo, 2013.

..... «A importância do sujeito e da subjetividade na epistemologia e na avaliação da interdisciplinaridade». Em « *A Prática da Interdisciplinaridade na Pesquisa e no Ensino de Pós-Graduação* », Ed. A. Philippi Jr ; V. Fernandes, São Paulo, Ed. Manole, 2014.

PELLETIER, K. R. *La médecine holistique ; médecine totale, du stress au bonheur de vivre*. Monaco : Ed. du Rocher, 1982.

PINEAU, G. «Un sujet anthropologique interloquant». Coloque d' Angers, France : *Le récit biographique, enjeux anthropologiques*, maio 2001.

ROBINET, I. *Méditation taoïste*. Paris : Albin Michel, 1995.

SANDRIN-BERTHON, S. (org.), *L'éducation du patient au secours de la médecine*. Paris : PUF, 2000 (coleção Education et formation : biennales de l'éducation).

SANTIAGO-DELEFOSSE, M. *Psychologie de la santé, Perspectives qualitatives et cliniques*. Bruxelles, Belgique : Mardaga, 2002.

SERRES, M., PICQ, P., VINCENT, J-D. *Qu'est-ce que l'humain ?* Paris : Le Pommier, 2003.

SOMMERMAN, A. *A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade como novas formas de conhecimento para a articulação de saberes no contexto das ciências e do conhecimento em geral : contribuição para os campos da educação, da saúde e do meio ambiente*. Tese (Doutorado Multidisciplinar e Multi-institucional em Difusão do Conhecimento). Universidade Federal da Bahia, 2012.

VAZ, L., DE LIMA, H. C. *Raízes da Modernidade*. São Paulo : Loyola, 2002.

VIGARELLO, G. *Le propre et le sale, l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*. Paris : Points Histoire, 1987.

WUNENBURGER, J-J. *Imaginaires et rationalité des médecines alternatives*. Paris : Belles Lettres, 2006.

..... *La raison contradictoire. Sciences et philosophie modernes : la pensée du complexe*. Paris : Albin, 1990.

## CAPÍTULO 5

### EL PROBLEMA DE LA DIABETES MELLITUS TIPO-2 EN PUEBLOS ORIGINARIOS DE MEXICO. UNA PROPUESTA INTERCULTURAL Y DERECHOS HUMANOS EN SALUD.

Sergio Lerin<sup>37</sup>Diana Reartes<sup>38</sup>

#### INTRODUCCIÓN

Este artículo se deriva de la investigación: “Situación de los grupos de autoayuda para diabéticos en los servicios públicos de salud y propuesta para mejorar la participación de los enfermos”, desarrollada durante el periodo 2009-2011 en los estados de Chiapas, Campeche y Quintana Roo, situados en el sureste de la república mexicana. Estos estados presentan un alto porcentaje de población indígena y de incidencia de diabetes mellitus tipo 2. Focalizamos en la zona denominada los Altos de Chiapas, que concentra el mayor porcentaje de población indígena del estado (más el 85%) habitada por varias etnias, siendo las mayoritarias la tsotsil y la tseltal. Adoptando un enfoque etnográfico el trabajo documentó mediante entrevistas a pacientes indígenas diabéticos y personal sanitario las dificultades y conflictos emergentes en el proceso de prevención, detección, tratamiento y seguimiento de la enfermedad en contextos indígenas.

#### De políticas en el decenio de los pueblos originarios

En diciembre de 1994 a iniciativa de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se instituyó el Decenio Internacional sobre los Pueblos Indígenas del mundo y se instauró el 9 de agosto como el Día Internacional de los Pueblos Indígenas. Uno de los principales cometidos de tal iniciativa era la de comprometer a los gobiernos de la región para que impulsen los derechos humanos, pero sobre todo para que mejoren los niveles de educación, se eleven los indicadores en salud e impulsen acciones para el desarrollo y acciones favorables al medio ambiente.

---

<sup>37</sup> CIESAS (México)

<sup>38</sup> CESMECA-UNICACH (San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

En el transcurso de los primeros diez años de acciones dirigidas a los pueblos indígenas los resultados no fueron los esperados (2004). El relator para Asuntos indígenas de la ONU, el antropólogo Rodolfo Stavenhagen, afirmó que el compromiso asumido por los gobiernos distaba mucho de los magros logros alcanzados a lo largo de esos primeros diez años. Posterior a esta declaratoria se proclamó por los mismos organismos internacionales y asumido por los gobiernos, el Segundo Decenio de los Pueblos Indígenas, que establecía y reiteraba el respeto a los derechos a la salud, a su lengua, a su cultura, a sus derechos humanos y las oportunidades de desarrollo.

Actualmente se estima que existen alrededor del mundo 350 millones de indígenas que practican alrededor de 5 mil lenguas, y que la mayoría están privados de sus derechos más básicos y elementales. En América Latina, no contamos con fuentes estadísticas confiables debido a la falta de un identificador étnico; algunos refieren a la pertenencia lingüística y otros al reconocimiento de la propia etnicidad. Con seguridad uno de los pocos logros del primer decenio de los pueblos indígenas fue su identificación y visualización en las sociedades mestizas; en casi todos los países del continente se registró un aumento en la cifra de las principales etnias.

En la actualidad, México, según el INEGI-CONAPO (en base al conteo del 1995) aproxima a casi 8 millones la cifra de indígenas, en tanto que el INI-PNUD-CONAPO maneja de manera global que de 97.483.412 mexicanos, 12.707.000 millones son indígenas (SERRANO, 2002). De manera oficial es común reportar la cifra de 10.253.627 indígenas, lo cual representaría al 10% de la población, lo que hace que México siga siendo uno de los países de América que cuenta con una alta presencia de pueblos indígenas y con una gran diversidad étnica. A pesar de esta situación estadística, los indígenas no tienen representación en los órganos de gobierno del país, no son una prioridad en materia de salud, a no ser la salud reproductiva que en los años 80-90 se enfocó al control natal. También es notoria la ausencia de demandas por el reconocimiento de sus territorios, como ya sucede en algunas regiones de Centro Sur América.

La población indígena en las Américas ha sufrido constantemente de registros negativos en materia de salud, a ello se suma la violencia biológica, de género, racial y armada en distintas regiones. Como afirma Castellanos (2000) la antropología no ha mostrado interés en los procesos racistas y son escasamente documentadas, por ejemplo, las acciones de esterilización a que fueron sometidas las mujeres indígenas en los sistemas de salud, además en conflictos de guerra los que más sufren son los sectores subalternos, en donde “la mayoría de la población



asesinada, torturada y vejada es la de origen indígena, como es el caso de Guatemala” (MENENDEZ, 2010:176).

Es bien difícil hablar de Derechos Humanos en salud cuando los sectores populares y la población indígena no tiene acceso garantizado a lo más básico, como al saneamiento y a medicamentos esenciales, e incluso “¿por qué discutir formas alternativas de lidiar con la salud cuando gran parte de las clases populares todavía no tienen una atención satisfactoria en los locales de salud pública?” (VINCENT, 2000: 92).

### **Derechos humanos en salud. Una añeja relación integración exclusión**

Diversas instituciones a nivel internacional se han venido ocupando de los derechos y el respeto a la diversidad cultural. Una de estas instituciones es la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se ha despegado de las políticas integracionistas del indigenismo clásico y dio impulso en los últimos 20 años al reconocimiento de los derechos más elementales de los grupos indios de la región, como la salud, la alimentación, la educación y su incorporación al desarrollo.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por medio de sus reuniones de expertos ha promovido cada vez más la orientación intercultural en salud y el respeto a los derechos en materia de salud de los pueblos originarios.

Desde hace algunos años la OPS que orienta no sin tropiezos las políticas en salud en la región, (algunos gobiernos no aceptan los lineamientos del organismo como el caso de México para el periodo 2002-2006 ), ha insistido en la promoción de una verdadera “salud intercultural” que respete la cosmovisión indígena en relación a la salud y la enfermedad y revitalice el trabajo de los médicos tradicionales, e incluso va más allá, estimulando a las instituciones de salud que trabajan en contextos indígenas para que adecuen culturalmente los servicios con el fin de brindar un trato digno a los indígenas enfermos.

Actualmente, se impulsa la formación de nuevos recursos locales en salud, los auxiliares de salud se transforman en facilitadores interculturales en salud, por medio de capacitaciones, de programas educativos y particularmente a través de diplomados y maestrías en Gestión Intercultural en Salud, como son: el programa a distancia de la Universidad de la Frontera en Temuco, Chile y la Universidad Huracán en Nicaragua, por citar algunos casos.

La Organización de los Estados Americanos (OEA) viene promoviendo, por medio de becas y reuniones, el diálogo entre los pueblos indígenas del continente. La Organización de

las Naciones Unidas por conducto de varios de sus organismos como la UNESCO, la OIT, el FIDA y la FAO también ha motivado proyectos y estimulado el intercambio de experiencias entre el gobierno y las organizaciones de pueblos indígenas.

Cabe mencionar la iniciativa de la OIT, que promovió desde 1989 el convenio núm. 107, el que fue modificado en esta década para convertirse en el número 169, ratificado por el gobierno mexicano. Este convenio se plantea como marco general que deben ser los propios pueblos indígenas los que tienen el derecho a mantener y promover su integridad cultural, lingüística y territorial.

En los años recientes, las instituciones de salud de la región, como en el caso de Costa Rica, vienen formulando los derechos humanos en salud, en términos de garantizar la integridad y el respeto a la cultura, el trato digno y respeto a los espacios en donde se promueve la salud y se brindan cuidados: “Es parte de nuestro derecho a vivir con salud... es condición para hacer efectivo este derecho lograr consolidar una práctica que tenga como proyecto no sólo resolver la enfermedad, sino construir la salud y el bien-estar” (QUIROS, 2002).

Se debe acotar que las recomendaciones de expertos y organismos internacionales se alejan del indigenismo integracionista, pero van a contra corriente en nuestra región. La orientación integracionista de corte economicista que fomentan los organismos financieros internacionales, como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) han orientado sus apoyos a través de préstamos a México y otros países, proponiendo un **MODELO FOCALIZADO Y DE ALTO IMPACTO** en salud, alimentación y educación, sin alentar la participación de los sectores a quien van dirigidas tales acciones, en particular no se fomenta la consulta a los pueblos indígenas.

Si bien los conceptos básicos de los derechos humanos en salud están acordados, en más de los casos no se instrumentan mecanismos de control para garantizar los derechos. La defensa de los derechos humanos en salud es ya parte de las agendas de organizaciones no gubernamentales.

Es decir que estos planes de desarrollo se implementan si contar con la participación social de los “beneficiarios-indígenas”, no vigilándose su ejecución en términos de la pertinencia cultural.

Así, las grandes acciones han impactado durante los últimos 18 años de forma negativa en los derechos a una salud intercultural que se deben implementar para y con los pueblos indígenas en materia de salud y educación. Persiste para todo el periodo un modelo que excluye

el derecho a la participación social y se niega a ampliar la cobertura geográfica (inmuebles físicos) de los servicios de salud en zonas rurales, así como dotar de servicios adecuados culturalmente con respeto a la lengua, las normas, creencias y valores de los pueblos originarios.

Los grandes programas del Gobierno Mexicano para atender a la población de menores recursos son: OPORTUNIDADES (2002-2006) y el SEGURO POPULAR (2003-2012) los cuales no cuentan con lineamientos en salud intercultural y mucho menos con personal calificado en gestión intercultural, como lo recomienda la OPS, estos programas que operan en todo el país siguen trabajando con pasantes de medicina que trabajan sólo un año en las comunidades indígenas y después se van a las zonas urbanas ya como profesionales.

El Seguro Popular que ha incorporado a la población de bajos recursos entre ellos a la población indígena, es un instrumento financiero que dirige los recursos a través de acciones focalizadas y de alto impacto y fue creado en el 2003 a través del Sistema de Protección Social en Salud. La afiliación de la población es un paso obligado para recibir atención, medicamentos y hospitalización; sin embargo, en términos generales el déficit mayor tiene que ver con la salud pública en tanto hay pocos recursos para las grandes acciones que requieren los problemas más apremiantes, como la epidemia de obesidad y la diabetes de la población mexicana, además de que el reto más grande es la baja calidad del servicio reconocido incluso por las autoridades máximas en salud. Se encuentra en el olvido, como ya lo mencionamos, la obligatoriedad de ajustar los programas de salud a la cultura local, la pertinencia cultural de los mensajes y las prescripciones médicas cuando se trata de población rural e indígena.

Como formula Langdon para Brasil, teóricamente no debería presentarse conflicto entre el sistema médico y el de los indios y curadores. Los pueblos indios saben e incorporan los medicamentos a sus tratamientos, sin embargo, el personal de salud ignora los valores culturales de los usuarios indígenas. Por ello: “es importante que la formación de los profesionales que trabajan con la salud indígena dedique suficiente tiempo a la comprensión en profundidad del concepto de cultura. El profesional de la salud debe estar familiarizado con la naturaleza del sistema indígena de salud y con la idea de que sus prácticas forman parte de su cultura, entendida como un sistema simbólico compuesto de valores, representaciones y significados interrelacionados” (2000:113)

## **Entre acuerdos de cambio y realidades que cambian de a poco. La iniciativa de la salud intercultural.**

Desde la década de los noventa, varias instancias internacionales han promovido y siguen haciéndolo, el reconocimiento de los derechos en materia de salud de los pueblos originarios. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) creó en 1992 el Fondo para el desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, cuya sede actual está en La Paz, Bolivia. Debe mencionarse también el largo trabajo de la Fundación Interamericana de Desarrollo, que ha colaborado directamente con las organizaciones de base de las distintas regiones indígenas de México.

En el campo de la salud todos los cambios en el contexto sociopolítico de las reformas constitucionales y jurídicas incluyen desde el reconocimiento de las medicinas tradicionales indígenas hasta la autonomía en la gestión de la salud. En el marco jurídico internacional, el Convenio 169 sobre los pueblos indígenas y tribales en países independientes de la OIT y las resoluciones CD.37.R5 y CD.40.R6 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (ratificadas por todos los países de la región) establecen directrices que facilitan la incorporación de las perspectivas, medicinas, y terapias indígenas en la atención de la salud.

En el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) de la OPS se establecen los siguientes principios: enfoque integral de la salud; derecho a la autodeterminación de los pueblos; respeto y revitalización de las culturas indígenas; enfoque integral de la salud; derecho a la autodeterminación de los pueblos; respeto y revitalización de las culturas indígenas; reciprocidad en las relaciones y derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

La protección en salud debe entenderse en el contexto general de reconocimientos a los derechos culturales, económicos y sociales de los pueblos indígenas. El BID, sobre la base del convenio 169 de la OIT propone tres dimensiones para evaluar el cumplimiento al respeto a la salud: si existe o no legislación especial y la garantía de acceso preferencial; si las prácticas tradicionales están aceptadas y bien integradas al sistema nacional de salud, y si los pueblos indígenas tienen garantizada una participación y una autonomía en el manejo de los recursos en salud.

Es innegable el papel de liderazgo que los organismos rectores internacionales cumplen en el diseño de las políticas en salud en la región, este es el caso de la interculturalidad en salud, a la que se le asignan un conjunto de atributos que en nuestra opinión son un aporte importante

respecto de los planteamientos que le dieron origen, impulsando su desarrollo y su actual vigencia, sin embargo se obvia el proceso conflictivo y antagónico, de hegemonía y subalternidad que se presenta generalmente entre dos o más culturas o entre dos sistemas de salud.

Para la OPS-OMS, el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa. Definición rectora con la que estamos parcialmente de acuerdo en términos del “deber ser” pero no en términos de proceso en donde la interculturalidad contiene aspectos conflictivos y en permanente proceso de cambio sociocultural.

Por lo regular, el personal de salud descalifica los saberes de los grupos sociales subalternos porque no son adecuados a sus acciones en salud, en tanto que los sujetos construyen acciones en pro del cuidado y restablecimiento de su salud desde el ámbito sociocultural (BREILH, 2003; LANGDON, 2000 y MENENDEZ, 2009).

Desde nuestro punto de vista es imprescindible estrechar los vínculos entre los programas de salud y la comunidad en zonas indígenas, mediante estrategias que aproximen de manera complementaria las acciones sociosanitarias y el saber local a través de una verdadera epidemiología sociocultural. Ello implica construir modelos que articulen de qué enferma y muere la gente con las condiciones en que ello ocurre, de tal suerte que se acerquen la dimensión técnica de la enfermedad y la dimensión sociocultural del padecer (BREILH, 2003; HARO, 2009; MENENDEZ, 2008).

Como apunta Bibeau (2001) la salud en situación intercultural debe ser estudiada a partir de tres aspectos: a) los discursos de la gente (padecer), b) las causalidades de la enfermedad y c) la realización de investigaciones acotadas en contextos locales. Todos estos aspectos de una u otra manera se encuentran en el proceso de construir una epidemiología sintética o sociocultural.

A lo largo de las últimas dos décadas en los países de la región se ha avanzado de manera desigual en el reconocimiento, el fomento y la garantía de los derechos a salud de los pueblos indígenas. En algunos ello se da en políticas públicas que los garanticen y en otros casos se da la situación inversa, es decir un claro rechazo y estigmatización a las nociones y visiones

terapéuticas locales, que son útiles al menos en el nivel preventivo y de cuidado aunque la constante en las Américas son los índices negativos en salud que presenta la población indígena.

El enfoque intercultural en salud ha sido, entonces, apropiado por instancias gubernamentales de educación y de salud y aplicado de manera ecléctica en programas de capacitación a parteras, médicos tradicionales, acciones de salud materno-infantil, así como por las ONGs. Para el caso de México, su importancia la ubicamos hacia los años cuarenta, para esos años, como ahora, se buscaba indagar las causas de la desigualdad en salud entre los pueblos indígenas y el resto de la población y mejorar sus condiciones de vida a través de la implementación de programas sociosanitarios.

Todavía hoy persisten barreras de todo tipo que juegan un papel negativo en la relación de los indígenas con las instituciones públicas de salud. De parte de los usuarios se manifiesta una resistencia al uso de los servicios y pervive una desconfianza hacia la medicina occidental, con frecuencia las nociones del proceso salud-enfermedad chocan, aunque también se da una complementación entre los conceptos científicos que constituyen la alopátia moderna y las nociones nativas, lo que genera relaciones contradictorias y conflictivas entre los distintos modelos de atención (MENENDEZ, 1990).

El lenguaje utilizado por los médicos, uno de los elementos cruciales de la comunicación intercultural, dificulta la relación e imposibilita la empatía y confianza con el paciente. La ausencia del manejo de un vocabulario local básico por parte del personal institucional, además de la escasa información que se da a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como la extracción de sangre para medir la glucosa y explicar lo incurable de la diabetes (en el caso que nos ocupa) terminan por distanciar en momentos cruciales a los actores del proceso terapéutico.

Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos, sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas, el personal de salud frecuentemente descalifica las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y a menudo tilda de mitos las creencias sobre la causalidad de la diabetes de parte del paciente, un ejemplo de ello es el susto.

Históricamente en nuestro país la aplicación de un enfoque intercultural pasó por incorporar al personal de salud local a los servicios institucionales, las múltiples estrategias llevadas a cabo por las instituciones tuvieron un corte de sujeción y subalternidad. También se realizaron esfuerzos para formular estrategias compartidas en las que el médico alópata y el médico tradicional atiendan los padecimientos de manera conjunta en espacios hospitalarios.

A la fecha existen en distintas regiones del país hospitales interculturales de segundo nivel que cuentan con especialidades. El primero es el de Coetzalán, Puebla, en la zona totonaca (1999); el de la mesa del Nayar, en la zona Cora-Huichola de Nayarit (2003) y dos más de reciente creación en el estado de Chiapas, el hospital de San Andrés Larrainzar, levantado con el apoyo de la OPS en el 2008 y el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas (2012). Estos hospitales cuentan con personal de salud rotativo y descansan gran parte de su trabajo en campañas de voluntariado en salud que trabajan puntualmente problemas oculares, odontológicos, de prótesis, etc.

## **De algunos indicadores negativos a la salud en población indígena en México**

Actualmente en México las condiciones de salud de los 10 o 12 millones de indígenas mexicanos si bien han mejorado presentan un rezago importante respecto al resto de la población. Existen marcadas diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general. Mientras que las cuatro principales causas en el país corresponden a enfermedades no transmisibles (Enfermedades del corazón con una tasa de 69 por 100 000 habitantes, tumores con una de 53, DM-T2 con una tasa de 36 y cirrosis con una tasa de 24) en las zonas indígenas dos enfermedades infecciosas se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: como son las infecciones intestinales, la influenza y la neumonía. El peso relativo de la mortalidad por enfermedades transmisibles en la población indígena es de casi el doble (16%) de la nacional (9%) (INEGI-SSA, 1999).

En este corte resalta también la alta frecuencia de las enfermedades crónicas, así la cirrosis hepática que ocupando un lugar intermedio entre los principales padecimientos afecta de igual manera a la población indígena y la población general (cirrosis con una tasa de 23 por 100 000 habitantes y enfermedades del corazón con una tasa de 46 por 100 000 habitantes en población indígena, en tanto que las tasas a nivel nacional son de 24 y 69 respectivamente).

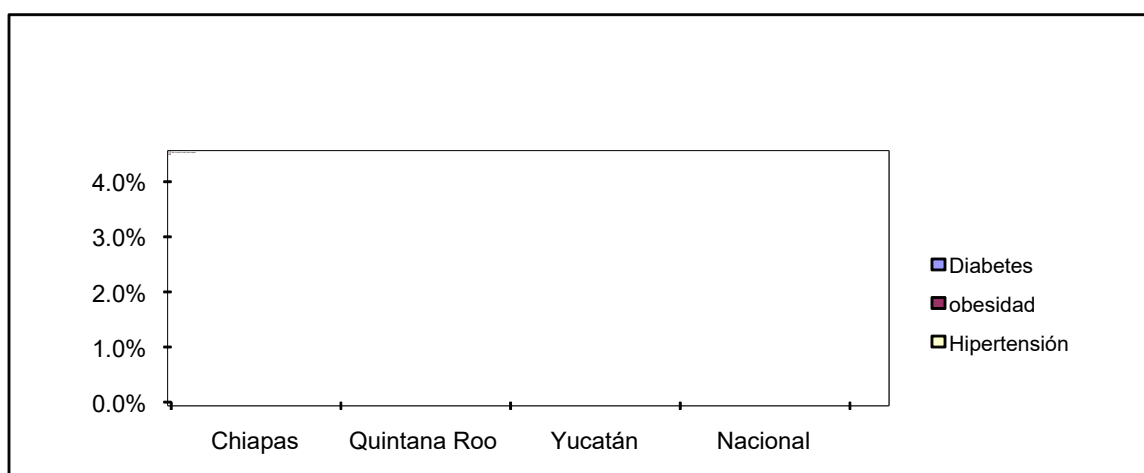
Hasta hace poco se pensaba que los indígenas morían por enfermedades infectocontagiosas, actualmente se registra entre la población indígena una alta incidencia de enfermedades crónicas, entre ellas, los accidentes cerebro-vasculares y la diabetes mellitas tipo 2. Aunque la proporción sea de uno a tres entre la población indígena y urbana en los últimos diez años se viene registrando un aumento importante como señalaremos más adelante.

Si bien la salud de los mexicanos ha mejorado en las últimas cuatro generaciones, en zonas indígenas las enfermedades de contagio y las crónicas son ya un problema importante como lo refleja el aumento de la obesidad, la diabetes y la hipertensión; datos ciertamente

indirectos nos indican que en zonas en donde se tiene una alta presencia de indígenas mayas estos tres factores van en aumento.

Buscando evidencias entre diabetes, hipertensión y obesidad se observa, en los tres estados del sur-sureste con alta presencia de población maya, un aumento de egresos hospitalarios por morbilidad donde la DM-T2 está por encima del promedio nacional (Gráfico 1) mientras que la hipertensión y obesidad están cerca de la media nacional.

Gráfico 1. Egresos hospitalarios por morbilidad en instituciones públicas del sector salud por causas seleccionadas y entidad federativa.<sup>39</sup>



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT-2006

En los tres estados con alta proporción de población maya, en los que se desarrolló la investigación, encontramos que va en aumento la DM-T2, siendo Yucatán el estado que más casos registra, seguido de Quintana Roo y Chiapas. Si bien estos datos son a nivel general es de suponer que en la población maya también se registra este aumento ya que se ha documentado que en las ciudades es donde habita el mayor número de maya hablantes.

## Epidemiología de la diabetes en México

La DM-T2 se caracteriza por el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina), esto quiere decir que los receptores de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados; se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida y es muy frecuente asociarla con la obesidad y la inactividad física, por ello es de relevancia estudiarla

<sup>39</sup> No se ha podido recuperar los datos del gráfico. Sin embargo, es posible acceder a los datos generales y específicos de egresos hospitalarios por morbilidad de México, en los siguiente enlaces: Anuarios de Morbilidad 1984 a 2021 | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx ([www.gob.mx](http://www.gob.mx)) y en ODH\_2011.pdf ([www.gob.mx](http://www.gob.mx)) (Nota de los Editores)



en poblaciones actuales que en su mayoría presentan sobrepeso o que tienen antecedentes familiares de diabetes y por lo tanto se encuentran mayormente en riesgo de padecerla. Es una enfermedad poco sintomática, en algunos casos la escasa sintomatología clásica determina que, con alta frecuencia, se diagnostique tardíamente y en presencia de complicaciones crónicas.

En México la morbilidad por DM-T2 ha mostrado una tendencia ascendente, lo que condiciona que la demanda de hospitalización en los últimos años sea mayor que la de otros padecimientos y con una mayor incidencia de complicaciones. Es un problema de salud pública y una de las patologías que genera mayor discapacidad y mortalidad, especialmente en el adulto en edad productiva y en el adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios. Es la principal causa de demanda en la consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos de hospitalización. Es frecuente más en el medio urbano (63%) que en el rural (37%), es mayor en mujeres y emerge entre adultos jóvenes.

México ocupaba en 1995 el noveno lugar mundial, de acuerdo al número de adultos con diabetes, y para el año 2025 ocupará el séptimo. El panorama mundial actual de la diabetes, permite predecir que durante la primera cuarta parte del siglo XXI, este padecimiento alcanzará proporciones pandémicas. Lo anterior se debe en gran medida al proceso de envejecimiento de la población y al reflejo de la acción de los factores de riesgo tales como: obesidad, vida sedentaria, modificaciones en la alimentación que actúan de manera sinérgica a lo largo de la vida, aunado al número de niños que nacieron con bajo peso hace 40 ó 50 años y la predisposición genética de ciertos grupos de la población. Todos estos factores determinan el rumbo de esta epidemia. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006), reveló que el 9% de la población adulta padece diabetes y de ellos el 30 % lo ignoraban. Esto significa que en nuestro país existen alrededor de seis millones de personas enfermas y en los últimos años enuncia la Secretaria de Salud que el aumento puede llegar a diez millones de mexicanos (LERIN ET AL., 2008).

La esperanza de vida de un individuo diabético es de dos tercios de la esperada; los pacientes con complicaciones crónicas tienen el doble de posibilidades de morir que la población general. Los pacientes diabéticos en México viven 20 años en promedio con la enfermedad; este padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años. Anualmente se registran alrededor de 300 mil personas diabéticas y fallecen 40 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan 13 nuevos casos de enfermedad. Los estados con la mortalidad más alta son: Coahuila (17.6%), Distrito Federal (16.7%), Guanajuato (15.2% 9, Estado de México

(15.1%), Tamaulipas y Puebla (14,8 %). La mortalidad por DM-T2 es mayor en los estados del norte que en los del sur <sup>40</sup>.

La importancia de tomar en cuenta el sobrepeso y la obesidad radica en que de todos los factores de riesgo para desarrollar DM-T2 y enfermedades cardiovasculares, la obesidad es uno de los más peligrosos, ya que el exceso de grasa intraabdominal juega un papel central en la resistencia a la insulina, en la intolerancia a la glucosa, incrementa los triglicéridos y favorece la aparición de hipertensión.

Las cardiopatías y la DM-T2, son las dos principales causas de muerte en México desde el año 2000. Se relacionan también con el llamado síndrome metabólico (SM) el cual se caracteriza por la presencia de obesidad, diabetes mellitus e hipertensión entre la población (JUAREZ ET AL., 2010).

Para el año 2009 de las 77 699 muertes registradas por DM-T2 en México, 2.7% ocurrieron en Chiapas. Para este mismo año, la diabetes ocupó el primer lugar como causa de muerte en este estado, con una tasa estandarizada de mortalidad de 70.8 por cada 100 mil habitantes (con un incremento de 8.5 veces entre 1980 y 2009), seguida por las enfermedades isquémicas del corazón (54.6), cirrosis y otras enfermedades del hígado (44.5), enfermedades cerebrovasculares (32.4) y las enfermedades respiratorias agudas (21.9). Dicha tasa se incrementó en 71% entre 2000 y 2009. Cabe señalar que la tasa de mortalidad por DM-T2 en Chiapas para 2009 fue mayor que el valor estimado a nivel nacional (69 por cada 100 mil habitantes).

Con este panorama se entiende que la DM-T2 no es un problema de menor importancia para el estado Chiapas que cuenta alta presencia de indígenas. En particular la diabetes debe mirarse con mayor atención debido a que esta población no siempre accede a servicios de salud por un sinnúmero de factores entre los que destacan: el trato inadecuado en términos de sus saberes y estrategias locales de prevención y atención, a lo que se agregan prácticas intolerantes, discriminatorias y racistas por parte del personal sanitario. A continuación, documentamos algunos aspectos clave del proceso local del proceso de diagnóstico local para esta enfermedad, la mayoría de las veces obviado por los profesionales que los atienden.

---

<sup>40</sup> Fuente: Incidencia de DM-T2. Anuario de morbilidad 2007

## Indicios o alarma del enfermar y padecer de DM-T2

Como reiteradamente lo ha venido señalando Menéndez (1984) una de las características del Modelo Médico Hegemónico es la descalificación de todo saber y práctica local en la atención de la enfermedad, no se acepta ninguna otra explicación en términos de diagnóstico-curación que no sea la científica, por lo que la visión del mundo de la enfermedad y en especial, de las causas que llevan a la pérdida de la misma son frecuentemente explicadas por los médicos en términos técnicos descalificando e ignorando los saberes locales en salud. Por ejemplo, las “almas” de los amerindios “constituyen el objeto principal de buena parte de las terapéuticas rituales practicadas por los grupos aborígenes de América” (FERNANDEZ, 2004) que desde luego no son tomadas en cuenta por los médicos para adecuar sus prescripciones y mejorar el pronóstico del paciente.

Particularmente entre los indígenas de origen Maya, las “almas” y los acontecimientos que suceden a las diferentes entidades anímicas que configuran la persona han sido recogidos en diversos estudios y monografías que acuciosamente describen, incluso en términos iconográficos, el perfil de dichas entidades (PITARCH, 1996. Citado por FERNANDEZ, 2004:279).

Las distintas nociones de las entidades que provocan daño entre los mayas de los Altos del Estado de Chiapas propician un sinnúmero de malestares como: el cansancio, la fatiga, la pérdida del alma, los nervios, que son en conjunto la mayor causa de visitas al “Iloletik”, quien posee el “don” y maneja recursos terapéuticos locales para reestablecer el equilibrio físico, mediante el rezo y la palabra, configurando un ritual mágico-religioso de gran complejidad.

La pérdida o extravío del “alma” entre los mayas de los altos ha sido recurrentemente estudiada por especialistas (GUITERAS HOLMES, 1961 entre otros) y es tal vez el padecimiento que con mayor frecuencia tratan los médicos tradicionales, yerbateros, ya que es una entidad o estado de ánimo de múltiples facetas. Los riesgos o peligros que corre el “alma” deben ser tratados por especialistas, o brujos quienes deben buscar mediante la palabra (rezaderos) retornar el “alma” o las “almas”. Uno de los grandes hallazgos respecto de este síndrome de filiación cultural tiene que ver con la palabra, se documenta que, entre la etiología y la terapéutica para sanar, el arte de platicar va más allá de la comunicación entre las personas, es ante todo una forma diagnóstica que pone en juego los distintos orígenes del problema y sobre todo es la forma de encontrar soluciones, aunque momentáneas, parciales y/o de contención.

En los distintos parajes tsotsiles aun hoy día está presente el recurso terapéutico local como el primer nivel de atención incluso antes de acudir al médico. En la ya clásica historia de vida de Juan Pérez Jolote, indígena tsotsil, se narra que él también estuvo enfermo:

“Vino un “Ilol”, me tomó el pulso y me dijo que tenía “komel”:

-Mañana vengo a curarte. Traigan las velas de cera y de sebo, copal, un litro de trago, un gallo y las flores.....

El “ilol” me dijo que había quedado un poco maltratado mi chulel y que no quedaría bien luego. Pero, poco a poco, me fui poniendo bueno hasta que sané” (POZAS, 1998, p.97).

Otra importante dimensión del sistema de creencias y explicaciones del padecer y del enfermar entre los tsotsiles es la triada sueño-enfermedad-contención. El sueño entre los tsotsiles es revelador de indicios buenos y malos augurios, es premonitor de venturas y desgracias y sobre todo de revelaciones de males contraídos y estrategias de sanación, para distintos padecimientos, males, hechizos, envidias o accidentes físicos y sobre naturales. Así lo relata un diabético originario de San Juan Chamula:

“Yo me sentía mal, muy triste andando de allá para acá, yo no decía nada a nadie, solo con mi tristeza. Me soñé caminando entre los caminos viejos, entre montes, Allí atrás en los cerros lejos de la gente, me crucé con unos amigos vestidos de traje tradicional Chuk y sombrero de fiesta, estaban bebiendo y platicando, cuando me acerqué uno de ellos me dijo cómo estás Juan? me palmeó la espalda y me dijo te veo mal, yo le dije que no le conté a nadie estoy malo de la azúcar en mi sangre, pero yo sólo me encomiendo al padre sol al más poderoso y a nadie más, y en tos yo lloré y recé ante dios padre y le dije, pues yo soy de ti, si tú quieres que sea así, así sea tu voluntad señor, soy de ti mi señor...”.

### **El autodiagnóstico, la perspectiva del actor: así comenzó todo**

Uno de los principales problemas relacionados con la DM-T2 es lo relativo a la identificación de los primeros síntomas, para una enfermedad que inicialmente es asintomática según el saber del médico, y que se caracteriza por el deseo frecuente de orinar, tener mucha sed y hambre, por lo cual el diagnóstico es complicado en comunidades indígenas que no asisten a los centros de salud salvo cuando se presentan eventos graves de enfermedad.

Una paciente tsotsil nos refiere: “Empezó su enfermedad con dolor de cabeza, ya no quería ruido, estaba triste, enojada, le dijo a una hermana que probablemente tenga diabetes, le compró medicamentos y empezó a sentirse bien, siguió con el tratamiento y después ya no le

hizo efecto, aumentó el dolor de cabeza. Luego acudió a la clínica donde le dijeron que fuera a un laboratorio y ahí le diagnosticaron que tenía 279 de azúcar, por los medicamentos ahora bajó a 151” (Doña Martha).

Podemos afirmar no sin reservas que en el autodiagnóstico se encuentran distintas entidades enfermantes algunas naturales y otras sobre naturales, pero que se sintetizan en dolencias, angustias, sufrimiento y sobre todo susto, que resulta ser una de las principales causas del padecer diabetes. El susto es uno de los elementos centrales con el que los mayas de los altos y de las tierras bajas identifican parte de la causalidad del padecer diabetes así como otros tantos males. El susto, el enojo, la impresión, las peleas, el estar en el momento menos indicado entre las corrientes de aire, y comer algo que asociado con corajes nos hace sentir mal son con frecuencia eventos señalados como causa o consecuencia de la subida y bajada del azúcar.

Doña Pamela nos dice que la diabetes se le presentó porque frecuentemente se asustaba. Su suegra cada noche le decía: “Pamela me estoy muriendo, yo digo que es por eso, porque me asustaba así pensando que se va a morir, pero que quiere que haga si no quiere ir al médico, yo sentí que de esos sustos se me presentó la diabetes”.

## **El enfoque intercultural en salud en la DM-T2.**

Según Lara y cols. el manejo inicial del paciente con diabetes mellitus 2 debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario, con médico, enfermera y nutricionista capacitados, que lleven a cabo consultas/controles de cada paciente. Lo ideal es que al médico le corresponda hacer una evaluación clínica completa, analizar resultados de exámenes de laboratorio básicos, formular un diagnóstico y prescribir el tratamiento.

La principal función del equipo de salud consistiría en informar al paciente sobre los aspectos básicos de su enfermedad y el autocuidado. Es así como la frecuencia y el tipo de consulta debe ser en función de las características y necesidades de cada paciente, tomando en cuenta en primera instancia que una alimentación adecuada junto con actividad física, son la base del tratamiento no farmacológico de la diabetes.

Este conjunto de acciones orientadas a construir una “cultura médica” no farmacológica del paciente diabético es y será un campo pertinente siempre y cuando se reconozca la diversidad cultural del paciente, es decir, que el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad deben ser explicados desde y para la cultura del paciente indígena. Esto es básico si se quiere reducir los daños a la salud que aquejan a la población más desprotegida y disminuir la brecha de desigualdad existente en contextos pluriétnicos.

Las dificultades técnicas, teóricas y conceptuales del enfoque interculturalidad implica reconocer que la diabetes tiene una dimensión sociocultural interpretativa y explicativa que involucra a distintos actores y de ello deriva la complejidad.

La DM-T2 además de ser un problema de salud pública, requiere de un tratamiento con pertinencia cultural tanto en la información y atención que se brindan en contextos indígenas como en el seguimiento del paciente en los Grupos de Ayuda Mutua, principal estrategia en la que descansa la propuesta institucional para lograr la adherencia al tratamiento.

Específicamente al incorporar el enfoque intercultural también se debe incidir en la formación del personal de salud, en donde la capacitación, como competencia técnica y humana, tiene mucho que ver en los propósitos de una equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los usuarios.

Evitar este desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, especialmente en el primer nivel y segundo nivel de atención, depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud.

En estos dos aspectos se presenta actualmente un déficit muy importante, que puede ser superado mediante la incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia adecuada en los programas de capacitación del personal de salud, con el fin de modificar la percepción, los valores y sobre todo, las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural.

La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, incide en el respeto, en el trato adecuado del usuario, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en la atención y la equidad en salud.

El gran reto de la interculturalidad no sólo es dar cuenta de la importancia que tiene la cultura del paciente en el diagnóstico y pronóstico del tratamiento en contextos indígenas sino demostrar que el equipo de salud también construye y reproduce nociones culturales del diagnóstico y cuidado de la enfermedad.

Una propuesta estratégica para implementar acciones que contribuyan a abatir los grandes rezagos entre la población indígena, pasa inevitablemente por la profesionalización del personal de salud a través de la capacitación intercultural, con la que se pretende modificar en

primera instancia la percepción y hábitos negativos de los pacientes pero también de los proveedores de servicios.

Generalmente las acciones de educación intercultural trabajan en torno al cambio en los patrones de conducta de la población y mucho menos en el necesario cambio de conductas del personal de salud; quien debe modificar hábitos, creencias y cultura médica es el paciente en tanto se considera que el personal de salud se capacita técnica y científicamente. La “adecuación cultural” debe pasar por la población y no por los profesionales sanitarios (LERIN y REARTES, 2008).

En nuestra opinión una estrategia viable es la construcción de una medicina intercultural que establezca pautas que guíen las relaciones entre ambas medicinas y permita la articulación de los saberes tradicionales y científicos validados por el propio paciente (GARCIA, 2008, p.311).

Esta relación contradictoria entre saberes médicos, populares, tradicionales e institucionales registran tensión cuando se trata de la prevención de enfermedades emergentes, del rezago o pandémicas como la DM-T2. Para el saber profesional (alópata) la prevención de enfermedades, que no tiene cura por el momento, se basa en construir una cultura médica del paciente que fomente cambios de valores y comportamientos teniendo como principal objetivo: el auto cuidado.

Sin embargo, la biomedicina generalmente suele descalificar los saberes populares de autocuidado y autoatención: “Considera dichos saberes como factores que frecuentemente inciden en forma negativa sobre los procesos de S/E/A. Los perciben como factores equivocados o incorrectos que deben ser modificados, considerando explícitamente o implícitamente que la población no sólo carece de criterios de prevención, sino que incluso rechaza la prevención” (MENENDEZ, 2009, p.121).

Un claro ejemplo claro de estas contradicciones o conflictos, es el caso de las Unidades Médicas de Especialidad (UNEMEs) que en México sea han constituido, junto con los grupos de autoayuda (GAMs) en las estrategias rectoras para el manejo integral de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el sobrepeso, la obesidad y las dislipidemias desarrolladas por el primer nivel de atención. Entre sus objetivos destaca el: “Fomentar una cultura por la salud entre la población que propicie cambios de actitudes saludables para reducir los factores de riesgo” (GONZALEZ Y COLS., 2009).

Si bien podemos estar de acuerdo con estas estrategias de atención primaria a la salud, debemos señalar algunos puntos motivos de crítica y reflexión. Digamos que un primer aporte de esta nueva estrategia es que reconoce el campo de la ayuda mutua como importante. Nosotros diríamos con Menéndez que el auto cuidado es un componente del verdadero primer nivel de atención a la salud y no a la enfermedad, que es estructural en cualquier sociedad, y que tiene que ver con las primeras acciones que se llevan a cabo por el paciente, su núcleo familia, grupo doméstico, grupo de conocidos o grupo comunitario ante los peligros o riesgos de perder la salud y prevenir las complicaciones. Sin embargo, hay que señalar que el modo en que son implementados en la práctica los GAMs, evidencian la vigente hegemonía del modelo médico en las estrategias de prevención y atención.

En términos de Modelo, la medicina alopática tiende a hegemonizar distintas prácticas de cuidado que le son útiles y descalifica a otras e incluso las estigmatiza como los saberes populares de atención. En este caso, la ayuda mutua expresada en los GAMs sólo es posible bajo el control del equipo de salud y es parte de la denominada expansión del Modelo Médico Hegemónico (MENENDEZ, 1988, p.13).

A partir de nuestro trabajo en la región de los altos de Chiapas, los GAMs pueden tener un mayor impacto si se orientan culturalmente a la cultura local. Para ello proponemos que estas instancias que fomentan el autocuidado y la adherencia terapéutica alcanzarían mejores resultados si:

1.- Reconocieran que existen diferentes significados y prácticas culturales de atención local y regional relacionadas con la identificación y control de la DM-T2.

2.- Aceptaran que existen diferentes prácticas alimenticias locales y regionales que tienen como objeto el control de los niveles de azúcar difundidos entre la población.

3.- Asumieran que existen distintas trayectorias del padecer diabetes entre la población, en las que se recurre en primera instancia a la ayuda mutua y/o auto ayuda, al médico popular o yerbatero, al culto religioso cercano y siendo el último recurso, el personal de salud.

4.- Consideraran que la prescripción médica no siempre se receptiona de la misma manera por parte del paciente a causa de obvias diferencias culturales y la lengua.

5.-Reflexionaran acerca de que no siempre el personal de salud adecua sus métodos, técnicas y conocimientos a la cultura del paciente.



La estrategia de los GAMs en contextos interculturales podría incorporar la figura de un promotor sanitario capacitado para vincular adecuadamente la medicina oficial y la popular o como señalan Kalinsky y Arrúe (1996) capaces de ser intermediadores entre campos semánticos heterogéneos.

Desde hace algunos años, la OPS ha insistido en la promoción de una verdadera “salud intercultural” que respete la cosmovisión indígena en relación a la salud y la enfermedad y revitalice el trabajo de los médicos tradicionales, e incluso va más allá, estimulando a las instituciones de salud que trabajan en contextos indígenas para que adecuen culturalmente los servicios con el fin de brindar un trato digno a los indígenas enfermos.

Varias son las experiencias en el sur del continente, que nos invitan a reflexionar sobre la incorporación del enfoque intercultural en salud, en el contexto de unos servicios de salud de carácter supuestamente universales. Aunque el gobierno mexicano ha firmado a nivel internacional compromisos a favor de los derechos a la salud de la población originaria se siguen orientando las políticas sin tomar en cuenta los mínimos requisitos para el otorgamiento de servicios con pertinencia cultural y en la lengua de los propios pueblos indígenas.

La propuesta de educación intercultural en salud que aquí proponemos (Figura1) para atender las distintas problemáticas asociadas a la diabetes mellitus tipo-2 en contextos indígenas pretende articular en el ámbito de la prevención, diagnóstico y atención a los distintos actores sociales involucrados en el proceso terapéutico y debe ser pensada como el inicio de un conjunto de acciones que tiendan a la adecuación cultural de los programas y servicios así como la pertinencia cultural en los tratamientos y prescripciones médicas, respecto por ejemplo de la alimentación y el ejercicio físico, y que deben impulsarse al interior y fuera de los servicios, con el principal objetivo de fomentar mejoras en la calidad de la atención.

Finalmente, consideramos que: “La educación intercultural es uno de los temas que más interés ha despertado en los últimos años ... ya que ... abre la comprensión hacia asuntos urgentes y que necesita una respuesta inmediata, la cultura actual no es homogénea, sino que es compleja como la sociedad en que vivimos. Por ello, es el momento de ofrecer competencias a través de la educación intercultural para gestionar una nueva convivencia cultural” (SAEZ, 2008, p. 104).

FIGURA 1



## BIBLIOGRAFIA

BIBEAU, Gilles. ¿Hay una enfermedad en las Américas?. En: Pinzón et al. Cultura y salud en la construcción de las Américas. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura-Instituto Colombiano de Antropología-Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli, 2001. p. 42-69.

BREILH, Jaime. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar editorial, 2003.

CASTELLANOS, Alicia. Antropología y racismo en México. En: Desacatos, núm.4, México: CIESAS, 2000, p. 53-79.

COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA (CEPAL). Derechos, sistemas de salud y medicinas indígenas: algunas experiencias en la Región. CEPAL: 194.1, 2007.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION (CONAPO). La situación demográfica de México, México: CONAPO, 1998.

FERNANDEZ, G. Enfermedad del ‘susto’ en el altiplano de Bolivia. En: FERNANDEZ, G. (coord.). Salud e interculturalidad en América Latina: Perspectivas antropológicas. Quito-Ecuador: Ed. Abya-Yala-Agencia Bolhispana, 2004.

GARCIA VAZQUEZ, Cristina. Modelos de interpretación y relaciones terapéuticas: salud mental, hegemonía e interculturalidad. En: GARCIA VAZQUEZ, Cristina (coord.). Hegemonía

e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes. Buenos Aires: Prometeo, 2008. p.281-316

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI)-SECRETARIA DE SALUD (SSA). Cinta de mortalidad promedio, 1998-1999. México: INEGI-SSA, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI). XII Censo general de población y vivienda. México: INEGI, 2000. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx>. Acceso en: 7 octubre 2013.

INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA (INI). Información básica sobre los pueblos indígenas de México. México: INI, 1999. Disponible en: <http://www.sedesol.gob.mx>. Acceso en: 23 septiembre 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA (INSP). Encuesta nacional de nutrición. México: INSP, 1999.

JUAREZ, Clara y cols. La diabetes entre la población indígena de la región maya: situación actual y propuesta de adecuación intercultural en los programas de prevención de los servicios públicos de salud. Proyecto con financiamiento CONACYT, 2009.

KALINSKY, Beatriz y ARRUE, Willie. Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural. Buenos Aires: Niño y Dávila Editoriales, 1996.

LANGDON, Esther. Salud y Pueblos Indígenas: Los desafíos en el cambio de Siglo. En: BRICEÑO-LEON, Roberto; SOUZA MINAYO, María Cecilia y COIMBRA Jr., Carlos E. A. Salud y Equidad: una mirada desde lo social. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2000. p. 107-117.

LARA, A et al. Epidemiología de la diabetes mellitus en México 1993-2006. Una visión de los últimos años. En: 3ª Reunion Internacional sobre diabetes. México: UNAM, 2009, p.151-162.

LERIN, Sergio y REARTES, Diana. Salud mental, un tema olvidado: capacitación intercultural del personal de salud que atiende a población indígena. En: GARCIA VAZQUEZ, Cristina. Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes. Buenos Aires: Prometeo, 2008, p. 317-340.

LERIN, Sergio y cols. Situación de los grupos de autoayuda para diabeticos en los servicios públicos de salud y propuesta para mejorar la participacion de los enfermos. Proyecto con financiamiento CONACYT, 2009.

LERIN, Sergio y cols. Presencia de la pertinencia cultural en las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en cuatro comunidades yucatecas. Proyecto con financiamiento FOMIX, 2011.

MENENDEZ, Eduardo. Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: CIESAS, 1990 (Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179).

\_\_\_\_\_ De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en estudios de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010.

\_\_\_\_\_ La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo. Rosario: Ed. Prohistoria , 2010.

Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas. Washington D.C. : OPS-OMS, 1997. p. 6.

\_\_\_\_\_ Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. Washington D. C: OPS-OMS, 1998.

PAGE, Jaime. Utilidad de los conceptos “chamanismo” y “estados alterados de conciencia” para el estudio de los sistemas etnomédicos de tres poblados mayas de los altos de Chiapas. En: FAGETTI, Antonella (coord.). Iniciaciones, trances, sueños. Investigaciones sobre chamanismo en México. México: Plaza y Valdes. p. 393-412.

POZAS, Ricardo. Juan Pérez Jolote. México: Fondo de Cultura Económica, 1998. p. 97.

QUIROS. Módulo para Promover y Defender el Derecho a la Igualdad, Justicia y desarrollo y Respeto para las Personas que viven con VIH-SIDA. Costa Rica: Instituto Interamericano de derechos humanos, 2002.

SAEZ ALONSO, Rafael. La educación intercultural para una sociedad global. En: GARCIA VAZQUEZ, Cristina. Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes. Buenos Aires: Prometeo, 2008. p. 103-129.

SECRETARIA DE SALUD (SSA). Boletín de Información Estadística, vol. 1 “Recursos y servicios”, núm. 17. México: SSA-Dirección General de Estadística e Informática, 1997.

\_\_\_\_\_ La Estrategia de Extensión de Cobertura. Salud Reproductiva. México: SSA, 1999.

\_\_\_\_\_ Programa Nacional de Salud, 2001-2006. México: SSA, 2001.

\_\_\_\_\_ Programa de acción: Salud reproductiva. México: SSA, 2001.

\_\_\_\_\_ Programa de acción: Salud y nutrición para los pueblos indígenas. México: SSA, 2001.

SEPULVEDA, Jaime (ed.) La salud de los pueblos indígenas en México. México: Secretaría de Salud-Instituto Nacional Indigenista, 1993.

VINCENT VALLA, Víctor. Participación social, derechos humanos y salud: procurando comprender los caminos de las clases populares. En: BRICEÑO-LEON, Roberto; SOUZA MINAYO, María Cecilia y COIMBRA Jr., Carlos E. A. Salud y Equidad: una mirada desde lo social. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz, 2000. p. 85-105.

## CAPÍTULO 6

### FORMAS DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN LA COMUNA DE OSORNO: APROXIMACIONES INTERDISCIPLINARIAS<sup>41</sup>

Asef Antonio Inostroza<sup>42</sup>

Paula Tesche Roa<sup>43</sup>

Víctor Venegas Giacomozzi<sup>44</sup>

#### 1. Introducción.

En este trabajo se presenta una aproximación al fenómeno de la exclusión social desde los paradigmas disciplinarios de la literatura, la psiquiatría y las ciencias sociales en la comuna de Osorno. Entendemos por exclusión social desde una mirada interdisciplinaria, la imposibilidad subjetiva o real de insertarse en cualquier red institucional, comunitaria o de tipo vinculante que sea significativa para el sujeto.

Se analiza la hipótesis que plantea que la exclusión de las redes de afiliación sería un discurso al que se identifica la sociedad de Osorno. Este discurso surge de una manera privilegiada en determinadas voces poéticas como la de Delia Domínguez donde la locura se presenta como una respuesta que articula una estrategia de lenguaje contestataria y articuladora de una subjetividad que se enuncia desde el excluido. La exclusión es evidente no sólo como una forma de silenciar el discurso de determinados sujetos sino como la aparición de voces que confirman su presencia en los textos literarios. Entendemos que la exclusión no es sólo un discurso temático, sino que una forma de construir identidad en un texto, es decir, no se trata de encontrar en la literatura un reflejo de lo que acontece en la sociedad sino de cómo determinados proyectos escriturales denuncian el problema de la exclusión respecto de un tipo de existencia en un territorio, que a su vez, opera como una manera de construir subjetividades. Así afirmamos que la literatura construye identidades que se corresponden con la locura y que “hablan” de la sociedad de Osorno.

Un segundo eje se enmarca en un análisis científico de la hipótesis basada en la evidencia de estudios previos realizados en Chile y el análisis de datos estadísticos en la ciudad

---

<sup>41</sup> Este artículo es un producto del Núcleo de Investigación "Mentalidades, identidades y transgresiones: Formas de exclusión social en la ciudad de Osorno (1973-2010)", financiado por la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado de la Universidad de Los Lagos, años 2011-2012

<sup>42</sup> Médico Psiquiatra, Doctorando en Ciencias Médicas Universidad Austral de Chile

<sup>43</sup> Psicóloga, Magister en Literatura, Doctorando en Ciencias Humanas mención Literatura, Universidad Austral de Chile

<sup>44</sup> Trabajador Social, Antropólogo, Magister en Sociología. Profesor Universidad de Los Lagos.

de Osorno. Se investigará el fenómeno del suicidio y su relación con exclusión social porque presenta entre sus factores de riesgo biodemográficos principales, condiciones asociadas a la falta de red social de los sujetos suicidas. Una de las visiones que la psiquiatría tiene acerca de la exclusión social es considerarla como un agente estresor que favorece la conducta suicida en individuos predispuestos por su personalidad o la presencia de enfermedad mental. Desde la psiquiatría también se considera relevante la exclusión social como consecuencia de las limitaciones impuestas por el enfermar psíquico y porque puede participar en la génesis de estas.

En un tercer eje se aborda el fenómeno de la exclusión desde la teoría social, específicamente algunos desarrollos de la sociología, la antropología y la historia. Se han considerado dos autores de tradiciones muy distintas como son Michel Foucault y Niklas Luhmann, en ambos la exclusión juega un papel central en sus arquitecturas teóricas. Posteriormente nos aproximamos a describir el espacio y la figura del principal excluido en nuestra sociedad: los indígenas (las “minorías étnicas”) los pueblos originarios; particularmente en Osorno la población mapuche-huilliche y su implicancia con el fenómeno de la exclusión y su manifestación radical: el suicidio. Para ello hemos estudiado varias fuentes oficiales, a saber: el Servicio de Salud Osorno, Ministerio de Salud de Chile y publicaciones de organismos internacionales de salud y población.

Las consideraciones acerca de la exclusión social que se abordan desde la locura y el suicidio tienen la intención de mostrar una mirada integradora de fenómenos que no sólo son explicables desde la subjetividad individual sino también desde dimensiones sociales y territoriales.

## **2. Locura e Imaginario Territorial en la poesía de Delia Domínguez.**

Tal como señalamos en la introducción en esta sección analizaremos la hipótesis de la locura como el proceso de construcción de subjetividad ligada a un imaginario territorial. Nuestro particular interés por Osorno nos orienta a estudiar esta hipótesis en poemas seleccionados de la poeta Delia Domínguez y publicados en la antología *El Sol mira para atrás* (2008). La locura representa un proceso que puede ser interpretado como una zona de significaciones que desafían la exclusión de un colectivo social y se constituye en un discurso que evidencia el quiebre del territorio entendido como el escenario donde se articulan psique y sociedad (Castoriadis, 1997; Montañez y Delgado, 1998). El territorio es así, lugar y tiempo

que proyecta y produce un modo de existir, a la vez que es afectado por las subjetividades que lo habitan.

La poesía de Delia Domínguez, poeta nacida en el sur de Chile posee una larga trayectoria que ha sido reconocida por diversos críticos y escritores del país, entre ellos Pablo Neruda, Isabel Allende y Gonzalo Rojas. Ha publicado en forma ininterrumpida desde el año 1955 hasta el año 2006, siendo nombrada en 1987 “Miembro de Número de la Academia Chilena de la Lengua” y en 1996 obtiene el premio del Consejo Nacional del Libro y la Lectura del Ministerio de Educación. Estas condiciones determinan que la poesía de Domínguez se presente como figura relevante en el panorama literario.

Nos interesa destacar algunas lecturas de su poesía que, si bien han sido consideradas por los críticos, no han constituido el eje del análisis. En particular, por una lectura diversa a aquellas que se ligan a ejes como la ruralidad, el léxico popular campesino, la naturaleza como mundo representado y otros.

La temática de la locura como motivo de análisis de la poesía de esta autora ya ha sido considerada por la crítica chilena Ana Cuneo, quien en un artículo titulado “Delia Domínguez: de la angustia a la esperanza” (2000) afirma que “el existencialismo de Delia Domínguez no apunta hacia la nada, sino a la locura de la fe” (148). Han sido variadas las interpretaciones para la relevancia del problema de la existencia y la religión en la poesía de la autora. Cuneo, sostiene que una de las principales reflexiones de Domínguez es el fundamento de la existencia donde la creencia en Dios le permite salvarse de la angustia y transitar hacia la esperanza. Por otra parte, Sergio Mansilla (2010) ha considerado que la poesía de Domínguez consiste en transitar por una búsqueda de sentido ante aquello que la palabra no logra simbolizar, entendido como el registro de lo real y donde lo religioso cumple una función relevante. Es decir, se trataría de una poesía que construye un imaginario pleno de significaciones retóricas ante problemas centrales de la existencia humana como el nacimiento y la muerte y que se formulan como preguntas por el origen y el destino de lo humano. Coincidiendo con esto, Gonzalo Rojas afirma que Delia Domínguez cumple con la misión del poeta: “pues de nacer se trata: de nacer y andar naciendo cada día. Si no, ¿para qué poetas?” (2008). Es decir, la constante repetición del nacimiento y muerte en cada sujeto son enigmas respecto a los que un poeta debe poetizar. Domínguez apela a diversos universos de significaciones ante estos misterios existenciales, entre los que se encuentra la religión.

Respecto a la fe y la función de lo religioso en la poesía de Domínguez, Nómez afirma que: “son tal vez las huellas de una divinidad cercana y amable, al mismo tiempo que insondable, las que al recorrer sus poemas ponen un signo de salvación, de esperanza, de arraigo con cierta trascendencia a sus escritos” (2006: 217).

Entonces y en atención a las afirmaciones de estos críticos se puede interrogar en la poesía de Delia Domínguez ¿qué se puede establecer acerca del imaginario poético entendido como territorio interno que se configura como locura?

Una de las formas en que se construye el territorio interno es mediante los discursos presentes en la literatura donde la geografía se despliega en la enunciación del hablante. El yo textual construye las coordenadas territoriales que le permiten delimitar un lugar mediante la enunciación y la alusión al sujeto del enunciado. El territorio interno se muestra como espacio que no sólo permite la interacción social y crea identidad, sino también como un espacio donde surgen ausencias, fracturas y desarraigos que tensionan la identidad. El imaginario social presenta una red simbólica de construcción de significaciones ante estos territorios velados o denegados para el yo. Es en estos territorios donde se sitúa la problemática a desarrollar en la poesía de Delia Domínguez.

Vemos que el territorio construido por el hablante es el soporte del mundo representado. Este ha sido definido por Gonzalo Rojas como una “ruralidad trascendida”. La ruralidad correspondería a la zona campesina próxima a Osorno, en los años treinta, donde convivían inmigrantes alemanes y habitantes de pueblos originarios del lugar. Sin embargo, la naturaleza representada no es sólo la co-presencia entre estos dos mundos geográficos, sociales y de diversa configuración psíquica. Más bien, esta poética consiste en testimoniar y alumbrar el encuentro y desencuentro de diversos escenarios del que participa la humanidad (Mansilla, 2004). La religión surge así como un espacio donde es posible trascender lo rural, un lugar donde se cruzan problemáticas sociales, diferencias de clase y de representaciones de mundo.

Otros elementos fundamentales para comprender la poesía de Domínguez (Mansilla, S: 2004, Cuneo, A: 2000) son la presencia de múltiples voces que configuran hablantes resurgidos desde el recuerdo pero también desde el olvido y la exclusión social. La estrategia que la poesía de Domínguez utiliza para hacer presente estas voces consiste en “tomar un hecho simple y destemporalizarlo, instalándolo en lo eterno” (Cuneo, A: 2000). Estos hechos son acontecimientos cotidianos, objetos, nombres, lugares, que la poesía convierte en significantes cuyo significado se desliga del momento histórico concreto, porque plantean problemáticas



humanas siempre presentes, que tienen que ver con los misterios de la existencia presentes en el diario vivir. Lo misterioso de la vida se relaciona entre otros con el origen y el destino, la religiosidad, lo femenino y “la otredad”, tal como puede ser la locura que irrumpe en un lugar y momento sagrado como la misa de doce en un pueblo.

Veamos los siguientes poemas:

**a) ORA PRO NOBIS**

En medio del oficio religioso, arrodillada ante  
el Cordero de Dios que quita los pecados del mundo,  
ante los sacramentos de mi fe,  
sentí el rezo – grito de la loca del pueblo:

“yo soy humilde y tú... ¿eres humilde?, ¿quién es humilde aquííííí....?”

Y ninguna de las trescientas cincuenta y cinco personas que oían la Misa del  
Domingo comulgadas y todo  
fue capaz de decir: esta boca es mía.

Yo tampoco.

**b) REQUIEM PORQUE MURIÓ LA RITA**

*(poema con postdata)*

Pero no la Hayworth ni la etiquetada

Tres Medallas,

tampoco la de casi abogada de los imposibles.

Esta es, la que gritó en Misa de Doce:

“yo soy humilde y, tú ¿eres humilde?”

¿Quién es humilde aquííííí?...”

la que provocó parálisis de lengua

y silencios perpetuos.

La Rita mía, creció sin garantía en los caminos,

loca y valiente como perra de circo.

Dejó cartas tiradas en la mesa de los pájaros  
que no tenían mesa  
y le escribía a Dios sin firma, la Rita.  
Hoy por tercera boca,  
supe que “murió de ausencia”  
en un psiquiátrico de Santiago muda de amor  
cuando manos piadosas  
la sacaron de su estado de cabeza  
para que nunca más cortara el Evangelio de  
golpe  
con preguntas indecentes.

Así murió la Rita. Sin fecha. Como sombra

\* Postdata

Rita, por favor no descansas en paz. Sigue preguntando desde arriba, ¿quién es humilde aquí? ...a lo mejor, algunos duros podrían responderte, entonces pasarías de loca a milagrera. ¿Qué te parece Rita de Corales?

No descansas en paz, aunque sea en homenaje al circo.

En los poemas “Réquiem porque se murió la Rita” y “Ora Pro nobis”, el sujeto del enunciado es una mujer que el hablante nombra como Rita Corales y “la loca del pueblo”. Es una mujer, con una importante presencia en el lugar, nómada, con una expedita comunicación con Dios, cuyo tratamiento psiquiátrico le resta su “presencia” y que muere en el anonimato en “un psiquiátrico de Santiago”.

En ambos poemas vemos que la condición de exclusión surge como una denuncia de la situación de anonimato. Se trata de una voz que irrumpe en un territorio “sagrado” que transgrede los límites mediante un grito que interpela a los creyentes, sobre su condición de humildad. Esta penetración de la voz consiste en algo inesperado y sorpresivo que desconcierta al otro no sólo porque interroga sobre la dimensión del pecado como aspecto que todo creyente desea borrar, sino porque es una voz que fractura un territorio como escenario, la misa de doce en un pueblo, donde acontece una determinada relación social. La mudez que se identifica a los

otros es la condición propia del excluido, que en el texto se presenta como grito acusatorio. Esto lo volvemos a encontrar en el segundo poema, donde la locura es la voz que a pesar de fracturar lo sagrado, logra ser enmudecida por un tratamiento psiquiátrico. La condición de exclusión del sujeto es entonces radical; impide el registro de la muerte y por lo tanto de la vida.

Sin embargo, el hablante presenta la voz de Rita, le dedica un poema y un réquiem, y le envía un recado hacia “arriba” donde se anticipa que la locura es justamente la enunciación de una verdad que enmudece al oyente y que se distancia de lo santo sólo porque las interrogantes de una loca en caso de tener respuesta confirman una realidad.

### **3. El suicidio como síntoma de la exclusión social en Osorno.**

En esta sección abordaremos otra forma de exclusión social distinta a la locura pero que conserva una relación con ella en su dimensión psíquica, a saber, el suicidio. Este fenómeno se abordará desde la psiquiatría y contempla información epidemiológica relevante del país y de Osorno. Nuestra hipótesis consiste en relacionar un fenómeno que ha sido abordado como un síntoma de patología psiquiátrica con otras dimensiones que resultan fundamentales para comprender la complejidad de la conducta suicida y reconsiderar el suicidio como indicador de exclusión social en un territorio, que en este estudio es Osorno.

El suicidio es un fenómeno humano presente en todos los períodos históricos y en distintas culturas y su significado y valoración ha variado en relación con estos. Etimológicamente la palabra suicidio deriva del latín *sui* (si mismo) y *caedere* matar. El suicidio se ha definido por Shneidman como un acto humano de provocación del cese de la propia vida (OMS, 2002).

El suicidio es considerado desde la perspectiva de la salud como el extremo de un espectro suicida que va desde los pensamientos nihilistas, “el deseo de estar lejos”, el deseo de morir, pensar en suicidarse, planificar el suicidio, realizar automutilaciones, intentos de suicidio hasta el suicidio consumado o “conducta suicida fatal”.

El suicidio es la décima causa de muerte en el mundo y la segunda causa de muerte violenta (OMS, 2002). Las tasas de suicidio varían de acuerdo con la región, origen étnico, sexo, edad, época y posiblemente por diferencias en el registro estadístico de estas muertes. La calidad de la información epidemiológica acerca del suicidio es muy variable entre distintas regiones del mundo debido a subregistro atribuible a organización administrativa, legislación, aspectos éticos y religiosos. (EPA, 2012)

En Chile las tasas de suicidio han experimentado un incremento significativo especialmente durante los últimos 30 años, acentuándose esta tendencia desde el año 2000, alcanzándose una tasa nacional por 100000 habitantes año de 11,1 (OMS, 2007).

Para entender el suicidio este ha sido abordado desde disciplinas de las ciencias sociales, la psicología y la medicina. El suicidio como fenómeno social e individual está cruzado por una multiplicidad de elementos que actuarían en conjunto como predisponentes o como favorecedores. Ante el fracaso del enfoque lineal en la investigación de las etiologías de las enfermedades crónicas y complejas surge como respuesta la noción de factores de riesgo. Bajo este nuevo paradigma se entiende por factores de riesgo una serie de comportamientos, hábitos o situaciones de vida que al estar presentes se relacionan significativamente con la aparición de una enfermedad. Así por ejemplo el tabaquismo como factor de riesgo se ha asociado con el cáncer pulmonar, mayor riesgo de sufrir enfermedades coronarias entre otras. En el último tiempo las acciones de prevención y promoción de la salud han puesto el énfasis en los factores de riesgo más que en causas específicas de enfermedad. La noción de factores de riesgo se ha ampliado con el concepto de determinantes sociales de la salud, los que a diferencia de los factores de riesgo son independientes del comportamiento del individuo (Duarte, 2007).

Dentro de los factores de riesgo para el suicidio se han identificado aquellos individuales, ambientales y sociales (Hall, 1999; Howton, 2009). Dentro de los factores de riesgo individuales los más significativamente asociados con cometer suicidio son el haber intentado suicidarse y el padecer una enfermedad mental. Dentro de los factores de riesgo sociodemográficos se encuentran el sexo masculino, la tercera edad y la soltería. El suicidio aumenta significativamente durante ciertas épocas del año como lo demuestran en Chile Retamal y Humpreys (1998), con un aumento de la tasa de suicidio durante la primavera y el verano. La ruralidad que inicialmente se consideró como factor protector frente al suicidio con los fenómenos de migración hacia centros urbanos cambió este lugar para verse transformada en un factor de riesgo suicida (Stark, 2011).

Desde la perspectiva médica la conducta suicida es considerada un síntoma que puede estar presente en distintos trastornos mentales, presentando estos factores de riesgo específicos para suicidio además de los biodemográficos y sociales. Estudios de autopsia psiquiátrica mediante entrevista a personas clave o revisión de documentos oficiales, han permitido estimar que la mayoría de las personas que se suicidan presentan alguna enfermedad psiquiátrica (Howton, 2009). Las enfermedades mentales más asociadas al suicidio son los trastornos del ánimo (depresión, distimia, trastornos bipolares), dependencia de alcohol y drogas y

esquizofrenia. Destacan como características psicológicas de mayor riesgo de suicidio rasgos de personalidad, impulsividad, desesperanza, el percibirse sin salida, desamparado y la rigidez cognitiva al momento de enfrentarse a una situación conflictiva. Se sabe también que la ocurrencia de eventos vitales recientes tales como la pérdida del trabajo, separación de pareja, el padecer enfermedades crónicas y/o graves aumentan el riesgo suicida (Kolves, 2006).

La perspectiva social y la individual han sido dos miradas que durante el último siglo han sido consideradas como opuestas al abordar el tema del suicidio, faltando un enfoque holístico e integrador, lo que durante los últimos 20 años se ha intentado abordar. El suicidio ocurre como un hecho individual, es un individuo quién se suicida, pero a la vez este individuo establece una relación con la sociedad la que a su vez presenta determinantes que actúan sobre este. Un concepto que puede articular la relación individuo - sociedad en el caso del suicidio es el de vulnerabilidad-estresor (EPA, 2012). Para el suicidio se ha reconocido vulnerabilidad de origen genético, características de la personalidad, experiencias traumáticas tempranas, factores sociales y culturales. Una diversidad de eventos puede contarse como estresores, siendo principalmente descritos el padecer una enfermedad crónica, la pérdida de figuras significativas, cambios en estatus laboral y económico y la pérdida de la filiación cultural y social. Las enfermedades mentales pueden actuar como factores predisponentes al representar una mayor carga de dolor psíquico y una menor tolerancia a eventos estresores, y a la vez, como estresor al verse como una limitación con la que las personas deben lidiar asociándose a otros factores de estresores psicosociales que actúan como determinantes o precipitantes de la conducta suicida. Un ejemplo es el caso de la esquizofrenia, enfermedad con mayor riesgo de suicidio en los períodos que siguen a los primeros brotes en pacientes con un buen nivel de funcionamiento previo y que logran visualizar las dificultades que su enfermedad pone al logro de metas socialmente esperables como el trabajo estable, formar una familia, etc. (Horr, 2010). El estigma de padecer una enfermedad mental también contribuye a una mayor exclusión social en estas personas y aumenta el riesgo suicida.

El estudio realizado por Dagoberto Duarte (2007) titulado “Suicidio en Chile: un signo de exclusión” identifica que en regiones con un mayor nivel de inequidad en los ingresos económicos la tasa de muertes violentas y específicamente de suicidio es mayor. El autor interpreta estos hallazgos como el reflejo de una sociedad en que un amplio sector de su población experimenta un sentimiento de frustración al estar excluido de una forma vida que se le presenta como deseable y llena de oportunidades, pero cuyo acceso se ve insistentemente obstaculizado, experimentándose esta dificultad como exclusión. Analizando las tasas de

suicidio entre los años 1981 y 2003 se identifica un aumento casi sostenido de esta y una correlación positiva con el producto interno bruto. Se concluye que el modelo económico global de mercado en Chile no mejora la salud mental de sus habitantes y se asocia con inequidad económica y de salud, precarización laboral, desconfianza interpersonal y debilitamiento de las redes sociales. Desde la perspectiva del modelo vulnerabilidad-estresor, tomando en cuenta los resultados de estas investigaciones se puede hipotetizar que los factores de exclusión social actuarían como estresores a largo plazo, y bajo la forma de eventos vitales desfavorables que pueden asociarse entre sí y actuar especialmente en personas vulnerables tanto desde la perspectiva biológica como desde su historia personal y que pueden dar cuenta de variaciones en el tiempo de las tasas de suicidio de una sociedad.

En la provincia de Osorno, según datos aportados por el servicio de salud, al igual que en el resto del país la tasa de suicidio entre los años 1999 y 2009 presenta una tendencia a incrementarse. La tasa total aumenta desde 11,6 a 13,2 por 100000 habitantes por año, siendo mayor a la total del país (8,1 x 100000 personas/año) y el incremento relativo en la tasa de suicidio es mayor en mujeres que en hombres. Durante el año 2010 se registraron 20 fallecidos por lesiones tipo suicida, lo que se acerca a una tasa de 15,5 x 100000 personas/año, de estos 17 (85%) fueron hombres y 3 (15%) fueron mujeres. La edad promedio fue 43,5 años, La edad promedio de los varones fue de 43,3 años y de las mujeres 44,3 años. Del total un 50% tenía menos de 45 años. En cuanto al estado ocupacional 5 (25%) eran pensionados, 2 (10%) eran cesantes o sin oficio, 1 dueña de casa, 2 estudiantes y 10 (50%) se encontraban empleados. 7 (28,5%) eran de origen rural y 13 (71,5%) urbano.

El perfil del suicida en Osorno es de sexo masculino, empleado, habitante urbano, de edad promedio 43 años.

Desde una perspectiva de género, el sexo masculino en distintos países presenta un riesgo al menos 3 veces mayor que el femenino para el suicidio. Estas diferencias pueden ser explicadas por la percepción de reducción de oportunidades del rol social llevando a una exclusión social. Considerando una cultura que tiende hacia el individualismo, la reducción de las oportunidades de vida, especialmente la falta de trabajo y largos períodos de desempleo, lo que aún es percibido como una falla personal más que como un problema social resultan en problemas de identidad, pérdida del control, desamparo y depresión. Los hombres responden a esto de una manera desadaptativa, gatillada por normas de la masculinidad tradicional o confusión como resultado de los conflictos de rol de género: inexpresividad emocional, falta de búsqueda de ayuda, agresividad, conductas de riesgo, violencia, abuso de alcohol y drogas y

suicidio. Sin embargo, llama la atención el aumento del suicidio entre mujeres jóvenes y en edad mediana. Es un fenómeno reciente y poco estudiado que puede estar relacionado con los cambios en los roles de género, aumento del consumo de alcohol y drogas entre las mujeres, requiriendo de mayores investigaciones para ser dilucidado.

El hecho de encontrarse empleado no necesariamente es un factor protector. Los cambios en la relación laboral, con mayor inequidad en los sueldos, mayor inestabilidad en el trabajo lo hacen menos apreciable como factor formador de identidad y de integración social. La incertidumbre laboral aparece como factor estresor que debe ser investigado con mayor profundidad en los estudios de suicidio (Duarte, 2007; Baader, 2012).

La mayor proporción de población urbana en la muestra seleccionada es explicable por una mayor representación de esta. La población urbana de la comuna de Osorno es de 132.245 y la rural es de 13.290 habitantes. La tasa calculada para la población urbana es de 10,58 mientras que para la población rural es de 52,67 por 100000 habitantes/año, concordando con estudios que identifican un mayor riesgo de suicidio en la última población (Stark, 2011).

#### **4. El origen de la exclusión en la sociedad moderna**

Abordar el tema de la exclusión nos lleva necesariamente a considerar los límites de la inclusión. De la manera más abstracta, según Luhmann (2008) la inclusión no es más que un mecanismo que señala como aparecen los individuos como actores o como copartícipes en la comunicación de la sociedad. La inclusión no es un estado sino un proceso; por ello, si se quiere saber cómo opera la inclusión, hay que preguntar, quién, cuándo, cómo y por quién es indicado como interlocutor de comunicaciones.

Foucault (1985) afirma que la exclusión es producto de la misma lógica del sistema: ésta sólo alberga a los sujetos que se ajustan a un modo determinado de vida y aquel que no quiere o no puede acceder a ese modo de vida se encuentra marginado por el juego mismo de las instituciones.

En la modernidad la inclusión se presenta como inestable y cambiante. Las cadenas complejas compuestas de comunicación y acción en la sociedad moderna (funcionalmente diferenciada) permiten que estar excluido de un sistema social parcial no significa estar incluido en otro. Así como estar incluido en un sistema no significa la inclusión en otro, por tanto, la llamada “integración social” en las sociedades modernas implica una utópica espera proyectada al infinito.

Si la inclusión es inestable, la exclusión aparece como persistente. Ésta conforma una cadena de exclusiones acumulativas, un efecto dominó, que hace que los sujetos se conviertan en invisibles, irrelevantes como personas, que no sean reconocidos y tratados como tales y sean sistemáticamente excluidos de la comunicación de la sociedad, es decir se convierten en identidades descompuestas, en domicilios dañados (Nassehi, 2000).

Un número importante de personas que habitan nuestro país/región/ciudad: pueblos indígenas, comunidades campesinas, niños que viven en las calles, hospedados en el hogar de Cristo, delincuentes, drogadictos, comerciantes ambulantes, artesanos, prostitutas, ebrios consuetudinarios, locos, etcétera- son catalogados como una carga o estorbo social, político y económico, a modo de ejemplo, - durante mucho tiempo se consideró que los responsables del subdesarrollo de los países latinoamericanos eran las poblaciones indígenas y por tanto la solución era lograr una asimilación que terminara disolviéndolos en la sociedad chilena, una exclusión radical: no aparecer en la sociedad, no estar.

Siguiendo a Foucault (1991) la exclusión la entendemos como “silencio discursivo” producido por las propias instituciones de la sociedad y sus procedimientos de exclusión donde el más familiar y conocido es lo prohibido, un segundo mecanismo de exclusión es la separación y el rechazo; finalmente la voluntad de verdad y todos los soportes institucionales en que se apoya este y los otros sistemas de exclusión.

Desde otro cuerpo teórico, Luhmann (1991) nos plantea que la exclusión es la forma de operación de los sistemas sociales parciales en la sociedad moderna. Es decir, la sociedad se constituye a partir de distinciones, emerge a partir de una operación de inclusión/exclusión. El “éxito” de la diferenciación funcional de la sociedad ocurre a partir de la indiferencia como principio regulador de la inclusión/exclusión de los sistemas.

### **Espacios y figuras de la exclusión.**

Según las cifras del último Censo (2002) en Chile un 4,6% de la población declara pertenecer a un grupo étnico. El grupo étnico mapuche es el más numeroso representa un 87,3% del total de la población que declara pertenecer a un grupo étnico. En la región de Los Lagos se encuentra el 14,7% de toda la población que declara pertenecer a la etnia mapuche y representa el 9,5% del total de la población regional –es la tercera región con más población indígena en Chile. En la comuna de Osorno un 6,4% de la población declara pertenecer a grupo étnico de pueblo originario.



En un estudio titulado “Estimando Indigencia y Pobreza Indígena Regional con Datos Censales y Encuestas de Hogares” (Agostini et. al. 2010) se concluye que existe una notoria disparidad en las tasas de pobreza e indigencia de los pueblos indígenas respecto a las de la población no indígena en los niveles espaciales nacional urbano y rural. Por ejemplo, la tasa de pobreza de hogares indígenas a nivel nacional es de alrededor de 10 puntos porcentuales mayor que la de hogares no indígenas, la tasa de pobreza es estadísticamente más alta con un 90% de confianza para cada uno de los pueblos indígenas respecto a la población no indígena del país. Las tasas de pobreza son particularmente altas para los Mapuche con alrededor de un tercio de los hogares viviendo bajo la línea de la pobreza. Adicionalmente las tasas de pobreza están fuertemente correlacionadas con mayor profundidad de la pobreza. Por ejemplo, la brecha de pobreza estimada es 7,9% a nivel nacional para los chilenos no indígenas, comparada con 11,5% para los Mapuche. Las tasas de indigencia siguen patrones similares (148)

A nivel de la región de Los Lagos se presenta tasas más elevadas de pobreza e indigencia en la población huilliche, es decir las tasas de pobreza (32,60%) e indigencia (9,80%) de la población huilliche superan ampliamente a la población no mapuche (9,80% pobres y 6.90% indigentes) (2010:142)

### **Territorio, violencia y exclusión: el caso mapuche-huilliche.**

Toda cultura debe brindar a sus miembros un significado, un sentido y propósito en el mundo, siendo esto un aspecto central. Si se destruye el modo de vida de una comunidad o pueblo indígena por la usurpación de sus territorios, represión de su lenguaje y cultura, discriminación, marginalidad y subordinación de sus culturas aparece como consecuencia lógica la enfermedad, la autodestrucción y la muerte (Kirmayer, Mac Donald y Brass, 2000).

Para los pueblos indígenas, la pérdida del territorio y del control sobre sus condiciones de vida han dañado seriamente su confianza en los modos de entender la vida y vivirla generando estrés social. Se produce cuando se modifica el complejo conjunto de relaciones, conocimientos, lengua, instituciones sociales, creencias, valores y reglas éticas que unen a las personas y les dan un sentimiento colectivo de quiénes son y a qué pertenecen. (CEPAL/OPS, 2011)

Se hace necesario hacer una breve referencia histórica al proceso de expoliación de las tierras huilliches, y a su vez explicar por qué el Estado de Chile no respetó los Títulos de Comisario no reconociendo la propiedad indígena y comenzó a privatizar la propiedad. La complejidad del asunto obliga a indagar en los intereses políticos, económicos y culturales del

propio Estado, y por cierto los intereses de las elites dirigentes de la sociedad local circunscrita a la ciudad de Osorno. Por tanto, hacer esta retrospectiva de los problemas suscitados en la constitución de la propiedad rural del sur de Chile, es hablar de un conflicto que fue generado desde el mismo Estado y que involucró a particulares e indígenas en tensiones permanentes, puesto que ambos sectores esgrimían razones sobre la posesión de las tierras huilliches y las tierras fiscales.

Las elites gobernantes de la segunda parte del siglo XIX, impulsaron un ambicioso proyecto de colonización con población extranjera, principalmente alemana para ésta zona del país. Se buscaba con ello, posesionar la soberanía del Estado en territorios donde se suponía ya no había indios, o bien estos ya estaban asimilados a semejanza de la población española. Por consiguiente, el objetivo de esta colonización fue político, pero a su vez un proyecto económico tendiente a instalar población de mano de obra productiva según las lógicas capitalistas.

Almonacid (1998) señala “a partir de la colonización alemana la propiedad rural privada se incrementa rápidamente. La tierra se valorizó tras la llegada de colonos extranjeros y chilenos procedentes del centro del país y de Chiloé, especialmente, y con ello aumentaron los choques entre los intereses estatales y particulares. Los propietarios rurales existentes vieron en la demanda de tierras una excelente posibilidad de vender sus bienes raíces a elevados precios, así como se abrió en la mayoría el apetito por poseer tierras baldías. Los más perjudicados serían el Estado y los indígenas, viéndose disminuida su participación en el dominio de la tierra, esto es de las más aptas” (28)

El mercado de las tierras se transformaría en las décadas sucesivas en el eje central de las disputas por la tenencia de la tierra, desarrollándose esta en forma desigual entre particulares y huilliches. Ambos sectores de la población reflejaban según su origen cultural y por cierto el interés por hacer de la tierra un bien de producción de mercancía en contraste con la visión de los huilliches como su sustento material y cultural de su propia espiritualidad. El gobierno central y las autoridades locales “dejaron actuar y dejaron pasar”, de forma condescendiente con los intereses de los sectores más acaudalados, permitiendo hacer uso de los vacíos legales, o bien actuar de mala fe frente a la Ley a través de compras y ventas fraudulentas en tierras de los huilliches.

Diversos autores documentan todo el proceso de despojo de las tierras huilliches (Rupailaf et. al., 1989; Molina 1990; Vergara, 1993; 1998; Vergara et. al. 1996, Molina et.al., 1996; 1998; Alcamán, 2003; 2010) en distintos momentos desde la colonia, la independencia,

en el siglo XX, la segunda subdivisión de tierras y comunidades bajo la dictadura militar. Actualmente son las empresas forestales y los proyectos hidroeléctricos que tensionan la relación de los huilliches con el territorio. En todo este proceso el gran responsable es el Estado chileno.

En relación con la responsabilidad del Estado en el proceso de expoliación del territorio indígena el Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas (2008) expone el cacique Augusto Nahuelpan: “La responsabilidad del despojo de tierras es del Estado, aunque hayan sido particulares. Hay distinto tipo de forma de despojo, alguien ve una familia, que era de mala descendencia, se apropia de un pedacito de tierra y después se toma todo...” (410)

El informe antes citado es concluyente señalando: “En importantes zonas de la región huilliche, lo que acontece hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, es una seguidilla de transferencias de los latifundios y la posterior concentración de ellos en pocas manos, todos influyentes personajes de la región” (409)

Así las familias huilliches van siendo expulsadas de su territorio, hostigadas, violentadas, asesinadas – la “Matanza de Forrahue” en 1912 en el sector rural de la comuna de Osorno, es un lamentable ejemplo de aquello- Se va produciendo finalmente un proceso que busca silenciar, disolver, invisibilizar, hacer desaparecer al indígena. Esta ha sido la racionalidad con la que se ha operado históricamente desde el Estado hacia los pueblos indígenas. Al respecto el Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas (2008) señala con relación a la empresa de colonización alemana “Uno de los temas más complejos de aclarar en la actualidad, es el de la cantidad real de población indígena que habitaba en la zona para ese entonces. La tesis que defendían los promotores de la colonización alemana hablaba de un “despoblamiento indígena” casi total, lo que desde su perspectiva permitiría la ocupación de extensas áreas sin entrar en conflicto con anteriores ocupantes. Para los funcionarios de Estado, a cargo del proceso, los huilliches que aún vivían allí estaban prácticamente en su totalidad, asimilados al orden social y cultural chileno” (405), es decir, se invisibiliza totalmente a la población mapuche huilliche y se procede a ocupar su territorio.

Desde la antropología Rolf Foerster (2006) plantea que la opción que históricamente ha tenido el Estado en relación con los procesos de exclusión/inclusión de la etnia mapuche ha sido “Aquella que reduce la problemática mapuche a la de los pobres, o sea en términos

económicos y ciudadanos. La óptica de la inclusión/exclusión es simple: se trata de superar las exclusiones a través de una mejor inclusión” (5) El Estado chileno y el legislador han tratado de resolver el problema por la vía de la asimilación, algo así como hacer desaparecer al mapuche, un caso paradigmático lo constituye el Decreto de Ley 2.568, promulgado por la dictadura militar que buscará la liquidación de las comunidades mapuche como una forma de terminar con los mapuches.

Por otro lado, existe un reconocimiento por parte del mismo Estado de las condiciones de exclusión en la que vive la etnia mapuche, así por ejemplo, el Ministerio de Salud, posee un Plan Nacional de Salud Mental del cual presentamos un extracto referido a salud mental de pueblos indígenas, el que se señala: “en Chile, los pueblos indígenas, en su condición de mayor pobreza y marginación de los beneficios del desarrollo, las contradicciones entre su cultura y la predominante en el país, la desintegración social y el insuficiente acceso a servicios de salud, presentan una alta prevalencia de enfermedades mentales y un perfil epidemiológico diferente a la del resto de la población. En el país, al igual que en otras regiones de América, se han encontrado en algunos pueblos indígenas una frecuencia elevada de abuso y dependencia de alcohol y de intentos de suicidio en el género masculino. Alrededor de un millón de chilenos manifiestan pertenencia a una etnia indígena en el último censo (2002), lo que corresponde aproximadamente a un 10% de los mayores de 14 años. Existe evidencia de que, en muchos aspectos de la salud, aunque no todos, convivir en grupos humanos de acuerdo a los valores y costumbres de una cultura tradicional es un factor protector. En Chile, hay estudios que demuestran que las personas de etnias minoritarias que viven en sus comunidades presentan mucho menos problemas de salud. Que aquellos que viven dispersos. Las transformaciones de los sistemas sociales indígenas tienen un efecto importante en la salud mental en cuanto introducen nuevas normas de conducta, demandas funcionales y nuevas formas de relaciones interpersonales, y al mismo tiempo, alteran las redes de apoyo social y los recursos tradicionales de salud”

A nivel internacional, existe evidencia publicada por CEPAL/OPS (2011) en donde se encuentran referencias de investigaciones que informan sobre el alarmante aumento de las muertes autoinfligidas en los pueblos indígenas de Canadá, Australia y Estados Unidos, extraemos de esa publicación la información que ilustra el panorama en esos países:

“En los países mencionados, las tasas de suicidio indígena, que pueden ser hasta cinco veces más altas que en los jóvenes no indígenas, se han asociado a fuerte estrés social, traumas históricos que se traspasan inter-generacionalmente, historias de abuso sexual y duelos no

resueltos. El estrés social es un término usado para referirse a la pérdida de confianza en los modos de entender la vida y vivirla que han sido enseñados al interior de una cultura particular. Se produce cuando el complejo set de relaciones, conocimiento, lengua, instituciones sociales, creencias, valores y reglas éticas que unen a las personas y le dan un sentimiento colectivo de quiénes son y a que pertenecen es cambiado. Para los pueblos indígenas, la pérdida del territorio y del control sobre sus condiciones de vida, la supresión del sistema de creencias y la espiritualidad, el quiebre de sus instituciones políticas y sociales y discriminación racial han dañado seriamente su confianza y así los han predispuesto al suicidio, auto agresión y otras conductas destructivas” (82)

Aun cuando en América Latina, existen pocos estudios sobre suicidio en poblaciones indígenas, se está acumulando evidencia, de acuerdo a estudios realizados en algunos países y regiones en donde se observa “un aumento en el número de suicidios de niños, adolescentes y jóvenes en Argentina, Brasil, Colombia, Guyana, Nicaragua, Trinidad y Tobago, Paraguay, y Venezuela” (85)

En Chile existen estudios del Ministerio de Salud que evidencian una sobremortalidad de la población indígena respecto a la población no indígena. Los estudios realizados por Oyarce y Pedrero (2006;2007;2009;2010; 2011) en la región de Arica y Parinacota (datos 2001-2003), región de Tarapacá (datos 2001-2003), provincia de Arauco (datos 2001-2006), Bio Bío (datos 2001-2006), el área Lafquenche de la provincia de Cautín (datos 2001-2006), Malleco (datos 2001-2006) y la región de Los Ríos (datos 2001-2006) muestran que la tasa de mortalidad general de la población indígena, en todos los territorios presenta variaciones que oscilan entre 1,0 y 1,8 veces más mortalidad respecto a la población no indígena. En relación a la causa de muerte por suicidio, la población indígena presenta variaciones que oscilan entre 1,3 a 4,5 veces más suicidios respecto a la población no indígena en todos los territorios estudiados.

En la provincia de Osorno la tasa de mortalidad general (bruta) anual es del 12,0 por cada 1000 habitantes para población indígena y 6,0 para población no indígena. Para el caso del suicidio la tasa es de 10 por cada 100000 habitantes para población no indígena y para la población huilliche la tasa es de 24 por cada 100000 lo que representa una variación de 2,4 veces más suicidios en la población huilliche.

Otra información relevante que aportan los estudios anteriormente señalados es que si bien los mapuches muestran un perfil de mortalidad similar al nacional en términos de las causas de muerte, la sobremortalidad de la población indígena es consistente para todos ellos.

Si se acepta que todas las sociedades humanas presentan una “tasa base de suicidio”, de 5 a 10 por 100.000 habitantes al año, la diferencia entre esta y otras mayores solo podría explicarse como el resultado de determinantes sociales (Goldney, 2003).

El concepto de violencia estructural resulta de gran utilidad para entender los determinantes sociales que causan sufrimiento, enfermedad y muerte. Con él se alude a la opresión sistemática relacionada con la pobreza, el racismo y el sexismo; es posible aplicarlo para aproximarse a los procesos que afectan a los pueblos y personas que sufren extrema pobreza, discriminación, hambre, violencia doméstica, migración obligada y desplazamiento (Desjarlais y otros, 1995). En este sentido, las altas tasas de enfermedad, muerte y autodestrucción, así como la violencia cotidiana por falta de oportunidades vitales, pueden también considerarse violencia estructural (Farmer, 1996).

## **5. Conclusiones.**

Las investigaciones realizadas nos permiten concluir que la locura y el suicidio son dos manifestaciones de la subjetividad individual cuya comprensión puede ser más abarcadora desde la perspectiva de la exclusión social. Tanto la locura como el suicidio pueden ser interpretadas como salidas ante la imposibilidad de afiliación y configurar una identidad.

Desde la poesía resulta necesario considerar la voz del excluido para configurar la representación de una identidad individual y social, siendo el territorio y algunas de sus delimitaciones, como los lugares sagrados, espacios donde se aloja aquello extraño para la sociedad pero que a la vez le pertenece.

Desde la psiquiatría, y dado el aumento sostenido del suicidio durante los últimos 30 años en nuestro país consideramos que es un hecho que debe despertar una alarma. El suicidio es un fenómeno altamente complejo y en sus causas actúan factores predisponentes y precipitantes de índole individual y social. En Osorno la tasa de suicidio es más elevada que la media del país y se encuentra en aumento, especialmente entre las mujeres. Al igual que los demás reportes es mayor el riesgo para el sexo masculino, es más frecuente en la edad media de la vida, aunque de mayor riesgo sigue siendo la población de la tercera edad. La mitad de los casos estudiados es de personas que se encuentran trabajando, una proporción más alta de lo esperado. Un enfoque que aborde aspectos sociales, especialmente aquellos relacionados con exclusión social puede dar respuesta a la interrogante sobre el aumento de la tasa de suicidio en Chile y específicamente en Osorno y a los cambios en la distribución de la población suicida.

Desde las ciencias sociales y dada la sobremortalidad de la población indígena en el país y la región; ésta solo podría explicarse como el resultado de determinantes sociales. A la base de las inequidades que explican esta sobremortalidad se encuentran exposiciones diferenciales al daño, producto de las cuales los colectivos se ven afectados por vulnerabilidades también diferenciales. Estos factores diferenciales obedecen a los sistemas de estratificación social presentes en nuestra sociedad y que son construidos principalmente a partir de la posición socioeconómica, el género y la etnia. Esta exclusión radical: morir, es la expresión final de un daño acumulado, relacionado con la posición de los pueblos indígenas en la estructura social chilena. Esta exclusión se inicia con la usurpación de sus territorios, migración obligada y desplazamientos, la pobreza, la marginalidad, la represión y la subordinación de sus culturas, como legado de la conquista europea que se mantiene hasta nuestros días. Esta posición subordinada implica un acceso desigual a bienes, servicios, poder, información y decisión. Desde esta perspectiva, la exclusión debe entenderse en el contexto de violencia estructural y cambio social sin control cultural que enfrentan los grupos, especialmente los más vulnerables, como es el caso de los indígenas.

## REFERENCIAS.

AGOSTINI, Claudio et. al.. Estimando Indigencia y Pobreza Indígena Regional con Datos Censales y Encuestas de Hogares. En Cuadernos de Economía, PUC. Vol. 47 (mayo): 125-150, 2010

ALCAMAN, Eugenio. “Sujeción y ciudadanía mapuche- willeche. La integración diferenciada y la asimilación forzada”. Ponencia presentada en el Seminario Internacional “Derechos Humanos y Pueblos Indígenas. Tendencias Internacionales y Realidad Local”, organizado por el Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad de La Frontera, en Temuco, 20- 22 de julio de 2003.

ALCAMAN, Eugenio. Memoriales Mapuche-Williches Territorios Indígenas y Propiedad Particular (1793-1936) Osorno: CONADI. Colección Chaurakawin N° 2, 2010.

ALMONACID, Fabián.. “El desarrollo de la propiedad rural en las provincias de Valdivia y Llanquihue, 1850 – 1920”. En: Revista Austral de Ciencias Sociales, N° 2: 27-36, 1998

BAADER, Thomas. et al.. “¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena? Análisis de las tasas de suicidios y sus características sociodemográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Región de Los Ríos, entre los años 1996 a 2008”. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*. 49 (3): 273-282, 2011

CASTORIADIS, Cornelius. “El imaginario social instituyente”. *Zona erógena*, no 35. Disponible en: <http://www.edu.ar>. 1997.

CEPAL / OPS..Salud de la población joven indígena en América Latina. Un panorama general. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Disponible en:

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=15446&Itemid=1497](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15446&Itemid=1497), 2011

CUNEO, Ana. “Delia Domínguez: de la angustia a la esperanza”. *Anales de literatura chilena*, año 1, no 1: 135-148, 2000.

DESJARLAIS, R. et. al. *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*, Nueva York, Oxford University Press. 1995.

DOMINGUEZ, Delia. *El sol mira para atrás. Antología personal de poesía y prosa*. Santiago: Catalonia. 2008.

DUARTE, Dagoberto. *Suicidio en Chile: un signo de exclusión*. Santiago: Universitaria, 2007.

FARMER, Paul.. “On suffering and structural violence: a view from below”, *Dædalus*, N° 125. 1996.

FOERSTER, Rolf. “Nuevas Exclusiones en la Complejidad Social Contemporánea: El Caso Mapuche” en revista MAD N°14. Disponible en <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/14/foerster.pdf>, 2006.

FOUCAULT, Michel.. *Saber y verdad*. Madrid: Ediciones De la Piqueta, 1991

FOUCAULT, Michel. *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets, 1992.

GOLDNEY, Robert. “A novel integrated knowledge explanations of factors leading to suicide”, *New Ideas in Psychology*, N° 21. 2003.

HALL, Richard et al. “Suicide Risk Assessment: A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients Who Made Severe Suicide Attempts Evaluation of Suicide Risk in a Time of Managed Care”. *Psychosomatics*. 40:18–27. 1999.

HAWTON, Keith.. “Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour”. *British Journal of Psychiatry*. 177: 484-485. 2000

HAWTON, Keith y van HEERINGEN, Kees.. “Suicide”. *Lancet*. 373: 1372–81. 2009

HOR, Kahye y TAYLOR, Mark. “Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors”. *Journal of Psychopharmacology*. 24(11):81-90. 2010.

Informe de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato con los Pueblos Indígenas (2008) Santiago: Pehuén. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/27374.pdf>

Instituto Nacional de Estadística, INE. 2005. Estadísticas Sociales de los pueblos indígenas en Chile Censo 2002 Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/estadisticas\\_sociales\\_culturales/etnias/pdf/estadisticas\\_indigenas\\_2002\\_11\\_09\\_09.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/etnias/pdf/estadisticas_indigenas_2002_11_09_09.pdf)

KIRMAYER, Laurence, M.E. MAC DONALD y Gregory M. BRASS., “The mental health of indigenous peoples”, *Culture and Mental Health Research Unit Report*, N° 10, Mc Gill University. 2000



KOLVES, Kairi et al. "Recent life events and suicide: A case-control study in Tallinn and Frankfurt". *Social Science & Medicine*. 62: 2887–2896. 2006.

LUHMANN, Nicklas.. *Complejidad y modernidad. De la unidad a la diferencia*. Madrid: Trota, 1998

LUHMANN, Nicklas.. *Sistemas Sociales. Lineamientos para una teoría general*. México: Alianza/UIA, 1991

MANSILLA, Sergio. "Delia Domínguez: palabras para la misa del universo". *Revista Alpha*, N° 20: 53 – 68, 2004.

MANSILLA, Sergio. "Poesía en el paralelo 40 sur. Memoria mestiza y territorio en la poesía de Delia Domínguez y Jaime Huenún". *Revista electrónica m@gm@* vol. 8, n. Disponible en: [http://www.analisisqualitativa.com/magma/0803/articulo.it\\_08.htm](http://www.analisisqualitativa.com/magma/0803/articulo.it_08.htm). . 2010

Ministerio de Salud de Chile, Plan Nacional de Salud Mental, documento fotocopiado s/f

MOLINA, Raúl. "Territorio mapuche- huilliche de Osorno y legislación: la historia de un despojo". Centro El Canelo de Nos. Santiago. 1990. En: Vergara, Jorge, 1993 "Los procesos de ocupación del territorio huilliche, 1750- 1930. Tesis conducente al grado de Magíster en Sociología. Universidad Católica de Chile. 1990.

MOLINA, Raúl y CORREA, Martín. "Las tierras huilliches de San Juan de la Costa. Santiago: CONADI, 1998.

MÖLLER-LEIMKÜLLER, Anne Maria." The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable?". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 253 (1):1-8. 2003.

MONTAÑEZ GÓMEZ, Gustavo y Ovidio DELGADO MAHECHA. "Espacio, territorio región: conceptos básicos para un proyecto nacional". *Cuadernos de Geografía*. Revista del Departamento de Geografía de la Universidad Nacional de Colombia. V. VII, Nrs. 1-2, 1998: 120-134.

MOYANO, Emilio y Rodolfo BARRIA.. "Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo". *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38(2): 343-359. 2006

NASSEHI citado por Robles, Fernando. Autopoiesis, inclusión y tiempo. La indolencia ante la exclusión social disponible en [http://www.academia.cl/biblio/revista\\_academia/11/91%20-%20106.pdf](http://www.academia.cl/biblio/revista_academia/11/91%20-%20106.pdf), 2000

OYARCE, A.M. y PEDRERO. "Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Arica", *serie Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 1, Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

OYARCE, A.M. y PEDRERO.. "Perfil epidemiológico básico de la población aymara de la provincia de Iquique", *serie Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 3, Santiago de Chile: Ministerio de Salud. 2007

OYARCE, A.M. y PEDRERO, M., “Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en las comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur”, *serie Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 4, Santiago de Chile: Ministerio de Salud. 2009

OYARCE, A.M. y PEDRERO, M.. “Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en la región de Los Ríos” Santiago de Chile, Programa de Salud y Pueblos Indígenas/Ministerio de Salud. 2009

OYARCE, A.M. y PEDRERO, M. “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco”, *serie Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile*, N° 6, Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2010.

RETAMAL, Pedro y HUMPHREYS, Derek. “Occurrence of suicide and seasonal variation”. *Rev. Saúde Pública*. 32 (5):408-12. 1998.

RUPAILAF, Raúl y MOLINA Raúl, “El Territorio Mapuche- Huilliche, la historia de un despojo”. Documento realizado en el marco de un proyecto de capacitación jurídica a monitores huilliches, de la ONG Huilliche Mundo Kusovkien. 1989.

STARK, Cameron; RIORDAN, Vincent; O’CONNOR, Rory.. “A conceptual model of suicide in rural areas” *Rural and Remote Health*. 11: 1622. 2011

VERGARA, Jorge. “Los procesos de ocupación del territorio huilliche, 1750-1930”. Tesis conducente al grado de Magíster en Sociología. Universidad Católica de Chile. Santiago. 1993.

VERGARA, Jorge, MASCAREÑO, Aldo y FOERSTER Rolf.. “Las Tierras Huilliches de Valdivia”. Santiago: CONADI, 1996.

VERGARA, Jorge. “La frontera étnica del Leviatán. El Estado y los mapuche Huiliches (Chile, siglos XVIII –XIX). Tesis para optar al grado de Doctor en Sociología. Universidad Libre de Berlín, 1998.

WASSERMANN, Danut et. al. “The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention.” *European Psychiatry*, 27: 129–141. 2012.

World Health Organization. 2002. *World report on violence and health*. Ginebra.

## CAPÍTULO 7

### PERDER EL ALMA EN UN DESCUIDO. EL SUSTO Y LOS SÍNDROMES CULTURALES

Resultados de una experiencia de investigación en el archipiélago de Chiloé, Chile.

Alejandra Leighton<sup>45</sup>

#### Introducción

*Un buen huichol cuida su alma, su alumbrosa fuerza de vida, pero bien sabe que el alma es más pequeña que una hormiga y más suave que un susurro, una cosa de nada, un airecito, y en cualquier descuido se puede perder.*

*Un muchacho tropieza y rueda sierra abajo y el alma se desprende y cae en la rodada, atada como estaba nomás que por hilo de seda de araña. Entonces el joven huichol se aturde, se enferma. Balbuceando llama al guardián de los cantos sagrados, el sacerdote hechicero.*

*¿Qué busca ese viejo indio escarbando la sierra? Recorre el rastro por donde el enfermo anduvo. Sube, muy en silencio, por entre las rocas filosas, explorando los ramajes, hoja por hoja, y bajo las piedritas. ¿Dónde se cayó la vida? ¿Dónde quedó asustada? Marcha lento y con los oídos muy abiertos, porque las almas perdidas lloran y a veces silban como la brisa.*

*Cuando encuentra el alma errante, el sacerdote hechicero la levanta en la punta de una pluma, la envuelve en un minúsculo copo de algodón y dentro de una cañita hueca la lleva de vuelta a su dueño, que no morirá.*

(Eduardo Galeano<sup>46</sup>)

Cuando como profesionales vinculados a la salud y las ciencias sociales, nos adentramos en la epidemiología de una comunidad determinada –entendida ampliamente como la disciplina que estudia la distribución de las enfermedades en una población–, podemos obtener datos importantes acerca de las enfermedades que la afectan y las determinantes asociadas a ellas. Sin embargo, en pocas ocasiones este análisis incorpora las enfermedades o dolencias que la población involucrada identifica como propias y que pueden estar afectando su salud física, emocional y/o mental.

Incorporar la mirada desde la propia población en estudio, nos permite ampliar la definición de la epidemiología convencional hacia una *epidemiología sociocultural*, que hemos definido como “*El estudio de los factores que protegen y agreden el equilibrio de las personas, familias y comunidades, incorporando las propias categorías y etiologías (causas) del*

<sup>45</sup> Antropóloga. aleleighton@gmail.com

<sup>46</sup> Eduardo Galeano. “Si se te pierde al alma en un descuido”. Memoria del Fuego, las Caras y las Máscaras.

*desequilibrio, en una colectividad, en un tiempo y un territorio determinado*” (Ibacache, J. y Leighton A., 2005)

En este ejercicio, hemos podido acercarnos a una serie de dolencias que el sistema médico oficial o biomédico desconoce (o que sabiendo de su existencia, por el relato de las personas, no reconoce), pero que forman parte del sistema médico tradicional u originario o de la forma de entender los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas. A estas dolencias se les ha llamado *Síndromes Culturales*.

Antes de adentrarnos en describir el concepto de Síndromes Culturales, es necesario comprender lo que entendemos por Sistema Médico.

### ***Sistemas Médicos***

Una definición clara sobre un *Sistema Médico*, es la ofrecida por Clark (citado por Clavijo (2012), quien lo describe como:

*“Un complejo de ideas acerca de las causas y curas de la enfermedad. Sus prácticas y la mayoría de sus procedimientos curativos son comprensibles y lógicos a la luz de sus creencias sobre la naturaleza de la salud y las causas de la enfermedad. Son, además, partes integradas de la cultura y afectadas por otras categorías: economía, religión, relaciones sociales, educación, estructura familiar y el idioma, en forma holística”.*

Como vemos, un Sistema Médico es una construcción cultural que tiene sentido dentro de un marco y contexto social particular.

Duncan Pedersen, médico y antropólogo canadiense, citado por Clavijo (2011) precisa además en relación a ellos, que *“Todos los sistemas médicos tienen un conjunto reconocible y más o menos organizado de tecnologías (materia médica, drogas, hierbas o procedimientos tales como la adivinación, la cirugía o la acupuntura), y practicantes (médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, terapeutas, brujos, curanderos, hueseros, herbolistas, parteras, etc.), integrados por un sustrato ideológico (conceptos, nociones e ideas) que forma parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad”.*

En el artículo citado, se precisa igualmente, la categorización de Kleinman, quien identifica tres sistemas médicos diferenciados: el **sistema médico profesional u oficial** que comprende a la medicina occidental o alopática; el **sistema médico tradicional o folk**, que incluye a la medicina indígena originaria y, el **sistema médico popular**, que integra elementos de ambos sistemas e incorpora aspectos de la religiosidad popular y de divinidades prehispánicas. Es importante destacar igualmente que a la luz de estas definiciones, el autor

precisa que los sistemas médicos –todos ellos, incluido el oficial- son construcciones culturales, ya que forman parte de un contexto cultural y simbólico donde cobran sentido y al interior del cual se producen y se curan y se sanan las enfermedades y dolencias.

A los anteriores podemos sumar otras medicinas, que la OMS ha definido como Medicinas Complementarias/Alternativas y que caracteriza como un “*Amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaeciente*” (OMS, 2002: 8). Entre estas prácticas, varias de las cuales se ofrecen en algunos centros de salud pública de la provincia, se encuentran el reiki, la terapia floral, la aromaterapia, la acupuntura, la terapia neural, el yoga y la sintérgica.

El Sistema Médico predominante en Chiloé, así como en todo el país, es el oficial o biomédico, que se ha desarrollado en forma creciente a partir de la década de 1960, cuando empieza a extenderse una amplia red de establecimientos públicos de salud, como parte de la estrategia del entonces Sistema Nacional de Salud (SNS) por mejorar los indicadores sanitarios del país. Hasta ese momento, sin embargo, era el Sistema Médico Tradicional (que incorporaba la medicina williche principalmente) el que predominaba en el Archipiélago, y que –siguiendo a Pedersen- contaba con un conjunto bien definido de **practicantes** (parteras, componedores de huesos, yerbateras), **tecnologías** (hierbas medicinales, ceremonias, procedimientos de atención del parto, etc.) y un **sustrato ideológico** común a los sistemas médicos tradicionales.

Conocer algunas de las características propias del sustrato ideológico de los sistemas médicos tradicionales nos permitirá comprender de mejor manera la forma en que se configura un síndrome cultural como el Susto, que luego describiremos en este capítulo.

### ***Dimensiones de la Enfermedad***

Desde la Antropología Médica, la enfermedad tiene dos dimensiones (Comelles y Martínez, en Balcells, 2007:12-13):

**Disease (enfermedad):** Designa las dimensiones biológicas de la enfermedad. Esto es, aquellas anomalías funcionales o estructurales de base orgánica que pueden ser observadas directamente a través de sus signos o por otros medios. Su designación no compete exclusivamente a la medicina occidental o biomedicina.

**Illness (dolencia):** Hace referencia a las dimensiones culturales de la enfermedad, especialmente a la construcción semiótica, semiológica y fenomenológica de los síntomas y

otras formas de expresión. Designa también, en este sentido, al fenómeno por el cual procesos patológicos orgánicos y sensaciones de malestar son reconvertidos en experiencias individuales significativas.

De esta forma, un determinado cuadro patológico que presente una sintomatología identificable, puede ser interpretado desde estas dos dimensiones. Por un lado, como una *enfermedad*, muchas veces claramente definida a partir de sus signos, síntomas o manifestaciones físicas y emocionales y por otro, como una *dolencia*, a partir de una construcción cultural que da sentido a dicha sintomatología y que la reinterpreta de acuerdo a categorías reconocibles y que permiten darle un significado pertinente culturalmente y que pasa a formar parte de él o los sistemas médicos a los que la persona recurre.

### ***Causalidad de la enfermedad***

De acuerdo a los planteamientos de Foster y Anderson (En Chamorro y Tocornal, 2005), en el sistema médico originario o tradicional se pueden definir dos grandes tipos de enfermedades según sus causas. Las enfermedades naturalistas o naturales y las enfermedades personalistas (que denominaremos igualmente sobrenaturales).

Las **enfermedades naturalistas** tienen como causa un desequilibrio con el entorno. Se refieren a un desequilibrio entre elementos del cuerpo y del medio ambiente natural, es decir, la explicación de una enfermedad es impersonal. Este tipo de explicación se ajusta a la biomedicina en cuanto hace referencia a agentes microbianos que producen un daño funcional.

Las **enfermedades personalistas o sobrenaturales**, en cambio, son causadas por la intervención de personas o agentes con poderes sobrenaturales, quienes envían una enfermedad al individuo cuando éste rompe una norma social o mantiene relaciones comunitarias conflictivas. Generalmente, el individuo es víctima de brujos, seres sobrenaturales presentes en la naturaleza o de los antepasados, quienes sancionan haciendo caer la enfermedad sobre la persona que ha transgredido alguna norma.

Además de los dos grupos señalados, existiría una causalidad de enfermedad basada en los estados emocionales por los que pasa una persona y que podemos denominar **enfermedades emocionales**, las que pueden producirse como consecuencia de una descarga emocional fuerte, un encuentro inesperado, situaciones traumáticas o un problema irresoluto. Va a depender de la significación cultural que se les dé a estos sucesos, lo que va a provocar enfermedades con causas personalistas o naturalistas.

Con este breve marco contextual, podemos ahora adentrarnos en la definición de Síndrome Cultural.

## ***Síndromes Culturales***

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV define los Síndromes Culturales como:

“patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionados o no estarlo con una categoría diagnóstica de este manual. Algunos de estos patrones son considerados por los nativos como ‘enfermedades’ o por lo menos como causas de sufrimiento. Los síndromes dependientes de cultura generalmente se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas populares localizadas, que otorgan un significado coherente a ciertos conjuntos de experiencias y observaciones” (DSM IV, 2001).

Por su parte, la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, hace referencia para definir los síndromes culturales a la definición de Rubel (1964), quien los describe como *“Conjuntos coherentes de síntomas en una población dada, cuyos miembros responden mediante patrones similares”* (APAL, 2003:215).

Consideramos que el DSM IV, propone una definición demasiado excluyente y focalizada, en cuanto a que relaciona los síndromes culturales con minorías étnicas concretas, con conocimientos médicos ancestrales que no coinciden con los conocimientos actuales que constituyen el sistema biomédico, por lo cual se las margina del resto de las categorías diagnósticas que reconoce este Manual. Además, menosprecia las prácticas en salud que pertenecen a los diferentes patrones culturales y que forman parte de la diversidad de conocimientos de salud, pretendiendo categorizarlas desde un punto de vista etnocentrista. Por otro lado, la definición de Rubel usada por la GLADP, plantea una idea demasiado general y que puede ser perfectamente aplicada a cualquier patrón de conducta, ante cualquier enfermedad y dentro de cualquier ámbito sociocultural.

Una definición más apropiada sería la que propone el Médico y Antropólogo Roberto Campos, quien define los síndromes culturales como:

“Aquellas entidades clínicas y prácticas curativas que se manifiestan en una determinada población y que sólo tienen explicación dentro de la cultura particular donde se producen y desarrollan, por lo que resultan aparentemente irracionales, incoherentes e ilógicas cuando se analizan desde la perspectiva de otra cultura” (Campos, 2002: 186).

Para hablar de un síndrome cultural, es necesario entonces que dentro de la conceptualización de salud enfermedad que maneja la persona afectada, existan efectivamente las claves o referentes compartidas con su cultura que van a permitir esta explicación. En el

caso de los síndromes estudiados, esto ocurre con la concepción de desequilibrio de temperaturas, de transgresión a normas de la cultura; se verifica en los mecanismos de resolución del síndrome y en los caminos de sanación que se siguen, entre otros. Son estas claves que se dan efectivamente en la matriz cultural chilota y que son compartidas por un número importante de habitantes de Chiloé, lo que determina que se constituyan en síndromes culturales vigentes y dinámicos.

### ***Investigación sobre Síndromes Culturales***

Entre los años 2008 y 2010, un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud y las ciencias sociales residentes en la Provincia de Chiloé, que trabajamos en distintos establecimientos de salud pública, tanto de atención primaria como hospitalaria y de gestión de la red asistencial, nos abocamos a la tarea de investigar acerca de algunos síndromes culturales que con frecuencia eran referidos por personas que se acercaban en busca de atención a los centros de salud del nivel primario de atención. De esta forma, y con financiamiento estatal a través del Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS), del Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT), ejecutamos un proyecto, cuyos resultados se recogen en la publicación denominada “Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé: Sobreparto, Mal, Susto y Corriente de Aire”<sup>47</sup>, cuya autoría es de la Unidad de Salud Colectiva del Servicio de Salud Chiloé, organismo dependiente del Ministerio de Salud.

El interés por desarrollar esta investigación surgió como parte de un trabajo más amplio que veníamos desarrollando como equipo de la mencionada Unidad de Salud Colectiva y que buscaba fortalecer la salud colectiva en el Archipiélago de Chiloé, poniendo en valor no sólo las explicaciones propias del sistema médico tradicional y sus recursos terapéuticos, sino también las acciones de la propia comunidad para mantener su equilibrio (las actividades sociales, el trabajo comunitario a través de los “beneficios” y mingas, el trabajo de las organizaciones comunitarias y Comités de Salud, entre otras).

En el caso particular de esta investigación, nuestro objetivo era describir cada uno de los síndromes seleccionados de la forma más completa posible, tanto para recoger saberes y prácticas locales de salud que aun cuando se mantienen vigentes van modificándose o perdiéndose progresivamente y, al mismo tiempo, lograr que los equipos de salud se informaran sobre ellos y los comprendieran, pudiendo tener de esta forma un mejor acercamiento con los

---

<sup>47</sup> Disponible para descargarlo en <http://saludcolectivachiloe.blogspot.com>



usuarios al conocer y entender las lógicas subyacentes a estos síndromes, para realizar en la medida de lo posible una articulación o abordaje conjunto o complementario de estos problemas de salud. Entendemos que esta apertura y el respeto por las concepciones de salud y enfermedad de las personas forman parte de sus derechos humanos y de sus derechos en salud, al ser considerada su cultura e ideología en los espacios de atención pública de salud.

La elección de los síndromes a investigar se basó en la experiencia del equipo en la atención directa en salud y a partir de lo referido por algunos médicos y otros profesionales que se desempeñaban en sectores rurales y urbanos del Archipiélago, seleccionando aquellos con mayor frecuencia de consulta: **mal por brujería, susto y corriente de aire**. Se incluyó igualmente el **sobrepardo**, dolencia a la que nos habíamos aproximado en una investigación anterior relacionada con la atención del parto en Chiloé<sup>48</sup>.

Se realizó una revisión bibliográfica en relación con cada síndrome, encontrando que todos ellos se extienden a lo largo de Latinoamérica y que algunos –como el susto– son precolombinos y otros –como el sobrepardo– llegaron con los conquistadores españoles. Todos ellos, sin embargo, se han ido sincretizando de acuerdo con la cultura, historia y recursos locales. Luego se hicieron entrevistas tanto a personas que habían padecido alguno de estos síndromes, a sanadores tradicionales que los tratan y a profesionales de salud (en particular médicos especialistas como neurólogos, psiquiatras y ginecólogos; matronas; kinesióloga y técnicos paramédicos) que habitualmente reciben este tipo de casos y que los abordan con un enfoque biomédico.

En lo que resta de este capítulo, presentamos una parte de la investigación sobre **Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé**, mencionada anteriormente y correspondiente al capítulo de **Susto**, de manera de dar a conocer este síndrome, propio de los pueblos originarios de América Latina, que ha perdurado y se ha extendido en el tiempo para explicar un desequilibrio emocional y espiritual que afecta a las personas luego de un acontecimiento imprevisto al que pueden verse enfrentadas.

---

<sup>48</sup> <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/05/nacer-en-chiloe.pdf>

## ***Resultados de Investigación: El Susto. Síndrome Cultural presente en Chiloé.***

El Susto es uno de los llamados **Síndromes Culturales Propiamente Latinoamericanos** que identifica la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) y que se caracteriza como *“padecimientos somáticos crónicos muy diversos atribuidos a ‘pérdida de ánimo’ inducidos por un miedo intenso, a menudo sobrenatural. En algunos casos los acontecimientos traumatizantes no se sufren de manera personal; los pacientes se afectan cuando otros (generalmente familiares) se asustan”* (APAL, 2003:220).

Este síndrome se extiende a lo largo de Latinoamérica y en el caso de las culturas mesoamericanas precolombinas su origen estaría vinculado a la concepción de almas múltiples de dichos pueblos. La causa del susto se explica entonces en una experiencia atemorizante que hace que una de estas almas se desprenda del cuerpo (Ortiz de Montellano, 1997:262-263; APAL, 2003:220). Las almas a las que se refieren los autores no son las propias de la concepción católica, sino que tienen su origen en las culturas chamánicas, siendo una hipótesis el que este síndrome sea una reliquia o sobrevivencia del chamanismo que trajeron los cazadores paleolíticos que poblaron el continente y cuyo sustrato cultural se extendió, lo que explicaría la presencia de la creencia de la pérdida del alma –y del síndrome de susto- en toda América<sup>49</sup> (Ortiz de Montellano, 1997:263).

En todos los pueblos y culturas en las que se ha reportado la existencia del susto, tanto blancos como indígenas o mestizos, se verifican grandes similitudes en la sintomatología y tratamiento, sin embargo, las explicaciones acerca de las causas del síndrome varían entre un grupo y otro. En general, el sincretismo con las culturas europeas y la aculturación habrían determinado que en muchos grupos –especialmente blancos y mestizos- se perdieran las explicaciones nativas, por lo que el Susto sigue existiendo y se continúa tratando, pero ya no se lo asocia a la pérdida del alma. En algunos los pueblos indígenas, sin embargo, se mantiene la noción originaria de pérdida del alma, aun cuando se han incorporado otros elementos producto del sincretismo cultural.

---

<sup>49</sup> En su obra *El Chamanismo y las Técnicas Arcaicas del Éxtasis*, Mircea Eliade señala que los norasiáticos igualmente constatan la pérdida del alma en toda enfermedad y el tratamiento consiste en buscarla, capturarla y reintegrarla al cuerpo del enfermo (En: Aparicio, S/f: 16).

## **i. Distribución Epidemiológica**

Existen estudios que confirman la presencia del susto entre los chicanos de EE.UU. (Texas), en México (principalmente grupos Nahuas), Chile, Perú y entre los indios caribe parlantes de la frontera entre Brasil y Venezuela en Guatemala; en Colombia; en comunidades aymaras; en comunidades andino quechuas de Bolivia; en el norte de Argentina y en las culturas atacameña y mapuche en Chile (Ortiz de Montellano, 1997:263; De Keller, Jennifer, s/f; Del Cairo et al., 2006; APAL, 2003; Fernández, G., 1988; Hollweg, 2003; Castellón, 1997; Wank'aymura, Delfor, 2009; Chamorro y Tocornal, 2005; Citarella, 1995).

En Chiloé este síndrome se extiende en todo el Archipiélago, tanto en comunidades rurales como urbanas y en personas de origen williche, chilote (mestizo) y no chilotes, que han llegado desde fuera de la Isla. Se da más frecuentemente en niños y en adultos jóvenes y no encontramos una distribución diferenciada entre uno y otro sexo. Entre los casos que identificamos, el susto se presentaba en personas de todos los estratos socioeconómicos.

Para esta investigación se entrevistó a 16 personas (12 mujeres y 4 hombres) de seis de las diez comunas de la Provincia; quince eran de sectores rurales y uno urbano. Al momento de sufrir el síndrome, en 7 casos (dos niños y cinco niñas) el susto se produjo entre los 7 meses y los 12 años y los restantes casos tenían entre 16 y 34 años cuando manifestaron el síndrome. En el caso de tres entrevistados, han sufrido más de un episodio de susto en sus vidas. No obstante, la edad de nuestros entrevistados, al consultarle a los sanadores que tratan el síndrome, nos señalaron que éste también se produce en personas adultas mayores.

## **ii. Etiología/Causas**

Si bien la causa originaria del susto está en la pérdida del alma o de la energía vital producto de una experiencia que produjo un profundo temor, en estudios realizados en Latinoamérica esta explicación se presenta con distintos matices, y es más fácilmente identificable en comunidades indígenas, pero se tiende a perder en comunidades no indígenas o mestizas, como es el caso de Chiloé.

En un estudio realizado en México, se menciona que el llamado *Susto o Espanto* es propio de la cosmovisión nahua y se produce por enfrentar un temor súbito, que puede deberse a un peligro repentino, una pesadilla o un susto severo. Cuando esto ocurre, la persona puede perder la sombra o el alma, se siente muy débil y languidece (Aparicio Mena, S/f:14). En otras investigaciones desarrolladas en comunidades nahuas, el Susto se atribuye igualmente al robo

del *tonalli*<sup>50</sup> hecho por algún “aire”, lo que ocurriría como una reacción al temor o miedo intenso producido ante alguna circunstancia imprevista, de acuerdo con el mismo autor.

El concepto de ‘aires’ como causantes del susto –y que daría cuenta de una explicación sobrenatural del síndrome en las comunidades nahuas- se recoge igualmente en la GLADP, donde se señala que estos aires son los que roban el “tonalli” o la “sombra” y producen diversos síntomas. Existe una clasificación detallada de estos aires y los síntomas que presente la persona dependerán del tipo de aire que se ha llevado el tonalli. Entre éstos, se encuentran los *aires celestes o de la noche*, que producen el susto de noche; los *aires del agua* y los *aires terrestres o de día o de los colores*. También produce la pérdida del alma la falta de respeto a un tipo particular de hormigas llamadas zontetas (APAL, 2003:220). Otros investigadores mexicanos, como López Austin, señalan además que esta pérdida del alma puede ocurrir durante el sueño o la embriaguez, y que el alma incluso podría ser capturada por seres sobrenaturales (En: Aparicio, S/f:14).

La GLADP, sostiene que entre los aymara quechuas de la región andina el susto se atribuye a la salida del alma del cuerpo, como resultado de una reacción imprevista. Esto ocurriría en lugares donde supuestamente habitan seres míticos, por lo que se presenta en personas que caminan en lugares oscuros y solitarios y que, por temor a estos espacios, desarrollan el síndrome. Los casos más graves de miedo pueden terminar en fallecimiento y en estos casos se les llama “alma espantada” (APAL, 2003:221).

Castellón (1997) por su parte, sostiene que en las comunidades andino – quechuas, el susto se denomina *jap’ega*, que significa que ‘agarra’ o ‘captura’ y que afecta a niños y adultos, los que pueden morir por un susto. Asimismo, el autor sostiene que el *jap’ega o susto* no es una enfermedad específica, sino que se trata de un síndrome que provoca enfermedades y que puede manifestarse a través de dolores de cabeza, estómago, del pie o dolor de muelas, que en la clasificación de enfermedades quechua son enfermedades y no simples síntomas.

Mario Hollweg (2003), señala que, en el mundo andino, existe la creencia del ‘secuestro del alma’ por espíritus ‘malignos antropomorfizados’, que aparecen en lugares solitarios o en situaciones particulares que se relacionan con los temores naturales de las personas, lo que provoca miedo y consiguientemente la ‘salida o pérdida del ánimo del cuerpo’, que queda

---

<sup>50</sup> Tonalli es una de las tres almas que la cultura azteca atribuye a las personas. El tonalli se ubica en la cabeza y puede desprenderse del cuerpo voluntaria o involuntariamente, pero cuando ocurre esto último provoca enfermedad o muerte (Ortiz de Montellano, 1997. pp. 74-80)

vagando en algún sitio. Esta situación, según el autor, provoca en determinados casos que la persona manifieste trastornos corporales que se explican por esta pérdida del alma.

En comunidades mapuche de la región de La Araucanía, en Chile, se reconoce igualmente la pérdida del alma en la etiología del síndrome. El susto es una enfermedad clasificada como sobrenatural y que “se produce por la excesiva preocupación o bien por la presencia de un *wekiüfi*<sup>51</sup> que se va apoderando poco a poco de la persona robándole el am (alma)” (Citarella, 1995:340).

Particularmente en el caso de Chiloé, el Susto se explica por haber experimentado una situación atemorizante en forma imprevista. La mención a la pérdida de juicio o la pérdida del espíritu también se encuentra, pero más bien como un síntoma o condición provocada por el susto, dando cuenta de que se mantiene la noción de que una parte de la dimensión no corporal de la persona se desprende o sale de ella. Tal vez la pérdida del juicio o la pérdida del espíritu en algún momento correspondió a la pérdida del alma y actualmente esa concepción ya no está tan presente o se transformó.

No encontramos en Chiloé información sobre personas que mencionaran directamente la pérdida del alma para explicarse el susto, no obstante, al consultarle a una sanadora que trata el susto acerca de las causas que podrían provocar el síndrome, nos mencionó lo siguiente: “... pueden ver también animales, lobos o alguna cosa. Otras personas dicen que **ven personas a lo lejos, ánimas** y demás y dicen que igual eso es susto, pero yo nunca he visto nada” (A.B., sanadora tradicional, Puqueldón).

No obstante lo anterior, en el tipo de tratamiento tradicional utilizado en Chiloé para quitar el susto, denominado ‘Kutipe’ o ‘Kutupelle’, queda clara la concepción originaria de pérdida del alma y/o espíritu, ya que la ceremonia y las oraciones utilizadas en ella se orientan a llamar al alma perdida.

Tampoco recogimos casos sobre la aparición del susto por la apropiación del alma por alguna entidad maligna, como ocurre en los contextos mapuche, pero sí algunos casos de Susto producido por fenómenos extraños o inexplicables que podríamos calificar de sobrenaturales.

---

<sup>51</sup> Entidad maligna, identificada como una persona o espíritu malo o como un demonio (en una definición más sincrética con la religión católica).

A partir de los relatos de nuestros entrevistados, las causas a las que atribuye este síndrome pueden clasificarse de la siguiente manera:

**a. Hechos imprevistos o accidentales que provocaron un susto o temor muy fuerte.** Entre estos casos podemos mencionar el de L.G., niño de 9 años que según el testimonio de su madre *“a los 3 años se asustó cuando un ternero que estaba castrando su padre se arrancó en dirección a él. Y hace poco le dio (otro susto) cuando fue a sacar los huevos al treile<sup>52</sup> y el pájaro lo salió persiguiendo”*. En el caso de H.L. (50 años, hombre), identifica que el susto se produjo cuando el bote auxiliar en el que se encontraba comenzó a hundirse cerca de la orilla de la playa y él temió ahogarse; lo mismo le ocurrió a R.R. a los 12 años (mujer, actualmente de 34 años). Otra de las entrevistadas mencionó el terremoto del año 1960 y el haber creído que su madre había muerto, como la causa de un susto que tuvo a los 17 años y que afectó también a sus hermanos. En investigaciones anteriores hemos recogido otras causas de susto, como el haber presenciado el incendio de la propia casa, las tormentas y los truenos o el haber recibido la noticia de un accidente de un familiar. Es recurrente también el haber sido perseguido por animales (perros, vacunos, caballos).

En esta categoría podemos mencionar igualmente el Susto con el que puede nacer un bebé, producto de un temor sufrido por la madre durante la gestación. Esto podría provocar que el temor se traspase al niño o niña en gestación, que al nacer o durante su infancia presentará la sintomatología propia del síndrome, en especial la que tiene que ver con lo psicológico y emocional.

Por otro lado, un elemento que identificamos en algunos de los casos estudiados y en otros de los cuales tuvimos referencia, es el que una causa de lo que las personas identifican como Susto es el maltrato y el abuso sexual, en especial infantil. En estos casos, ocurre que se produce en los niños una sintomatología que la familia identifica como Susto y que es similar a la que pudiera presentar una niña o niño abusado o maltratado (cambios de comportamiento, desconcentración, llanto sin explicación aparente, retraimiento, temor a personas o a permanecer en algunos lugares, inapetencia, pesadillas, tendencia a escapar de su casa, en algunos casos alopecia por estrés o depresión). Sin embargo, no siempre se identifica a tiempo esta situación o no se asume que el menor fue o está siendo víctima de abuso, a veces en forma reiterada. Por lo anterior, creemos necesario que –sin estigmatizar ni formarse un prejuicio- los

---

<sup>52</sup> Vanellus chilensis.

equipos de salud que se enfrentan a casos en los que el afectado o su familia manifiestan creer que existe un Susto, indaguen en la posibilidad de abuso sexual y/o maltrato.

**b. Sufrimiento de vida que “se acumula”.** Aquí se clasifica la vivencia de una serie de hechos -como los mencionados en el punto anterior u otros de mayor compromiso emocional- que provocaron temor en las personas afectadas y que de una u otra forma se fueron acumulando o quedaron en la ‘memoria corporal’, generando una labilidad emocional que después de transcurrido el tiempo vuelve a provocarles síntomas y emociones que se asocian al susto.

En esta categoría encontramos dos testimonios interesantes. El primero de ellos de C.G., mujer de 32 años que atribuyó los distintos episodios de susto que ha tenido a los sufrimientos que vivió durante su infancia, entre los que mencionó los golpes recibidos de parte de su madrastra, una violación de la que fue víctima a los 13 años y la posterior muerte del hijo engendrado producto de esa violación. En este caso, es interesante la explicación que esta mujer le da al síndrome en general, señalando que *“todo ese susto que uno pasó de niña va guardándose, (es una) acumulación de todo lo que uno ha vivido de niño, hasta que llega al corazón cuando uno ya no da más”*. En su caso, al momento de ‘llegar al corazón’, ella comenzó a manifestar ataques de tipo epiléptico y según su relato esto ocurrió después de haber tenido un sueño en el que se veía acostada con sus hermanas menores en su cama, cuando aparece un hombre vestido de negro que la toma del brazo y le dice que la va a matar, mientras sus hermanas se escondían de él. Cuando despertó de este sueño habría tenido su primer ataque y además, dice, *“no podía hablar, mi lengua era de tinte azul”*. En una segunda entrevista, C.G. vuelve sobre este relato, pero no queda claro en lo que ella expresa si realmente considera que fue un sueño o más bien fue un hecho real –posiblemente asociado al episodio de abuso que menciona- y que ella elaboró posteriormente como un sueño.

El otro caso es el de H.Ch. (mujer, 53 años) que al momento de la entrevista dijo tener un susto que tendría su origen en dos sustos que tuvo cuando joven y que le habrían vuelto ahora producto de –según sus palabras- *“la pena y la debilidad emocional de mi corazón”*. Los sustos que tuvo en su juventud y la consiguiente debilidad de corazón, al igual que la entrevistada anterior, son atribuidos por ella a los sufrimientos que le provocó su madrastra.

En relación a esta concepción de las emociones o sustos acumulados, E.T., sanador tradicional especializado en el tratamiento del susto o ‘*pesar*’ y que obtuvo sus conocimientos de su madre, nos relató lo siguiente:

*“El pesar viene justamente cuando la persona tiene una preocupación de algo, por ejemplo, la muerte de un familiar, un accidente. Y la persona lo trae porque la mente es tan traicionera que uno difícil va a olvidar lo que le pasa y eso lo trae grabado y a la larga se enferma la persona de adentro (...) a la larga, decía mi mamá, el susto de una persona si no lo trataban puede llevar a la muerte, porque se forma dentro del organismo de la persona, decía ella, la misma fiebre se va acumulando y eso revienta dentro. Decía que según contaban los antiguos que la persona va decayendo no más, va enflaqueciendo, y ya después no come, no le apetece comer y así se va muriendo”.*

A.B., Sanadora de Puqueldón, confirma esta idea, y entrega más antecedentes:

*“...todos hemos tenido susto y si no se toman remedios se van acumulando en el corazón, y cuando ya no puede más el corazón, ya le agarra al cerebro, y ahí ya pierden el tino, y ahí vienen los ataques”.*

Los “ataques” son descritos tanto por esta sanadora como por otros entrevistados como episodios en los que la persona se trastorna y es difícil contenerla físicamente. En ambos testimonios es posible observar no sólo la concepción de que en la medida que un susto no se trate éste se va acumulando, sino también la noción de cuerpo que los sanadores y las personas en general manejan y la forma en que las distintas emociones y procesos de las personas afectan e involucran a cada órgano.

**c. Fenómenos anormales o sobrenaturales.** Esta etiología la encontramos en una familia en la cual los tres hermanos adolescentes habían sufrido de susto (dos mujeres a los 16 y 17 años y un hombre a los 13 años). En estos tres casos fue la madre quien nos relató lo ocurrido a sus hijos, porque prefirió no exponerlos a recordar las circunstancias en las que se les produjo el síndrome, lo que nuevamente da cuenta de la labilidad emocional que el síndrome provoca en los afectados.

El primero de los casos fue el de su hijo, que a los 13 años se encontraba recogiendo algas en la playa y fue encontrado en un lugar cercano con una parálisis de rodilla. El joven no recuerda qué le ocurrió, por lo que no existe una causa precisa del susto y la madre cree que se trató de este síndrome más bien porque luego lo presentaron sus hermanas en forma secuencial<sup>53</sup>. Aproximadamente 3 años después de ese episodio, su media hermana, que en ese momento tenía 17 años, mientras se encontraba en el mismo lugar en que su hermano fue encontrado con la parálisis años antes, dijo haber sentido una risa sin haber presente una persona que la emitiera. En ese momento ella perdió el conocimiento, siendo encontrada horas después por familiares que la trasladaron a su casa. El síndrome habría sido provocado por el susto que le causó la risa que escuchó. Algunos meses después, y mientras ella estaba todavía siendo

---

<sup>53</sup> En este caso, el diagnóstico biomédico fue un síndrome de Guillain Barré, por el cual el menor estuvo hospitalizado y en tratamiento, sin embargo, la madre no descarta el susto y considera la enfermedad orgánica como complementaria al síndrome cultural.



tratada por el Susto, su hermana de 16 años sufrió igualmente del síndrome cuando se le comenzó a aparecer la figura de un hombre en la ventana de su dormitorio.

En el caso de estos hermanos, encontramos por un lado, la observación que se recoge en la GLADP, en cuanto a que en el Susto “los pacientes se afectan cuando otros (generalmente familiares) se asustan” (APAL, 2003:220) y, por otro lado, se trata de fenómenos extraños, aparentemente sobrenaturales para la familia, por lo que en el relato de la madre -aun cuando identifica al Susto como síndrome predominante y se siguió el tratamiento para esa dolencia- existen referencias a posibles causas ligadas a otro síndrome cultural, el Mal o Brujería, en la enfermedad de sus hijos. Es posible igualmente que exista una explicación más concreta como causa del susto, pero que la madre desconoce, orientando su explicación y la de su familia hacia causas más sobrenaturales. En el caso de C.G. mencionado anteriormente, donde ella tiene un sueño que gatilla los ataques asociados al susto, también la hacen pensar en un primer momento que su dolencia podría deberse a una hechicería, sin embargo, luego descartó esta idea y se inclinó por la de los sustos acumulados.

De esta forma, el susto puede clasificarse como un síndrome de tipo emocional que puede ser provocado por causas sobrenaturales o personalistas (un acontecimiento sobrenatural que provoca un fuerte impacto emocional) o bien por causas naturales (una experiencia real que provoca un fuerte impacto emocional).

Quienes han sufrido de susto lo asocian directamente a un fenómeno emocional –la vivencia de una impresión o susto fuerte- y tanto por los testimonios como por el tipo de remedios utilizados en el tratamiento –que veremos más adelante- se vincula con el corazón, en tanto órgano y símbolo relacionado con las emociones.

Otra característica del susto es que es una dolencia que puede acumularse en el tiempo en caso de no tratarse, provocando –si así ocurre- que las personas desarrollen síntomas cada vez más graves o inhabilitantes, entre los que se mencionaron los ataques epilépticos, la pérdida de juicio e incluso la muerte.

Finalmente, la intensidad en que se manifiesta el susto en cada persona va a variar, desde un impacto momentáneo que luego de un tratamiento termina, hasta casos como los mencionados anteriormente, en los que las afectadas sienten que sustos ocurridos hace años aun las afectan, volviéndose el síndrome –o la enfermedad mental cuando está presente - crónico. Según E.T., sanador tradicional de la comuna de Queilen, el que una persona se asuste o no, va a depender de la *resistencia emocional* que ésta tenga, lo que explicaría por qué ante un mismo

hecho algunas personas no se asustan y otras sí se ven afectadas. Al respecto, A.B., sanadora de Puqueldón, dice que algunas personas se asustan porque son *débiles de corazón* y las que no se asustan se debería a que son “corajeros” o “duros de corazón”. El ser susceptible al Susto, dependerá entonces de la fortaleza emocional de la persona.

### iii. Síntomas y Signos

De acuerdo a la revisión bibliográfica y a las entrevistas realizadas, podemos sostener que el Susto comprende un sinnúmero de síntomas somáticos o físicos y algunos síntomas psicológicos o emocionales más restringidos y comunes a diversos grupos culturales.

La GLADP menciona que entre los síntomas generales del susto se encuentran la agitación, anorexia, insomnio, fiebre, diarrea, confusión mental y apatía, depresión, introversión. Asimismo, se señala que diferentes estudios atribuyen como síntomas de algunos casos de susto la hipoglucemia, enfermedades orgánicas no especificadas, ansiedad generalizada o estrés producido por conflictos sociales o baja autoestima (APAL, 2003: 220). Entre los nahuas de México, Alfonso Aparicio menciona como síntomas físicos el amoratamiento de la piel, hinchazón de los ojos, pérdida de la voz, suspiros, acidez y regurgitaciones, cambios de humor, sollozos y llanto, mal dormir, etc. (Aparicio, S/f: 15).

En cuanto a lo emocional o anímico, Aparicio señala que la persona “No puede concentrarse, no puede relacionarse, no puede hacer bien su trabajo, no le sienta bien lo que come y lo que bebe”. Asimismo, señala que se consideran entre los pueblos amerindios síntomas como el caer en un estado de desánimo, tristeza, apatía, desgano, inapetencia y deseo de estar aislado.

Ortiz de Montellano (1997:262) menciona igualmente en poblaciones de México “inquietud al dormir, decaimiento, pérdida del apetito, pérdida de peso, pérdida de energía y fuerza, depresión, introversión, palidez, letargo y a veces fiebre, vómitos y diarrea”.

En el caso de los niños, la Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana señala que “El niño espantado llora continuamente, sobre todo durante la noche, y deja de dormir; asimismo, tiene escalofríos y pierde el apetito. Uno de los indicios más significativos del padecimiento es la coloración verdosa de las evacuaciones del paciente, el cual, en ocasiones, también presenta vómitos. Por lo general, la visión que lo ha impresionado persigue constantemente al niño, y éste "repite el sueño", lo que le produce una gran intranquilidad”.

Castellón (1997:185) recoge entre las comunidades quechua síntomas físicos como dolor de estómago, dolores de cabeza, fiebre, carachas (costras en la cara), sarna, hinchazón de estómago, tos, ictericia, envaramiento (rigidez) muscular. En lo anímico se menciona sueño, “no hay ganas de caminar”, “no hay ganas de comer, no hay valor”; “La wawita grita, duerme asustado, se espanta, se vuelca sus ojitos; está como loco”. Las comunidades quechuas señalan que es un síndrome que afecta al cuerpo entero y en lo particular al estómago y al corazón.

Hollweg (2003:4), para el caso de los aymara y quechua de Bolivia registra que “el asustado manifiesta sensación de desvitalización y desfallecimiento corporal, acompañado de quejas de malestares orgánicos (psicosomatización)”, también se dan casos de cuadros delirantes alucinatorios y de confusión mental. Fernández (1988), también entre los aymara, pero puntualmente entre los niños, describe inquietud, ojos enrojecidos, huidizos y con ojeras penetrantes; además de que no concilian el sueño y pierden el apetito.

Entre los mapuche, los síntomas identificados son “temor, mirada perdida, palpitaciones y nervios” (Citarella, 1995:340).

En Chiloé, en un testimonio que recoge la Asociación Indígena Rayen Küyen (2005:41) se señala que “Los síntomas que presenta una persona con enfermedad del susto son principalmente mucho sueño, debilidad, desmayos, inapetencia, llanto en los niños y sueños interrumpidos. “Mi hijo que tuvo susto, no tenía apetito de comer, lo que tenía era sueño, y en la noche se levantaba y llamaba asustado, porque casi le salió el juicio”.

Entre nuestros entrevistados –enfermos y sanadores tradicionales- se mencionan una serie de síntomas físicos y psicológicos, que se entremezclan para ir configurando el síndrome. Para efectos de clarificar la sintomatología, la hemos dividido en síntomas físicos o somáticos y en síntomas psicológicos, que se describieron de la siguiente manera:

**a) Síntomas físicos o somáticos:** síntomas diversos y en general particulares de cada enfermo, como acalambamiento de cuerpo; úlcera gástrica; alopecia; parálisis en piernas, parálisis en brazo, parálisis facial; ‘le faltaba el resuello’ (falta el aliento, cansancio) y sensaciones precordiales (“como que el corazón le queda pesado”; “tiene que andar suspirando, como que tiene algo que se le viene hinchando”),

En forma más frecuente se mencionan ataques similares a los de tipo epiléptico, pérdida de conciencia o ambos juntos (ataques con pérdida de conciencia). Una de las sanadoras entrevistadas nos dice al respecto:

*“...los adultos hasta que ya no pueden más y explotan, cuando están mucho, mucho, les dan como ataques, se mueve el cuerpo y se queda la vista para arriba. Esa es la Gota Coral<sup>54</sup>, caen al suelo y se mueven completos (...) porque el susto pasa en veces a Gota Coral, eso se ve mucho” (A.B., Sanadora Tradicional. Puqueldón).*

Otro síntoma del síndrome es un pulso característico que la persona manifiesta y que es detectado por las sanadoras tradicionales que saben usar esta técnica diagnóstica<sup>55</sup>. A.B., sanadora de Puqueldón, dice al respecto que “... cuando está espantado, el pulso anda rápido, y cuando ya está pasando el Susto que tiene, está rápido y está débil también, como un hilito”. La misma sanadora señala que a través del pulso se puede saber qué tipo de Susto tiene la persona (actual o acumulado). Otra sanadora, G.M., también de Puqueldón, señala que la persona que está asustada tiene dos pulsos en la muñeca y que ambos laten en forma distinta.

Una forma de diagnóstico tradicional que recogimos en nuestra investigación y que sirve para establecer la existencia del Susto y también de otras enfermedades y dolencias es la observación de las vísceras de un animal. En el caso que nos tocó presenciar, la madre de una joven de 16 años afectada por un Susto, la hizo soplar cuatro veces en el pico de una gallina; luego mató a la gallina y observó que el corazón tenía una pequeña acumulación de grasa blanca en la punta, lo que ella explicó como la evidencia del Susto de su hija. Este tipo de diagnóstico también se hace en otros territorios de Chiloé con corderos, a los que se les sopla en el hocico y una vez muerto se le observa el hígado, para identificar en qué órgano se encuentra la enfermedad. La imagen del órgano afectado debiera dibujarse en el hígado del cordero<sup>56</sup>.

Finalmente, dos sanadores mencionaron como imprescindible para el diagnóstico del Susto, el que en la entrevista (anamnesis) con la persona afectada, ésta manifieste que está asustado, lo que debe hacer en base a los síntomas que presenta y que además recuerde qué le provocó el susto.

---

<sup>54</sup> Gota Coral es el nombre que se le daba antiguamente a la Epilepsia -concretamente a las crisis epilépticas- la cual se atribuía al corazón, de donde proviene la voz coral. (Fuente: Biblioteca Virtual de la Yucataneidad. <http://www.uady.mx/sitios/editoria/biblioteca-virtual/miscelanea/e.html>). En Chiloé aún hay personas que se refieren a la epilepsia de esta forma.

<sup>55</sup> Como mencionamos anteriormente, el tomar el pulso o “pulsear” es una forma de diagnóstico que practican lo/as sanadore/as tradicionales. Ello/as colocan sus dos pulgares en la cara anterior de la muñeca del enfermo o persona que consulta y hacen una apreciación de la existencia de alguna patología según los pulsos, sus ritmos, amplitudes y tono.

<sup>56</sup> Esta técnica diagnóstica se utiliza igualmente en otros países de Latinoamérica. En Perú es extendida ‘la soba del cuy’, que sigue el mismo principio que observamos en Chiloé. [http://www.visionchamanica.com/Medicinas\\_alternativas/Soba-del-cuy.htm](http://www.visionchamanica.com/Medicinas_alternativas/Soba-del-cuy.htm)

**b) Síntomas psicológicos: involucran manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales.**

La sintomatología más reiterada es el llanto recurrente (*“despertaba por las noches llorando durante un mes”*, niño, 9 años; *“lloro mucho, no es normal”*, mujer, 50 años; *“lloraba”*, mujer, 34 años).

El sueño es otro aspecto que varias personas señalaron entre los síntomas más recurrentes y que se presenta de dos formas opuestas. Algunos enfermos y sanadores señalan como síntoma el tener mucho sueño, dormir mucho, soñar mucho (*sueños malos*). Pero, por otra parte, existen personas a las que les ocurre lo contrario: tienen dificultades para dormir o lo hacen sobresaltados.

*“Para ver el susto, en un niño, en un adulto igual, sin dormir, nunca cierra la vista, no duerme como debería dormir, siempre sobresaltado, siempre moviendo así: unos brincos, el lado izquierdo, el brazo con la pierna, siempre el lado izquierdo, eso decía mi mamá que eran los síntomas del susto” (E.T., 49 años, Sanador Tradicional).*

Otros síntomas mencionados fueron la tristeza, inapetencia, *“los nervios”*<sup>57</sup>, la pérdida de la memoria.

También se consignan algunas conductas bizarras, tales como esconderse para evitar ver a otras personas o ser visto; dejar de hablar; arrancar o escaparse de la casa (*“de amanecida quiere irse, arrancarse para el campo”*); temor a entrar a determinados espacios o circular por los lugares en que antes se hacía habitualmente; ver ‘espíritus’, sombras o personas imaginarias que se acercan; escuchar voces.

*“... escucha voces, es como (que) está escuchando voces, (que) la están llamando, como esquizofrenia, pero cuando ya toma sus remedios (remedios naturales, indicados en una tienda naturista) se le quita todo eso, no escucha voces, no le atacan ni las piernas ni los oídos, porque a ésta cuando la atacan los huesos, dolores de oídos, en la noche escucha que lo están llamando que lo están insultando, así pasa...” (Relato de la madre de R.R., mujer, 34 años, Queilen Rural)*

En el caso de los niños, una sanadora señala que *“se quedan más cobardes, ya no quieren dormir solos”* (A.B., sanadora tradicional, Puqueldón)

---

<sup>57</sup> La GLADP considera los ‘nervios’ como un síndrome cultural en sí mismo y de acuerdo a su descripción podríamos considerar que se condice con lo que las personas refieren al hablar de ‘nervios’, aun cuando en general en Chiloé se lo considera como un conjunto de síntomas o un estado y no como un síndrome en sí mismo. LA GLADP define los nervios como “Frecuentes episodios, a menudo crónicos, de extrema tristeza o ansiedad que dan lugar a un conjunto de manifestaciones somáticas tales como dolor de cabeza o dolor muscular, reactividad disminuida, náuseas, pérdida de apetito, insomnio, fatiga y agitación. Más frecuente en mujeres” (APAL, 2003:219).

Otro síntoma descrito por la misma sanadora y al que hacíamos referencia anteriormente, es “perder el tino” o “perder el juicio” y para graficarlo relata un caso que le tocó atender:

*“Perder el tino es que usted no se da cuenta de nada. El niño<sup>58</sup> que vino, le temblaban las manos, y entró hacia la cocina tanteando así, y llegó y le dijo buenos días a la mesa, estaba fuera de tino. Ese chico tomó un susto, se cayó de un caballo en un puente, habrá sido un año atrás, lo dejó y lo dejó (no se trató el Susto) y le vino con el trago, cuando tomaba, arrancaba, en las noches se desaparecía de la cama y ni sabían si estaba o no, (...) y cuando me empezaron a decir que tuvo su Susto, ahí le dije que le haría el remedio. Cuando vino después de tomar su segundo remedio ya vino bueno, cambió (...) Puede también que pierda el conocimiento por la enfermedad que tiene en el cuerpo, eso sería un síntoma igual”. (A.B., sanadora tradicional, Puqueldón)<sup>59</sup>.*

En general, y como veíamos en la revisión bibliográfica sobre este síndrome en otros países latinoamericanos, la sintomatología somática es diversa y por lo general se asocia a enfermedades orgánicas que acompañan al Susto. En lo psicológico, los síntomas coinciden tanto entre los distintos casos estudiados a nivel local como con lo que se refiere a nivel latinoamericano, fundamentalmente en aquellos síntomas que denotan desgano y apatía, así como temor y trastornos o alteraciones conductuales.

#### **iv. Tratamiento**

El tratamiento del susto debe ser realizado en todas las culturas por un especialista tradicional. Asimismo, aun cuando no en todas las culturas y territorios se conserva explícitamente la noción de pérdida del alma como causal del susto, en todo el continente se aplican tratamientos similares, que incluyen remedios en base a hierbas y ceremonias mágicas o rituales.

En México, López Austin (En: Aparicio, S/f), menciona que la cura del susto consiste en ir a buscar el alma donde quiera que se encontrase o donde quien pudiera haberse apoderado de ella, para devolvérsela a su legítimo propietario. Para ello, se realiza un tratamiento a través de rituales mágicos que incluyen una “limpia” previa a la recuperación del alma, con el objetivo de expulsar del cuerpo todos los malos espíritus y aires que aprovechan el lugar de salida del alma para alojarse en el cuerpo.

---

<sup>58</sup> Se refiere a un hombre joven.

<sup>59</sup> En este caso, y por la descripción que realiza la sanadora, podríamos estar ante un cuadro de esquizofrenia.

Otros tratamientos de limpieza mencionados por Aparicio en México consisten en que “se barre bien la casa. El enfermo se sienta en medio, donde hace cruz la casa. Ahí se le untan 14 huevitos (...). Después lo *rucean* (rocían) con mezcal” y otro tratamiento, que se usa especialmente cuando el susto ha ocurrido lejos, consiste en poner brasas, un nido de pajarito, palma bendita y rabo de ajo dentro de un recipiente de barro o greda, mientras se llama al enfermo (a su alma perdida) por su nombre. Según una sanadora entrevistada por Aparicio, ella dice: “*Por ejemplo, si se llama Juan, se dice: -Vente, Juan; - ¿Dónde estás, Juan? Y se da vuelta al enfermo llamándolo. Si arde la lumbre solita, ¡ya llegó! Si no arde, vuelvo a hacer más, otra vez, hasta que arda y vuelva el espíritu*”.

Entre los aymara de Bolivia, Fernández describe una ceremonia que consiste en acostar al enfermo muy arropado, y una vez que se ha dormido, el *yatiri* (sanador) o algún familiar comienza a recriminar al alma (“*ajayu, animu, kuraji*”), para que vuelva. Para ello, se acerca al lugar donde la persona habría tenido el susto –y donde habría ocurrido la salida de su alma- con objetos personales del afectado (ropa y, en el caso de que se trate de un niño, sus golosinas preferidas). Haciendo ofrendas de incienso y alcohol, tocando una campana y haciendo girar la ropa en sentido contrario a las agujas del reloj, realiza una invocación llamando al *ajayu* del enfermo: “*Jutam, jutam, jutam, jutamay ajayu!*” (¡Venga, venga, venga, venga no más, espíritu!). Lo que debiera ocurrir posteriormente es que alguna sombra o insecto se pose sobre la ropa, con lo que se tiene la señal de que el espíritu volvió al afectado. Posteriormente se describen varias acciones que dicen relación con santiguar al enfermo, llamar nuevamente a su alma, poner cerca de él los objetos usados en el ritual, además de una cruz, entre otros (Fernández, 1988:109).

Castellón recoge igualmente que el diagnóstico de susto entre los quechua se realiza mirando la hoja de coca y también con naipes. Para el tratamiento posterior, en especial en el caso de los niños, se hace un cocimiento de coca, cigarro y lejía con el que se baña al niño.

En el contexto mapuche, en Citarella (1995:340), se mencionan tratamientos que incluyen infusiones de hierbas; infusiones de hierbas acompañadas de quemas de azúcar y ají en el fuego; oraciones y disparos al aire y palmadas en la cara para hacer volver en sí a la persona asustada.

En Chiloé los tratamientos para el susto eran realizados sólo por algunas de las sanadoras entrevistadas y por un sanador. Si bien actualmente se trata de un síndrome tratado por especialistas, la señora D.M., 72 años, de Quemchi insular nos comentó que cuando sus hijos eran pequeños, hace aproximadamente 40 años atrás, ella misma, sin ser sanadora, les hacía

remedios para el susto y que este conocimiento era generalizado entre las personas, no una práctica restringida sólo a algunos. Este saber se fue perdiendo en el tiempo y se dejó de practicar, según la apreciación de nuestra entrevistada, *“porque ya empezaron a llegar los remedios y la gente se empezó a atender en los hospitales”*. De esta forma, el conocimiento fue quedando en algunos pocos sanadores y sanadoras que fueron conservando ésta y otras prácticas vinculadas a la curación de dolencias y síndromes locales.

Los tratamientos que recogimos variaban desde la elaboración de remedios de hierbas que prepara la sanadora y entrega al enfermo en botellas para que los tome en su casa, hasta ceremonias tradicionales. En la descripción que cada uno de ellos hacía de la manera en que trataba el susto, se verificaba la forma en que se había o no conservado la tradición cultural asociada al tratamiento del síndrome. Mientras más elementos culturales se mantenían, más complejo era el tratamiento en su preparación y forma de administración. Sin embargo, independientemente del tratamiento realizado, en todos se da un factor común que dice relación con el ritual que implica tanto la recolección de las hierbas que se usan para preparar el remedio como los principales aspectos de la ceremonia en el caso de quienes aún la hacen

En la elaboración más primordial del remedio de susto, la recolección de las hierbas debe hacerse al alba, antes de la salida del sol. Quien recoge las plantas debe ser la sanadora o sanador, que no debiera ser pariente de la persona afectada. Sólo la sanadora debe saber cuándo irá a recoger las hierbas y al hacerlo, desde que se levanta y hasta que vuelve a su casa, no debe hablar con nadie. Si alguien la acompaña, esa persona tampoco debe hablar. Si en el camino se encuentra con otra persona o con algún pájaro (ya que muchos de ellos se asocian a brujos), deberá realizar nuevamente el ritual otro día, ya que esto lo invalida. Mientras recoge las hierbas (en general plantas nativas que se encuentran en el bosque y algunas que se cultivan en la huerta) y otros ingredientes para el remedio (un tipo de piedras, agua de determinadas características, elementos que simbolicen aquello que provocó el susto), la sanadora debe pensar en la persona enferma a la que se le está haciendo el remedio. La preparación del remedio puede ser dentro del mismo día o demorarse uno o dos días, dependiendo de si se encontraron todos los ingredientes. Una vez que se tienen todos los ingredientes y las hierbas, algunas se bruñen, otras se maceran y otras se hierven, lo que se debe hacer antes del mediodía. El remedio de susto es particular para cada persona, se hace pensando en ella y por lo tanto no sirve para tratar el susto de otro.

La aplicación del remedio de susto se hace de tres maneras, las que dependiendo de cada sanador se indican en forma única o complementaria:



a) A través de un preparado de hierbas que se toma frío o tibio (tres vasitos distribuidos durante el día hasta que se termina el preparado, del que habitualmente se entregan 2 o 3 litros).

Al igual que como mencionábamos anteriormente para el caso de México, algunas sanadoras previo a que la persona empiece el tratamiento con hierbas para el Susto, realizan una limpieza administrándole vomitivos hechos con plantas medicinales con el objetivo de expulsar el susto y prepararla para enfrentar el tratamiento que viene (tomas de hierbas o ceremonia cuando ésta se realiza). La limpieza previa a un tratamiento de sanación es una práctica habitual en los pueblos originarios<sup>60</sup>, y – en el caso del Susto – lo que originalmente se buscaba era expulsar los malos espíritus que pudieran haber entrado en la persona ocupando el espacio que el alma dejó vacío.

b) Con el mismo preparado de hierbas que luego la persona deberá tomar, el sanador o quien acompañe al enfermo luego en su casa, debe rociar sorpresivamente a la persona, ya sea por la espalda o por el frente y en la cara. Para esto, el sanador introduce en su boca el líquido y luego lo va soplando o asperjando sobre la persona. El objetivo de esto es asustar nuevamente a la persona para que de esta forma vuelva a ser la misma (en el concepto originario, para que el alma retorne al cuerpo) o bien – como en el caso del vomitivo que mencionábamos anteriormente – para sacarle el susto.

*“... Pero ese remedio (asperjar al enfermo) ella directamente no lo hacía, ella decía que lo haga la mamá del niño o el familiar, cuando ya llegue a su casa. El primer día antes de tomar el remedio le decía que se saque de la botella una bocanada la persona y le levante la polera y le dé susto, que le tire por la espalda y en la cara. Ella le decía que llore, que llore, déjalo que llore, para que se vaya el susto decía ella (...) mi mamá decía ¡fuera susto no más!, esa era su palabra...” (E.T., sanador tradicional)*

A medida que se sopla el líquido sobre la persona, se van haciendo invocaciones al espíritu perdido de la persona, de manera que éste vuelva cuando el susto se haya ido.

c) A través de una ceremonia en la que se llama al espíritu de la persona asustada a través de un ritual en el que ella debe estar presente.

En cuanto a la ceremonia para tratar el susto, en Chiloé se denomina Kutupelle, Kotupeye o Kutipe y tiene elementos muy similares a las ceremonias descritas a lo largo de Latinoamérica.

También recogimos de parte de un sanador entrevistado el nombre de Leupillín para esta ceremonia, el que no es mencionado en la bibliografía revisada y que en mapudungun

---

<sup>60</sup> Otros antecedentes al respecto en <http://apu-yura.blogspot.com/2008/04/inciensos-palo-santo.html>

podría tener un significado similar a “que entre el espíritu rápidamente (que se ubique en su lugar)”.

En la revisión bibliográfica encontramos dos descripciones de la ceremonia de tratamiento del Susto. Bernardo Quintana (1995) describe una ceremonia de “Cutipe” realizada en Chiloé (no se indica la fecha en que se recogió este testimonio) de la siguiente manera:

*“la madre sostiene la criatura por el tronco, y la curiosa (sanadora) de ambos pies; en esta forma, rodean la casa, deteniéndose en cada una de las cuatro esquinas, para que la machi, proceda a rociar en la espalda desnuda del niño, tres buchadas de una infusión preparada con toronjil, flor de la piedra, huipinda, flor de ciruelillo, hojas de poleo y polvos de “tuya”. Una vez llegadas a la última esquina, la curiosa entrega al niño a su madre y ejecuta una extraña danza, dando pequeños brincos, girando en círculo y levantándose varias veces sus polleras, llama en voz alta al niño por su nombre, durante cuatro veces y en cuatro direcciones opuestas. Una vez finalizada esta ceremonia, entran todas a la casa, acuestan al niño en su cuna, se le da de beber cucharaditas de infusión de ‘Huelgue’ y a los pocos minutos se queda profundamente dormido (seguramente por el efecto sedante de esta última planta). Al decir de las madres, que desesperadas han tenido que recurrir al “Cutipe”, el niño amanece al otro día completamente sano (Quintana, 1995:147).*

Manuel Romo (2001:16-17), a partir de un trabajo realizado por Elena Quintana de García en Chiloé y publicado en 1977<sup>61</sup>, hace la siguiente descripción de la ceremonia que denomina Cutupelle o Cotupeye, en la que se llamaba al espíritu y al juicio del niño, como observábamos anteriormente y como ocurre en el Altiplano y otros lugares de América Latina:

*“Suponiendo que es un niño el paciente, es indispensable buscar un curioso o curiosa. Esta persona debe llevar un hachón de paja con lana negra al que se le ha puesto una brasa. El dueño del enfermo con una varita va huasqueándolo, mientras la machi va romanceando: ‘cutupelle, metapelle; que entre el juicio; que vuelva su espíritu’. Así hasta que llegan al lugar en donde el niño recibió el susto. Si el motivo fue un árbol, una lancha, etc., se le raspará y se guardarán las raspaduras. Si, por el contrario, el causante fue una persona o un animal, se le cortará un mechón de pelo. En el primer caso, después de raspar al culpable y de huasquearlo, se iniciará el regreso a casa, en la misma forma como de ida. Al enfermo se le sentará en la cama, mientras la curiosa pone a hervir las raspaduras a las cuales ha agregado ciertas yerbas especiales para el susto y en seguida la machi rociará el cuerpo del paciente soplando el agua milagrosa con la boca en todo el cuerpo con el objeto de hacer que entre su juicio. Esta ceremonia debe hacerse al momento de oscurecer y con no menos de cuatro personas como acompañantes de la curiosa”.*

La ceremonia de Leupillín, nos fue relatada por E.T., sanador de la comuna de Queilen, cuya madre la realizaba para tratar los sustos hasta hace unos cinco años atrás, antes de fallecer. El leupillín se realiza cuando el remedio de hierbas ya no hace efecto o cuando “hay sustos donde ya ha pasado harto tiempo dentro del cuerpo, por ejemplo meses”:

---

<sup>61</sup> Quintana de García, Elena: Voces del Archipiélago. (Vocabulario Chilote). Santiago, Imprenta Simiente, 1977.

*“El leupillín -es chistoso el remedio este, mucha gente se reía acá cuando veía hacerlo- consiste en que ella se levantaba cuando viene recién la luna del día para buscar el remedio, (...) me decía ése es el secreto del remedio, de ese tipo de remedio, eso no se recolecta a cualquier hora del día, tiene que ser viniendo el alba. (A1) Llegar de fuera, encima de la cocina los oreaba (las hierbas), pasto, simplemente pasto, pero no cualquier pasto, y eso ella lo hacía así, y lo ponía en ese cuenco. Y eso cuando venía la persona lo citaba temprano, a las 8 de la mañana tenía que estar la persona acá, así que ella tenía su tabla de madera, la colocaba en el piso, y su pasto seco lo colocaba ahí (sobre la tabla) y le prendía un fósforo, lo encendía y decía que la persona, ya sea un adulto o un niño, tenía que saltar en cruz, hasta que el fuego se consuma totalmente. (Mientras la persona saltaba) ella le decía ‘fuera susto, fuera susto, fuera leupillín’ y decía las palabras ella, mientras la persona hacía este rito. Después que se consumía recogía las pavesas y las colocaba en una tetera, junto con otros pastos de acá; los hervía y esa es la toma, le ponía los remedios. Eso sí, ese remedio es para la persona que saltó, no lo puede tomar otra persona. Porque decía que eso iba al nombre de la persona, (...) ella lo primero que hacía era preguntar el nombre del paciente (y) lo anotaba en una hoja antes de ir a hacer la recolección (...) porque ella cuando estaba extrayendo el pastito, ella estaba llamando en su corazón el nombre de la persona”.*

En estas ceremonias se ponen en juego distintos mecanismos que contribuyen a la cura de la dolencia. Existe una relación favorable entre la sanadora y el enfermo, no sólo por el reconocimiento que el enfermo hace de ella, sino que también por la preocupación que se observa en la preparación ‘personalizada’ del remedio; se realiza una ceremonia que tiene varios simbolismos propios de la cultura local (fuego, cruz, oración) y el ser protagonista de la ceremonia otorga a la persona una sensación de control, de tener un rol activo en la curación de su enfermedad que –además de las propiedades medicinales que tengan las hierbas que luego va a tomar- contribuyen a su sanación física y espiritual. Lo colectivo, a través de la participación de la sanadora, el apoyo familiar y la comprensión comunitaria del síndrome son también factores que contribuyen al proceso terapéutico.

## **vii. Explicación Biomédica**

La GLADP sugiere que los casos de susto o espanto se clasifiquen como “Trastorno somatomorfo indiferenciado”. Alternativamente, y si el cuadro clínico lo sugiere, puede utilizarse la categoría “Otros trastornos neuróticos especificados” (APAL, 2003:220).

Ortiz de Montellano (1997: 262) señala que algunos diagnósticos biomédicos del susto “van desde los psiquiátricos –una expresión culturalmente apropiada de la ansiedad histórica- (Guillén, 1948) hasta la hipoglucemia (Bolton, 1981). Rubel et al. (1984) atribuyen los síntomas al estrés social, pero demostraron que los *asustados* igualmente manifiestan elevados niveles de enfermedad orgánica”.

Aparicio (S/f:14), menciona la explicación que da Concepción de la Garza en relación al susto, donde sostiene que "la teoría indígena del susto aparece como análoga de la freudiana

(sic) de neurastenia de sobresalto o de neurastenia de accidente: un acontecimiento exterior es el causante de una ruptura en la vida psíquica de la persona y el choque de energías antagonistas de dicha ruptura se manifiesta a través de una serie de síntomas" (De La Garza, en: Aparicio Mena, p. 14).

En Chiloé, en general los profesionales de salud entrevistados que se desempeñan en el nivel secundario u hospitalario (Pediatra, Matrona, Neurólogo, Asistente Social, Psicóloga) no conocen mayormente el Susto y sus manifestaciones y sostienen no haber visto o haber visto muy pocos casos. En el caso de algunos profesionales y técnicos paramédicos del nivel primario de atención (Médico General, Matrón, Técnicos Paramédicos), el Susto es más conocido y un Paramédico lo señala incluso como uno de los más recurrentes, además del Mal, y para el que se cuenta con varias 'machi' que lo tratan, por lo que en ocasiones él mismo ha derivado a pacientes donde estas sanadoras.

Es probable que la poca información que algunos profesionales manejan se deba a que las personas en general no les mencionan a los profesionales de salud que en su padecimiento hay involucrado un síndrome de Susto, pero también porque se trata de un síndrome para el que aún existe una red de sanadores tradicionales, por lo que en muchos casos se resuelve en el sistema médico tradicional y en otros se complementan los sistemas. Cuando la consulta es en el sistema oficial, habitualmente se realiza en la atención primaria, buscando resolver los síntomas orgánicos o somáticos que pudieran acompañar al Susto, es por ello que por lo general los pacientes no llegan al nivel hospitalario, a menos que en su diagnóstico haya alguna sospecha de trastorno mental, epilepsia, soplo al corazón u otro.

En varios casos que hemos conocido, tanto a través de esta investigación como en la atención complementaria que habitualmente realiza el equipo de la Unidad de Salud Colectiva, hemos identificado que existe una importante correlación en los diagnósticos que se realizan en el nivel primario entre Susto (según la concepción del enfermo o illness) y Epilepsia (según la concepción biomédica o disease). Esto ocurre porque las convulsiones propias de la epilepsia pueden ser interpretadas como parte de la sintomatología de un Susto y es en ese momento en el que la persona consulta en el sistema biomédico. Sin embargo, conocimos también un caso en el que el diagnóstico de epilepsia finalmente fue descartado por los exámenes neurológicos y la enferma, una joven de 16 años se sanó con el tratamiento del sistema tradicional u originario.

En el caso de cuadros más complejos, donde el nivel primario de atención no logra resolver el problema somático y se deriva al nivel secundario (hospital), dependerá del especialista y de su formación el que se priorice una explicación orgánica, considerándose el aspecto psicológico o el susto –en el caso de que el enfermo manifieste que cree tener este síndrome- como un antecedente que podrá o no tener relación con la patología que se esté tratando. En estos casos es habitual que se encuentren patologías asociadas, como epilepsia, estrés post traumático<sup>62</sup> o esquizofrenia, que tienen síntomas que pueden ser confundidos o asociados por las personas con un Susto. En algunos casos, cuando a una persona se le diagnostica un soplo al corazón, la explicación cultural es la de un Susto.

Un médico Neurólogo del Hospital de Castro, señala:

*“... hay varios síndromes que uno puede escuchar de las personas y que uno trata de darle una interpretación del punto de vista de la medicina científica, (...) por ejemplo el susto, hay enfermedades que los pacientes interpretan como que fueran a raíz de un susto o a raíz de una situación de estrés y son enfermedades orgánicas, enfermedades que nosotros podemos evidenciar. Por ejemplo, el Parkinson. Hay pacientes que ese temblor que tienen, que es expresión de la enfermedad, se lo atribuyen a una situación de susto que tuvieron en algún momento (cercano al inicio de los temblores), pero la enfermedad como tal existe, no es una situación transitoria ni pasajera”.*

Por otro lado, un médico Pediatra del mismo hospital, quien además tiene formación en terapias complementarias, si bien manifiesta no haber recibido casos de Susto, pero sí otros síndromes culturales, como mal de ojo o empacho, sostiene en relación a la forma en que aborda estos síndromes con la familia:

*“... uno trata de ver si hay algún trastorno psicológico o funcional, si hay algo en la casa que no esté funcionando bien, que esté produciendo las molestias y si no lo puedes ayudar por ese lado, le sugieres que vaya no más a una persona que lo pueda ayudar (...) si la persona piensa que yendo a un curandero o a una meica va a andar bien, uno le sugiere que vaya porque realmente van a ir con una disposición diferente y con la fe de que puede mejorar. Lo que pasa es que también hay muchas situaciones que no son tanto físicas, a veces hay conflictos o hay dramas dentro de la familia y eso va repercutiendo en el niño, aunque la familia no lo perciba, no lo sienta y muchas veces no tienen la capacidad de reaccionar o de ver si es así. Muchas veces aunque tú les hagas ver que es un conflicto de la familia, no aceptan que el niño se enfermó por eso, entonces hay algunas situaciones que van más allá de la medicina (alopática), en que uno no los puede ayudar con una pastilla o un medicamento, no va por ahí...”*

---

<sup>62</sup> En el DSM-IV, entre la sintomatología descrita para el Trastorno por estrés postraumático se mencionan: esfuerzos para evitar actividades lugares o personas que motivan recuerdos del trauma, dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresaltos (Pichot, 1998:212 y 213). Si bien esos síntomas son similares a los descritos para el Susto, se mencionan igualmente otros menos coincidentes, como recuerdos y sueños recurrentes sobre el acontecimiento traumático, sensación de que el acontecimiento vuelve a ocurrir, entre otros.

En el caso del nivel secundario, independiente de su formación, en general los profesionales del sistema biomédico entrevistados, ante la consulta sobre la forma en que abordan a un paciente que dice tener un síndrome cultural, sostienen que en primera instancia se busca una explicación científica o biomédica a la enfermedad, pero que se respeta el camino de sanación que elijan –independientemente de si ellos creen o no que va a haber un resultado favorable- en especial si éste es complementario y no alternativo al tratamiento biomédico.

En el nivel primario de atención, en cambio, existe por lo general una visión más integral del síndrome y en muchos casos son los propios funcionarios de salud, en especial los Técnicos Paramédicos -que tienen un mayor acercamiento a la comunidad y en gran parte de los casos viven en las localidades que atienden- quienes les consultan abiertamente a las personas si creen que la enfermedad por la que consultan es un síndrome cultural e incluso recomiendan o derivan a las personas a sanadores tradicionales.

*“Hay niños donde, tratando de complementar la parte cultural con la parte médica, hay disposición a los conocimientos (...), como que la gente ha tenido un poco más de disposición a lo que uno le dice, partiendo por escuchar. Por ejemplo, cuando te dicen mi niño vio algo en el mar y desde que pasó esto, empezó con llantos por la noche, terror nocturno, insomnio y esas cosas, yo trato de (decirle), ¿y esto no podrá ser un Susto?, o (le digo) de alguien que lo pueda tratar y van donde ella. Y aunque uno pueda atribuirle una etiología distinta (...) cuando uno complementa las cosas parece que da mejor resultado” (Médico General. Quinchao).*

Este abordaje complementario fue en cierta forma validado por una mujer, cuando uno de los médicos de nuestro equipo, al escuchar la descripción de su sintomatología, le consultó si creía posible que su cuadro fuera un Susto. Luego de reconocer que efectivamente creía tener un Susto, le dijo al médico: *“Qué moderna está la medicina, doctor, ahora saben hasta de Susto”*.

La indicación complementaria de hierbas medicinales, flores de Bach, búsqueda de apoyo espiritual, entre otras, también fue mencionada por algunos de los entrevistados del sistema biomédico, no sólo para el susto, sino en forma general para síndromes y cuadros emocionales.

En relación a la complementariedad de sistemas médicos, Aparicio señala que en un número importante de los casos de susto, el sistema médico oficial no da una respuesta adecuada y no es sino hasta que interviene el especialista de la medicina tradicional que el problema se resuelve. Esto es explicado por el autor aduciendo que los eventos que provocan el susto, aun cuando sean accidentes fortuitos, constituyen un “hecho vivencial cultural que requiere de la atención de un experto: el médico tradicional o el chamán quienes -de acuerdo con las

características del susto, del lugar y del estado del asustado- actuarán en consecuencia poniendo en práctica una terapéutica simétrica, es decir, que atienda lo físico, lo biológico, lo social, lo ecológico y lo cultural del enfermo en relación con su accidente o encuentro, y siguiendo el/ los procedimiento/s marcado/s por la tradición para tales casos. De esta forma podemos comprender cuando nos dicen que la atención desde la medicina alopática puede resultar ineficaz o incompleta. No se atienden todos los niveles del problema, paralelos a los niveles de la persona”. (Aparicio, S/f: 17-18).

Este comentario es válido para la realidad de Chiloé, donde el susto constituye claramente una dolencia que debe ser abordada integralmente y donde el sistema médico tradicional tiene una serie de recursos culturalmente pertinentes para el tratamiento.

### **viii. Camino de Sanación**

El camino de sanación para el Síndrome de Susto, de acuerdo a lo que recogimos entre nuestros entrevistados, se inicia en el sistema médico tradicional especializado. Si bien las primeras medidas pueden tomarse a nivel del hogar, donde se administran hierbas relajantes, principalmente toronjil (*Melissa officinalis*), por tratarse de un síndrome ampliamente conocido, la familia rápidamente asocia la sintomatología a un Susto y recurre al sanador especialista. En algunos casos el síndrome se resuelve en ese nivel y en otros se consulta paralela o posteriormente en el nivel primario de atención cuando existen síntomas somáticos que son motivo de preocupación o que se mantienen a pesar del tratamiento tradicional.

Existen no obstante casos en los que las personas, aun creyendo que tienen un susto, no saben o no conocen sanadores tradicionales a los que recurrir. En estos casos por lo general la primera consulta es en la posta, donde se les indican medicamentos tranquilizantes.

Una entrevistada, C.G., mujer de 32 años, ha realizado un extenso camino de sanación en los últimos quince años que lleva enferma, que incluye a sanadoras tradicionales, naturistas, una machi y actualmente a un sanador naturista. Sin embargo, por presentar ataques de tipo epiléptico, también consultó con la ronda médica que atiende la posta de su localidad de residencia y fue derivada al Neurólogo, quien inició un tratamiento para la epilepsia, el que según ella no dio resultados, ya que su dolencia es un Susto y para eso el tratamiento no es biomédico:

*“(Tomo) remedios no más, pero remedios naturales, no pastillas que den los médicos. Los médicos no saben esa parte, por eso están errados, sabrán muchas cosas que uno no sabe, pero esa parte ellos no saben. Yo he tomado mucho remedio, por ser el purgante que se hace, después el remedio de susto que son varias hierbas (...), que*

*están mismo en el campo, y las mujeres que saben de eso, le colocan todo eso. Con ese remedio estuve bien, porque yo tenía miedo de andar en mi casa, hasta en el día tenía miedo aquí en mi casa, y todo eso me ha pasado, por eso digo yo, que los médicos tienen que ir metiéndose en la medicina natural”.*

Es importante destacar que ella considera que quien finalmente la ha sanado de su enfermedad es el naturista con el que actualmente se atiende.

## **ix. Comentarios y Observaciones**

Consideramos que el susto es uno de los síndromes en los que es factible complementar el sistema médico tradicional con el biomédico. Cuando los casos son leves (sin enfermedades orgánicas o mentales más complejas), por lo general se resuelven a nivel del sistema médico tradicional, sin embargo, cuando las personas recurren igualmente a la posta o a la ronda de salud, es posible complementar sistemas y los técnicos y profesionales que lo han hecho han obtenido buenos resultados, ya sea a través de la ‘interconsulta entre sistemas’, como de la validación -tanto por parte de equipos de salud y sanadores- del abordaje paralelo, en que es el afectado quien recurre a los distintos sistemas médicos.

Cuando se trata de casos más complejos, en los que existe la sospecha de epilepsia o de algún trastorno de salud mental, el necesario tratamiento biomédico puede ser complementado con terapias tradicionales, especialmente rituales, que van a orientarse a abordar los aspectos emocionales poniendo en juego patrones y mecanismos pertinentes culturalmente y que debieran resultar significativos para la persona, contribuyendo complementariamente a su sanación, en la medida que el enfermo sea capaz de internalizar que cada uno de los tratamientos contribuye, o bien en forma paralela –atacando cada uno distintos aspectos físicos y emocionales vinculados al susto- o, por el contrario, haciendo sinergia entre ambos tratamientos, para tratar el síndrome integralmente.

## **Comentarios finales**

Quisimos presentar en este capítulo, parte de los resultados del Estudio sobre Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé, realizado hace unos años, con el objetivo de dejar de manifiesto que la manera de enfermar de la población está influida fuertemente por la cultura en que se encuentra inmersa.

Tanto en contextos multiculturales, como indígenas y mestizos, como el que encontramos en Chiloé, suelen ocurrir “desconexiones” entre los usuarios de servicios de salud y quienes trabajan en ellos, ocurriendo con frecuencia situaciones tales como que los enfermos



no comunican al profesional o técnico de salud la existencia de dolencias como la descrita y éste por lo general no está preparado para comprender y manejar estos signos y síntomas, haciendo habitualmente un abordaje únicamente desde la perspectiva biomédica, y en ocasiones haciendo una descalificación –implícita o explícita- del saber de las personas cuando ellas se atreven a mencionar las razones a las que atribuyen sus problemas de salud. Por otro lado, la formación académica recibida por los integrantes de los equipos de salud no reconoce ni valida el sistema médico tradicional u originario ni incorporar conceptos de la Antropología Médica necesarios para entender estos fenómenos, por lo que dolencias pertenecientes a un sistema médicos distinto, como es el originario, se homologan y tratan como enfermedades comprendidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 o en el DSM-IV (actualmente DSM-V), instrumentos que no logran dar cuenta de una realidad sociocultural de mayor complejidad.

Esta situación produce una incomunicación entre los consultantes y los profesionales y técnicos del sistema oficial, que no contribuye a una solución integral y complementaria de los problemas de salud de las personas, quienes se transforman, en la práctica, en pacientes policonsultantes, sobremedicados y que termina por ser calificados como “pacientes problema”. La situación se vuelve más compleja cuando los consultantes han perdido elementos de su propia cultura, tienen una excesiva dependencia del sistema biomédico o no tienen acceso a los terapeutas tradicionales, lo que les hace buscar soluciones erradas o poco pertinentes, deambulando entre distintos centros de salud o profesionales que no logran dar respuesta al problema. De este modo, se hace necesario proponer una manera pertinente de evaluar a los pacientes y de describir sus condiciones clínicas, así como diagnósticos adecuados y que consideren las variables culturales que pudieran estar presentes.

Para ello, consideramos imprescindible el desarrollo de investigaciones a nivel local, que permitan establecer estrategias pertinentes para el abordaje de problemas de salud generales y otros más particulares, como son los síndromes culturales, estableciendo estrategias de promoción y prevención de salud pertinentes, así como también validando circuitos de sanación reconocidos, donde tengan un rol trascendental tanto las prácticas de salud del sistema médico oficial, como también las del tradicional. El validar ambas aproximaciones a un mismo fenómeno significa reconocer la coexistencia de sistemas médicos y puede permitir tomar de cada uno de ellos los elementos más pertinentes clínica y culturalmente.

Desde nuestro quehacer, nuestro marco para acercarnos a esta mirada incluyente de la salud ha sido el de la Salud Colectiva, entendida como “*el conjunto de Sistemas Médicos o de*

*actores, conocimientos, prácticas, técnicas e ideologías que se articulan para resolver en conjunto el desequilibrio de personas, familias y comunidades en un territorio*". Este enfoque nos ha permitido articular a personas, comunidades y servicios de salud en espacios de encuentro que terminan por ser sanadores para todos quienes participan de ellos, ya que no sólo permiten aumentar los recursos terapéuticos a los que accede quien lo necesita, al disponer ya no sólo de uno, sino que de dos o más sistemas médicos a los que es posible recurrir; sino además, contribuye a generar una mayor participación en salud, recuperar estrategias familiares en la atención de enfermedades y dolencias y especialmente, a acercar a consultantes y equipos de salud en espacios de intercambio de conocimiento que permiten una mayor horizontalidad en la relación. De esta forma, el encuentro e intercambio entre distintos sistemas médicos – sus practicantes, ideología y tecnologías – enriquece el quehacer en salud y permite avanzar en el respeto por los derechos en la atención de salud de las personas.

## **Bibliografía**

APAL (Asociación Psiquiátrica de América Latina). 2003. **Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico**. Disponible en: [http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Classification\\_Diagnostic/gladp.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Classification_Diagnostic/gladp.pdf)- Acceso 30 enero 2014.

APARICIO MENA, Alfonso. **Etnomedicina en Mesoamérica Central**. S/fecha. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos46/etnomedicina/etnomedicina.shtml>. Acceso 30 enero 2014.

BALCELLS, Rosario. **Diabetes e hipertensión en tanto enfermedades crónicas. Articulación y desarticulación entre la experiencia y percepción de los pacientes, y el saber y práctica médica. Una investigación antropológica**. Departamento de Salud Provincial de Chiloé. 2007.

BIBLIOTECA DIGITAL DE LA MEDICINA TRADICIONAL MEXICANA. **Espanto**. Disponible en: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?v=m&l=2&t=chichimecojonaz&demand=espanto&orden=16#demand>. Acceso el 30 Ene. 2014.

CAMPOS, Roberto. “**Las medicinas indígenas de México al final del milenio**”. En: La Antropología Sociocultural en el México del Milenio. Fondo de Cultura Económica, Biblioteca Mexicana (pp. 162-201). 2002.

CASTELLÓN QUIROGA, Iván **Abril es tiempo de Kharisiris**. Editorial Serrano, Cochabamba. Bolivia. 1997.

CITARELLA, Luca (Compilador). **Medicinas y Culturas en La Araucanía**. Ed. Sudamericana, Santiago. Chile. 1995.

CLAVIJO USUGA, Carmen Raquel. **Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: salud y saberes alternativos**. Iatreia, Medellín, v. 24, n.

1, Mar. 2011. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932011000100001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932011000100001&lng=en&nrm=iso). Acceso el 30 Ene. 2014.

COMELLES, J. Y MARTÍNEZ A. **“Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina”**. Universidad Complutense de Madrid. España. 1993.

CHAMORRO P., Andrea; TOCORNAL M., Constanza. **Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea**.

Estudios Atacameños, San Pedro de Atacama, n. 30, 2005. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-10432005000200007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-10432005000200007&lng=es&nrm=iso). Acceso el 30 Ene. 2014.

DE KELLER, Jennifer. **Síndromes Culturales: Nervios y Susto en Guatemala**.

Universidad del Valle de Guatemala. Departamento de Ciencias Sociales Maestría en

Conserjería Psicológica y Salud Mental. Psicodiagnóstico de Desórdenes Mentales. S/fecha

Disponible en: <http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/cic/sc.htm>. Acceso el 30 Ene. 2014.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo. **Aymaras de Bolivia. Entre la tradición y el cambio cultural**. Ed. Abya-Yala Quito. Ecuador. 1988.

HOLLWEG, Mario. **Trastornos Afectivos en las Culturas Bolivianas. Un Enfoque**

**Etnopsiquiátrico Transcultural**. En: Investigación en Salud, abril 2003/vol. V, n° 001.

Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México. P. 4- 2003. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14200106>. Acceso 30 enero 2014.

IBACACHE, Jaime y LEIGHTON, Alejandra. **“Salud Colectiva: Un modelo de Atención de Salud Contextualizado”**. 2005. Disponible en:

<http://www.ministeriodesalud.go.cr/ops/documentos/docModelos%20de%20Atencio%20Contextualizados-Chile%20.pdf>. Acceso 30 enero 2014.

LEIGHTON, Alejandra. **“Salud Colectiva y Pertinencia Cultural”**. 2013 Disponible en:

[http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Salud%20Colectiva%20y%20Pertinencia%20Cultural%20en%20Chiloe\\_.pdf](http://www.centroetnosalud.com/trabajos/Salud%20Colectiva%20y%20Pertinencia%20Cultural%20en%20Chiloe_.pdf) Acceso el 30 de enero de 2014.

OMS. **Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional**. 2002-2005. 2002. Disponible en:

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf) Acceso el 30 enero 2014.

ORTIZ DE MONTELLANO, Bernardo. **Medicina, Salud y Nutrición Aztecas. Siglo Veintiuno Editores**. México. 1997.

RAYEN KÜYEN, ASOC. INDÍGENA. **Nosotras las Mujeres Williche. Nuestra Medicina, Artesanía y Alimentación Tradicional**. Chiloé. 2005.

PICHOT, Pierre (Coordinador Gral. Edición Española). 1998. **DSM-IV. BREVIARIO. Criterios Diagnósticos**. Masson S.A

QUINTANA MANSILLA, Bernardo. **Chiloé Mitológico**. Marisa Cúneo Ediciones. Valdivia. 1995.

ROMO SÁNCHEZ, Manuel. **Folklore Médico de Chiloé**. Ediciones del Orfebre, Santiago. 2001

SASSON, Yolanda. **“El alma y los síndromes patológicos actuales I/III. Los signos y síntomas del espanto (susto) en Mesoamérica”**. Instituto Mexicano de Medicinas Tradicionales Tlahuilli A.C. N° 2. II. México. 1996. Disponible en: <http://www.tlahui.com/alma1.htm>. Acceso 30 enero 2014.

UNIDAD DE SALUD COLECTIVA. Servicio Salud Chiloé. **Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Sobrepeso, Mal, Susto y Corriente de Aire**. Proyecto FONIS SAO 7120072. 2010 Disponible en: [https://docs.google.com/file/d/0B4\\_\\_m1EgosVSMmZhY2ZlODUtNWYxZS00ZDRlLWI0ZjAtZDg4MWMwZDY5NzQ2/edit?pli=1&hl=en#](https://docs.google.com/file/d/0B4__m1EgosVSMmZhY2ZlODUtNWYxZS00ZDRlLWI0ZjAtZDg4MWMwZDY5NzQ2/edit?pli=1&hl=en#). Acceso 30 enero 2014.

UNIDAD DE SALUD COLECTIVA. SS CHILOÉ. **Síndromes Culturales en el Archipiélago de Chiloé. Las Historias No Contadas (Video)**. 2009

VIESCA TREVIÑO, Carlos. **Medicina Prehispánica de México**. Ed. Panorama. México. 2005.

WANK'AYMURA LAYMË, Delfor. **“La pérdida del alma en casos de salud mental” (Comunidad “Wasa Pukyu” de la Quebrada del T'urö, Salta, Argentina)**. Ponencia presentada en el Congreso de Medicinas Tradicionales, Interculturalidad y Salud Mental, Tarapoto, Perú (7-10 junio 2009).

## CAPÍTULO 8

### ALGUNAS EXIGENCIAS DE LA INTERCULTURALIDAD EN PROGRAMAS DE SALUD EN CONTEXTOS MAPUCHE-HUILICHES

Eliseo Cañulef<sup>63</sup>

Aunque existe una diversidad de concepciones acerca de la interculturalidad en la actualidad, dependiendo del contexto en que se le use, la mayoría comparte la visión de que su propósito es reparar los estragos de la civilización cristiano-occidental sobre las civilizaciones indígenas. En Chile se utiliza a partir de la entrada en vigencia de la ley N° 19.253 de 1993 y es posible constatar que también hay concepciones distintas entre los indígenas y los operadores del indigenismo. Muchos líderes y comunidades tienen en la actualidad pronunciamientos críticos y hasta de rechazo a cómo se concibe y se utiliza el concepto por el indigenismo estatal y académico. Por ello es necesario actualizar los planteamientos huilliches al momento en que sus líderes deciden aceptar la interculturalidad con el propósito de entender cómo la conciben y qué esperan de ella.

Lo que permite la emergencia de la interculturalidad es la persistencia de los pueblos indígenas y su lucha ininterrumpida por centurias unida a la creciente conciencia humanista que se va instalando en todas partes del mundo. También el hecho de que los países están cada vez más imbricados entre sí por la globalización y la interdependencia. Las invasiones y despojos realizados por países militarmente fuertes ya no tienen en el contexto actual una valoración positiva por parte de la comunidad internacional, sino más bien están siendo repudiadas y combatidas vigorosamente. En este nuevo escenario, el uso de la fuerza sólo conserva legitimidad para la autodefensa o la defensa del más débil. Las fronteras entre los Estados se hacen cada vez más tenues y el mismo concepto de soberanía está cambiando. Las relaciones de dominación van cediendo espacio a las relaciones de cooperación, y esto se incrementará en el futuro, lo que inevitablemente deviene en que el etnocentrismo (cerrarse en sí mismo) cederá el espacio a la apertura y al incremento de los intercambios, lo que reclama relaciones cuyos fundamentos y atributos están en este nuevo paradigma que se denomina interculturalidad.

---

<sup>63</sup> Investigador/Experimentador en Ciencias Sociales y Humanidades. Experto en Interculturalidad; Asesor en cultura y educación de la CONADI (Corporación Nacional de Desarrollo Indígena); Investigador Adjunto del Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad de la Frontera. Temuco. Chile.

Por otro lado, el mundo revisa cada vez con mayor atención, apertura y enfoque crítico, los paradigmas que han sustentado su devenir, especialmente la denominada modernidad. El intento de uniformar el saber, sobre la base de una única fuente reconocida como válida universalmente, la racionalidad del pensamiento occidental fue una posición moderna que fracasó. La postmodernidad, en cambio "...afirma el carácter plural de la racionalidad, el carácter heterogéneo de los lenguajes y formas de vida y la toma de conciencia de que no existe un punto de referencia absoluto y permanente." (Heise 1992).

En las últimas décadas ha emergido un nuevo lenguaje para la comprensión de los complejos y altamente integradores sistemas de vida. Distintos científicos le dan nombres diferentes: «teoría de los sistemas dinámicos», «teoría de la complejidad», «dinámica no-lineal», «dinámica de redes», etc. Los atractores caóticos, los fractales, las estructuras disipativas, la autoorganización y las redes autopoieticas son algunos de sus conceptos clave. Este planteamiento de la comprensión de la vida es seguido por sobresalientes investigadores y sus equipos en todo el mundo: Ilya Prigogine en la Universidad de Bruselas, Humberto Maturana en la Universidad de Chile en Santiago, Francisco Várela en la Escuela Politécnica de París, Lynn Margulis en la Universidad de Massachusetts, Benoit Mandelbrot en la Universidad de Yale y Stuart Kauffman en el Instituto de Santa Fe, por citar sólo algunos. Varios descubrimientos de estos científicos, aparecidos en libros y publicaciones especializadas, han sido recopilados por Fritjof Capra en su libro *La trama de la vida*, y según su autor: «La nueva comprensión de la vida debe ser contemplada como la vanguardia científica del cambio de paradigmas, desde una concepción del mundo mecanicista hacia una ecológica». La tradición intelectual del pensamiento sistémico y los modelos y teorías de sistemas vivos desarrollados durante las primeras décadas del siglo XX, forman las raíces históricas y conceptuales de este marco científico. De hecho, la síntesis de teorías y modelos actuales que propone Capra, puede ser contemplada como el esbozo de una emergente teoría de los sistemas vivos capaz de ofrecer una visión unificada de mente, materia y vida. Lo más sorprendente es la coincidencia entre esta nueva concepción científica de la vida y las antiguas concepciones indígenas: la idea de la organización de la vida en redes, la interconexión e interdependencia de todos con todos. El Jefe Piel Roja Seattle lo expresaba así hace más de doscientos años: «Esto sabemos. Todo está conectado como la sangre que une a una familia...Lo que le acaece a la tierra, acaece a los hijos e hijas de la tierra. El hombre no tejió la trama de la vida es una mera hebra de la misma. Lo que le haga a la trama, se lo hace a sí mismo.» (Capra, 1996)

Es en este contexto en que aparece la interculturalidad como el nuevo paradigma de las relaciones de cooperación. Es un concepto que se emplea con un valor neutral, es decir, que no implica relaciones jerárquicas entre las culturas, sino que postula un paralelismo cultural con igualdad de derechos. Una nueva forma de relación entre culturas sustentada en el reconocimiento y respeto de los derechos de todos los pueblos, en el reconocimiento de la multiculturalidad mundial y nacional, que contribuye a la construcción de naciones de nuevo tipo: pluriétnicas, multiculturales y plurilingües. Relaciones que implican diálogo respetuoso y equilibrado entre culturas que se oponen a la posición integracionista y apuesta por la posibilidad de reforzar la autonomía cultural. Esta concepción paradigmática de interculturalidad busca el reconocimiento de los valores, los modos de vida, las representaciones simbólicas a las cuales se refieren los seres humanos, individuos y sociedades, en sus relaciones con los otros y en su manera de percibir el mundo; reconocimiento de las interacciones que intervienen a la vez entre los múltiples registros de una misma cultura y entre las diferentes culturas, todo ello en el espacio y en el tiempo. Nuevo paradigma, no basado en los contenidos, sino en la modalidad de los intercambios: lo que importa es cómo se plantean las relaciones entre los diferentes sujetos, con qué racionalidad se rigen esas relaciones, cómo se entrelazan los juegos de poder en cada uno de los ámbitos de la vida de los pueblos: económico, político, religioso, artístico, jurídico, etc. La autonomía y autenticidad culturales parecen tener como condición general la recuperación y el reconocimiento de la condición de sujetos en los miembros de la cultura en cuestión, tanto hacia el interior del grupo como en el diálogo con otros. "La interculturalidad es interacción o diálogo de participantes de diferentes culturas, no es yuxtaposición de contenidos ya hechos" (Godenzzi, 1994).

La interculturalidad aparece también como un proyecto democratizador: "...es imprescindible construir un sentido de interculturalidad que empape nuestra sociedad y nos democratice en el sentido más amplio de la palabra... (Arratia 1994). Se concibe la interculturalidad como un principio esencialmente democrático, en cuanto significa reconocer el derecho de todos los pueblos y, por ende, de todo ser humano, a expresarse desde y en su propia lengua y cultura, como punto de partida imprescindible para una relación justa con los demás pueblos que conforman no sólo un país sino el mundo. La interculturalidad demanda el derecho a relacionarse con las sociedades humanas en términos igualitarios, igualdad que no significa uniformidad de culturas sino, muy por el contrario, el respeto por la diferencia entre ellas (Zúñiga 1996).

La interculturalidad, no como descripción de una realidad, sino como tarea (*Bildung*). “El concepto de interculturalidad, tal como solemos usarlo, al menos, en el contexto latinoamericano, es una herramienta o noción operativa que, a partir de un *estado-de cosas x*, pretende orientar un proceso conducente a una *situación meta y*, en la que: a) el *estado-de-cosas x* corresponde a una realidad fuertemente marcada por el conflicto y las relaciones asimétricas de poder; b) la *situación-meta y* se refiere a las relaciones dialógicas y equitativas (en términos económicos, sociales y políticos) entre los actores miembros de universos culturales diferentes; c) el paso de un *estado-de-cosas x* a la *situación meta y* es un proceso de negociación social en el que todos los interlocutores, en especial los de los sectores o pueblos más afectados, van adquiriendo autonomía, responsabilidad ciudadana e igualdad de derechos”. (Godenzzi 1996). Se trata de apoyar que en un futuro no muy lejano exista un verdadero diálogo intercultural entre nuestras diversas etnias y nacionalidades, en lugar de la situación actual de dominación y dependencia y de agresión y sumisión (Mayer 1992).

Reconocer la diferencia con el otro y aceptar el contacto aún con su carga de complejidad y conflicto, es una condición necesaria para establecer una relación interétnica que pueda avanzar desde un nivel de tolerancia a uno de aceptación y valoración del otro, sin descartar el de la adopción de patrones de pensamiento y conducta antes ajenos y minusvalorados. En resumen, se concibe a la interculturalidad como el atributo principal de las relaciones interétnicas de cooperación que deben reemplazar a las relaciones de subordinación que los Estados han impuesto a los pueblos conquistados, a los desplazados de sus territorios originales y a los inmigrantes. Las relaciones de cooperación son, no sólo una aspiración de los pueblos hasta hoy subyugados, sino que constituyen una de las más importantes aspiraciones de las conciencias verdaderamente democráticas que se esfuerzan por hacer del mundo un espacio en que sean posibles las antiguas utopías de la paz, la justicia, la igualdad, la fraternidad y la libertad. Y con ello, lograr el siguiente paso en la escala de la evolución de la especie que es la superación definitiva del miedo al otro, mecanismo de defensa que ha causado y sigue causando guerras y holocaustos que barbarizan la historia de la humanidad (Cañulef, 1998)

En síntesis, son interculturales las relaciones que están siempre basadas en el respeto mutuo, en el reconocimiento y aceptación del otro como legítimo otro en la convivencia, en el diálogo, la comunicación, la flexibilidad, la reparación y la reciprocidad y tienen como propósito crear las condiciones más adecuadas para hacer posibles las aspiraciones de desarrollo y liberación de los pueblos que han vivido una larga historia de dominación con sus secuelas de despojo territorial, cultural, social y político. Y el otro rasgo que caracteriza a las relaciones



interculturales es que éstas son construidas, consensuadas y actualizadas de común acuerdo, nunca impuestas por el “civilizador”.

### **Civilización hispano-cristiana y relaciones interétnicas de dominación**

El recuerdo del primer contacto de los mapuches con los españoles y su civilización es el de bandas armadas que se dejaban caer sobre los sembrados y el ganado, acción de saqueo a la que denominaban “ranheadas” y que les permitía abastecerse mientras “descubrían” para “conquistar” tierras y vasallos para el rey y almas para Dios. Enseguida construyeron fortalezas desde las cuales salen a saquear y capturar gente para ponerlas a trabajar como esclavos en los lavaderos de oro. En esa época el vigor y la cohesión interna del pueblo mapuche (del que los huilliches constituyen la identidad territorial del sur) le permitió defenderse de las arremetidas y conservar su autonomía manteniendo al invasor a raya, aunque no pudo vencerlo ni expulsarlo de sus territorios. Mediante el levantamiento general de 1599 destruyen los emplazamientos españoles al sur del Biobío, pero los invasores reconstruyen la ciudad de Valdivia años más tarde desde donde persisten en imponer la civilización hispano-cristiana a los huilliches en los dos siglos siguientes. Los huilliches de Río Bueno dan una señal de rechazo al proyecto civilizatorio en septiembre de 1792 destruyendo el fuerte y el puesto misional. Lideran esta rebelión los caciques Tangol, Queipul y Catrihuala. La reacción de los españoles fue cruenta y se extendió hacia el sur mediante el método de tierra arrasada destruyendo casas, sembrados, robo de animales, asesinato de la gente y aprehensiones de los alzados.

Al inicio de 1793 el gobernador Ambrosio O’Higgins suspendió las acciones para organizar dos Juntas Generales con los alzados las que se hicieron en agosto y septiembre de ese año. La más importante fue la del 8 y 9 de septiembre celebrada a orillas del Río Las Canoas (Rahue) en que los vencidos son obligados a firmar la paz. A cambio de la cual entregan soberanía y también parte de su independencia: aceptan que los españoles se asienten en sus dominios, ceden territorio a perpetuidad, aceptan quedar a las órdenes del jefe militar español del Departamento como indios amigos, y ceden la administración de justicia a ellos cuando sean agraviados por los españoles; admiten a los misioneros, les ceden tierras para establecer misiones (aunque sólo el uso pues conservan la propiedad), aceptan obedecer sus disposiciones, aceptan entregar a sus hijos para ser bautizados y cristianizados, renuncian a casarse en adelante de acuerdo a sus propios ritos aceptando casarse solo por la iglesia, y aceptan cumplir con las obligaciones cristianas; renuncian a defender a uno de los suyos que cometa exceso (si alguno de ellos llegara a alzarse lo entregarán a los españoles para que lo castiguen), aceptan tratar al

cacique Queipul (uno de los líderes del último alzamiento) como enemigo, y ponen sus armas al servicio de los españoles.

El establecimiento de misiones en los dominios de los caciques de Osorno se inicia en octubre de 1794 cuando los comisionados fundan las misiones de Quilacahuín y Coyunco, y a partir del año 1795 se inicia el asiento de la propiedad hacendal en Osorno, a través de diversas compras a caciques al Sur del Río Bueno. Hacia fines de la colonia se conserva en manos huilliches gran parte del territorio de la Costa que se extiende entre los Ríos Rahue y Negro por el Este, el Hueyusca por el Sur, el Río Bueno por el Norte y el mar por el Poniente.

Diecisiete años más tarde el Estado colonial es reemplazado por el Estado de Chile independiente. El 13 de marzo de 1819 Bernardo O'Higgins escribe a los mapuches ofreciéndoles una alianza, amistad y relaciones sociales cimentadas en la buena fe; ofrece abrir las escuelas gratuitas para los jóvenes que voluntariamente quieran educarse en ellas y de ese modo *“se propagarán la civilización y luces que hacen a los hombres sociales, francos y virtuosos.”* Ofrece libertad de comercio *“bajo la salvaguardia del derecho de gentes que observaremos religiosamente.”* Termina dirigiéndose a los Araucanos, Cunchos, Huilliches y todas las tribus indígenas australes: *“os habla el jefe de un pueblo libre y soberano, que reconoce vuestra independencia, y está a punto a ratificar este reconocimiento por un acto público y solemne, firmando al mismo tiempo la gran carta de nuestra alianza para presentarla al mundo como el muro inexpugnable de la libertad de nuestros estados.”*

Seis años más tarde los Caciques de Ultra Biobío, algunos de ellos aliados de los realistas en la guerra de independencia, firman el Tratado de Tapihue el 7 de enero de 1825 con el naciente Estado de Chile independiente, tal como los huilliches lo habían hecho con el Estado colonial 33 años antes. En este Tratado los Caciques mapuches de ultra Biobío aceptan unirse en opinión y derechos a la gran familia chilena; **aceptan** que el Estado de Chile se compone desde el despoblado de Atacama hasta los últimos límites de la provincia de Chiloé y todos los que existen entre ambas líneas sean tratados como a ciudadanos chilenos con goce de todas las prerrogativas, gracias y privilegios que les corresponden; bajo la ceremonia más religiosa según sus ritos y costumbres juran unión y hermandad perpetua; prometen toda su fuerza para repeler a los enemigos del Estado y del orden, cuando el Supremo Gobierno necesite valerse de ella; quedan sujetos a las mismas obligaciones de los chilenos y a las leyes que dicte el Soberano Congreso Constituyente; aceptan pelear en contra de algún Gobernador de Butalmapu que quebrantare la paz; **conservan la facultad de administración de justicia a chilenos que delincan en sus territorios y conceden al gobierno hacerlo sobre mapuches**

**fuera de éstos; aceptan el libre comercio de chilenos en sus territorios; fijan como frontera** el río Biobío; **conservan autonomía política y territorial porque** la línea divisoria no se pasará para esta, ni para aquella parte sin el respectivo pasavante de quien mande el punto por donde se pase, y el que lo haga sin este requisito será castigado como infractor de la ley...y no permitirán que ningún chileno exista en los terrenos de su dominio por convenir así al mejor establecimiento de la paz y unión, seguridad general y particular de estos nuevos hermanos, **aunque aceptan que** el Gobierno mantendrá en orden y fortificadas las plazas existentes, o arruinadas al otro lado de este río, como también a sus pobladores en los terrenos adyacentes del modo que antes lo estaban; se comprometen a respetar y auxiliar a los correos que el Gobierno haga sobre Osorno, Valdivia, o Chiloé y si algún atentado se cometiere contra ellos, el Cacique en cuya tierra suceda el hecho si no lo castigase, será tratado como a reo de lesa patria; aceptan el desplazamiento y prestación de auxilio a tropas que el Gobierno mande para guarnecer la plaza de Valdivia y otorgar pase y auxilio a todos los comerciantes que hagan sus giros sobre las provincias de Valdivia, o Chiloé.

**Por su parte el Supremo Gobierno** admitirá a todos los individuos que de esta nueva hermandad quieran libremente salir a instruirse en las escuelas públicas del Estado, cuyos gastos corren de cuenta del Erario de la Nación; queda obligado a nombrar y rentar un comisario, y un lengua-general, por cuyos conductos pueda entenderse y comunicarse con sus nuevos hermanos, y por los mismos éstos con aquél, quién tendrá la obligación precisa de recorrer cada dos meses los cuatro Butalmapu con el fin de llevar adelante las ideas liberales de paz y unión; queda obligado el Gobierno a facilitarles el paso para este y el otro lado del Biobío poniendo de su cuenta lanchas, balsas, o barquillos pequeños en los lugares de costumbre a fin de evitar incomodidades en su comercio, que podrán extender hasta lo último de la República con la condición precisa de saludar y pedir el correspondiente pasaporte por medio del Comisario al Jefe de Frontera.

En la práctica este tratado, ratificado a fines del mismo año en el parlamento de Los Ángeles, tendrá efectos similares al de Las Canoas. Para el Estado de Chile, sus acuerdos, aunque fueron tomados con los caciques de ultra Biobío, involucran también a las relaciones del gobierno con los huilliches. La aceptación de que el Estado se extiende desde el despoblado de Atacama hasta Chiloé, y el compromiso de respetar las leyes presentes y futuras por parte de los mapuches le permite al Estado dictar leyes para regular la propiedad huilliche otorgándoles títulos de sobre extensiones delimitadas de tierras y poniendo bajo dominio fiscal las restantes. Los primeros se conocen como Títulos de Comisario en que la propiedad es

colectiva, tierras que luego serán subdivididas por un juez de primera instancia de Osorno y el Comisario de Naciones a partir de 1830 por eso se les conoce como Títulos de Juez. Esta división consistía en la radicación de familias huilliches que teniendo derecho de ocupación en el Título de Comisario requerían que se les hiciera una nueva escritura, ahora de sus posesiones particulares, las que corresponden a una o varias familias. La propiedad huilliche de la Cordillera de la Costa se formalizó mediante Títulos de Comisario y de Juez entre 1820 y 1850.

Pocos años después se da inicio al mayor y más cruento despojo realizado por el Estado de Chile al pueblo mapuche conocido como Pacificación de la Araucanía. El ejército, premunido de armas de repetición y del telégrafo -el más avanzado equipamiento de comunicaciones de la época-, arrasa con la resistencia mapuche que contaba con armamento de menor efectividad. Junto con el aniquilamiento de la resistencia armada con su consiguiente costo en vidas humanas mapuches, la ocupación de la Araucanía se llevó a efecto mediante el saqueo de los animales de crianza y la quema de las casas y sementeras, y con la colaboración de los indios amigos con arreglo al tratado de Tapihue. El Diario El Mercurio de Valparaíso del 5 de abril de 1869, informa que el día 13 de marzo salió el coronel González con 300 infantes, 80 cazadores, 70 lleulles y 25 indios amigos en dirección a los lugares denominados Trustrus y Maquegua, de los cuales sacó 400 animales vacunos, 200 caballares y 2.000 ovejas... El día 22 llegó la división a Angol, trayendo mil cuatrocientos animales vacunos, trescientos caballares y un poco de ganado lanar.... Se han incendiado como 500 casas y una gran cantidad de sementeras de trigo y chacras pertenecientes a las tribus enemigas.

Es cuando al pueblo mapuche le es arrebatada su independencia junto con sus riquezas y es reducido a la esclavitud y a la pobreza. Los sobrevivientes de la “pacificación” son arrinconados en las Reducciones en tanto las mejores tierras son declaradas fiscales y más tarde asignadas a particulares chilenos e inmigrantes extranjeros.

En el Manifiesto de Llanquihue de 1894 los Caciques de Osorno ponen en antecedentes al Presidente de la República, Jorge Montt, de la situación en que viven a cien años de haber firmado con los españoles el Tratado de Paz de Las Canoas, tras un siglo de civilización. Le dicen estar careciendo “de un pedazo de tierra para vivir” debido “a los usurpadores de nuestras tierras” y a “las grandes usurpaciones fiscales que a nosotros nos han dejado sin pan y sin hogar”; lo ponen en antecedentes sobre asesinatos de indígenas, quemas de sementeras y de casas “crímenes cometidos en Remehue, Quilacahuín, Rahue, San Pablo y todas partes del departamento de Llanquihue” dicen, y añaden “jamás en país alguno podrá imaginarse que esto se ha hecho un sinnúmero de veces, vanagloriándose un individuo en la

*actualidad de haber incendiado siete veces el rancho de una pobre familia”. Más adelante se preguntan: “¿Qué civilización es esta? (...) ¿puede llamarse civilizado a un pueblo porque hay un centenar de familias que tienen grandes comodidades a costa de la miseria y las lágrimas de dos razas enteras? En toda nación civilizada se considera tanto más degradado al que comete un delito cuanto más débil es la persona ofendida; pero en Chile parece que sucede todo lo contrario; y por ello se ve que con todo cinismo se congratulan muchos de quitarnos lo que es nuestro, sabiendo que ni la ley los castiga y que los premia la sociedad.”*

Es decir, en este Manifiesto los Caciques hablan de los efectos nocivos de las leyes, del Tratado de Taphue que permitió la injerencia del gobierno en el territorio mapuche, de las consecuencias de la guerra de conquista efectuada por el ejército conocida como Pacificación de la Araucanía y de la colonización alemana en sus territorios que los ha despojado de sus tierras.

Por la misma época el Protector de Indígenas de Llanquihue, Daniel Cerda, funcionario encargado de las relaciones interétnicas identificaba a *“la absoluta comunidad que ha existido en la propiedad indígena”* como la causa única de que *“los indígenas de Osorno durante más de cien años en contacto con la cultura y civilización, con una propaganda levantada y activa de los misioneros religiosos, hayan mantenido como en sus primeros tiempos de barbarie, sus hábitos, su idioma, y todas las peculiaridades de su raza”*. Y agregaba: *“no quiero la destrucción individual de los indígenas, sino que estimo que es una obra patriótica buscar los medios para hacerlos desaparecer como raza”*. Se comprende entonces el verdadero propósito de las leyes de Radicación y de Propiedad Austral. Ambas sientan las bases de una necesaria división y parcelación de la propiedad comunitaria huilliche porque se la considera perjudicial para la civilización y el progreso de este pueblo.

En las primeras décadas del siglo XX los despojos de tierras se acentúan y el Estado los respalda. Los huilliches son víctimas de todo tipo de abusos cometidos por particulares y por el fisco. En 1937 en un Memorial enviado a otro Presidente de la República por otros Caciques Huilliches, le dicen: *“hoy día, Excelentísimo Señor Presidente, nos encontramos privados de nuestras tierras por elementos extranjeros, principalmente alemanes y criollos”* y solicitan que de Valdivia al Sur *“se retiren definitivamente de nuestra provincia de Butahuillimapu las leyes de Radicación y Propiedad Austral, porque perjudican nuestros derechos, no hacen justicia, en que al contrario violan nuestras leyes”* (Memorial de Caciques de Valdivia, Osorno y Chiloé, 1937). Algunos ejemplos de los efectos derivados de esta legislación son que entre 1911

y 1926 hay 58 mapuches muertos en despojos perpetrados en Rupanco, Forrahue, Loncoche, Llanquihue, Futrono, Osorno, Maihue y Panguipulli.

Pero no es solo sobre las tierras que la civilización hispano-criolla tiene efectos adversos. En el Memorial y Documentos del 21 de diciembre de 1935 elaborado por los Caciques y enviado al Presidente de la República, Arturo Alessandri Palma, solicitan que: *“los Padres Alemanes que **están dentro de nuestras casas misionales** que indican la educación conforme a la civilización humana, [...] los cuales **deberán ser reemplazados por Padres Indios o mestizos chilenos en nuestras misiones, conforme lo estimen conveniente los señores Caciques mocetones y descendientes, siempre que se ciña a lo estipulado en la Escritura misional y la tradicional del indio-mapuche (Millatun, Rogativa a Dios)**, y advierten “si los reemplazantes no cumplieren los señores caciques se verán obligados a restituir sus derechos conforme a la Escritura Misional”*. Vale decir, los Caciques tienen la convicción de que las Misiones están bajo su jurisdicción desde la firma del Tratado de la Canoas y se sienten con el derecho de dar su aprobación a los reemplazantes; el hecho de que éstos debieran ser mestizos o chilenos indica una reafirmación de identidad y al mismo tiempo el rechazo a los alemanes da cuenta de los daños que los inmigrantes de esa nacionalidad les están causando.

Entre las razones del cambio de religiosos argumentan que éstos han *“establecido Cantinas de bebidas alcohólicas y Retén de Carabineros dentro de las casas misionales”* con lo que *“van degradando directamente por intermedio del alcohol la raza india-mapuche y descendientes, y están violando abiertamente los mandatos de los señores caciques que se establecen en la Escritura Misional”*; además los misioneros alemanes *“han violado el Bastón de mando del Ex Cacique Don José Santos Conapil de la Misional de Quilacahuin, el día 24 de septiembre del año 1932.”* Aquí insisten los caciques en reafirmar su autonomía al asumir la responsabilidad de reclamar por la degradación de que está siendo objeto su raza y ello es más notorio cuando acusan a los misioneros de violar el bastón de mando de uno de ellos. Otra de las razones de solicitar el cambio es porque los misioneros alemanes *“han declarado por sí y ante sí, que las tierras de los indios mapuches y descendientes; como también las casas misionales, sostienen que son fiscales”*. Vale decir, están desconociendo el acuerdo que establece que las tierras cedidas en usufructo para establecer las casas misionales son de propiedad del Cacicado. Es claro que los misioneros alemanes están mejor informados que los caciques pues es cierto que en esos días ya la propiedad indígena había pasado legalmente a los usurpadores (los particulares y el fisco).

El punto sexto del mismo documento los caciques se pronuncian acerca de la educación

que desean, solicitando: *"Colegios propios dentro de sus reducciones y tribus, o donde lo estimen, de Instrucción primaria, secundaria, profesional, comercial en conformidad de la evolución y progreso de la civilización humana, [...] que de la instrucción folklórica se nombre una comisión para que estudie el idioma indio-mapuche, se hagan textos de enseñanza que se destinarían gratuitamente en los colegios fiscales de la República y en los nuestros para que los indios mapuches y mestizos chilenos se posesionen del idioma nativo de los padres de la raza chilena de este país que tal vez les serviría para conocer la civilización incaica del Inca Atahualpa; que es más moral que la civilización Europea. Dentro de nuestras escuelas que formaríamos, veríamos con agrado el nombramiento de profesores mapuches de ambos sexos y para las primeras letras se nos dé facilidades para nombrar personas sin diploma y por cuenta propia de los señores caciques y pueblo en general"*.

Cuando solicitan colegios propios no sólo evidencian el deseo de educar a sus descendientes sino tener control sobre el tipo de educación que éstos reciban. De nuevo reafirman la autonomía cacical y critican la civilización europea a la que consideran menos moral que la incaica. Otro aspecto interesante de la postura cacical es el deseo de enseñar el idioma mapuche también a los chilenos y el nombramiento de profesores sin diploma y por cuenta propia. Esta postura visionaria que no fue respondida por el gobierno chileno contiene algunos de los elementos esenciales que coinciden con lo que décadas después asumiría la OIT en el Convenio 169.

Años más tarde durante el gobierno de la Unidad Popular hubo un intento de apoyar algunas de las demandas históricas a través de la Reforma Agraria y con la creación del Instituto de Desarrollo Indígena (IDI) que apoyó mediante becas la educación básica y media de estudiantes mapuches. Numerosos fundos asentados en territorio mapuche huilliche fueron expropiados creándose en ellos Asentamientos Campesinos formados por comuneros, una nueva forma de tenencia que les permitió importantes recuperaciones de tierras que les volverían a ser arrebatadas luego del golpe militar de 1973. Además, sus líderes serán perseguidos, torturados, detenidos, algunos asesinados y otros desaparecidos. Alrededor de 58 personas mapuches fueron muertas o hechas desaparecer en la Araucanía y en el Futahuillimapu según un estudio del CODEPU. Las familias que participaron del proceso de reforma agraria fueron las más perjudicadas. Además son aniquilados los caciques vinculados al pensamiento socialista: el cacique de San Juan de la Costa, Mateo Pañil Loncochino es defenestrado del cargo y reemplazado por Laureano Millaquipay mediante la fuerza pública por orden del

gobernador militar de Osorno; son asesinados el cacique de Quilacahuín Juan Maricán y su secretario y yerno Abelino Runca Runca el día 14 de diciembre de 1975.

En este mismo periodo se intentó dar el golpe de gracia a la cultura e identidad mapuche huilliche eliminando la propiedad comunitaria mediante el Decreto Ley N° 2.568 de 1979. Se pretendió eliminar la calidad de indígena de los mapuches siguiendo el razonamiento de que este tipo de tenencia de la tierra se opone a la civilización y al progreso y es el espacio de resistencia y reproducción de la barbarie. Los afectados inician una resistencia política que se manifestó mediante un movimiento de autodefensa vigoroso en todo el territorio mapuche. Los efectos del Decreto Ley 2.568 de 1979, aparte de la destrucción de la propiedad colectiva y la amenaza seria a la identidad mapuche, provoca problemas de endeudamientos por tributaciones, usurpaciones de terrenos, desalojos, remates etc.

La vanguardia huilliche con el apoyo de ONGs vinculadas a la iglesia católica ensaya formas creativas de autodefensa junto con promover y acompañar el proceso de recomposición de la organización sociopolítica mapuche-huilliche. En junio del año 1984, se realiza la Junta General de Caciques de Futawillimapu en Misión Rahue de Osorno. Participan en ella caciques de Valdivia, Osorno y Chiloé. Las resoluciones más importantes de esta Junta son: se constituye desde esta fecha la Junta General de Caciques de la Región de Butahuillimapu dirigida por un consejo superior compuesto por representantes de las provincias de Valdivia, Osorno, y Chiloé; se exige el derecho a ser reconocido como Pueblo y a sus Caciques y Lonko como autoridades Mapuche Huilliche; la tierra sigue siendo la reivindicación más sentida de todo el Pueblo Huilliche; se exige al estado de Chile el cumplimiento y respeto de la ley sobre exención de contribuciones de bienes raíces porque el Huilliche no estará obligado a pagarlas por ser dueño absoluto de la tierra que le vio nacer; se exige que en un futuro próximo debería existir un sistema de enseñanza bicultural en las escuelas de la Región Huilliche, donde se dé a conocer la verdadera historia Mapuche y se conserven las raíces culturales y valores propios de la gente de la tierra; las comunidades y la Junta General de Caciques elaborarán proyectos de desarrollo agrícola que permitan buscar alternativas para una mejor producción de las tierras existentes; los Caciques y la Junta General se proponen denunciar la burocracia del Estado chileno y el aislamiento económico en que viven las comunidades. Estas resoluciones fueron entregadas al entonces presidente de la República, Augusto Pinochet, del cual nunca se obtuvo una respuesta.

Esta brevísima reseña histórica ilustra cómo los huilliches experimentan el proceso civilizatorio llevado a cabo por los hispano-criollos mediante una relación interétnica de



dominación impuesta sobre ellos con el propósito etnocida de terminar con la cultura, lengua, organización sociopolítica, sistemas de creencias sagradas y tradiciones propias.

## **La nueva relación entre indígenas y el Estado**

Los efectos dañinos de la relación interétnica de dominación impuesta a los mapuches a partir de los Tratados y mediante la aplicación de leyes etnocidas es lo que se pretende corregir con la nueva relación que se inaugura mediante el Acuerdo firmado en Nueva Imperial el 1 de diciembre de 1989 entre el candidato presidencial de la Concertación de Partidos por la Democracia y las organizaciones indígenas mapuches, huilliches, aymaras y rapanui. En éste las Organizaciones Indígenas firmantes se comprometen a: *1.- Apoyar y defender el futuro gobierno de la Concertación de Partidos por la Democracia [...] y su gestión en pro de la recuperación democrática de Chile. 2.- A canalizar sus legítimas demandas de aspiraciones de justicia frente a los graves problemas que afectan a los pueblos indígenas a través de las instancias y mecanismos de participación que serán creados por el futuro gobierno [...] a objeto de facilitar una acción más efectiva y coordinada del Estado y las Organizaciones Indígenas que permita avanzar en la solución de dichos problemas.*

Por su parte don Patricio Aylwin Azócar se compromete a: *hacer suya la demanda de los pueblos indígenas de Chile expresada en el Programa de la Concertación, especialmente en lo referido a: 1.- El reconocimiento constitucional de los Pueblos Indígenas y de sus derechos económicos, sociales y culturales fundamentales. 2.- La creación de una Corporación Nacional de Desarrollo Indígena y de un Fondo Nacional de Etnodesarrollo, con la participación activa de los distintos pueblos indígenas del país, como entidades públicas encargadas de coordinar la política indígena del Estado y de promover el desarrollo económico, social y cultural de los mismos. 3.- La creación al iniciar su gestión de gobierno, de una Comisión Especial para los Pueblos Indígenas, con participación de profesionales de su exclusiva confianza y de representantes indígenas [...] y de instar por la creación de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. También se compromete a poner todo su esfuerzo y voluntad en impulsar las iniciativas legislativas, administrativas y económicas necesarias para concretar los planes y programas contemplados en el Programa de Gobierno de la Concertación para los Pueblos Indígenas de Chile, así como aquellos que se incorporan al mismo por la Comisión Especial antes señalada".*

En esta declaración de intenciones de la nueva relación que debe reemplazar a la vieja de raigambre colonial hay tres aspectos que son importantes: a) los pueblos indígenas adquieren

la calidad de entidades con derechos y aspiraciones; b) el Estado asume el compromiso de respetar sus derechos y apoyar sus aspiraciones creando los mecanismos necesarios; c) en este acto se da inicio a una relación de cooperación que pretende dejar atrás a la de dominación.

El acuerdo de Nueva Imperial es en la práctica el primer acto intercultural en que se configuran y utilizan los principios fundamentales de la interculturalidad: la aceptación del otro como legítimo otro en la convivencia, la comunicación horizontal, la conversación, la flexibilidad, la reciprocidad y la reparación. Los mismos principios que orientarán el proceso de negociación en la Comisión Especial de Pueblos Indígenas, CEPI, creada mediante decreto Supremo del 17 de mayo de 1990. Ésta tuvo como especial mandato la preparación de una nueva legislación y el diseño del indigenismo estatal. Estuvo formada por un equipo directivo y un consejo consultivo en el que tuvieron representación las principales organizaciones de los pueblos indígenas de Chile y representantes del gobierno. Dado que los representantes indígenas debieron destinar parte importante de su tiempo al proceso fueron remunerados mediante una dieta por cada reunión de trabajo, esto permitió la asistencia y dedicación de todos asegurando así la participación indígena.

Entre los efectos esperados de la nueva relación está el abordaje de los planteamientos indígenas que configuran sus anhelos de justicia, desarrollo y liberación expresados en distintos momentos al Estado. En la época los Consejeros Indígenas y algunos de los de gobierno eran activos participantes del proceso de discusión y estudio que provocó el intento de abolición de la propiedad comunitaria mapuche lo cual facilitó el diálogo desde el principio. De modo que en menos de un año de trabajo el Consejo de la CEPI elaboró el borrador de nueva ley indígena que fue sometido a una amplia y participativa discusión por las comunidades en más de dos mil asambleas. Luego se realizaron quince Congresos Provinciales y se culminó con el Congreso Nacional de Pueblos Indígenas de Temuco en enero de 1991 en el que se discutió y aprobó el documento y las modificaciones que las comunidades le introdujeron. Apenas concluido el Congreso, en un acto masivo el Presidente de la República recibió las conclusiones y se comprometió a estudiarlas e incorporarlas en el proyecto de ley para enviar al Parlamento.

En este borrador están plasmadas tanto las aspiraciones indígenas como las convicciones de técnicos del gobierno en relación a cómo debieran ser abordadas. Es un documento de posición intercultural que recoge las demandas indígenas referidas al etnodesarrollo, la participación indígena, la tierra y los territorios, la educación, la cultura, y el derecho consuetudinario desde una mirada construida y consensuada por indígenas y chilenos mediante el diálogo, con flexibilidad y con el propósito de reparar los daños infligidos a los

pueblos originarios. Sus planteamientos, enfoque y perspectiva, y la metodología utilizada en su elaboración, configuran la concepción de interculturalidad en Chile.

Hay consenso en que la Nueva Ley Indígena debe recoger las demandas y aspiraciones de los pueblos y comunidades indígenas de Chile; y fundamentarse en la evidencia de que a lo largo de la Historia se los sometió a la marginación y discriminación y se ahogó cualquier reivindicación que planteasen. Debe asumir que el movimiento indígena en Chile, al igual que en otras partes del mundo, ha desarrollado un pensamiento, un programa, un camino de superación de su situación de postergación, que esta legislación debe recoger en plenitud. Las leyes denominadas de indígenas que el Estado chileno ha dictado a lo largo de su historia han tenido por lo general el objetivo de asimilar a las poblaciones autóctonas considerado, erróneamente, un valor positivo para la sociedad chilena, la homogeneidad cultural, educacional, lingüística y racial. Estas leyes han sido más instrumentos de asimilación y pérdida de identidad indígena que de desarrollo y progreso. El espíritu de la nueva ley indígena, en cambio, debe valorar la diversidad de las culturas existentes en la sociedad chilena y fomentar su desarrollo. Debe reconocer por tanto el carácter propio de los pueblos indígenas y el derecho que les asiste a desarrollarse según sus propios criterios, cultura y costumbre, y reforzar la comunidad como núcleo social básico de los pueblos indígenas y, por tanto, darle toda la fuerza legal posible; debe abrir crecientes formas de *participación* de los pueblos y comunidades indígenas en la vida social, política y económica de la sociedad global, reconociendo su especificidad y autonomía. Reconocer que los pueblos indígenas han sido y son grupos discriminados dentro de la sociedad chilena y por ello siguiendo principios internacionales debe inspirarse en el principio de la *discriminación positiva*, procurando la igualdad real por sobre la igualdad formal, en favor de dichos pueblos y sus integrantes.

Con respecto al etnodesarrollo la nueva legislación debe incorporar el concepto de *territorio*, siguiendo con esto las modernas legislaciones internacionales. Considerando que los pueblos indígenas requieren para su desarrollo de un espacio ecológico, de un medio ambiente adecuado, que es necesario cautelar. El territorio es entendido como un espacio de creación, desarrollo y vida de los pueblos Indígenas que excede muchas veces las propias tierras que ellos mantienen en propiedad. Son parte del territorio las aguas, el aire, los lagos, las riberas del mar, el suelo, el subsuelo, la flora y la fauna.

Los territorios de desarrollo indígena que se establezcan son espacios donde existe propiedad indígena y propiedad no indígena, y donde se aplicarán planes y programas de desarrollo que tienen en cuenta las particularidades de las culturas y pueblos indígenas, esto es,

modos de producción agroecológicos amigables con los ciclos propios de la naturaleza. Son además el espacio en que se reproduce la cultura, se usa y mantiene el idioma, se practica la medicina ancestral de acuerdo con el concepto del buen vivir. Vale decir, constituyen el espacio social demográfico, ecológico, cultural fundamental para la existencia y desarrollo de los pueblos indígenas que incluye el conjunto del sistema ecológico necesario para la vida; y serán las unidades básicas de planificación para implementar planes y programas de desarrollo de esas áreas.

Estos territorios de desarrollo indígena se los concibe dotados de derechos especiales con el objeto de que los programas y proyectos que allí se realicen sean coherentes y pertinentes con la cultura de los pueblos indígenas que allí habitan. Entre ellos, el derecho a participar en la toma de decisiones respecto a planes, proyectos, programas de desarrollo económico, social y cultural que allí se implementen y, por tanto, a oponerse a ellos; derecho a beneficiarse materialmente de las actividades de explotación de los recursos naturales renovables y no renovables, que existan en dichos territorios, por ejemplo, a través de impuestos a las utilidades de las empresas.

Se debe asumir que históricamente los Pueblos Indígenas han sido objeto discriminado y marginal de las políticas de desarrollo económico que no han considerado sus intereses económicos, sino que no han tomado en cuenta su propia forma de ver el mundo, su universo, hábitat y cosmovisión. Las áreas de alta población indígena coinciden con las de mayor extrema pobreza del país. Por lo tanto: 1.-El desarrollo indígena debe ser asumido, en forma coordinada por los distintos agentes del Estado y por las organizaciones y comunidades indígenas. 2. Crear el fondo de etnodesarrollo el cual estará destinado a la realización de planes y programas de desarrollo económico social y cultural en las comunidades indígenas. 3.- Establecer una relación directa entre el Fondo de Etnodesarrollo y los Territorios de Desarrollo Indígena donde se aplicarán preferentemente los planes y programas integrales de desarrollo teniendo en cuenta los criterios de participación, especificidad cultural y equilibrio ecológico. En todos estos planes y programas se privilegiarán las formas autogestionarias propias de los pueblos indígenas, la tecnología autóctona y apropiada a las condiciones ecológicas y ambientales y la incorporación de tecnología moderna adecuada a estas situaciones. Especial mención cabe a la valoración de la tecnología andina en un medio de alta complejidad como el del altiplano y valles andinos.

Del mismo modo la nueva legislación debe asumir que los poseedores originarios de la tierra eran los pueblos indígenas de Chile y que para ellos, la tierra es el fundamento principal

de su vida y su cultura. Es por ello por lo que la depredación de los recursos naturales, la contaminación y otros desequilibrios afecta especialmente su supervivencia. La ley por lo tanto debe establecer una estrecha relación entre ecología, medio ambiente y desarrollo de los pueblos indígenas.

Las tierras indígenas deben gozar de la protección de la ley, declarándose *inalienables, inembargables y sus derechos imprescriptibles a perpetuidad*; las tierras indígenas, comunitarias e individuales, no podrán ser arrendadas por un plazo superior a 5 años; las compras y ventas de tierras indígenas con título individual entre indígenas estarán sujetas al derecho común, exigiéndose el certificado que garantiza la calidad de indígena según lo señale ley y la autorización de la CONADI; las tierras resultantes de la división de las comunidades por el Decreto Ley 2568, no podrán ser subdivididas; deberá haber un Registro Nacional de Tierras Indígenas, el que será público; las tierras indígenas estarán sujetas a un tratamiento especial en materia tributaria. La nueva ley debe establecer la protección de los derechos de los indígenas y sus comunidades sobre los recursos existentes en las tierras indígenas, entre ellos deberán establecerse normas de excepción al Código de Aguas de modo que los derechos sobre éstas no sean separados del derecho sobre las tierras indígenas; derecho a utilización y administración exclusiva de los recursos del suelo y el subsuelo; derecho de concesión preferente para la exploración o explotación de los recursos del subsuelo; derecho y deber a la conservación y protección de los recursos existentes; derecho a la utilización y explotación preferente de los recursos lacustres, fluviales y marítimos colindantes con las tierras indígenas; la ley deberá cautelar, proteger y permitir el uso comunitario de los sitios sagrados, campos deportivos y otros espacios territoriales de uso cultural o recreativo.

Se debe ampliar la cabida de las tierras indígenas para lo cual se tendrán en consideración las reivindicaciones de tierras que los pueblos indígenas hacen en base a Títulos de Merced, Títulos de Comisario, tratados suscritos con la Corona Española y el Gobierno de Chile. Para ello debe crear un Fondo de Tierras Indígenas que tendrá por objeto proponer soluciones viables sobre tierras usurpadas provenientes de los Títulos de Merced y/o reconocidos por Títulos de Comisario y otras cesiones que el Estado haya hecho a favor de indígenas; comprar, tierras para ser entregadas preferentemente a comunidades indígenas o realizar proyectos silvo-agropecuarios por parte de familias o grupos indígenas, estas nuevas tierras estarán ubicadas, de preferencia en los territorios de desarrollo indígena. El Fondo podrá estar constituido también mediante la cesión de tierras fiscales u otras tierras de propiedad del Estado. Un reglamento especial establecerá el modo de operación del fondo de tierras indígenas

estableciendo los sistemas de postulación, de otorgamiento, cesión o pago, dependiendo de las diferentes situaciones. En casos especiales que así lo indiquen este Fondo podrá ser utilizado para la compra, restitución y recuperación de derechos de aguas.

Dado que las tierras indígenas han sufrido serios procesos de deterioro, depredación, erosión y degradación de su medio natural, la ley establecerá como prioridad la recuperación del medio ambiente natural propio a la vida y reproducción de los pueblos indígenas. La CONADI en coordinación con otros organismos del Estado, tendrá a su cargo el desarrollo de planes, proyectos y programas de reforestación, recuperación de suelos, sistemas de regadío, conservación y protección de bofedales, vegas, bosques y otros medios naturales de gran complejidad ecológica e indispensables para el desarrollo de los pueblos indígenas. Se cuidará que estos planes contemplen el equilibrio ecológico natural propio de los territorios indígenas afectados. A raíz de estos proyectos de desarrollo no se podrá trasladar a los pueblos indígenas de los lugares en que habitan. De hacerse excepcionalmente, se les deberá trasladar a tierras de igual calidad y cantidad recibiendo además una indemnización por este concepto. En todo caso, se deberá consultar a los pueblos y comunidades involucradas.

También la nueva legislación junto con reconocer la propia identidad de los pueblos indígenas debe proponer un camino de desarrollo y modernización acorde a las necesidades de estos pueblos, partiendo del concepto que la identidad y la cultura son dinámicas, en permanente cambio y superación. Para ello acoger el principio que las culturas deben ser asumidas y respetadas en su globalidad impidiendo su utilización parcial con fines folclóricos o turísticos. Esto implica reconocer que: a) Las culturas indígenas son un patrimonio histórico de la nación chilena y de los pueblos indígenas; b) los pueblos indígenas existentes en Chile son poseedores de una cultura propia que engloba los conocimientos, técnicas, instituciones, expresiones y valores que los distingue de la cultura global y que poseen un idioma propio que es su medio natural de expresión; c) es deber del Estado y la sociedad respetar, proteger y promover el desarrollo de las culturas e idiomas indígenas; d) el Estado y la sociedad debe respetar, valorar y fomentar los idiomas indígenas en todos los ámbitos de la sociedad y éstos serán idioma oficial junto al castellano en los territorios de desarrollo indígena; e) procurar a los estudiantes no indígenas un conocimiento adecuado de las culturas e idiomas indígenas que los capacite para valorarlas positivamente; f) incentivar a los medios de comunicación para que difundan materias que promuevan el conocimiento y valoración de las culturas indígenas; g) promover la creación de medios de comunicación propios de los pueblos indígenas; h) incentivar la creación de espacios de creación y difusión cultural indígena y a la práctica de las

formas de expresión cultural de cada pueblo (ritos religiosos, música, deporte, danza, etc.); i) incentivar la mantención y conservación de los lugares sagrados y patrimonio arqueológico; j) fomentar y posibilitar espacios o instancias para la utilización de los idiomas indígenas en los medios de comunicación, especialmente, en las transmisiones de radio y TV en zonas indígenas; k) respetar y valorar el conocimiento indígena de diversas materias, el que es parte esencial de las culturas indígenas: los planes y programas de estudio para las áreas indígenas deberán asumir estos conocimientos, en especial, sobre cosmovisión, agricultura, salud y numerosos otros campos en que el conocimiento adquirido por la cultura debe ser revalorizado y estimulado; mención especial cabe al conocimiento y valor cultural de personas especialistas del mundo indígena tales como machis, yatiris y otros, cuya sabiduría debe ser valorada.

Del mismo modo se debe asumir que las culturas e idiomas indígenas son los rasgos principales que otorgan identidad a los pueblos que son sus poseedores y que junto con constituir su patrimonio, lo son también de la humanidad en su conjunto. Las normas que las protejan de acciones u omisiones que impliquen su erosión, destrucción, discriminación y marginalidad deben ser: reglamentación para el tratamiento de temas indígenas en los medios de comunicación que impida su utilización con fines discriminatorios o marginalizadores; hacer obligatorio que el Registro Civil anote los nombres y apellidos de los ciudadanos indígenas en las formas como lo expresen sus padres; prohibir la sustitución de topónimos indígenas por otros no indígenas; establecer el delito de Ofensas Culturales con el objeto de proteger a las culturas y pueblos indígenas de la mirada discriminatoria, despreciativa y desvalorizadora de la sociedad, tendrá una forma de sanción penal sin perjuicio de la responsabilidad civil que emane de él, y la CONADI deberá hacerse parte de querellas contra las formas culturales de discriminación; proteger el patrimonio histórico de los pueblos indígenas estableciendo normas en torno al patrimonio arqueológico, histórico, artístico y cultural de ellos, fieles depositarios de las culturas precolombinas. Para ello se debe: a) establecer el Archivo de los Documentos de la Historia Indígena de Chile; b) establecer la inviolabilidad de cementerios y otros sitios sagrados, las excavaciones son fines científicos podrán ser autorizadas previo consentimiento expreso de la comunidad e informe favorable de la CONADI, quien tendrá su custodia; c) Se prohibirá la exportación y comercialización de artefactos, joyas u otros objetos arqueológicos indígenas, excepcionalmente podrán efectuarse trueques de estos objetos entre un pueblo indígena y otro o donaciones a centros especializados con fines científicos o de exhibición; d) Se incentivará la capacitación de miembros de los pueblos indígenas en materias ligadas a museos, investigación

arqueológica y afines; e) Reconstruir y fomentar la historia desde la óptica de los pueblos indígenas.

El Estado debe fomentar el arte y artesanía indígena a través de: a) Apoyo crediticio a los artesanos indígenas; b) Obligación de las Municipalidades de las áreas indígenas y principales ciudades del país de implementar espacios para ferias, exposiciones, ventas de artesanía indígena de Chile; c) Creación de un Departamento de la CONADI encargado de apoyar la comercialización de los productos artesanales indígenas; d) Capacitación de los artesanos; e) Establecer mecanismos a través de la CONADI por medio del cual se vele por la calidad, pureza, originalidad de las artesanías, desarrollando investigaciones, publicaciones y denunciando las imitaciones y desvirtuaciones del arte indígena.

También se considera importante el apoyo y fomento a la creación de Institutos de cultura indígena. Éstos son concebidos como espacios de creación, capacitación, encuentro, etc., de los indígenas de las ciudades y del campo; y deberán constituirse en espacios privilegiados de creación cultural y de difusión de las culturas indígenas. Entre sus objetivos están el apoyo e incentivo a los creadores indígenas; realización de eventos culturales (concursos literarios, eventos folclóricos, charlas, seminarios, etc.); investigaciones sobre el arte y la cultura; capacitación de jóvenes en arte y cultura y otras materias relacionadas; preparación de materiales escritos, orales y audiovisuales sobre arte y cultura; desarrollar en convenio con Universidades u otras instancias programas de formación profesional. El Estado debe financiarlos.

La participación de las comunidades y asociaciones indígenas en el aparato del Estado es otro de los pilares para el etnodesarrollo, por lo tanto, la legislación debe asegurar que: a) En todos los niveles de la administración del Estado y en los servicios públicos que tengan injerencia y relación con cuestiones indígenas se deberá asegurar la participación orgánica de las comunidades y asociaciones indígenas reconocidas por esta ley a través de sus representantes debidamente acreditados. b) A nivel de las regiones donde hay comunidades o asociaciones indígenas, deberá haber participación indígena en las instancias de dirección y planificación regional que existan o que se establezcan por modificación de las actuales leyes. c) A nivel de las Municipalidades donde hay comunidades y/o asociaciones indígenas deberá haber representación y participación indígena en los Comités de Desarrollo Comunal o en las otras instancias de dirección colegiada que establezcan las leyes Municipales. Los instrumentos para asegurar la participación son las organizaciones indígenas con personalidad jurídica, la comunidad y la asociación, y en el caso huilliche el Cacicado.



Para el logro de sus aspiraciones los pueblos originarios requieren de recursos humanos comprometidos, competentes, con identidad indígena definida y conciencia étnica asumida. Por ello el Estado debe impulsar una educación de carácter especial en las áreas de alta concentración indígena, que no sea un sistema de asimilación cultural de los indígenas a la sociedad chilena, sino un instrumento que fomente su participación e identidad desde su propia cultura. Por lo tanto, la nueva ley debe establecer un sistema de Educación Intercultural Bilingüe que prepare a los educandos indígenas para interactuar adecuadamente tanto en su sociedad de origen como en la sociedad global, con un currículo que contenga materias de ambas culturas y del conocimiento universal impartidas tanto en castellano como en el idioma indígena respectivo. El sistema deberá impulsar: A) el desarrollo escriturario de cada idioma con formación de lingüistas indígenas y entidades técnicas que realicen la normalización de cada idioma que permita su utilización oral y escrita en la enseñanza; preparación de diccionarios y gramáticas de cada idioma; fomento de una literatura indígena con incentivos a los escritores indígenas y subsidios a las publicaciones de sus obras. B) Diseño de un currículo pertinente adecuado a las particularidades regionales de cada pueblo y modalidades educativas propias. C) Formación de pedagogos en lengua, cultura e historia indígena y además se buscará implementar planes especiales de formación pedagógica a sabios y líderes indígenas. D) Creación de escuelas vespertinas para la educación de adultos indígenas. E) Preparación de textos de estudio bilingües. F) Formación de maestros bilingües. G) Se debe buscar una relación equilibrada entre sociedad global y sociedades indígenas, para ello la educación general chilena debe asumir el respeto y conocimiento por las culturas indígenas de Chile; las escuelas chilenas deben reformar sus programas de Ciencias Sociales e Historia que actualmente desvirtúan y tergiversan la realidad indígena; Las universidades regionales y nacionales deberán tener cátedras de Historia y Cultura Indígena e idiomas Indígenas.

Del mismo modo el Estado deberá: a) asegurar las posibilidades educacionales de los indígenas en todos los niveles de la enseñanza mediante un programa de becas que cubra todos los niveles de la enseñanza y un programa de hogares estudiantiles en las principales ciudades del país; en las Universidades y Centros de Formación Técnica y Profesional que reciben apoyo financiero del Estado se debe establecer un sistema especial de ingreso para indígenas con aranceles diferenciados e incluso gratuidad para aquellos de menores ingresos; se deberá también incentivar a los Centros de Educación Superior privados para que adopten este mismo sistema; b) programa de apoyo a la educación informal o permanente que incluya alfabetización bilingüe, capacitación laboral, formación de líderes, etc.; c) creación de establecimientos de

enseñanza terminal (liceos técnico-profesionales) en los territorios de Desarrollo indígena y ciudades con presencia indígena; d) crear la Universidad Indígena de Chile.

Se asume que gran parte de la población indígena del país se encuentra marginada de los derechos económicos, sociales básicos, tales como salud, vivienda, trabajo y seguridad social. Por eso se crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) como un organismo de derecho público, autónomo del Estado, que se vincula con éste a través del presidente de la República, descentralizado, con patrimonio propio y con plena capacidad jurídica para efectuar todo tipo de actos y contratos. Tiene por objeto coordinar la acción del Estado y sus reparticiones en áreas de presencia indígena y especialmente en los Territorios de Desarrollo Indígena; con miras a incentivar el desarrollo integral económico, social y cultural de estos pueblos, de sus comunidades y personas, a fomentar su identidad histórico cultural, a lograr para los mismos mayores grados de bienestar, y asegurar la plena vigencia de los derechos humanos colectivos e individuales que les son reconocidos por los convenios internacionales. Estará dirigida por un Consejo con participación de representantes de los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial y representación igual o mayoritaria de los distintos pueblos indígenas del país. El Consejo de la Corporación estará presidido por un coordinador nacional elegido de entre sus integrantes.

Los Programas que ejecutará son: **a) Programa de Etnodesarrollo:** Tendrá a su cargo la planificación, administración y en su caso ejecución (o control de la ejecución por terceros) de programas de desarrollo de las áreas indígenas y especialmente de los territorios de desarrollo indígena; administrará el fondo de etnodesarrollo; tendrá una sección especial a cargo del fomento de la artesanía indígena; deberá establecer los mecanismos de apoyo al crédito a los artesanos y a la comercialización; tendrá a su cargo la implementación de programas, en coordinación con los demás servicios del Estado, tendiente a garantizar el acceso de la población indígena a los derechos económicos y sociales básicos en especial salud, la vivienda, el trabajo y seguridad social; podrá operar, coordinando con otras reparticiones, en el área urbana, cautelando los derechos de los indígenas, y en especial de las mujeres indígenas; muchas de ellas trabajadoras de casa particular. **b) Programa de Tierras y Territorios Indígenas:** Tendrá a su cargo la realización de los estudios en coordinación con el Ministerio de Planificación Nacional para delimitar y resolver acerca de los territorios de desarrollo indígena; la operación del fondo de tierras indígenas; la responsabilidad de llevar adelante los estudios y proyectos tendientes a la protección de las tierras y territorios indígenas; una sección de este programa será el catastro de tierras indígenas, que llevará un completo registro de las

tierras que poseen los pueblos indígenas. **c) Programa de cultura y educación indígena:** le corresponderá el estudio, implementación y fomento de los planes de desarrollo de la educación y cultura indígena; tendrá a cargo la administración de los programas de becas; la administración de los internados y hogares para indígenas; le corresponderá suscribir convenios con universidades e institutos de enseñanza superior para la formación de maestros que impartan la educación bilingüe intercultural; le corresponderá tomar las medidas que corresponda para proteger, preservar, conservar, revisar y exigir devolución del patrimonio cultural de los pueblos indígenas; le corresponderá velar por la coherencia y pertinencia de la acción educativa en territorios de desarrollo indígena, de liceos, universidades, institutos privados o estatales, con los criterios de etnodesarrollo definidos por los pueblos indígenas, para ello deberá implementar un sistema nacional de supervisión y evaluación de la educación ofrecida a la población indígena en los distintos niveles de enseñanza.

El etnodesarrollo debe ir aparejado a la acción de devolución de espacios de autonomía indígena mediante el reconocimiento del derecho consuetudinario y la costumbre. La nueva ley debe reconocer la existencia y validez del derecho consuetudinario, el que deberá reforzar las instituciones tradicionales y los valores de los pueblos indígenas, resguardando la armonía de la comunidad y los derechos de cada comunero; su ámbito de aplicación será progresivamente desde la comunidad, zona de desarrollo indígena, comunas, provincias y regiones, como también zonas de alta concentración indígena. Debe ser incorporado a la justicia ordinaria la que debe aplicarlo cuando los indígenas sean parte en juicio, al resolver conflictos, al aplicar sanciones, etc.; para ello debe aceptar el uso de las lenguas indígenas en las causas sometidas a su conocimiento, para lo cual debe contar con traductores idóneos; debe también instruirse a los jueces de áreas indígenas, en la cultura e instituciones propias de estos pueblos, establecer un sistema de peritajes antropológicos y culturales en causas indígenas, etc. Del mismo modo el desarrollo de las comunidades indígenas requiere devolver a éstas los mecanismos internos y tradicionales de regulación de sus conflictos. Todas las comunidades han poseído o poseen sistemas para resolver conflictos y jefes tradicionales capacitados para ello por lo que se debe crear una justicia especial para el conocimiento de causas de menor cuantía entre indígenas. Esta justicia será impartida por jueces indígenas designados por la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (ratificada por el poder judicial) a propuesta en terna por cada comunidad o agrupación de comunidades, de una comuna o territorio de desarrollo indígena. Las condiciones básicas para poder ser elegido o propuesto al cargo de juez indígena serán las siguientes: Ser indígena o estar en cualquiera de los casos que se refiere en

la definición legal de indígena; y tener los conocimientos necesarios en la administración de justicia. Estos jueces actuarán como jueces de paz, utilizando el derecho consuetudinario como base para resolver las causas sometidas a su conocimiento. Tendrán además imperio para hacer cumplir sus resoluciones. Sus resoluciones podrán ser apelables ante la justicia ordinaria. Un reglamento establecerá los delitos, faltas y otros aspectos de la competencia de estos jueces.

Otro aspecto de la mayor importancia para devolverles dignidad y autonomía es el Reconocimiento de la especificidad de los huilliches y su organización sociopolítica tradicional. Por ello las disposiciones complementarias propuestas para el pueblo Mapuche-Huilliche son:

- 1.- Se entiende por Pueblo Mapuche Huilliche al conjunto de comunidades y poblaciones indígenas ubicadas en la X Región.
- 2.- En el caso huilliche sin perjuicio del reconocimiento de las comunidades indígenas se reconoce el sistema tradicional de cacicados y sus jurisdicciones territoriales:
  - a) Las autoridades del Estado establecerán relaciones privilegiadas con los caciques y sus representantes para todos aquellos asuntos que se establecen en el Capítulo de Participación;
  - b) Para la conformación de los territorios de desarrollo indígena se establecerá, en la medida de lo posible, una correspondencia con las jurisdicciones de los cacicados;
  - c) Para la administración de justicia indígena que propone esta ley se reconocerá el papel que cumplía y cumple el cacicado en este aspecto.
- 3.- En el área huilliche tendrá una especial consideración la protección del bosque nativo. Los planes de conservación y manejo de estos recursos deberán estar en armonía con el desarrollo de las comunidades.
- 4.- Se deberá realizar en los tres años posteriores a la dictación de esta ley, un plan de traspaso de las propiedades agrícolas forestales fiscales a las comunidades huilliches vivientes o colindantes o donde no las hubiera, a nuevos asentamientos. Bienes Nacionales deberá traspasar los predios fiscales a la CONADI la que realizará los planes de asignación y regularización correspondiente de acuerdo con los criterios de propiedad indígena que establezca la nueva ley.

Algunos de estos acuerdos interculturales elaborados en el seno de la CEPI fueron incluidos en la ley N° 19.253 tal como fueron formulados; otros se incluyeron modificándose en su esencia; y algunos otros ni siquiera fueron considerados. De modo que el indigenismo estatal diseñó su accionar a partir de esta realidad. Sin embargo, diecisiete años más tarde es ratificado el convenio 169 de la OIT que sí contiene normas para todos estos aspectos a las que el Estado chileno debe acomodar sus políticas referidas a los indígenas, entre ellas, la salud intercultural.

La Jurisprudencia Latinoamericana evidencia una clara tendencia de los tribunales en orden a fallar a favor de las reclamaciones indígenas en contra de los Estados que no se ajustan

a los estándares internacionales en estas materias. Así lo revela un informe reciente de la FUNDACIÓN PARA EL DEBIDO PROCESO (Due Process of Law Foundation) que analiza 50 decisiones judiciales, emitidas por diferentes cortes y tribunales de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Perú.

La Sentencia emitida el 23 de enero de 2008 por la Corte Constitucional de Colombia declaró inconstitucional la integridad de la Ley 1021 de 2006, “*por la cual se expide la Ley General Forestal*” al considerar que la materia regulada por ella –explotación de recursos naturales– afecta directamente los intereses de las comunidades indígenas y negras, y por ello debía haberse consultado previamente con ellas. En su lugar, el Estado realizó un proceso de participación general que no cumplió con los requisitos especiales de la consulta previa. La Corte precisó que para que se hubiese cumplido con el requisito de la consulta habría sido necesario poner el proyecto de ley en conocimiento de las comunidades, por intermedio de instancias suficientemente representativas, ilustrarlas sobre su alcance y sobre la manera como podría afectarlas y darles oportunidades efectivas para que se pronunciaran sobre el mismo. Es notable la coincidencia de la concepción de consulta previa de esta sentencia con el proceso efectuado por la CEPI en que el texto borrador de la ley indígena fue sometido al análisis comunitario. La misma Corte en sentencia T-737 de 2005 había establecido que los procesos de consulta previa son manifestaciones del derecho fundamental a la participación de los pueblos indígenas, que se encuentran expresamente reguladas por el derecho internacional y la Constitución Política de Colombia dentro de un marco jurídico “*fuertemente garantista*”

Por su parte la Sentencia Rol N° 11.040-2011, de la Corte Suprema de Chile, 30 de marzo de 2012 expresa: **QUINTO:** Que conviene dejar consignado que el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales establece para aquellos grupos con especificidad cultural propia, un mecanismo de participación que les asegura el ejercicio del derecho esencial que la Constitución Política consagra en su artículo primero a todos los integrantes de la comunidad nacional, cual es el de intervenir con igualdad de condiciones en su mayor realización espiritual y material posible. De ello se sigue que cualquier proceso que pueda afectar alguna realidad de los pueblos originarios, supone que sea llevado a cabo desde esa particularidad y en dirección a ella. Ha de ser así por cuanto las medidas que se adopten deben orientarse a salvaguardar las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, la cultura y el medio ambiente de los pueblos interesados.

La Sentencia C-063 de 2010, 4 de febrero de 2010 proferida por la Corte Constitucional de Colombia con motivo de la demanda de inconstitucionalidad contra el literal i) del artículo

14 de la Ley 1122 de 2007, “*por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*”, por considerar que vulnera el artículo 7º de la Constitución y el literal a) numeral 1º del artículo 6º, el artículo 7º y el artículo 25 del Convenio 169 de la OIT. El accionante argumenta que la norma demandada, al obligar a que la población desplazada se afilie necesariamente a la EPS pública (empresa prestadora de salud) de ámbito nacional, incurre en una omisión constitucional en la medida en que: i) consagra una norma que afecta a la población indígena desplazada sin haber realizado la consulta previa, ii), limita la autonomía para escoger la empresa prestadora de salud a la cual deseen afiliarse, iii) vulnera el principio de diversidad étnica y cultural y iv) no garantiza la puesta en marcha de servicios de salud adecuados para las poblaciones indígenas en situación de desplazamiento.

El Ministerio de Protección Social solicitó a la Corte que declarara constitucional la norma demandada, pues ella garantiza la efectiva prestación del servicio de salud a la población desplazada, sin discriminación alguna, y asegura la cobertura en cualquier parte del territorio, por medio de una EPS pública con cobertura nacional. Argumentó que la norma no vulnera el derecho a la libre escogencia, en la medida en que la vinculación a la EPS pública tiene lugar únicamente al inicio de la situación de desplazamiento, lo que permite que dicha población, dentro de los períodos de traslados definidos por los reglamentos, escoja la EPS de su preferencia. Las demás autoridades estatales que intervinieron, incluido el Ministerio Público, señalaron que en este caso resultaba evidente el desconocimiento por parte del legislador de la autonomía de las comunidades indígenas, garantizada por la Constitución, pues obligarlas, cuando se encuentren en situación de desplazamiento, a que se afilien a una EPS que no respete o no tenga en cuenta sus creencias, costumbres y tradiciones propias “supone un arbitrario sometimiento a un sistema de salud que les resulta ajeno, extraño a sus convicciones íntimas y, en esa medida, ilegítimo”. Solicitaron a la Corte que condicionara la constitucionalidad de la disposición demandada a que se entienda que la afiliación inicial garantice a los indígenas desplazados la libre elección de una EPS de conformidad con las costumbres, creencias, tradiciones y saberes comunitarios que integran su específica cosmovisión.

La Corte declaró constitucional la norma demandada, bajo el entendido que no impide que los indígenas desplazados realicen su afiliación inicial a una EPS indígena. El reconocimiento de esta garantía no debe originar ninguna restricción adicional a las previstas por la legislación general para realizar el cambio de EPS. Para la Corte, del análisis del literal acusado no se desprende que este tuviera como objetivo la regulación específica de una

situación que afectara directamente a la población indígena, y en ese orden, no era necesaria la consulta previa como requisito esencial. Sin embargo, afirmó que, en virtud del principio de diversidad étnica y cultural, el Estado debe garantizar la posibilidad de que los miembros de las comunidades indígenas puedan acceder a los servicios de salud de conformidad con sus costumbres étnicas y culturales, y no debe obligarlos a afiliarse a una entidad de salud concebida para la población en general.

### **A modo de conclusión**

La interculturalidad es entendida por los indígenas en Chile como instrumento para crear condiciones adecuadas que posibiliten el logro de sus demandas históricas de autonomía, desarrollo y liberación. La más importante de ellas es el Etnodesarrollo, lo que implica la protección y ampliación de las tierras, la protección y fomento de las culturas, la formación de recursos humanos con identidad y conciencia étnica mediante la educación intercultural bilingüe, la posibilidad de ejercicio del derecho consuetudinario y finalmente la participación indígena en la institucionalidad indigenista estatal encargada de diseñar y aplicar las políticas públicas adecuadas.

El nuevo marco legal acordado con el Estado a través del diálogo intercultural es concebido para permitir la recuperación y promoción de elementos propios de la cultura indígena tales como el territorio, las formas de hacer justicia, la medicina, la educación, los valores de la comunidad, los sistemas económicos, los sistemas de participación y expresión social de acuerdo a sus tradiciones, la religiosidad y manifestaciones religiosas y en general sus costumbres, abarcando todos los aspectos que dicen relación con cada pueblo originario de Chile.

Lo anterior fija el marco para la interculturalidad en salud que debe desarrollar una institucionalidad adecuada, con propósitos acordes con el etnodesarrollo y con la debida participación huilliche en su orgánica, tanto en su planta directiva como en las prestaciones de salud que ejecute. Una de las líneas de acción prioritarias debe ser la formación de recursos humanos indígenas para la operación del sistema. Debe permitir el desarrollo de la medicina huilliche y su complementariedad con la biomedicina mediante prestaciones financiadas por el Estado. Debe apoyar y alentar la autonomía del pueblo mapuche huilliche que posibilita la prevención de las enfermedades, especialmente la autonomía alimentaria mediante la promoción de la producción agroecológica destinada al buen vivir, y la preservación de la biodiversidad en los territorios que es donde se extraen los productos alimenticios y los

medicamentos para curar las enfermedades. Una de las críticas más recientes de sectores mapuche-huilliches a los programas de salud intercultural impulsados por el Servicio Nacional de Salud se refiere a que éstos no tienen la calidad de tales pues sólo incluyen el “enfoque intercultural” en las prestaciones biomédicas que entregan profesionales no mapuches. Hay la sospecha fundada en la experiencia de que estos programas sean una más de la larga lista de simulaciones operadas por el Estado de Chile para dar la impresión de inclusividad de lo indígena sin salirse del marco civilizatorio hispano-criollo. La participación huilliche en el diseño y aplicación de los programas de salud es lo único que posibilita el control social que puede garantizar su pertinencia y adecuación. Del mismo modo la transferencia de poder de decisión al grupo dominado es lo que indica la voluntad intercultural en el grupo dominador.

## **BIBLIOGRAFIA**

CACIQUES DE OSORNO. Manifiesto de Llanquihue de 1894.

CACIQUES HUILLICHES. Memorial y Documentos del 21 de diciembre de 1935.

CACIQUES DE VALDIVIA, OSORNO Y CHILOÉ. Memorial de 1937.

CAÑULEF, Eliseo. Introducción a la Educación Intercultural Bilingüe en Chile, Editorial Pillán 1998.

CAPRA, Fritjof. La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos, 1996.

COMISION ESPECIAL DE PUEBLOS INDIGENAS. Borrador de Nueva Ley Indígena, 1990.

FUNDACIÓN PARA EL DEBIDO PROCESO. Digesto de jurisprudencia latinoamericana sobre los derechos de los pueblos indígenas a la participación, la consulta previa y la propiedad comunitaria, Washington 2013.

GODENZZI A. Juan. Educación e Interculturalidad en los Andes y la Amazonía. Cusco- Perú, 1996.

MATURANA, Humberto. El sentido de lo Humano. Editorial Universitaria Santiago 1994.

STUHLIK, Milan. Las Actitudes y relaciones de los mapuches hacia los chilenos. Universidad Católica de Temuco. Sede Regional. 1971.



## CAPÍTULO 9

### CONTORNOS DA MEDICINA POPULAR NOS CAMPOS GERAIS PARANAENSE

Maximillian Ferreira Clarindo<sup>64</sup>

Nicolas Floriani<sup>65</sup>

#### INTRODUÇÃO

Este capítulo destina-se a discutir a (re)produção da medicina popular na Região dos Campos Gerais do Paraná. Aborda-se a temática desde estudos realizados em comunidades rurais e urbanas, em que este saber-fazer evidencia um rico aporte cultural, bem assim, uma estratégia de resistência e resiliência para diferentes pessoas da região.

Neste sentido, a Geografia da cura e do sagrado é discutida à luz de uma perspectiva complexa, isto é, endereçando o olhar para a pluriversidade de dimensões (social, psicológica e biofísica) que configuram o fenômeno, caracterizando a temática como uma categoria de análise inter e transdisciplinar. Acena-se, então, sobretudo para a busca de diálogos entre ciência e saber popular no sentido de ressignificar e visibilizar antigas (e atuais) práticas.

Dentro de um contexto epistêmico, avalia-se a necessidade de superar as ontologias dualistas que insistem em separar saberes e invisibilizar práticas exógenas ao logocentrismo moderno. Tal processo de visibilização de outras expressões de pensamento configura-se no contexto de tensões e conflitos que caracterizam a produção social dos conhecimentos (SOUSA SANTOS, 2006).

A medicina popular na região é caracterizada por um amálgama cosmo-mítico-religioso, destacadamente organizada a partir de benzedeadas e benzedores que são referenciados e empoderados pelas comunidades através de seus saberes. Neste amálgama observam-se inúmeros simbolismos envolvidos com tais processos, além de expressiva conexão com a natureza, traduzida pela presença de ervas, tanto utilizadas nos remédios caseiros como nos ritos de benzimento. Junto disso, apresenta também uma complexa forma de organização social, em que há uma territorialização singular através destes saberes e uma série de relações sociais

---

<sup>64</sup> Doutor em Geografia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, membro do grupo de pesquisa Interconexões. [maxclarindo@hotmail.com](mailto:maxclarindo@hotmail.com)

<sup>65</sup> Prof. Dr. na Universidade Estadual de Ponta Grossa, coordenador do grupo de pesquisa Interconexões. [florianico@gmail.com](mailto:florianico@gmail.com)

de trocas por elas dinamizadas, que operam com bases éticas próprias e valores substantivos e que excedem objetivos da lógica econômica e do saber colonizador.

O ofício das benzedeadas prende-se também às discussões de saúde (tanto de saúde pública como coletiva<sup>66</sup>), a partir de uma leitura social abrangente. Além de configurar um patrimônio cultural, vislumbram-se outras particularidades envolvidas na (re)produção deste saber-fazer que não podem estar dissociadas para sua melhor compreensão, tais como: fatores econômicos, relações de poder, religiosidades e crenças, dentre outras.

As benzedeadas e benzedores figuram neste contexto como mantenedoras de um saber que faz dialogar diferentes momentos históricos da sociedade, capaz de estabelecer conexões entre a medicina moderna, antigas formas de cuidar do corpo, e espiritualidades, em um constante fluxo de incorporações. Sob a ótica geográfica trata-se, portanto, de aproximar a Geografia da Saúde de uma perspectiva fenomenológica, convergindo para um prisma cultural, social, crítico e humanista organizados pelo pensamento complexo. Ao mesmo tempo, passa-se a uma outra leitura da Geografia cultural, cujas práticas transcendem o palpável e mergulham em diferentes significações sociais para a região em questão.

A compreensão das múltiplas conexões que indivíduos tecem entre si e com as espacialidades que habitam dentro de uma condição pós-moderna, como denomina Harvey (1992), apresenta-se como um desafio latente para a ciência geográfica, sobretudo no Brasil. No país, problemas urbanos ou rurais relacionados à poluição, moradias precárias, falta de saneamento básico, violência, reaparição de doenças já erradicadas, trabalhos insalubres e informais, desmatamento e o uso desmedido de agrotóxicos acentuam ainda mais a necessidade de se estudar todas as vias da vida social, com destaque para aquelas não pavimentadas (renegadas pela ciência moderna). “[...] estamos enfrentando problemas modernos para os quais não há soluções modernas suficientes.” (ESCOBAR, 2014, p. 140). Daí a validade de reconhecer outras formas de cuidar do corpo e da vida em sociedade presentes no cotidiano, a partir da imersão nas relações sociais abstraídas através destas.

---

<sup>66</sup> Há uma diferença conceitual entre saúde pública e saúde coletiva. A primeira encontra-se mais inclinada à questão do dever do Estado em propiciar saúde à população. Saúde coletiva é uma abordagem mais ampla, que envolve questões sociais, não necessariamente afetas ao Estado.

## 1.2 A MEDICINA POPULAR PRATICADA NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS DO PARANÁ:

Os estudos aqui apresentados são fruto de pesquisas relacionadas com o mote realizadas no período de 2013 a 2019, nas quais foram investigadas, em um primeiro momento, comunidades rurais localizadas na região rural do município de Campo Largo e Ponta Grossa e em seguida o mesmo fenômeno foi analisado no perímetro urbano da cidade de Ponta Grossa, município polo da região dos Campos Gerais e o 4º mais populoso do Paraná. Desta forma, se tem uma percepção em duas espacialidades distintas (ou imaginadas como tal) – rural/urbana – o que favorece a compreensão da medicina popular de maneira ampla, tal qual demanda o fenômeno.

A primeira investida no intuito de se compreender a medicina popular praticada por comunidades rurais se deu a partir da região da Serra das Almas, como é popularmente conhecida a espacialidade compreendida entre os distritos de Itaiacoca (Ponta Grossa) e Três Córregos (Campo Largo). Nesta, em meio às várias comunidades rurais, existem remanescentes quilombolas e faxinalenses.

Em ambas as pesquisas se optou pela realização de entrevistas abertas com as pessoas, após um período prévio de observação participante. Elegeu-se esta abordagem por considerar que “[...] trata-se de um encontro, ou uma série de encontros face-a-face entre um pesquisador e atores, visando a compreensão das perspectivas das pessoas entrevistadas sobre sua vida, suas experiências, expressas na sua linguagem própria.” (MACEDO, 2004, p.166).

Através desta metodologia, percebeu-se que a (re)produção da medicina popular no contexto rural guarda uma conexão mais aproximada com a natureza, seja pela disponibilidade de recursos e uma questão cultural ou mesmo enquanto uma necessidade premente em face da sazonalidade com que as comunidades rurais dispõem dos serviços públicos e remédios industrializados. Neste sentido, a formulação de remédios caseiros a partir de canteiros individuais e de plantas extraídas da floresta são práticas contumazes entre as pessoas.

As duas benzedeadas e um benzedor atuantes na região rural investigada figuram como nós de uma rede de reciprocidade, cuja projeção é imensurável, haja vista que suas práticas e saberes possuem tributários em diferentes regiões do país e até mesmo do mundo. Estas pessoas são o que Almeida Silva (2010) denomina por “marcador territorial”, isto é, são pontos de referência espacial e social em que as comunidades procuram para as mais diversas aflições cotidianas, disputando espacialidades e/ou convivendo com as igrejas e outras instituições. São

interstícios espaciais em que são socializados conhecimentos e onde são também tecidas uma série de outras relações sociais (como o compadrio).

Compondo a rede, ao lado dos marcadores territoriais (benzedoras/benzedor), há outras pessoas que são também empoderadas socialmente pelo fato de serem experientes no manejo de plantas para produção de remédios caseiros e outros rituais advindos deste processo. Desta forma, logo em um primeiro momento se percebe que as práticas da medicina popular rural (re)produzidas por estas pessoas concitam uma abordagem geográfica ampla.

FIGURA 1 – Dona Jesumira coletando ervas medicinais do seu quintal na Comunidade Rural de Ramanescentes Quilombola de Palmital dos Pretos.



Fonte: GRUPO DE PESQUISA INTERCONEXÕES, 2014, em CLARINDO, 2014.

De início, buscava-se a compreensão dos territórios estruturados pela medicina popular, porém, logo percebeu-se que diferentes territórios se conectavam uns aos outros estruturando uma rede geográfica. Sucessivamente, esta rede formatava a noção de região no imaginário coletivo das diferentes comunidades.

Neste arranjo socioespacial, o conceito de região pareceu o mais adequado a ser trabalhado na interpretação do saber-fazer da medicina popular, pois é através dele que as identidades também se estruturam, com a noção de pertencimento. Em que pese a região tenha

outra denominação político-administrativa (Três Córregos) é com a “região da Serra das Almas” que as pessoas se identificam.

A identidade para estas comunidades figura como estratégia de resistência, destacadamente para os remanescentes quilombolas da região. Floriani et. al. (2018) apõem que o processo histórico de formação socioespacial rural dos Campos Gerais se dá a partir da ocupação de parcelas remanescentes da ocupação dos grandes latifúndios de origem escravagista.

Neste caminhar, a “identidade de resistência” que de acordo com Castells (1999) é a forma que grupos subjugados pela hegemonia do capital e do poder político aderem para se fortalecerem enquanto grupo e nutrir suas respectivas culturas de esperança de futuro. Schmitt, Turatti e Carvalho chamam a atenção para outro fenômeno decorrente deste processo de fortalecimento identitário:

Em tal situação de desigualdade, os grupos minoritários passam a valorar positivamente seus traços culturais diacríticos e suas relações coletivas como forma de ajustar-se às pressões sofridas, e é neste contexto social que constroem sua relação com a terra, tornando-a um território impregnado de significações relacionadas à resistência cultural. Não é qualquer terra, mas a terra na qual mantiveram alguma autonomia cultural, social e, conseqüentemente, a autoestima.(SCHMITT; TURATTI; CARVALHO, 2002, p.5).

A medicina popular age, portanto, como um saber-fazer que une diferentes comunidades, fortalecendo também a identidade coletiva da região. Na medicina popular estão imbricadas múltiplas dimensões da vida comunitária (econômica, social, cultural, espiritual/religiosa, etc).

Por e através dela há uma complexa lógica territorializante que envolve a memória individual e coletiva das pessoas e que está intimamente associada à natureza, a qual não se encontra dissociada de suas práticas e cognições. Mesmo com a pluralidade de signos pós-modernos, que evidentemente também alcançam o meio rural, as comunidades ressignificam antigos hábitos, os mantendo vívidos ao longo do tempo em um processo contínuo de mudança e permanência, como denomina Sahlins (1997).

Assim, misturam-se diversos simbolismos, materiais e imateriais que se associam a preceitos de um catolicismo adaptado às diferentes culturas e particularidades do meio rural (um catolicismo rústico). Nesta esteira, a medicina popular na região é um amálgama cosmo-mítico-religioso que envolve diferentes simbolismos (modernos ou não).

É a religiosidade que confere à medicina popular seu caráter sacral, condição que faz alimentar no homem e no grupo social ao qual pertence, a crença nos “poderes” sobrenaturais do curador de interpretar doenças, indicar terapias e de preparar remédios, aos quais se admite de eficácia garantida. (CAMARGO, 2014, p. 4).

Na região da Serra das Almas, se por um lado adoecer significa sofrimento, de outro reforça os laços de solidariedade comunitária na região. A concepção de saúde e doença não é linear ou homogênea, de modo que também não há apenas soluções caseiras na Serra das Almas. A transição do modo de vida das entrevistadas (modernidade/tradição) também infere situações nas quais a medicina moderna é procurada, especialmente nos casos mais graves. Inobstante, os remédios alopáticos estão sendo incorporados na cultura daquele povo; todavia, o uso e suas funcionalidades são ressignificados de acordo com a cultura da região e comumente associados a outros fármacos caseiros.

Saúde na região da Serra das Almas é uma consequência da plenitude de diversos fatores, dentre eles: físico, emocional (estar feliz), social (estar bem relacionado com os demais vizinhos), religioso (estar em dia com as obrigações religiosas e, portanto, imunes ao mal), dentre outras variáveis. Há ainda uma conexão da saúde com as ações individuais e coletivas, em que se confia que sempre fazendo bem ao próximo cumpre-se com um papel social e religioso, fortalecendo a proteção divina sobre si.

Deve-se considerar que os preceitos da prática medicinal popular escapam às lógicas de mercado. O remédio caseiro não possui valor financeiro, ele é solidarizado com prazer dentre as famílias da região. Da mesma forma, a consulta com as benzedeadas da região não possui custo.

Posey (1996) afirma que as comunidades tradicionais comumente trabalham com “elevados níveis de abstração”, acrescentando noções espirituais, forças mitológicas e seres em seus cotidianos. O autor explica que a ressignificação da natureza se dá em face de que “os povos tradicionais, em geral, afirmam que, para eles, a “natureza” não é somente um inventário de recursos naturais, mas representa as forças espirituais e cósmicas que a vida é o que ela é.” (POSEY, 1996, p. 150).

Na convivência com os grupos, tanto na Comunidade Quilombola de Palmital dos Pretos como também nas outras da região (Jacuí, Sete Saltos de Baixo, etc.) percebeu-se o prazer que se tem em ajudar o próximo que se encontra com a saúde fragilizada. O fato de conseguir curar alguém faz com que as pessoas entrevistadas esbocem sorrisos e ostentem orgulho em seus discursos. Além disso, as motiva a continuar com o labor buscando fazer o bem para que o retorno continue acontecendo (imunidade divina concedida a quem pratica o bem). Talvez esse

aspecto reflita, em termos conscientes ou inconscientes, da necessidade de se reproduzir e manter vivo os laços de reciprocidade com base no dom da cura recebido pelas benzedeadas.

O que, pelo contrário, caracteriza as medicinas populares, sem falar do papel do contato e da proximidade física de quem o cura em um quadro familiar (“tocando” em você) e do caráter abrangente da percepção da doença (a totalização homem-natureza-cultura, que se opõe à tendência à dissociação do homem, da natureza e da cultura, cujo corolário é a hiper-especialização) e da terapia, é sobretudo a imbricação estreita da questão do como etiológico-terapêutico e de uma interrogação sobre o porquê associada à subjetividade do doente. Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, e existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra, sem dúvida, disposto a eliminar. (LAPLATINE, 2010, p. 220).

Estas pessoas, possuidoras do dom de benzer são vistas como médico-mágico-religiosas. São sujeitos, cujos saberes congregam, em analogia, todas as especialidades da medicina moderna (são psiquiatras, cardiologistas, ortopedistas, etc), pois tratam toda ordem de disfunções, sejam físicas, psicológicas, ortodônticas, sociais, etc.

O saber-benzer assemelha-se ao que Marcel Mauss (2003) denomina ‘ato mágico’, sendo que este, embora incorpore elementos religiosos (rezas, orações, imagens de santo, etc), não são solenes e públicos como os atos religiosos. Geralmente ocorrem em residências permeadas por segredos que somente o benzedor é capaz de reconhecer. “O silêncio, o não compreendido, é fundamental para a eficácia da magia. O ato mágico depende do coletivo para se legitimar, mas tem que preservar o mistério que o envolve, o interdito, o proibido.” [...] “Enquanto a religião aparece no polo da moral, a magia aparece no polo da necessidade.” (PEREIRA, 2007, p. 6). A pessoa capacitada a benzer possui características que as diferenciam dos demais sujeitos da comunidade.

[...] não é qualquer um que pode praticar atos mágicos, porque o ato mágico implica certas exigências, e uma delas, é a alteração do estado físico e mental de quem o realiza. Para tanto, há uma preparação prévia, embora o mesmo já possua os requisitos básicos para a prática de tais atos. O mágico, segundo dados apontados por Mauss, não é quem escolhe ser mágico, mas é alguém que já nasceu com as predisposições para sê-lo, diferentemente do sacerdote, que escolhe ser sacerdote, e essa escolha, é legitimada por uma instituição. (PEREIRA, 2007, p. 7).

Além da predestinação divina e da legitimação social, a figura da benzedead(o) carrega consigo outras características que lhe são próprias: postura equilibrada, aprofundado senso de coletividade, ausência de vaidades, olhar bondoso e acolhedor e o elevado conhecimento das rezas, ladainhas, orações e cânticos católicos, e na elaboração de remédios caseiros a partir de plantas medicinais.

FIGURA 2 – Sr. Dário Branco realizando seu benzimento.



Fonte: CLARINDO, 2014.

E no espaço urbano? Há benzedeadas e benzedeados em atuação no espaço urbano? Quais as divergências e convergências entre o saber-fazer rural e urbano? Os problemas urbanos e a proximidade com elementos pós-modernos favorecem ou obscurecem o saber-fazer tradicional? Os níveis de abstração maiores elencados por Posey (acima citado) mantêm-se no cotidiano urbano?

No intuito de dirimir estes e outros questionamentos, mudou-se o enfoque espacial da pesquisa e entre os anos de 2015 e 2019 discutiu-se o saber vernacular desde o espaço urbano de Ponta Grossa. O estudo apontou que há benzedeadas em atuação na cidade, com características bastante próximas daquelas estudadas no meio rural.

A cidade de Ponta Grossa, assim como a maioria das cidades paranaenses, é organizada a partir de um histórico de formação socioespacial que agencia múltiplas permutas entre modernidade e tradição ao longo do tempo histórico. A cidade cuja origem está nos movimentos de tropeiros que pernoitavam na região em face da vastidão de pastos e de água potável para o gado, ainda preserva várias crenças e simbolismos de suas origens, algumas delas impressas no espaço urbano.

Atualmente uma outra cidade é vivenciada, onde há uma releitura de elementos de seu passado rural, mas negociada com os signos modernos, desta forma configura-se um conflito de imaginários geográficos que encerra em si uma distinta forma de organização socioespacial.



Esta peculiar constituição urbana só é perceptível quando o olhar é focalizado nos espaços vividos, nas metaestruturas individuais dos sujeitos. De acordo com Di Méo:

Elas formam uma nova família de indicadores de como funciona um corpo ideológico. Levando em conta os escritos e a linguagem, o discurso dos habitantes, os monumentos e as memórias, as demonstrações, as cerimônias e as celebrações, as histórias e as obras de arte, os sinais e emblemas, os símbolos que escondem paisagens como espaço geográfico (etc.), todos esses elementos fornecem os marcos para uma instância ideológica intimamente associada à instância geográfica. (DI MÉO, 2014, p. 49).

A aproximação das instâncias ideológicas e geográficas possibilita a compreensão de que o espaço urbano moderno não passa perto de ser uno e homogêneo, ao contrário, ele é diverso e congrega múltiplas identidades (mesmo aquelas consideradas não modernas ou tradicionais). Os “pluriversos”, como denomina Escobar (2014) ao tratar dos múltiplos mundos inseridos no mundo moderno, inferem, portanto, também em plurais compreensões do que vem a ser este espaço urbano moderno.

De um ponto de vista geográfico (mas não limitado a ele) percebe-se que o espaço urbano moderno é um conglomerado de vários microterritórios interconectados entre si. Através destes e das projeções das metaestruturas individuais que os sujeitos imprimem através de suas práticas (viver junto, coabitar, circular, trabalhar – MATHIEU, 2010) é que estas espacialidades vão sendo organizadas.

Na medida em que as (micro)territorialidades constituem fragmentos organizados de sociação territorializada, elas podem ser capazes de concorrer para a refocagem da totalidade da cidade/metrópole. Essa capacidade investe as (micro)territorialidades de alguma “perigosidade” e rebeldia ao disputar as visões “globais”, que são as visões hegemônicas institucionalizadas do mundo urbano. Permite ver aquilo que vai sendo deliberadamente obscurecido e revelam mecanismos de produção da presença de muitos sujeitos e grupos subalternizados, assim como tornam audíveis discursividades indesejadas. (FONTOURA, 2012, p. 202).

Através da revisão das visões totalizantes acerca do espaço urbano é que se percebe a validade da medicina popular para o prospecto cultural de inúmeras pessoas (discursividades de grupos subalternizados). No mesmo alinhamento do que ocorre no meio rural, percebe-se também a sua importância enquanto estratégia de sobrevivência, pela falência estrutural dos serviços de saúde pública.

Laplatine (2010) colaciona que sempre existiram ou resistiram também outros saberes envolvendo saúde e doença além da medicina moderna. O projeto político, econômico e cultural operado pela ciência no intuito de tornar a medicina moderna único refúgio da humanidade quando adoecida falhou, tal qual a oferta desta medicina à toda população. A visão unilateral

não foi comprada pela sociedade, além disso, a questão econômica naturalmente impede o acesso à medicina pelas camadas populares.

E é precisamente no espaço dessa carência, nesse vazio deixado pelo que as duas Reformas, aliadas às Luzes do século XVIII, não conseguiram submeter, que se reproduzem e se renovam as diferentes formas de medicinais tradicionais (farmacopeia popular, ritos de proteção, devoção aos santos curandeiros, recurso aos “*panseurs de secrets*” e aos tiradores de feitiços) e neotradicionais (magnetismo, radiestesia, fitoterapia), e que se alinham e surgem novos tipos que não são nem do tipo da confissão e do perdão, e menos ainda da ordem fisioanatômica: a psicologia, a psicanálise e as múltiplas formas de psicoterapia. (LAPLATINE, 2010, p. 243).

A medicina popular é, portanto, uma realidade atual no município de Ponta Grossa seja enquanto afirmação cultural ou como uma necessidade. A pesquisa realizada inquiriu ao todo 9 benzedoras que se encontram em atuação na cidade. Destas, a totalidade com idade superior a 60 anos e oriundas do meio rural.

Enquanto no meio rural as práticas da medicina popular encontram-se envoltas em um catolicismo rústico, que trabalha simbolismos institucionais da igreja católica com outros que são incorporados pela modernidade e *habitus* do cotidiano rural, a medicina popular urbana é mais plural em termos religiosos e espirituais, conforme se observa na figura a seguir:

FIGURA 3 – Altar de uma benzedora urbana de Ponta Grossa.



Fonte: CLARINDO, 2018.

Nota-se que a benzedeira proprietária do altar acima possui suas práticas associadas ao catolicismo (presença de santos católicos), mas também a orixás (Umbandas) e médiuns espíritas. Desta pluralidade também se constata o manuseio de ervas medicinais para formulação de remédios caseiros e ressignificação de objetos, atribuindo-lhes o poder de curar (peneiras, barbantes, tesouras, etc). No que se refere aos Santos, Laplatine apõe que:

Muitas vezes, a doença que se procura curar mantém uma relação de analogia (até mesmo de consubstancialidade) com o santo que também passou pelas mesmas dores em uma época de sua vida. Se, por exemplo, Santa Apolina cura a dor de dente é porque, quando de seu martírio, quebraram-lhe o maxilar, e se São Pantaleão cura as queimaduras é porque ele morreu queimado. (LAPLATINE, 2010, p. 183).

Além dos santos reconhecidos pela igreja católica, há outros no cotidiano brasileiro, conseqüentemente incluídos na medicina popular. Maués (1990) chama a atenção para a existência de “santos de cemitério” espalhados pelo país e outros que assim são investidos desta denominação pela própria população (a exemplo de São João Maria, um monge da região da Lapa do PR que é considerado milagreiro).

Associado a este *corpus* que estrutura a medicina popular urbana estão também presentes as plantas que ganham formas de remédios caseiros pelas mãos das benzedeiros (chás, banhos de ervas, emplastos, garrafadas, simpatias e outros inúmeros empregos de plantas). Trata-se de uma ressignificação da natureza com a inserção da religiosidade que também acompanha este saber-fazer ao longo dos anos. A eficácia das plantas medicinais e dos rituais de cura envolvidos na medicina popular transcendem às testagens (em que pese muitas já tenham sido ou estejam sendo submetidas). Lévi-Strauss (1975) ao discutir a questão da cura através de rituais xamânicos apontava que a eficácia destes se inclinavam mais à crença do que nos resultados propriamente ditos. Nas palavras do autor:

Não há, pois, razão de duvidar da eficácia de certas práticas mágicas. Mas, vê-se, ao mesmo tempo, que a eficácia da magia implica na crença da magia, e que esta se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro, na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ele cura, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; finalmente, a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam à cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam às relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça. (LEVI STRAUSS, 1975, p. 182).

No meio urbano, em que pese haja um crescente encolhimento das moradias (para satisfazer os anseios do capital), quando muitas delas não possuem nenhum terreno ou são moradias verticalizadas, as benzedeiros adaptaram suas práticas de modo a manter seus saberes em atividade. Através da figura abaixo se percebe que a benzedeira adaptou em sua residência

um canteiro para preservar espécies que utiliza para confecção de remédios caseiros e durante seus rituais de benzimento.

FIGURA 4 – Farmácia caseira urbana da Benzedeira Lilla, região leste de Ponta Grossa.



Fonte: CLARINDO, 2017.

Mesmo nos casos em que não é possível manter um canteiro com ervas medicinais, algumas benzedeiros acabam comprando remédios em lojas de produtos “naturais”. Neste sentido há uma reificação do manejo da natureza de modo que a origem importa menos que a o conhecimento correto para manusear as plantas.



Destarte, a medicina popular continua a sustentar-se no seio das comunidades, rurais ou urbanas, modernas ou menos modernas. São atos mágicos que acompanham a humanidade desde os primórdios (conforme retrata BAUDOUIN, 2015) em menor ou maior medida, conforme os contextos político, econômico e/ou cultural permitem.

No caso em discussão, as pesquisas realizadas, que envolveram comunidades rurais e também os microterritórios urbanos apontou que a medicina popular é transcendente às espacialidades, constituindo uma característica cultural da região que resiste à condição pós-moderna (HARVEY, 1992) seja no campo ou na cidade. Assim, ao contrário do que se poderia imaginar, a globalização e os signos pós-modernos não sobrescreveram antigas práticas da sociedade, mas as reavivaram tornando as diferentes espacialidades híbridas desde o prospecto cultural.

Nestes termos, o rural não é tão “provinciano” quanto se imagina e na mesma proporção o espaço urbano não é em sua integralidade “cosmopolita”. As lupas colocadas sobre tais espacialidades elucidam que os modos de viver de habitar com e no espaço vão se metamorfoseando ao longo dos anos de modo que várias práticas culturais são perpetuadas no cotidiano das pessoas através de suas memórias e das relações sociais que elas imprimem entre si.

A medicina popular é um saber-fazer que absorve variados signos modernos (no sentido lato da palavra), mas que ao mesmo tempo não se (con)funde com as instituições disciplinares (parafraseando FOUCAULT, 1999). Ela é uma espécie de transgressão lícita impregnada no seio das comunidades em questão, que não abdicam do modo de vida moderno, nem mesmo da medicina moderna, mas simultaneamente flexionam os limites da racionalidade instrumental propagando saberes e uma outra visão do mundo, para além dos desmandos do capital e da objetivação do corpo humano e da vida em sociedade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA SILVA, A. de. **Territorialidades e identidade dos coletivos Kawahib da Terra Indígena Uru-Eu-Wau-Wau em Rondônia: “Orevaki Are”** (reencontro) dos “marcadores territoriais”. Tese (Doutorado em Geografia). Curitiba: UFPR/SCT/DG/PPGMDG, 2010. 301 p.

CAMARGO, M. T. L. de A. **A religiosidade na medicina popular**. Revista Nures, Rio Claro - SP, n. 26., p. 1-8.

CLARINDO, M. F. **Medicina popular e comunidades rurais da Região da Serra das Almas, Paraná: o amálgama cosmo-mítico-religioso tradicional**. 2014. 124 f. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2014.

\_\_\_\_\_. **A Geografia da cura e do sagrado: a resistência das benzedadeiras no espaço urbano de Ponta Grossa**. 2019. 10 f. Tese (Doutorado em Geografia). Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2019.

DI MÉO, G. **Introduction à la géographie sociale**. Paris: Armand Colin, 2014, 190 p.

ESCOBAR, A. **Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia**. Medellín: Ediciones UNAUCLA, 2014. 184 p.

FONTOURA, C. (Micro)territorialidades: metáfora dissidente do social. **Terr@ Plural**, Ponta Grossa, v.6, n.2, p. 199-214, jul./dez. 2012.

FOCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 288 p.

FLORIANI, N. et. al. Microterritorialidades rurais em um espaço urbano no sul do Brasil: imaginários geográficos e outros modos de habitar na cidade. In: LIMA, R. M.; SHIRAIISHI NETO, J.; SOUZA FILHO, B. **Dinâmicas territoriais e conflitos socioambientais**. 1. ed. São Luís, Maranhão: Editora da UEMA, 2018. 149-175 p.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

LAPLATINE, F. **Antropologia da doença**. 4. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010, 274 p.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

MACEDO, R. S. **Etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação**. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2004. 297 p.

MATHIEU, N. Le concept de mode d'habiter à l'épreuve du développement durable, l'Académie d'agriculture de France. **Hal sciences d l'homme et de la Société**, França – Paris, 2010. Disponível em: <<http://halparis1.archives-ouvertes.fr/halshs-00732262/fr/>> . Acesso em: 01 ago. 2017.

MAUÉS, R. H. **A ilha encantada: medicina e xamanismo numa comunidade de pescadores**. Belém: EDUFPA, 1990. 271 p.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Ubu Editora LTDA-ME, 2003.

MERHY, E. E.; GOMES, L. B. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de saúde pública**. v. 27. n. 1. jan. 2011. p. 7-18.

PEREIRA, J. C. A Magia nas intermitências da Religião: Delineamentos sobre a magia em Marcel Mauss. **Revista Nures**. n. 5. jan./abr. 2007.

---

POSEY, D. A. Os Povos Tradicionais e a Conservação da Biodiversidade. In: PAVAN, C. (Cord). **Uma estratégia Latino-americana para a Amazônia**. v. 1. São Paulo: UNESP, 1996. p.149-157.

SAHLINS, M. O "pessimismo sentimental" e a experiência etnográfica: Por que a cultura não é um "objeto" em via de extinção (Parte I). **MANA**. v. 3, n. 1, jan./abr. 1997. p. 41-79.

SCHMITT A.; TURATTI, M.C.M.; CARVALHO, M.C.P. A atualização do conceito de quilombo: Identidade e território nas definições teóricas. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 10, jan./jun. 2002. p. 1-10.

SOUSA SANTOS, B. **A gramática do tempo: Para uma nova cultura política**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.



# POSFÁCIO

## O LEGADO DO FILÓSOFO CHILENO NELSON RICARDO VERGARA MUÑOZ (1946-2018†) – Pensador do cotidiano e dos territórios.

Dimas Floriani<sup>♦</sup>

Nossos caminhos se cruzaram em Santiago nos anos 1972 e 1973 sem que nos conhecêssemos ainda. Esses caminhos se localizavam em Macul, na Universidade de Chile, o famoso Instituto Pedagógico que concentrava a área de Humanidades (educação, sociologia, filosofia, letras e artes). Anos mais tarde, já em 2007 nos encontramos em Osorno no CEDER da ULAGOS, a convite do antropólogo Francisco Ther Ríos que estava organizando o mestrado interdisciplinar em território, meio ambiente e desenvolvimento local.

Por coincidências do destino, Nélon Vergara era amigo do dono da Livraria que ficava próximo do Instituto Pedagógico, na esquina da Av. Yrarrázabal, com Macul, Don Armando, que vendia livros à prestação e inclusive cedeu o sótão de sua livraria para nós que tínhamos poucos recursos para alugar moradia em Santiago. Transitávamos também por seminários acadêmicos, superconcorridos, tanto na filosofia como na sociologia, onde especialistas de referência internacional, já falecidos, entre outros, como Juan Rivano, especialista em Hegel, e Carlos Matus, que palestrava sobre o Capital de Marx.

Foram anos de efervescência intelectual e política e que marcaram de uma forma permanente nossas experiências existenciais, culturais e políticas, culminando com a tragédia do 11 de setembro de 1973 e que acabou conduzindo Nélon Vergara para o sul do país e no meu caso para a Europa.

Lembrando também que Nélon Vergara continuaria dialogando com um de seus mestres na Filosofia do Instituto Pedagógico (UCHILE), Humberto Giannini, que trouxe a filosofia para o campo do cotidiano e das ruas. Giannini influenciará a pesquisa dele sobre territórios, cotidiano e imaginários na pesca artesanal chilena, ao longo dos projetos de pesquisa coordenados pelo antropólogo e professor Francisco Ther Ríos (Dirección y Coordinación |

---

<sup>♦</sup> Professor Titular Sênior do PPGMADE e PGSOCIO (UFPR). Doutor em Sociologia (U.C. de Louvain – Bélgica). Pesquisador CNPq. Professor Colaborador e Visitante do CEDER da Universidad de los Lagos (Osorno-Chile). Coordenador Acadêmico da Casa Latino-americana (CASLA), Curitiba-Paraná.

Programa Atlas (ulagos.cl), com quem temos mantido nos últimos 15 anos um constante diálogo na pesquisa e na docência.

### **Breves relatos sobre sua formação, em entrevista:**

Apresento a seguir alguns de seus passos pós-1973, já no sul do Chile, segundo seu próprio depoimento, em uma entrevista que fizemos com ele em 2016, no Programa televisivo *América Latina Viva*, pela TV da UFPR, uma vez que Néelson Vergara esteve também como professor convidado no Programa Interdisciplinar em Meio Ambiente e Desenvolvimento (PPGMADE-UFPR), com seu curso sobre *Imaginários, Territórios e Cotidiano*.

Indagado na entrevista sobre os aspectos relevantes do processo de sua formação no campo da filosofia durante os anos 1968-1973 em Santiago, Néelson Vergara relataria alguns elementos na passagem dessa época que se inicia com sua entrada na Universidade para estudar filosofia. Considera que foi um período de máxima liberdade na universidade chilena e em especial do ensino das ciências sociais, da filosofia e das ciências humanas.

N. V. - “É o período em que se começa a gestar a grande reforma da universidade no Chile. Período em que as mobilizações, as posições, os pontos de vista se manifestavam com muita força, mas também com respeito. Até o momento em que esses movimentos se politizaram o que gerou uma tensão até violenta, mas dentro de limites do que se pode considerar como adequado, verdadeiro. Esta foi a primeira etapa”.

N.V. - “Esta etapa termina com o golpe militar de 1973 e dura até a retomada da democracia (1990). É um período em que eu já estava diplomado, trabalhando na universidade. Porém, com as mudanças impostas pelo governo militar, o que representou praticamente a desapareção da Universidade chilena, em seu caráter nacional e sua concentração em Santiago”.

N.V. - “A sede da Universidade do Chile que desenvolvia programas completos, foi regionalizada por meio de um Instituto que teve longa duração com reitores militares, com os quais as ciências sociais e humanas foram descaracterizadas e com isso houve perda de contato com as pessoas interessadas em temas filosóficos ao longo do país”.

N.V. - “Ficamos reduzidos a pequenas ilhas, sem contatos até pela falta de comunicação rápida naquela época, diferente do período posterior com a chegada da internet. Isso durou até o retorno da democracia. Com esse retorno, produziu-se o que era esperado: o renascimento das humanidades, talvez não com a profundidade desejada, porque há muito a ser feito, mas pelo menos abriram-se esses campos e creio que a discussão e a crítica filosófica retornaram, com

outras posições, tais como as pós-modernas, críticas culturais, teorias que não se colocavam em épocas anteriores da minha formação”.

A segunda pergunta apresentada a ele, indagava acerca de se a filosofia retomou seu papel relevante para as atuais gerações, desde o período da democratização dos anos 1990. Mais do que isso, já que como filósofo teve que dialogar com outras áreas de conhecimento no processo de pesquisa de campo, levado a cabo no Centro de Estudos do Desenvolvimento Local e Regional (CEDER) da Universidade de Los Lagos, tendo em vista que tradicionalmente cabe ao filósofo elaborar teorias e conceitos. Sua resposta foi a seguinte:

N.V.- “No momento da retomada democrática, a Universidade de Los Lagos pôde então assumir-se como tal. A transformação de Instituto Profissional em Universidade neste momento ganhou sentido, a partir dos anos 1990. A partir de então, a Universidade de Los Lagos volta a ser o que havia sido antes. Neste terreno, segundo meu parecer, a filosofia cumpre um pouco daquilo que Julian Marias lhe atribuía na Espanha, há muitos anos, ou seja, que percebia a filosofia se disseminando entre as ciências sociais e humanas. Ou seja, que iria perder seu caráter filosófico que tinha, como realmente teve algum dia, entre alguns grandes pensadores, por exemplo”.

N.V. - “Melhor, transforma-se em uma reflexão, cujos limites com a sociologia ou com a antropologia são algo indefinidos. Acredito que esta é a situação na qual nos encontramos agora. E isso facilitou para que eu saísse da sala de aula e me integrasse ao Centro de Estudos Regionais que tem como objetivo o estudo de fenômenos empíricos e encontrar aí um campo no qual eu pudesse contribuir no campo da reflexão, da crítica conceitual, teórica, e isso me conduziu a participar nos cursos de pós-graduação, e em segundo lugar em pesquisas com colegas que são especialistas em trabalhos de campo. Porém, minha intervenção ficou sempre voltada à reflexão, tanto epistemológica como hermenêutica, onde me encontro agora”.

A terceira questão apresentada na entrevista referia-se às experiências intelectuais mantidas com pesquisadores do México:

N.V.- “A experiência com o México começa exatamente nesse segundo período, quando me incorporo ao CEDER. Porém, seguindo uma tendência da filosofia mais relacionada com as ciências humanas e sociais, não fui ao México para estudar, confrontar posições ou intercambiar experiências com filósofos, mas fui especialmente ao Instituto e Pesquisas Antropológicas e as três vezes que estive lá foram neste Instituto. De tal maneira que me relaciono com antropólogos, geógrafos e sociólogos [referia-se especialmente aos contatos com

a geógrafa e socióloga Alicia Lindon, estudiosa do imaginário aplicado a contextos urbanos], mais do que com filósofos. Contudo, a filosofia de México, conheço-a um pouco marginalmente. Porém, impus a mim mesmo a tarefa sobre o que deveria ser o papel da filosofia, que é de contribuir com questões não teóricas, mas com os problemas efetivos das sociedades e por isso que foi bem proveitoso para mim”.

A pergunta seguinte está relacionada com a anterior, ou seja, com o diálogo entre as ciências humanas que devolve à filosofia questões relevantes, contribuindo assim com resultados para a pesquisa e para os problemas que aparecem nas sociedades. Neste sentido foi perguntado a respeito de como se traduz esse diálogo no domínio das pesquisas aplicadas no sul do Chile.

N.V. – “Bem, tenho participado, levando um certo convencimento a meus colegas de pesquisa, no campo da antropologia, com pesquisas sobre cultura em quase toda a região sul-austral, mas especialmente na zona de Chiloé e de Punta Arenas. O objetivo central de nosso Centro de Estudos são os estudos de território, abrindo-nos o caminho de acesso para esses estudos, cuja abordagem permite o contato com a cultura”.

Foi-lhe perguntado sobre seus autores de preferência, sabendo que no Chile há filósofos renomados, como Humberto Giannini (Humberto Giannini Íñiguez ([uchile.cl](http://uchile.cl)), seu antigo professor no Pedagógico de Santiago, além de outros nomes que por causa do golpe militar foram para outros países, como México e Europa. Como teria influenciado Humberto Giannini em suas pesquisas?

N.V. – “Sim. Eu apresentaria a questão nesses termos: até um certo período, mais ou menos até meados de 1980, eu era o que se poderia chamar de professor de filosofia de sala de aula, formado com os requisitos da Universidade do Chile; preparado para dar aulas de filosofia e com uma tendência filosófica bem clara e para mim sempre entusiasmante que é o pensamento de Ortega y Gasset. Neste sentido, posso dizer que fui um orteguiano o mais fiel possível. No entanto, quase no final dos anos 1980, recebi uma carta de um colega de curso que é Jorge Acevedo, ainda professor na Universidade do Chile. Nesta carta, dizia que já era tempo de nos preocuparmos daqueles que tinham sido nossos professores e que devíamos reservar um lugar para eles e elas nessas nossas preocupações. Aceitei esse desafio, pois parecia ter se comunicado com muitos dos nossos colegas e dei-me conta de que eu guardava muita sintonia com quem eu estava lendo que era Humberto Giannini”.

“Acabei lendo-o com mais dedicação e fui encontrando no pensamento de Giannini uma espécie de continuidade do pensamento de Ortega y Gasset, ainda que Giannini não gostasse que eu dissesse a ele sobre isto, pois é um pensador bastante autônomo. Não é um orteguiano, mas eu achei que havia aí uma grande ponte para o que me preocupava. E desde esse momento entrei no tema da ‘vida cotidiana’ e que é o grande tema da filosofia de Giannini, numa nova perspectiva tão inovadora que um pensador do porte de Paul Ricoeur fez menção bastante elogiosa a ele e a essa maneira de entender a vida cotidiana. E essa vida cotidiana olhada desde esse ponto de vista foi o que eu ofereci para as pesquisas empíricas. Então meu papel aqui é de entregar a meus amigos pesquisadores, antropólogos e sociólogos, uma teoria da cotidianidade que eles enxergam ao observar o viver, mas que também é necessário que seja pensada. E esse tem sido o meu papel até agora”.

Após esta resposta, comentamos com Néelson sobre a leitura de um texto de Giannini sobre ética e onde dialoga com outro filósofo chileno, Jorge Millas que se envolveu com a questão dos direitos humanos e nossa pergunta era como a questão ética repercutia em seus estudos:

N.V.- “Bem, em Giannini a ética é inseparável de toda sua posição, seja metafísica ou hermenêutica. A ética está na base dessa reflexão. A tese que eu conheço como relevante a esse respeito é a que diz que não existe nenhum pensador que não esteja situado. Um pensador está comprometido não apenas com o que diz, mas com o mundo desde o qual ele diz o que está dizendo. Ele está implicado com o seu próprio mundo. É um dever. Manifestá-lo é o grande dever filosófico. É nesse terreno que se abre caminho para a ética que é uma temática que efetivamente segue o rumo do antigo professor que é Jorge Millas que esteve trabalhando também na Universidade Austral de Valdivia”.

Como esta entrevista foi realizada em 2016, perguntamos ao professor Néelson sobre o contexto político em que se revezavam os governos da concertação, uma coalizão de centro-esquerda, e o governo de centro-direita liderado por Sebastian Piñera. Foi então em pleno segundo mandato da Presidente Michelle Bachelet que realizamos a entrevista. Indagamos então se por ser socialista, Bachelet poderia imprimir outros rumos às demandas populares, por políticas públicas democráticas, em oposição ao projeto privatista neoliberal de direita. Centrou sua resposta basicamente em relação à universidade que também foi privatizada desde o governo autoritário de Pinochet:

N.V.- “Parece-me que este assunto se reflete claramente nas preocupações das autoridades pela universidade pública. Por uma universidade comprometida com os direitos e os deveres da cidadania em geral e não com setores do tipo financeiro e econômico que consideram que a educação universitária é um assunto de mercado, uma questão de lucro. Creio que a nova política de sustar a possibilidade que universidades lucrem com o que fazem, por exemplo, com o conhecimento ou com a formação, seja um bom sinal de melhores tempos”.

Indagado sobre sua participação como professor convidado no Programa de pós-graduação em Meio Ambiente e Desenvolvimento (PPGMADE) da UFPR, onde apresentou seu curso sobre pensamento complexo, territorialidade e cotidiano, apresentou a seguinte resposta:

N.V.- “São temas que abordo há algum tempo, mas que ganharam relevância em projetos de pesquisa de alto nível, financiados por organismos de fomento à pesquisa no Chile, como CONICYT e FONDECYT e que tratamos de conduzir o tema da vida cotidiana com o máximo rigor acadêmico. Na análise da cotidianidade, encontramos alguns fenômenos que são seus componentes e que se faz necessário refletir sobre eles. O primeiro deles, é a complexidade. O segundo, são os imaginários. Estamos muito interessados em focar os temas culturais, na perspectiva da vida, como são vivenciados em sua complexidade e também com um fator que tem sido tão criticado por muitos que é o fator da fantasia. O imaginário nos parece ser o elemento fundamental dentro dessa estrutura geral dos mundos do cotidiano. É isso que estamos tratando de divulgar, como já o fizemos no México e agora em Curitiba”.

Finalmente, Néelson Vergara faz referência às pesquisas aplicadas ao sul do Chile:

N.V.- “Parece-me que o sul do Chile apresenta um panorama que se acomoda bem com o que se costuma chamar de interculturalidade. A reflexão sobre a interculturalidade, em todos os aspectos, talvez seja o grande desafio para a Universidade de Los Lagos. O Centro de Estudos Regionais assumiu esse tema ao privilegiar os estudos territoriais e dentro desses estudos incluímos a complexidade das culturas e suas interações com a diversidade. Por ser objeto de reflexão filosófica, foi uma oportunidade para interpretar essa realidade desde o ponto de vista do que se designa hoje por filosofia intercultural, isto é, uma espécie de complemento para a teoria do cotidiano ou uma das formas de penetrar no tema da vida cotidiana”.

### **A produção intelectual de Néelson Vergara**

Creio que o mais importante a demonstrar aqui no percurso de produção intelectual de Néelson Vergara foi o giro produzido em e por seus escritos no contexto institucional que

permitiu dialogar com seus pares e com os sujeitos das pesquisas com os quais foi tecendo um permanente trabalho reflexivo e de sucessivas adaptações. Por meio dessa resiliência, foi priorizando as principais categorias de análise com as quais foi realizando um exercício minucioso de escavação epistemológica e hermenêutica dos conceitos, ao mesmo tempo que lhe permitiu aproximar-se da produção de pensadores da filosofia e das teorias sociais, com os quais manteve uma convivência e familiaridade intelectuais permanentes.

Em relação ao contexto de sua produção, a permanência que lhe foi patrocinada pelo CEDER – ULAGOS (Centro de Estudios del Desarrollo Regional y Políticas Públicas – CEDER – Universidad de Los Lagos (ulagos.cl)) na condição de pesquisador, orientador de teses e de docência foram cruciais para impulsionar sua produção acadêmica voltada efetivamente aos temas de complexidade do território, cultura, identidade, cotidiano e imaginários entre os mais destacados.

Destaque-se que nesse contexto, foram igualmente relevantes as importantes atividades conexas aos seus temas de pesquisa, como a de secretário executivo e editor por 25 anos da Revista de Artes, Letras e Filosofia *Alpha*, da Universidade dos Lagos, sede Osorno.

Ao longo de sua intensa participação em projetos de pesquisa, destacam-se sobretudo aqueles de caráter interdisciplinar, associados à pós-graduação do mestrado e doutorado do CEDER (*Doctorado de Ciencias Sociales en Estudios Territoriales, el Magister en Ciencias Sociales, mención Estudios de Procesos y Desarrollo de las Sociedades Regionales*) e ao grupo de pesquisa ATLAS (*Programa de Investigación Interdisciplinaria en Complejidad Territorial y Sustentabilidad*).

**Sua produção intelectual pode ser visualizada no site** Nelson Ricardo Vergara (researchgate.net) onde divulgou sua principal produção intelectual até um pouco antes de seu falecimento. Com ele realizamos pesquisas comuns, tal como o projeto *POR UMA EPISTEMOLOGIA DA DIVERSIDADE E DOS ESPAÇOS MARGINAIS: (in)justiça ambiental, sujeitos subalternos, discursividades e res(x)istências no contexto do socioambientalismo contemporâneo*. Também publicamos com ele importante artigo sobre aspectos epistemológicos e sociológicos do pensamento socioambiental na Revista Desenvolvimento e Meio Ambiente do PPGMADE-UFPR (Vol. 35, dezembro 2015, DOI: 10.5380/dma.v35i0.43541).

Ao associar o pensamento complexo em estudos sobre territórios, imaginários, cotidiano e cultura, o pensamento de Néelson Vergara vai tecendo uma rede epistemológica complexa que

alia as teorias de Edgar Morin, Cornelius Castoriadis, Enrique Leff e Humberto Giannini com pensadores decoloniais, em especial Fonet-Betancourt, Arturo Escobar e ultimamente Boaventura de Sousa Santos, em parceria com os estudos empíricos do antropólogo Francisco Ther Ríos e conosco também em diálogos teóricos levados a cabo durante aulas, seminários e elaboração de textos.

Nessa fundamentação teórica, analisa os problemas socioambientais e socio territoriais desde perspectivas científicas que emanam da crise dos paradigmas modernos, como abertura para considerar e valorizar os saberes tradicionais e locais. Dessa maneira, aproxima-se à proposta dialógica de saberes entre conhecimento científico com os saberes culturais.

Por sua vez, a significação social de território refere-se à construção de um projeto-trajeto que não está dado, mas que é construído, criado imaginativamente como um a priori que uma comunidade tenderá a materializar, de acordo com as circunstâncias histórico-sociais nas quais cria ou inventa o projeto e seu itinerário ideal, ou seja segundo e conforme sua emoção e sua utopia. Neste sentido, o território é parte de um sonho coletivo no qual haverá de concretizar seus fins e valores, por acreditar neles.

Em seu último projeto de pesquisa apoiado por Fondecyt (1120574) de 2015, sobre Cotidianidade, Complexidade e Imaginários, buscou desenvolver a construção de uma hermenêutica do espaço, concebida como hermenêutica dialógica territorial, onde apresenta e desenvolve a possibilidade de criação de um modelo interpretativo, de caráter dialógico e interdisciplinar, orientado para a compreensão de espaços territoriais como âmbitos de vida, tanto pessoal como coletiva, em sua cotidianidade. Para tanto buscou contemplar as múltiplas inter-relações teóricas e empíricas que compõem as dimensões da complexidade territorial.

Ao finalizarmos este breve posfácio, queremos deixar registrada nossa homenagem à singeleza e gentileza que caracterizava a figura humana de Nélon Vergara. Ao lembrarmos de sua imagem, é como se o víssemos chegar todos os dias a pé, com sua bolsa a tiracolos, cheia de papéis e livros, pelas ruas tranquilas do bairro em que está situado o CEDER em Osorno, na Lord Cochranne,1056, onde mantínhamos nossas conversas em torno daquilo que mais nos aproximava que era o amor pelo conhecimento e pelo desafio que as ciências humanas e sociais nos apresentava quando imaginávamos construir outros mundos possíveis.



# ORGANIZADORES

## Nelson Vergara



O professor Nelson Vergara (1946-2018) esteve vinculado por 44 anos à Universidad de Los Lagos, Osorno, Chile, sendo professor de graduação, mestrado e doutorado; em todos esses anos, ministrou cursos, seminários e dirigiu dezenas de teses, no Departamento de Humanidades e Artes, como também no Centro de Estudios Regionales y Políticas Públicas - CEDER. Também teve uma relevante participação como membro fundador da Revista Alpha, reconhecida revista de alçada, editada pela ULAGOS.

Em homenagem à sua trajetória intelectual, foi realizado um simpósio em janeiro de 2019, com pesquisadores nacionais e internacionais. Para maiores detalhes dessa homenagem, consultar [Universidad de Los Lagos \(ulagos.cl\)](http://Universidad de Los Lagos (ulagos.cl))

Para visitar seus trabalhos acadêmicos pelo site: [Nelson VERGARA | Investigador Asociado al centro de Estudios Regionales \(CEDER\) | Magister en Filosofía con mención en Epistemología | Universidad de Los Lagos, Osorno | Centre for Local and Regional Development Studies | Research profile \(researchgate.net\)](#)

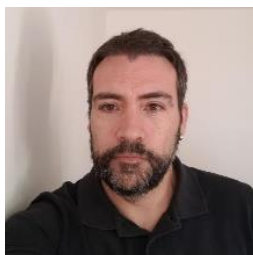
## Dimas Floriani



Doutor em Sociologia (U.C.L. Louvain, Bélgica, 1991) e pós-doutor (El Colégio de México e PNUMA, 2002). Professor Titular e aposentado Sênior nos programas de Ciências Sociais (UFPR) e no Doutorado Interdisciplinar em Meio Ambiente e Desenvolvimento (UFPR), do qual foi coordenador em 1996-98. Bolsista em Produtividade em Pesquisa (CNPq). Orientador e co-orientador de mais de 30 teses de doutorado e uma dezena de dissertações de mestrado. Coordenador da linha e do grupo de pesquisa em Epistemologia e Sociologia Ambiental. Co-editor da Revista Desenvolvimento e Meio Ambiente. Participa do GT em Teoria e Ambiente da ANPPAS e é professor visitante do CEDER-ULagos do Chile. Coordenador acadêmico da Casa Latino-americana (CASLA) de Curitiba, ex-coordenador do curso de Especialização em Relações Internacionais (2005-2011), dedicando-se a temas sobre democracia e meio ambiente na América Latina. Responsável por entrevistas semanais na TV da UFPR, no programa América Latina Viva. Autor de diversos capítulos de livros e artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, destacando-se seus livros Conhecimento, Meio Ambiente e Globalização (Juruá/PNUMA), 2004, com diversas reedições e 'Crítica da Razão Ambiental: Pensamento e Ação para a Sustentabilidade (Annablume, 2013). Co-autor premiado nacionalmente na categoria livro didático, pelo Prêmio Jabuti - 2001 e na categoria acadêmica em 2012. Editor da coleção bilingue (Semeando Novos Rumos - Sembrando Nuevos Senderos) com 6 títulos publicados pela Editora da UFPR (Rede Internacional Casla-Cepial)

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8434128019700380>

## Nicolas Floriani



Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento (UFPR). Mestre em Ciências do Solo e Engenheiro Agrônomo (UFPR). Realizou estágio de pós-doutorado (CAPES, 2015) nas Universidades de Los Lagos (Chile), Alberto Hurtado (Chile) e Ladyss, Paris X (França), enfocando a relação das comunidades rurais tradicionais e as florestas do sul do Chile e sul do Brasil. Realizou estágio pós-doutorado na UEPG (PNPD-CAPES, 2010), com estudo monográfico em comunidade tradicional agro-silvipastoril. Realizou estágio de doutorado (CAPES, 2006) no Laboratoire Dynamiques Sociales et Recomposition des Espaces (Ladyss-Paris X), enfocando a etnopedologia em territórios agroecológicos. Recebeu o Prêmio Nacional Melhor Tese em Ambiente e Sociedade (ANPPAS, 2008). Atuou como pesquisador colaborador internacional do projeto Fondecyt, Chile (1171827) "Coastal Behaviors Settings: Por una Antropología de la Reconstrucción Territorial en el Archipiélago de Chiloé" ligado ao Programa ATLAS - Analisis Territorial Local Aplicado y Sustentabilidad (Universidade de Los Lagos, Chile). Foi colaborador internacional do Projeto Fondecyt, Chile (1140598) "Antropología Del Bosque: Horizontes Para Una Protección Socialmente Inclusiva De Los Bosques Esclerofilos Y Templados De Chile" (Univ. Alberto Hurtado, Univ. de Chile, Univ. Austral de Chile). Coordenou o Programa de Pós-graduação (Mestrado e Doutorado) em Geografia da UEPG, conceito 5 (CAPES). É coordenador dos projetos de pesquisa e extensão financiados pelo CNPq: "Das Territorialidades Tradicionais às Territorializações da Agroecologia: Saberes, Práticas e Políticas de Natureza em Comunidades Rurais Tradicionais do Paraná (CNPq, Universal 2016 / 2020) e "Núcleo de Estudos e Capacitação Sociotécnica de Populações Tradicionais em Agroecologia nos Territórios Faxinalenses" (CNPq, NEA, 2017 / 2022). Foi editor-chefe da revista Terr@Plural e é revisor de periódicos em periódicos nacionais de geografia, história e interdisciplinar. Foi Representante da UEPG dos conselhos estaduais (CONSEA-PR, CIPCT-PR, CONSEPIR-PR) na Superintendência de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Estado do Paraná (SETI-PR, 2019 a 2020) onde atuou também como Coordenador do Projeto Unitinerante: Direitos Humanos, da Natureza, pela Paz e Bem Viver (CASLA/SETI-PR/UEPG). Coordena o Laboratório de Integração Tecnológica em Ciências Humanas e Sociais (LITEC-UEPG). Integra o Comitê de Patrimônio Genético e Conhecimento Tradicional Associado (CPGCTA) na UEPG. Constitui a coordenação acadêmica da Rede Internacional CASLA/CEPIAL (Rede Internacional da Casa Latino-americana: semeando novos rumos/sembrando nuevos rumbos). É Líder do Grupo de Pesquisa Interconexões: saberes, práticas e política de natureza (UEPG-CNPq). Atualmente, sua pesquisa está direcionada à investigação dos saberes e das práticas locais de natureza em territórios alternativos agroecológicos e tradicionais rurais (faxinalenses, quilombolas, indígenas e da medicina popular). Para tanto, apóia-se em uma abordagem complexa que lhe permita pôr em diálogo as dimensões Psico-Socio-Ecológica com o Saberes Locais de natureza.

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5059063402543231>

# Sobre os autores

## **Nelson Vergara (†)**

In Memoriam – 1946-2018: Filósofo, CEDER – Universidade de Los Lagos - Chile

## **Allan R, Ramalho**

Mestre em Geografia pela Universidade Federal de Rondônia-UNIR. Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas em Geografia, Mulher e Relações Sociais de Gênero- GEPGENERO.

## **María Silva Nascimento**

Profa. Departamento de Geografia e do Programa de pós-graduação mestrado e doutorado em geografia pela Universidade de Rondônia. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Geografia, Mulher e Relações Sociais de Gênero- GEPGENERO.

## **Josué da Costa**

Prof. Departamento de Geografia e do Programa de pós-graduação mestrado e doutorado em geografia pela Universidade de Rondônia. Coordenador do Grupo de estudos e Pesquisas sobre Modos de Vida e Populações Amazônica - GEPCULTURA.

## **Marizete Albino**

Mestra em Geografia pela Universidade Federal de Rondônia-UNIR. Pesquisadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Geografia, Mulher e Relações Sociais de Gênero- GEPGENERO.

## **Juliano Strachulski**

Geógrafo, Mestre em Gestão do Território (Geografia), Doutor em Geografia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Pesquisador do Grupo de Pesquisa Interconexões e da Rede Internacional CASLA/CEPIAL. E-mail: julianomundogeo@gmail.com.

### **Nicolás Floriani**

Graduado em Agronomia, Mestre em Ciências do Solo e Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Docente no Departamento de Geociências e no Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Geografia/UEPG. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Interconexões e da Rede Internacional CASLA/CEPIAL. E-mail: florianico@gmail.com.

### **Adnilson de Almeida Silva**

Graduado em Geografia e Mestre em Geografia pela Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Doutor em Geografia pela UFPR. Docente no Departamento de Geografia e no Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Geografia (PPGG/UNIR) e Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente (PGDRA/UNIR). Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas Modos de Vidas e Culturas Amazônicas (GEPCULTURA/UNIR) e da Rede Internacional CASLA/CEPIAL. E-mail: adnilson@unir.br.

### **Luis Carlos Maretto**

Engenheiro Florestal pela Universidade Federal de Rondônia (UFV); Especialista em Análise Ambiental na Amazônia e em Sensoriamento Remoto/UNIR; Mestre em Geografia/UNIR. E-mail: lcmaretto@gmail.com.

### **Severino Parintintin**

Cacique e liderança do povo indígena *Parintintin*. Morador da Aldeia Traíra, Terra Indígena Nove de Janeiro, município de Humaitá, Estado do Amazonas.

### **Max Clarindo**

Doutor em Geografia (Programa de Pós-graduação em Geografia – UEPG)

### **Patrick Paul**

Graduado e Doutor em Medicina (Universidade d'Aix-Marseille II, Mestre em Bioquímica e Microbiologia (Universidade Paris VII), Mestre em Antropologia médica (Universidade Paris XIII), Doutor em Educação (Universidade François Rabelais de Tours, França)

### **Sergio Lerin**

Doutor em Antropologia (Universidade Rovira i Virgili, Espanha). Linha de pesquisa: Antropologia Médica. CIESAS (México)

### **Diana Reartes**

(2) Antropóloga social, formada pela Faculdade de Humanidades e Artes, da Universidade Nacional de Rosario (Argentina). Mestre e doutora em antropologia social por CIESAS, Cidade de México, com especialização em antropologia médica. CESMECA-UNICACH (San Cristóbal de las Casas, Chiapas)

### **Asef Antonio Inostroza**

Médico Psiquiatra, Doutorando em Ciências Médicas Universidade Austral de Chile

### **Paula Tesch**

Psicóloga, Mestre em Literatura, Doutorando em Ciências Humanas menção em Literatura, Universidade Austral de Chile

### **Víctor Venegas**

Assistente Social, Antropólogo, Mestre em Sociologia. Professor da Universidade de Los Lagos.

### **Alejandra Leighton**

Antropóloga chilena. Encarregada da Unidade de Saúde Coletiva e Interculturalidade em Corporação Municipal de Castro - aleleighton@gmail.com

### **Eliseo Cañulef**

Pesquisador/Experimentador em Ciências Sociais e Humanidades. Especialista em Interculturalidade; Assessor em cultura e educação da CONADI (Corporación Nacional de Desarrollo Indígena); Pesquisador Adjunto do Instituto de Estudos Indígenas da Universidade de la Frontera. Temuco. Chile.

### **Dimas Floriani**

Professor Titular Sênior dos Programas de Pós-graduação da UFPR (PPGMADE e PGSOCIO). Doutorado em Sociologia (UCL- Bélgica) e Pós-doutor pelo Colégio do México. Coordenador Acadêmico da Casa Latino-americana (CASLA), Curitiba-Paraná.



[www.editorapublicar.com.br](http://www.editorapublicar.com.br)



[contato@editorapublicar.com.br](mailto:contato@editorapublicar.com.br)



[@epublicar](https://www.instagram.com/epublicar)



[facebook.com.br/epublicar](https://facebook.com.br/epublicar)

# IMAGINARIOS DE LA SALUD E INTERCULTURALIDAD

IMAGINÁRIOS DA SAÚDE  
E INTERCULTURALIDADE

NELSON VERGARA MUÑOZ  
DIMAS FLORIANI  
NICOLAS FLORIANI  
ORGANIZAÇÃO



2023





[www.editorapublicar.com.br](http://www.editorapublicar.com.br)



[contato@editorapublicar.com.br](mailto:contato@editorapublicar.com.br)



[@epublicar](https://www.instagram.com/epublicar)



[facebook.com.br/epublicar](https://facebook.com.br/epublicar)

# IMAGINARIOS DE LA SALUD E INTERCULTURALIDAD

## IMAGINÁRIOS DA SAÚDE E INTERCULTURALIDADE

NELSON VERGARA MUÑOZ  
DIMAS FLORIANI  
NICOLAS FLORIANI  
ORGANIZAÇÃO



2023