



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

PATRÍCIA DE SOUZA REZENDE

**A REPRODUÇÃO ENQUANTO UM PROCESSO BIOSSOCIAL.
ESTUDO ETNOGRÁFICO EM UMA VILA DO BAIXO-SUL BAIANO.**

Salvador
2015

PATRÍCIA DE SOUZA REZENDE

**A REPRODUÇÃO ENQUANTO UM PROCESSO BIOCROSSOCIAL.
ESTUDO ETNOGRÁFICO EM UMA VILA DO BAIXO-SUL BAIANO.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), como requisito para conclusão do doutorado em Saúde Pública, na área de concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Cecilia McCallum.

Salvador
2015

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

R467r Rezende, Patrícia de Souza.
A reprodução enquanto um processo biossocial. Estudo etnográfico em
uma vila do Baixo-Sul Baiano / Patrícia de Souza Rezende. -- Salvador:
P.S.Rezende, 2015.

207f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Cecília Anne McCallum.

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal
da Bahia.

1. Reprodução. 2. Relacionalidade. 3. Estado. 4. Desigualdade. I. Título.

CDU 796

TERMO DE APROVAÇÃO

A reprodução enquanto um processo biossocial. Estudo etnográfico em uma vila do Baixo-Sul Baiano.

PATRÍCIA DE SOUZA REZENDE

Tese apresentada como requisito para a obtenção do grau de Doutor no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

Aprovada em 30 de Abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Cecilia Anne McCallum (Orientadora) – FFCH/UFBA

Prof^ª. Dr^ª. Vânia Nora Bustamante Dejo – Instituto de Psicologia/UFBA

Prof^ª. Dr^ª. Estela Aquino – ISC/UFBA

Prof^ª. Dr^ª. Luisa Elvira Belaunde – Museu Nacional/UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Claudia Barcellos Rezende – IFCH/UERJ

Dedico o trabalho ao povo da ilha que me recebeu e fez deste possível.
Às mulheres que compartilharam comigo um pouco de suas experiências.
Às famílias que me permitiram entrar em suas casas e em suas vidas,
de modo que eu pudesse ver e sentir a beleza de tantos mundos
e vidas possíveis.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais com amor, Maristela e Douglas, pelo apoio, confiança e por fazerem de mim o que hoje sou. Aos meus irmãos, Adriana e Guilherme, e tios, Lu, Zezé, Lígia, João Paulo, Tonhão e Pinho pela motivação e carinho. Ao tio Dagoberto pela leitura e observações atentas. À prima Denise pela força. Aos meus sobrinhos, João Vitor e João Pedro, que me ensinam o valor do olhar curioso e por manterem firmes minhas esperanças com o futuro.

À Prof^a Cecília Anne McCallum, com muito carinho, pelos seis anos em que me orientou e ensinou com paciência e cuidado.

Às pessoas que me receberam na ilha com tamanha generosidade e me ensinaram tantas formas de viver a vida com alegria. Ao provedor do hospital onde as mulheres de Riachão realizam seus partos e toda equipe administrativa que me recebeu e me permitiu a visita na instituição. À profissional da Secretaria Municipal de Saúde de Visconde, que me forneceu informações importantes para elaboração desta tese. Aos trabalhadores do serviço de saúde local que foram receptivos ao meu trabalho e à minha presença.

Aos amigos de todo dia que constituem parte do que sou em Salvador, me deram auxílio, apoio, sorrisos e abraços, Carolina, Tereza e Walison. À Marieta, mesmo longe, pelos diálogos, companheirismo e “heranças”. Ao Léo e Ká por me receberem na Bahia.

Ao MUSA/ISC pela acolhida. À pesquisadora Greice Menezes por acompanhar e contribuir tantas vezes para este trabalho. À Fran e Cecília pelo apoio fundamental na trajetória final de escrita. Aos companheiros de caminhada destes anos, Sandra, Letícia, Ana Rico, Yadira, Paloma, Mari, Yeimi, Andrés, Sônia, Laio, Davide e tantos outros que compartilharam comigo na pós-graduação. Aos professores do ISC pelos ensinamentos. Aos funcionários do ISC que viabilizam nossa permanência na instituição. Às professoras Cristina Larrea Killinger e Estela Aquino por participarem da qualificação, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa. E às professoras Vânia Bustamante, Luisa Elvira Belaunde, Claudia Barcellos Rezende e Estela Aquino por aceitarem participar da defesa deste trabalho, pelas leituras atentas e sábias sugestões.

Ao Prof^o. John Collins (Queens College /CUNY) por me aceitar como sua orientanda, durante o estágio de doutorado sanduíche, realizado no The Graduate Center of CUNY, em Nova Iorque/EUA, no ano de 2014. Às Profs. Leith Mullings e Dana-Ain Davis, por me aceitarem como aluna ouvinte de suas disciplinas no GC/CUNY, por meio das quais foi possível o contato com novas leituras e aprendizados. Às Profs. Emily Martin e Wendy Chavkin, por disporem de seus tempos para dialogar comigo. Às amigas que tive o prazer de conhecer nos EUA, e que tornaram o período confortável e gratificante, Beatriz Mioto, Luciana Kornalewski e sua turma, Vanessa, Nicole e Paula. Gus, Meks e Robson pelos encontros em NYC.

Agradeço ainda aos companheiros de ontem e de hoje, que me fortalecem na certeza de que não sonho, nem luto sozinha: Taiguara, Dany, Alex Hilsenbeck, Camila, Simone, Paula, Tânia, Michele, Ginha, Mari, Sheila, Fernando, Maurício, Marcela, Carolina, Naira, Ligeiro, Sati, Marina, que compõem, junto com a “ala mirim”, Amélie, Cecília e Valentina, a parte paulista do que me constitui. Rafa, pelo apoio. Márcio Ricardo, por me fazer entender que “o mundo é um moinho”. Márcio Ricardo: Presente!

Gabriel, Daniel C., Daniel B., Ana, Lua, Jorge, Ane, Luiz P., Léo, Lara, Rafael, João, Luciano, Robson, Luciana, X, com os quais aprendo sobre a luta cotidiana de viver e se deslocar em Salvador. À Lucas e Lua, pelo “help” de última hora. Prof^a Rosilene, Júlio C. e Madalena pela força na nova etapa de sala de aula. Aos demais amigos de tantos sorrisos baianos, Kelly e Israel.

Esta pesquisa foi realizada com auxílio da bolsa CNPq. O estágio do programa PDSE foi financiado pela CAPES.

REZENDE, Patrícia de Souza. A reprodução enquanto um processo biossocial. Estudo etnográfico em uma vila do baixo-sul baiano. 207 f. 2015. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

RESUMO

Estudo etnográfico na área da Saúde Coletiva, com abordagem antropológica, sobre a constituição da reprodução enquanto um processo biossocial realizado numa vila em uma ilha na região do Baixo-Sul do Estado de Bahia entre 2011 e 2015. Os sujeitos desta tese são marisqueiras e pescadores, majoritariamente negros e de baixa renda, cujo mundo está imerso em processos de transformações sociais. Vivenciam a expansão da vila, o maior acesso a tecnologias e interações dinâmicas com práticas e saberes de diferentes ordens de conhecimento, tanto locais quanto globais, junto a um estreitamento de contato com a esfera urbana, possibilitada por mudanças infraestruturais, nos serviços estatais e no sistema de transporte. Durante um período de oito meses de observação participante, a pesquisa focou as experiências de gravidez, parto e puerpério de dezoito mulheres desta vila. A tese explora as formas em que o processo reprodutivo se constitui no mundo relacional desse povo, nas relações estabelecidas cotidianamente entre os diversos sujeitos, em redes de parentesco e afinidade, e nas relações com os serviços de saúde – dentro e fora da vila – em um contexto de desigualdades de poder, na intersecção entre classe social, raça e gênero. Sublinha-se o papel exercido pelo Estado nestas relações, através da biopolítica, sobretudo relativo ao universo da seguridade social, que é central nesta localidade. Reforçamos o caráter multifatorial da reprodução como um fenômeno amplo, integrado à vida social e marcado por relações de poder. Sinalizamos a interferência que as forças sociais e políticas de nível macro e micro exercem na vida cotidiana e reprodutiva das mulheres deste estudo. Demonstramos ainda como a reprodução é a principal dimensão da vida das mulheres que as coloca em relacionamento com o serviço de saúde – relação que é oscilante, tendo durante a gestação e o puerpério presença menor do que durante o parto.

Palavras Chave: Reprodução; Relacionalidade; Estado; Desigualdade.

REZENDE, Patrícia de Souza. The reproduction as a biosocial process. Ethnographic study in a island in the Lower South region of Bahia. 207 f. 2015. Doctoral thesis – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

ABSTRACT

Using an anthropological approach from within the field of health studies, this thesis is an ethnography of the constitution of reproduction as a biosocial process. Research was conducted between 2011 and 2015 among mostly black and low-income fishermen and women who live on an island in the Lower South region of Bahia. This population is involved in a process of social transformation. Infrastructural changes and innovations in state services and the transport system have made closer connections with the urban sphere possible. They are experiencing an expansion of their village, greater access to technology and dynamic interaction with a variety of local and global practices and discourses linked to distinct orders of knowledge. These they adapt and re-signify on a day-by-day basis. During an eight month period of participant observation, we investigated the experiences of pregnancy, childbirth and puerperium of 18 women in this community. In the thesis, we describe the manner in which in this setting the reproductive process is constituted in a relational world: That is, how it takes place within the relations daily forged between subjects within kinship and affinal networks, or in relations with health services within and outside the village. Our study highlights how it occurs in a context of power inequalities that emerge at the intersection between social class, race and gender. The thesis emphasizes the role that the biopolitics of the state plays in these relations, especially with respect to the provision of social benefits, which are of great importance locally. We draw attention to the multifactorial nature of reproduction as a broad phenomenon integrated into social life and shaped by power relations. Noting how social and political forces at both macro and micro levels exert great influence on the day-to-day and reproductive lives of the women studied, we go on to show that reproduction is the principal factor putting them into contact with health services. The ethnography demonstrates that this relationship is one that oscillates in intensity, remaining sporadic during pregnancy and puerperium and reaching a peak during childbirth that is marked by violence.

Key-words: Reproduction; Relatedness; State; Inequality.

APRESENTAÇÃO	4
1. Introdução: Reprodução como processo social	8
1.1. A reprodução vista nas intersecções entre as Ciências Sociais e a Saúde	9
1.2. A contribuição dos estudos antropológicos sobre relacionalidade.....	19
1.3. Desigualdades e forças determinantes da reprodução.....	24
2. Metodologia	31
2.1. A pesquisa e seu desenvolvimento prático	33
2.2. Sobre os aspectos éticos e a experiência da etnografia.....	38
3. A Vila de Riachão: Geografia, População, Economia e Organização Social	42
3.1. Panorama Geral do Riachão	52
3.2. Viver no Riachão	54
4. O Estado no contexto de desigualdades do Riachão	72
4.1. A luta pelo diagnóstico de Amália	80
4.2. A luta de Dália por uma ambulância para o marido	83
4.3. A morte da Irmã de Susan	85
4.4. As lutas por esterilização.....	86
5. Procriação: “fazer filho” e relacionalidade no Riachão	90
5.1. Conjugalidade e a constituição de ‘Família’	93
5.2. “Quem pare primeiro é o homem”: a procriação no Riachão	98
5.3. “Condições de ter menino”: apoio, casa, parentesco e relacionalidade.....	102
6. A gestação: “A barriga” e suas implicações	113
6.1. Da descoberta ao “deixar”: contracepção, interrupção e aceitação da gravidez.....	113
6.2. Quando a gravidez “Sai pra rua”	117
6.3. As relações com o serviço de saúde na gestação.....	120
6.4. Um corpo no outro corpo: a “barriga” e suas implicações para as mulheres	130
6.5. Os homens e as redes de relações na condução da gravidez	136
7. O parto	144
7.1. As idas e vindas para a maternidade.....	144
7.2. A hora de “botar pra fora”: “dor” e “força”	152
7.3. Da sala de parto à volta para casa	163
7.4. O parto como experiência: ressignificação, violências e o Estado	166
8. O puerpério e tudo que uma parida precisa	174
8.1. O “Resguardo”	175
8. 2. Sobre os cuidados das mulheres e dos bebês	181

<i>Conclusão: O processo biossocial da reprodução em sua multiplicidade</i>	193
<i>Perspectivas</i>	198
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	200
<i>Glossário de siglas</i>	208
ANEXOS	210
Quadro 1. Mulheres participantes ao engravidar: idade, estado conjugal, paridade (número de filhos), raça/cor (auto-declarado), escolaridade, ocupação, fonte de renda própria.	211
Quadro 2: Mulheres participantes e os apoios e cuidados que receberam no processo reprodutivo	212
Quadro 3. Mulheres participantes e suas relações com o serviço de saúde na gestação: Tempo de gestação no início do Pré-Natal no posto de saúde; Tipo de assistência Pré-Natal; Paridade nesta gestação.	213
Quadro 4. Mulheres: idade, estado conjugal, paridade (número de filhos), raça/cor (auto-declarado), escolaridade, tipo de parto/local.	214
Quadro 5. Informações das mulheres participantes, seus dados gerais, relatos de parto: Se teve acompanhante, se teve idas e vindas, para onde foram enquanto esperavam a hora, se se tiveram aplicação de soro com ocitocina, se sentiram dor e qual a resposta do profissional, procedimentos de rotina e restrições que tiveram, se foi feita episiotomia.	215

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto de um estudo etnográfico sobre reprodução, desenvolvido entre os anos de 2011 e 2015 em uma vila ilhada no Baixo-Sul do Estado da Bahia, Brasil – no espaço e tempo que emergem das dinâmicas entre o que o imaginário nacional compreende como rural e urbano, tradicional e moderno. Localizado no campo da saúde coletiva, o estudo aplica, pela perspectiva antropológica, um olhar amplo sobre o processo reprodutivo – a concepção, gravidez, parto e puerpério – considerando-o como processo biossocial, de modo a compreender como este se constitui no contexto específico.

Os sujeitos do estudo, moradores da vila de Riachão (como a apelidamos), são marisqueiras e pescadores, na sua maioria, negros de baixa renda. Possuem acesso à informação e tecnologias de internet, estão imersos numa circulação de saberes, sabem da possibilidade de mobilidade social ou estão experimentando-a, e têm crescido num mundo de encontro de culturas, discursos e ideologias. Nesse tempo e espaço dinâmico vivem os moradores da pequena vila, lançados no que se passa por “modernidade”, mas cujas práticas e saberes, no que diz respeito à reprodução, emergem de diálogos contínuos com uma diversidade de fontes e autoridades, tanto locais quanto de fora, tanto antigos como novos.

Esta tese é um retrato de como os sujeitos desta vila – e, sobretudo, as mulheres – elaboram os significados e práticas que constituem os processos de concepção, gravidez, parto e puerpério nos mundos relacionais que abrangem o tempo e espaço da vida cotidiana: dentro da vila, nas rotinas e encontros domésticos e nas relações com o serviço de saúde local; e fora da vila, nas eventuais idas aos hospitais e outros serviços de saúde, com pessoas de diferentes formações e origens sociais. Explora como a reprodução, no Riachão, é constituída relacionalmente entre os sujeitos, dentro de um contexto de desigualdade de poder, marcado por hierarquias sociais em termos de classe, raça e gênero. Coloca em evidência como a biopolítica do Estado se impõe às relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos, sobretudo no universo da seguridade social (que inclui saúde, previdência e assistência social) e os modos em que as relações de poder envolvem tensões e resistências, que são vivenciadas nas “lutas” cotidianas dos sujeitos.

Pretende-se, deste modo, trazer elementos para a saúde coletiva e a antropologia que consolidam a noção do processo reprodutivo como um processo biossocial, constituído por múltiplos fatores, integrado à vida social, localizado no espaço e na história de populações específicas e marcado pelas relações de forças subjacentes.

Ao investigar como se constitui a reprodução, aprofunda-se a compreensão da organização da vida social local e da constituição da 'relacionalidade' ou 'conectividade' – nas relações de parentesco, conjugalidade e solidariedades locais. Mas ter filhos não se limita a uma dimensão da vida 'privada'. A reprodução aparece como a principal dimensão da vida das mulheres que as conecta com os serviços de saúde – relação que é estabelecida de forma descontínua, fragmentada, oscilante e cujo momento mais intenso de contato é marcado pela violência, durante o parto.

Inserir-se aqui uma reflexão sobre a influência que as forças sociais e políticas de nível global e local exercem sobre as vidas cotidianas e sobre as próprias experiências reprodutivas de mulheres às margens da sociedade brasileira, justificando a importância de olhar para o processo reprodutivo de modo ampliado, como um processo biossocial, uma vez que possibilita enquadrar a relação entre Estado e sujeito na sua complexidade, e provocar questões correlatas no campo da saúde pública no Brasil.

Trata-se de um trabalho de análise etnográfica, cujos dados produzidos em campo, somados ao exercício de articulação teórico crítica, demonstram como o processo reprodutivo é constituído em seu caráter biossocial, entrelaçando uma multiplicidade de atores e fatores sociais. Para tanto, a presente tese traz na introdução os aportes teóricos que fundamentam o olhar pretendido sobre a reprodução enquanto um processo social, articulando produções nos campos das ciências sociais e da saúde e sinalizando as lacunas que se pretende preencher. No mesmo sentido, traz as contribuições teóricas dos estudos de relacionalidade e acerca das desigualdades sociais. Estes estudos enriquecem a análise à medida que apontam para o caráter relacional em que se constituem os fenômenos humanos permeados por desigualdades de poder, na intersecção de raça, classe e gênero. O segundo capítulo tem por finalidade expor as escolhas metodológicas empregadas em campo e o caráter ético da pesquisa empreendida.

No terceiro capítulo Riachão é localizado em termos geográficos, econômicos e sociais, por meio de uma caracterização historicizada da região e da localidade. Problematiza seu caráter “rural” e os riscos de algumas definições dicotômicas como rural/urbano, tradicional/moderno, atraso/avanço. Este capítulo apresenta descrições que já funcionam como primeiras considerações sobre a realidade vivenciada, uma vez que subjazem as linhas de compreensão que procura-se traçar desde então, demonstrando como a organização social da vila carrega em si desigualdades das quais é herdeira. O capítulo seguinte, por sua vez, empreende uma reflexão sobre o Estado como um sujeito historicamente presente na vila estudada e principal agente (embora não seja o único) de intervenção empreendida nos últimos anos, com o aumento de políticas sociais das quais a população é beneficiária.

Igualmente, apresenta como o Estado também é agente produtor e mantenedor de desigualdades sociais e assimetrias de poder. Ilustra assim, com breves histórias, como a população estudada se encontra em desvantagem, submetidas à “violência estrutural” cotidiana fruto destas desigualdades e hierarquias. O olhar sobre as agências dos sujeitos esclarece ainda não apenas como estas condições resultam em resistências, mas também reelaborações e permanências.

A partir do quinto capítulo, são descritas as dinâmicas em torno da reprodução, desde a concepção – que implica nos relacionamentos conjugais, familiares, de parentesco, na constituição de casas e domesticidade, além de revelar noções locais que explicam a procriação e reprodução humana, no entrelaçamento de aspectos sociais e biológicos. Também demonstra como a presença do Estado o torna um sujeito importante nas relacionais instituídas no processo reprodutivo, visto que ajuda (ou se espera que o faça) a viabilizar localmente as “*condições de ter menino*”.

O sexto capítulo trata da gestação, desde o processo de assimilação e aceitação da gravidez, enquanto um processo corpóreo que se constitui em relacionalidade, demonstrando quão imprescindíveis são as relações sociais em torno deste e confirmando o caráter biossocial da reprodução. O Estado, a partir da gestação, torna-se presente enquanto um sujeito de cuidado para com as mulheres, personificado no serviço de saúde pública. Na gestação o Estado se conecta com as mulheres através da assistência pré-natal, relação que começa a ser estabelecida de maneira ainda frágil e carente de vínculo, focada no desenvolvimento da vida gestada. Dentre os agentes de cuidado em relacionamento com as mulheres, o Estado figura como um sujeito, porém as redes de parentesco e afinidade, bem como os parceiros das mulheres exercerão ainda o papel central neste cuidado.

No parto, todavia, o Estado aparece como figura sobressalente. Aspecto tratado no capítulo sete, dedicado a apresentar o processo parturitivo em seus diversos momentos, dentro do hospital. Neste capítulo a discussão está concentrada nas relações estabelecidas entre as mulheres e a assistência hospitalar que, com as normas, os profissionais, as técnicas e os procedimentos mantém o Estado presente e personificado, mais próximo destas mulheres. A partir de uma análise dos relatos de experiências feitas pelas informantes, revela-se como se constituem e se expressam as relações de poder no interior do hospital e como as relações entre as mulheres e o serviço de saúde tornam-se agravadas, atingindo seu ápice nas diversas manifestações de violência. Assim, aquela relação que era frágil durante a gravidez, ganha intensidade no parto, uma vez que se dá de modo exclusivo entre mulheres e o serviço. Aqui o Estado reforça sua potência na promoção e manutenção de desigualdade e violência ao

mesmo tempo em que se revela importante agente no cuidado e prevenção de possíveis agravos decorrentes de complicações durante o parto. Discute-se então como a hospitalização do parto alcança hegemonia no contexto estudado e os símbolos que carrega.

O oitavo capítulo é dedicado a discutir o puerpério, o período do pós-parto, no qual as mulheres encontram-se em seu estado mais fragilizado e contam com os cuidados mais intensos de sua rede de parentes, parceiros, amigos, vizinhos. Neste momento as mães das mulheres *paridas* se revelam as principais agentes de cuidado, como outras mulheres mais próximas. Observa-se a quase completa ausência do Estado, no que diz respeito à saúde das mulheres no puerpério, enquanto este está voltado aos cuidados para a saúde dos bebês. Neste momento, revela-se uma dinâmica ainda diversificada entre ordens de saberes e conhecimentos acerca das práticas de saúde para com as mulheres e os bebês. Também é o momento em que as práticas normativas e os discursos biomédicos se concentram na conformação de comportamentos de uma maternidade ideal e responsável. A análise mostra como este esforço incide sobre as práticas e comportamentos das mulheres de modo variado e disperso. Este capítulo confirma a tese de que a reprodução seja um processo biossocial, sobre o qual se deve manter o olhar ampliado.

Por fim, nas considerações finais, recupera-se os principais apontamentos feitos ao longo do texto, refletindo sobre a multiplicidade na qual o processo reprodutivo se constitui: as múltiplas dimensões e sujeitos que participam deste processo, as diversas forças políticas e econômicas que influenciam nas experiências reprodutivas e os feixes de relacionalidades produzidos pela reprodução e que, por sua vez, também a produzem. Nestes, o Estado emerge como sujeito participante, na sua ambiguidade de cuidado e controle, estabelecendo uma relação oscilante com as mulheres – hora mais fragilizado, hora mais intenso, hora ausente.

1. Introdução: Reprodução como processo social

O presente capítulo dedica-se à discussão teórica sobre a reprodução, desde estudos da antropologia e saúde, na perspectiva feminista, para as possíveis contribuições da pesquisa ao escopo de produções sobre o tema. Depois, estabelece diálogo com a perspectiva antropológica sobre relacionalidade, para esclarecer a importância de agregar esta óptica neste estudo. Em seguida discute aspectos relativos às desigualdades de poder, articulados à perspectiva interseccional com intenção de abranger, na análise, os processos nos quais as desigualdades se operam em torno das relações de raça, classe social e gênero – de sorte que seja possível entrever as possibilidades de análise do material etnográfico. Diversas bases teóricas auxiliaram na construção de um modelo analítico amplo empregado para contemplar o olhar sobre as desigualdades de poder no entrelaçamento de classe social, raça e gênero; bem como sobre as estruturas sociais, as forças políticas e os relacionamentos locais – na constituição do processo reprodutivo.

Este trabalho teve fundamental inspiração no trabalho de Ginsburg & Rapp (1995) que reorienta o olhar investigativo sobre a reprodução humana, para situá-la como elemento central para a teoria social, pois carrega consigo questões políticas e sociais. Na introdução desta coletânea, as autoras chamam a atenção para os impactos de processos globais – políticos e econômicos – nas experiências reprodutivas cotidianas. Insistem que as forças externas marcam o processo reprodutivo sem, contudo, exercer um poder unilateral. Assim, relembram que as pessoas de todos os lugares atuam a partir de lógicas culturais e relações sociais locais para incorporarem, revisarem ou resistirem à influência e aos efeitos de forças vindas de fora. A abordagem proposta reforça que a gravidez, o parto e o pós-parto ocorrem em contextos de desigualdade social diversos, emergentes destas relações de forças, e que isso, e não os ‘fatos biológicos’ em si, deve ocupar um lugar central na análise (GINSBURG & RAPP, 1995). Além de apoiar a continuada desconstrução do tratar a reprodução como determinada por ‘fatos biológicos’, já estabelecida em estudos anteriores, focam o olhar sobre o papel constituinte dos processos de poder nas experiências reprodutivas.

Nós partimos da centralidade da reprodução para a vida social e então traçamos e investigamos os múltiplos vetores que a influenciam. Por exemplo, reprodução atrela simultaneamente o impacto de agências de desenvolvimento de comunidades internacionais e as metáforas locais de nascimento. [...] Nós ainda olhamos seriamente para as desigualdades imprevisíveis dos fluxos globais. [...] Claramente, questões de cultura, política e biologia são impossíveis de serem desvincilhadas do tópico da

reprodução, já que elas freqüentemente envolvem processos transacionais que entrelaçam interesses globais e locais (GINSBURG & RAPP, 1995: 2)¹.

Seguimos a trilha aberta pela antropologia feminista da reprodução, corrente com a qual estas autoras se identificam e intentamos considerar os processos de produção das desigualdades sociais, constituídas a partir de diversos marcadores de diferenciações entre as pessoas – como raça, classe, gênero, idade ou outras, no local investigado. Porém, pretendendo ir além do olhar sobre processos políticos, econômicos e sociais locais, nacionais e internacionais abertos por esta linha da antropologia da reprodução, nos baseamos na antropologia de relacionalidade que abre o caminho para se evitar reducionismos culturalistas e sociocêntricos. Procuramos aplicar uma visão etnográfica, ao forjar uma relação entre as teorias nativas e um modo de compreensão 'científica' que extrapola a visão culturalista a partir do qual os sistemas conceituais e simbólicos subjazem as ações e práticas dos sujeitos. Nossa intenção é mostrar como o processo reprodutivo toma forma numa rede de relações sociais específicas, da qual também tem papel constituinte.

1.1. A reprodução vista nas intersecções entre as Ciências Sociais e a Saúde

Na literatura antropológica e sociológica sobre reprodução das últimas décadas, se elaborou um enfoque especial sobre os aspectos culturais do processo gestação-parto-puerpério, abordagem que se estabelece em oposição às visões biologicistas que tratam o fenômeno como natural e universal. Por meio de uma crítica feminista da medicalização bem estabelecida, os estudos nesta área descrevem detalhadamente como a cultura opera nos discursos e procedimentos médicos e leigos.

O estudo de Jordan (1993), realizado nos anos 70, retratou crenças e práticas acerca do parto e nascimento, analisando-os como reflexos de padrões culturais em quatro diferentes culturas, incluindo sua própria cultura norte-americana. A autora, na primeira edição do seu livro, apontou para o caráter fundamentalmente cultural das práticas do parto. Inaugurou, segundo Van Hollen (1994), um campo de estudos da antropologia que passou a ver o parto

1 We start with the centrality of reproduction to social life and then trace and investigate the multiple vectors that influence it. For example, reproduction simultaneously encompasses the impact of the international community of development agencies and local metaphors of childbirth [...] We also take seriously the unpredictable inequalities of global flows. [...] Clearly, questions of culture, politics, and biology are impossible to disentangle around the topic of reproduction, as they often involve transnational processes the link local and global interests.

como uma arena na qual cultura era produzida, reproduzida e resistida. Seu primeiro trabalho foi alvo de críticas² por supervalorizar a dimensão cultural, sem levar em conta que a cultura era construída por práticas sociais em contextos de relações de poder. Como fruto destas discussões, Jordan revisou seu trabalho anos depois e se dedicou a criticar o tipo de conhecimento que era produzido acerca do parto, na instituição biomédica, alegando sua função na reprodução social de desigualdades. Mesmo assim, Van Hollen aponta que, embora Jordan reorientasse seu olhar para as desigualdades que as práticas biomédicas reproduziam, ela não deu a devida atenção para os processos pelos quais isso acontece (VAN HOLLEN, 1994: 503).

Martin (2006), por sua vez, analisou os discursos sobre processos e estados fisiológicos, como menstruação, menopausa e parto, em textos obstétricos e de mulheres de diferentes classes sociais, gerações e raça, nos EUA nos anos 80. Martin identificou as pressuposições culturais subjacentes a diferentes pontos de vista – incluindo o médico. A autora demonstra a hegemonia dos discursos médicos sobre reprodução nas percepções das mulheres sobre seus corpos³. A força do seu argumento resta na demonstração de que a própria ciência biológica expressa construções culturais.

Em trabalhos escritos na mesma época, como o estudo de parto hospitalar nos EUA de Davis-Floyd (1992), faz-se a mesma operação desconstrutiva⁴. A autora sinaliza a reprodução como um processo onde se situa simbolicamente a relação entre a natureza e cultura, na medida em que o corpo, considerado como natural, passa a ser desmontado, controlado,

- 2 Em artigo de revisão sobre a antropologia do parto, Van Hollen (1994) sinaliza as críticas direcionadas à Jordan por sua visão holística de cultura. De acordo com a autora, o trabalho de Jordan recebeu críticas de autores da antropologia contemporânea, que insistiam que a cultura era construída socialmente, por práticas sociais em relações de poder. Estes autores elaboravam suas perspectivas teóricas inspirados nas teorias de Bourdieu e Gramsci que sublinhavam a importância das estruturas sociais e sua relação dialógica, na conformação de uma cultura ou prática social. Também Ginsburg & Rapp (1995) sinalizam o distanciamento e reordenamento do olhar que produzem sobre reprodução, longe da produção culturalista que presume homogeneidade e estabilidade da cultura, onde a reprodução estaria estruturada.
- 3 O conceito de Hegemonia que Martin (2006) utiliza é baseado na perspectiva de Gramsci (1891-1937) o qual compreende por hegemonia a maneira como as classes dominantes conduzem seus interesses e a vida social, estabelecendo consenso – cria um “senso comum” com fins de reprodução da ordem social. Este conceito é empregado em outras obras sobre estes aspectos da reprodução como os trabalhos de Davis-Floyd (1992); Van Hollen (2003); Tornquist (2004); McCallum & Reis (2006); e também será referenciado nesta tese.
- 4 Partindo de cem entrevistas com mulheres de classe média e profissionais da saúde nos Estados Unidos, além de revisão crítica da literatura técnica e médica, Davis-Floyd (1992), estudou o parto medicalizado nos anos 80. A autora explorou as experiências pessoais em relação ao parto e os seus aspectos culturais. Fez uma análise simbólica das rotinas e procedimentos nos partos em clínicas independentes, em casa, e aqueles hospitalizados, relacionando sua interpretação com o que chamou de ‘sociedade tecnocrata’ – ou seja, argumentava que a sociedade Americana era sustentada pela ciência tecnológica. Para Davis-Floyd os procedimentos obstétricos são, na verdade, respostas rituais ao medo de processos naturais dos quais depende nossa existência. Reforçam a superioridade da tecnologia sobre a natureza em ações que revelam o quanto esta pode ser controlada (DAVIS-FLOYD, 1992).

reparado e estudado. Para Davis-Floyd os corpos das mulheres tornaram-se o principal desafio do modelo tecnocrático empregado para o parto hospitalar, já que estes corpos são a expressão de uma natureza que, por vezes, escapa de controle. Sobre esta questão, Martin (2006) aponta que há um sujeito agente neste corpo e que as mulheres, sendo este sujeito, são as únicas que experienciam ao mesmo tempo e cotidianamente o que é (e quais os efeitos desta) a dicotomia entre natureza e cultura, pois é seu corpo que dá sinais de ser natureza e é seu corpo – exatamente por possuir uma natureza que insiste em se colocar – alvo da cultura, no caso, da medicina.

Compreendendo a gestação, o parto e o puerpério como partes de um processo contínuo, o que representa um rito de passagem pelo qual atravessam as mulheres, passando de um status social a outro, cognitivamente e socialmente, Davis-Floyd faz uma análise fundamentalmente culturalista deste processo como um todo. Realça elementos que demonstram como o processo reprodutivo é simbolizado: primeiro, o momento da descoberta da gravidez e a sensação de perder o controle sobre seu corpo, em analogia com a iniciação ritual; por fim, o momento do parto – para o qual dá maior centralidade – onde se observam os procedimentos técnico-obstétricos padronizados e a consolidação do ritual de passagem para a maternidade.

Estas abordagens evidenciaram algumas problemáticas fundamentais para analisar o processo reprodutivo, quais sejam: a necessidade de prestar atenção à vivência dos processos corporais na reprodução e as transformações sociais e cognitivas decorrentes destes; a natureza construída da biologia; os aspectos culturais que subjazem as descrições médicas dos processos fisiológicos e, por final, a importância de problematizar as noções naturalizadas sobre reprodução – muitas das quais influenciadas sobremaneira pela racionalidade técnico-científica, biomédica. Todavia, apesar da expressiva contribuição destes estudos, o foco na dimensão cultural não é suficiente para olhar o processo reprodutivo. Pensam, sobretudo, as práticas sociais como determinadas pela cultura, sem explorar a dimensão das práticas dos sujeitos que também produzem cultura. Focalizam o corpo da mulher ou suas experiências, mas não contemplam a perspectiva dos sujeitos inseridos nas estruturas de poder, nem mesmo os processos como se operam tais relações, que são aspectos fundamentais para a compreensão da reprodução em sua amplitude, permitindo ainda que o estudo desta forneça elementos para pensar diversas questões relevantes da organização social de determinado contexto.

Outras pesquisas abordam o processo reprodutivo e dão centralidade ao parto,

compreendendo-o também em suas amplas dimensões, para além de processo fisiológico, um evento imbuído de signos socioculturais. É assim que, através de um estudo etnográfico em uma maternidade de Salvador, McCallum & Reis (2006) investigaram a experiência do parto, sob a perspectiva de jovens adolescentes de classe populares. Ancoradas teoricamente na antropologia do corpo e da reprodução, as autoras tomam o parto como um processo fisiológico, mental, emocional e social. Exemplificam as estratégias de admissão das jovens nos hospitais, diante das dificuldades em encontrar leitos – associadas às relações destas com os profissionais dos hospitais – e demonstram como são as relações de poder nestes processos parturitivos observados. Revelam sentimentos de solidão, medo e aflição destas jovens durante todo o processo. A dor é central nas falas das jovens, piorando na proporção em que as contrações ficam mais frequentes. Estas, geralmente são induzidas com aplicação intravenosa de medicações. A análise leva em conta as desigualdades sociais, relações de poder implicadas no processo reprodutivo, tal como se postula aqui: observam, por exemplo, as desigualdades de poder no interior da maternidade hospitalar, além da discriminação racial e de geração, demonstrando os processos pelos quais se operam. Neste sentido, apontam como o parto é um processo relacional, de sorte que as jovens negras significam este momento considerando também as relações estabelecidas nestes espaços. As autoras orientam seus olhares pela teoria da prática, buscando compreender o fenômeno de modo mais amplo, do mesmo modo que será empreendido neste trabalho (MCCALLUM & REIS, 2006).

A pesquisa realizada por Bustamante (2009), ainda que não trate do fenômeno reprodutivo como foco de investigação, também aborda alguns aspectos deste. A partir de seu estudo, demonstra como o processo gestacional e puerperal envolve negociações e relações de poder. A autora faz uma etnografia em um bairro popular de Salvador e explora o cuidado infantil em suas diversas fases de desenvolvimento da criança desde o processo de gestação. Então discute como a gravidez implica na sua aceitação e a barriga no reconhecimento social desta negociação implícita. Em outras palavras, a autora demonstra que as mulheres, ao irem ao posto de saúde para o acompanhamento pré-natal, já passaram pelo processo de aceitar a gravidez. Isto porque se considera a possibilidade de interrupção desta. Ao decidir ter o filho, as mulheres “aparecem grávidas” no posto de saúde. Ao “aparecerem” grávidas, suas barrigas tendem a crescer – agregando consigo significados sociais. Então esta barriga que carrega um bebê e cresce, suscita diversas fantasias e imaginações sobre este processo corporal das mulheres. Em decorrência destes resultados, Bustamante & McCallum (2010) fazem algumas reflexões que demonstram o aspecto relacional do processo reprodutivo:

A aparição da gravidez, de alguma forma, é esperada na vida das mulheres, especialmente quando se trata do primeiro filho. Esta pode ser uma estratégia espontânea para construir a maternidade, dado que, na maioria dos casos, não é legítimo, diante dos profissionais, que elas expressem abertamente o desejo de ter filhos, devido a suas precárias condições de vida (BUSTAMANTE & MCCALLUM, 2010: 612).

Ademais, as referências constantemente feitas pelas mulheres, sujeitos da pesquisa de Bustamante (2009), às suas redes de parentes e afins, apontam a importância desta rede social, no processo gestação-parto-puerpério como base de sustentação das mulheres ou apoio social – o que reitera o seu caráter social e relacional.

Estes últimos estudos trazem a perspectiva relacional. Ainda assim, o trabalho aqui apresentado concentra-se no processo reprodutivo para além do parto ou dos cuidados infantis, desde a gestação até o pós-parto, entendendo-o como fenômeno integrado, sendo um processo corporal contínuo, palpável e concreto, vivido por sujeitos, por meio do qual se entrelaçam uma diversidade de conceitos e práticas, de sistemas de valores e símbolos, e de relacionamentos constituídos ou em processo de construção.

Segundo Kitzinger (1994:171), é necessário abordar a reprodução de modo que seja compreendida operando junto de um determinado contexto social e um sistema de valores particulares, envolvendo interação entre os indivíduos e grupos em relacionamentos definidos. Tal reflexão decorre da pesquisa sobre reprodução que realizou em uma região rural na Jamaica. Kitzinger adotou uma abordagem que focalizou as relações sociais ao redor da reprodução, além dos aspectos culturais ou de simbolização. Observou o caráter ritualístico do processo reprodutivo e colocou em cena também outros aspectos sociais. A autora constatou como as condições históricas e de pobreza marcaram o processo reprodutivo naquele contexto demonstrando as estratégias de jovens garotas para garantirem seu sustento e de sua família quando engravidavam, recorrendo a pagamentos do parceiro ou à ajuda materna. Expôs também as relações entre mães e filhas neste processo que marcava definitivamente o elo entre ambas perpetuado por gerações, já que as mães geralmente cuidavam dos filhos das filhas enquanto estas saíam em busca de trabalhos, na maioria das vezes fora de sua comunidade que sofria com o desemprego. Ademais, também analisou as condições dos partos em hospitais e sinalizou o campo de conflito aberto que se configuravam as salas de parto, tendo em vista os embates de ordem cultural entre profissionais e mulheres parturientes.

Com seu material, Kitzinger enfatiza necessidade de se abordar o processo reprodutivo, em sua análise multidimensional, para dar conta do modo como o contexto sócio cultural e político interferem neste.

Van Hollen (2003), na tentativa de compreender como os direitos reprodutivos das mulheres pobres no Sul da Índia estão estruturados e como estas estruturas impactam os caminhos nos quais aquelas fazem decisões sobre o tipo de cuidado buscado no ou para o nascimento, aponta medos e receios das mulheres a respeito da assistência ao parto em hospitais. A autora analisa o processo de modernização da assistência à saúde no nascimento e o investimento feito em recursos humanos formados tecnicamente para assistência a partos. Explica que na intenção de promover a frequência aos hospitais e adesão ao modelo alopático, parteiras foram treinadas e licenciadas a realizarem partos em casa com a atribuição de orientarem as mulheres sobre a importância do pré-natal e do parto hospitalizado. Demonstra, ao mesmo tempo, que os trabalhadores dos hospitais eram condescendentes às práticas discriminatórias e atitudes que serviam para a criação e manutenção sociais e culturais de estruturas de poder hierárquicas entre profissionais e as mulheres assistidas. Assim, para as mulheres, a conexão entre maternidade e modernidade era crivada de contradições. Em comunidades onde as opções institucionais e não-institucionais estavam disponíveis, os discursos da modernidade simultaneamente compeliavam e repeliavam as mulheres pobres da procura de cuidados à saúde materna nas instituições alopáticas. Van Hollen observou, então, que os partos domiciliares permaneciam expressivos, porém a parteira preferencialmente chamada era aquela cujas técnicas e procedimento eram tão alopáticos quanto as técnicas dos hospitais. A autora constatou que as diferenças desta assistência e aquela ofertada nos hospitais estavam no tratamento dado às parturientes, além de que os partos domiciliares proporcionavam um ambiente mais acolhedor e menos hostil que os hospitais – já que em suas próprias casas as mulheres poderiam expressar dores e sofrimentos, estariam acompanhadas, além de outros benefícios observados pelas mesmas. Deste modo, demonstra que as mulheres no contexto de pobreza, discriminação e exclusão do acesso, procuram e consideram benéficas as tecnologias biomédicas, ao mesmo tempo em que buscam evitar as formas de discriminação dos hospitais públicos – justificando a preferência dada por este tipo de parto (VAN HOLLEN, 2003: 213). Não se trata exatamente de uma resistência contra-hegemônica ao nascimento biomedicalizado, mas uma resistência contra a discriminação (VAN HOLLEN, 2003).

O trabalho de Van Hollen é exemplo de estudo etnográfico em área rural em vias de

transformação que mostra as formas específicas em que o processo gestação-parto-puerpério é constituído social e culturalmente. Também deixa claro que as práticas de saúde em torno deste processo sofrem interferências contínuas pelas estruturas econômicas, políticas e institucionais (como instituições de saúde e religião). No Sul da Índia, o processo vivido pelos sujeitos é fruto das relações sociais que estruturam as vidas e o dia-a-dia dos sujeitos, ou seja, relações de poder, marcadas por diferenças de gênero, casta, capital social, e outros fatores não-biológicos.

Etnografias correlatas ao tema da reprodução, realizadas no Nordeste do Brasil, também mostram que a maternidade não é simplesmente ‘natural’, tampouco uma experiência universal, sendo constituída a partir de elementos culturais e significados atribuídos. Schepers-Hughes (1992) aponta nesta direção quando, em etnografia feita no interior de Pernambuco, coloca o amor maternal não como um universal psicológico, mas como algo construído culturalmente, no contexto de fome, pobreza e altas taxas de mortalidade infantil, e assim, retira a ‘maternidade’ do campo da natureza para argumentar que é algo constituído contextual e historicamente.

Dalsgaard (2005), que faz uma etnografia em um bairro periférico de Recife, também sinaliza tal aspecto quando explora as relações sociais e sentidos atribuídos em torno da esterilização feminina. A autora assinala que decidir ou não pela maternidade não é uma decisão isolada, “*mas parte da visão que se tem de si mesmo e do outro, [...]*”. Ser mãe era o principal projeto de vida compartilhado entre as mulheres do bairro que investigou, já que “*para as mulheres, viver era sinônimo de ter filhos.*” Por outro lado, este desejo convivia com a necessidade de um comportamento responsável, limitando a prole e optando pela esterilização – o que a própria autora relaciona à lógica do biopoder, de Foucault (DALSGAARD, 2005: 253). A maternidade é contextualizada pela violência e pobreza, devendo ser uma maternidade responsável. É uma experiência individual, mas é também gerada intersubjetivamente.

Vale destacar ainda trabalhos sobre a reprodução que levam em consideração o parto e a humanização da assistência ao parto, na perspectiva das relações de poder, trazendo mais elementos para a reflexão. São as teses de Diniz (2001) e Tornquist (2004). Diniz (2001) tem por objeto as possibilidades e limites da humanização do parto e analisa com riqueza – por meio de observação do serviço de saúde – a assistência ao parto em uma maternidade de São Paulo. Em sua análise, leva em conta as hierarquias de poder nas maternidades, bem como as desigualdades sociais que orientam determinados modos de agir e preferências das mulheres e

de profissionais de saúde nas maternidades. Para a autora, a forma como se dá o atendimento poderia ser considerada como violação dos direitos humanos e violência contra as mulheres, tendo em vista os procedimentos de rotina, alheios aos desejos e necessidades daquelas. Aponta ainda uma cultura reprodutiva e sexual que tem se caracterizado por sua cirurgificação, ou seja, por seu constante recurso à “*solução cirúrgica das relações de gênero*” (DINIZ, 2001: 215). Como a esterilização para não ter mais filhos e o parto cirúrgico. Essa cultura, segundo a autora, se reflete na episiotomia de rotina, nas aplicações intravenosas de substâncias que induzem as contrações e faz parte de um imaginário que fomenta a necessidade de tais tecnologias para parir.

Já Tornquist (2004) discute o parto e poder, procurando compreender como a humanização na assistência ao parto orienta mudanças nas relações de gênero e de poder constituídas na assistência ao parto no Brasil. Para tanto analisa as relações entre assistência ao parto e a Política de Humanização, através de etnografias em um movimento pela humanização do parto, em cursos de capacitação de parteiras tradicionais e em uma maternidade. Aponta que o Brasil vive diferentes realidades no que diz respeito à assistência ao parto: de um lado, profissionais de centros urbanos que usam mais novas tecnologias obstétricas como cesáreas, por exemplo, em clínicas privadas. De outro, especialistas de áreas rurais e ribeirinhas como parteiras que recorrem aos métodos tradicionais. E ainda, outros profissionais que se dispõem a trabalhar nas casas de parto (considerado um espaço intermediário entre medicina familiar e hospitalar). Sinaliza que a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para uma relativa desmedicalização do parto, questionando o modo como esta diretriz é seguida. Ao discutir as possibilidades da humanização e como esta insere questões do feminismo, a autora coloca que “[...] *o que se passa na dimensão familiar está relacionado com as demais esferas da vida social, no mundo do trabalho, da economia e da política.*” (TORNQUIST, 2004: 358). O processo do parto envolve a mulher e o bebê enquanto sujeitos de direitos, porém nem sempre os desejos e necessidades das mulheres serão priorizados. Esta questão revela uma tensão entre as mulheres parturientes e os profissionais médicos, em termos de relações políticas, pois as preocupações nacionais com relação à natalidade e infância, mortalidade infantil e materna, fazem dos médicos os guardiões dos direitos destes sujeitos. A reflexão da autora contribui para problematizar ainda mais as questões relativas à assistência ao parto, no que diz respeito à humanização. Em um artigo sobre o tema, Tornquist (2002) sinaliza também que as reivindicações feministas de resgate do poder sobre o parto correm o risco de fortalecer o mito da maternidade,

essencializando uma função reprodutiva das mulheres.

Ambos os trabalhos são de grande contribuição para refletir sobre a assistência ao parto no Brasil e como este é imbricado em relações de poder, porém não exploram outras dimensões para além do parto, tal como busca-se fazer aqui. Outras produções na área da saúde propriamente dita, tratam da assistência à saúde, sobretudo, assistência ao pré-natal ou parto no Brasil, e na Bahia. Dão especial foco ao processo de institucionalização do parto, ao processo de cientifização da assistência – deslocando o parto para os domínios da obstetrícia – à medicalização do corpo feminino, reprodutivo, e à normatização do modelo “ideal” de maternidade, pautado nos conhecimentos técnicos científicos de ordem biomédica – que se espalha amplamente no Brasil desde o século XX⁵.

A supremacia dos conhecimentos médicos sobre o processo reprodutivo perpassa ainda outros domínios da reprodução além do parto, incluindo as noções de maternidade, experiências da gestação e da puericultura. Os processos de medicalização ou normatização do fenômeno da maternidade são abordados, por exemplo, no trabalho de Martins (2008) que faz um resgate histórico sobre o estabelecimento da puericultura no Brasil. Segundo a autora, a constituição da modalidade médica pediátrica e seu projeto – a puericultura – foi momento fundamental para melhorar as condições de vida das crianças e reduzir a mortalidade por meio de aconselhamentos e educação das mães, criando assim condições para legitimação da autoridade médica, ao mesmo tempo em que difunde a desvalorização dos conhecimentos práticos das mulheres transmitidos através de gerações, sob o pretexto de serem perniciosas, ignorantes e nocivas (MARTINS, 2008).

Deste modo, é possível perceber o quanto a maternidade tem sido historicamente (re)construída, sob fundamentos e discursos médicos. No campo da saúde, esta concepção de maternidade presente no imaginário social tem sido analisada criticamente. Os estudos apontam como o desenvolvimento científico biomédico influencia os significados atribuídos a este fenômeno normatizando a maternidade, mas raramente ponderam essencialismos que

5 O histórico da construção de um discurso médico sobre a assistência ao parto e institucionalização deste na Bahia, no século XIX, é trazido por BARRETO, 2008 e AMARAL, 2008; Para discutir as experiências de puérperas na atenção ao processo parturitivo na Bahia, ver: SANTOS & PEREIRA, 2012; Sobre os indicadores e a qualidade de assistência prestada com o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PHPN), ver: NASCIMENTO *et.al.*, 2007; Sobre assistência e cuidado ofertados às jovens gestantes, ver: MELO & COELHO, 2011; O modelo de maternidade essencialista e normativo, as expectativas e exercê-lo e os desdobramentos desta para a depressão pós-parto são discutidos em AZEVEDO & ARRAIS, 2006 e GRANATO & AIELLO-VAISBERG, 2009; Sobre concepções de maternidade e construção da feminilidade, ver: ANJOS, 2007; Outras discussões sobre o modelo de maternidade normativo, biomedicalizado, são encontrados em: MOREIRA & RASERA, 2010 e MOREIRA & NARDI, 2009.

atrelam as mulheres ao fenômeno da reprodução, nem mesmo sublinham as dinâmicas das relações de poder que permeiam a reprodução e a edificação deste imaginário social – em uma visão mais ampla do processo reprodutivo como um todo.

Nesse sentido, a problemática da pesquisa se constrói. Os trabalhos com foco na assistência à saúde das mulheres, ou na crítica acerca dos modelos de maternidade nas esferas da saúde, auxiliam a compreender os elementos observados em campo quando se trata de pensar os cuidados à saúde, na prática ou nos discursos, bem como os repertórios de explicações locais acerca de diversos temas correlatos ao processo reprodutivo e sua intersecção com a saúde. A visão biomédica influencia os significados atribuídos à maternidade, cuja base é tida como atrelada à relação biológica entre gestante e feto e associada à excessiva medicalização do processo de gestação-parto-puerpério (FOX & WORTS 1999; MARTIN 2006). Porém, o sujeito responsável pelo exercício desta medicalização através do espraiamento de técnicas e saberes, da institucionalização de práticas e promoção de espaços propícios para tal, é o Estado. Sujeito este que, por meio de políticas, programas, medidas e ações de governo ou mesmo através da omissão, seja na garantia de direitos, seja na imposição de limites para as intervenções biomédicas e tecnológicas sobre o corpo feminino, emerge como um agente concreto, presente e portanto, constituinte do processo reprodutivo como um todo. Embora as produções sobre o tema identifiquem políticas reprodutivas e a medicalização como processos de fundamental influência, frequentemente o Estado não aparece como um sujeito que historicamente vai se tornando próximo e participante da vida social e da reprodução. Nesta tese, o Estado como sujeito participante da reprodução é uma das questões que procuramos demonstrar.

Uma vez evidente que o estudo da reprodução não pode permanecer circunscrito ao domínio delimitado pela biologia, procura-se, então, alcançar uma compreensão do modo em que as relações e estruturas de poder, seja de gênero, de classe ou raça (ou outras) estão imbricadas com a experiência corporal de gravidez, parto e puerpério no local estudado, revelando questões sociais para reflexão no campo da saúde e contribuindo para fortalecer também a corrente de estudos antropológicos sobre relacionalidade. Intenta-se demonstrar, por fim, que as relações de poder que envolvem as dimensões locais e globais, simultaneamente, dizem respeito à presença do Estado como um dos sujeitos neste processo reprodutivo, convertendo os processos de poder mais concretos e claros, ao tratar a reprodução tal qual nos sugerem Ginsburg & Rapp (1995).

1.2. A contribuição dos estudos antropológicos sobre relacionalidade

Aprimoramos nosso olhar com a orientação analítica dos estudos antropológicos sobre 'relacionalidade' ou 'conectividade', derivadas do termo inglês '*relatedness*' – cuja popularização derivou-se em parte da influência da desconstrução feminista. A antropologia feminista desenvolveu questionamentos acerca da preponderância biológica no processo reprodutivo e, igualmente, o fez com os estudos de gênero, questionando as bases que fundamentaram estes estudos a partir de dualismos como entre natureza e cultura. Destaca ainda outros princípios nas relações familiares/parentais, para além da consangüinidade, permitindo levar em conta as relações sociais estabelecidas entre as pessoas e revelando questões chaves para compreender como o processo reprodutivo é constituído de modo relacional e contextualizado (YANAGISAKO & COLLIER, 1987; MACCORMACK & STRATHERN, 1980; GINSBURG & RAPP, 1995).

Carsten (2004), num estudo sobre parentesco entre os Malayos de uma aldeia pescadora, utilizou o termo "*relatedness*" para se referir às concepções e práticas nativas sobre as relações parentais. A autora se alinha aos questionamentos feministas sobre a presença na teoria clássica do parentesco do dualismo ocidental entre cultura e natureza e, com seu material etnográfico, demonstra a fluidez da identidade nessa região da Austronésia. Fluidez, dinamicidade, permanente conformação da identidade, permanente processo de tornar-se pessoa, de tornar-se parente – são traços marcados na sua descrição. Tais indicações nos apontam como determinadas formas de pensar podem ser questionáveis sob a perspectiva de outros povos, conforme fora colocado por Schneider (1984) em suas provocações à antropologia do parentesco vigente até então.

A categoria 'relacionalidade', ou 'conectividade' (*relatedness*), busca desessencializar o conceito de parentesco, de modo a subsidiar uma perspectiva sobre os aspectos culturais e sociais das relações, superando os pressupostos biologizantes (Carsten 2004; Fonseca 2007). Por isso, compõe o repertório conceitual desta tese. Não se trata de negar o fator biológico pura e simplesmente, mas sim de considerar que o aspecto biológico não é sempre pensado nos mesmos moldes e não é suficiente. Mesmo que o fator biológico esteja presente e seja preponderante no entendimento das relações parentais o que se difere é como este fator biológico é pensado. Isto reforça a ideia já lançada aqui de que a oposição natureza/cultura deva ser relativizada, pois trata-se de uma separação que talvez não seja tão claramente

definida, que talvez sequer exista em outros lugares.

Como Carsten exemplifica, a relação entre aspectos biológicos e culturais pode ser complementar, conjugada, difusa. No grupo social que a autora estudou, o parentesco é também um processo de tornar-se. É através da vivência e da comensalidade conjunta, compartilhada, nas casas, que as pessoas se tornam pessoas e parentes (CARSTEN, 2004), em processo contínuo de permanente constituição. Sob tal perspectiva, se compreende as relações de parentes para além dos laços biológicos, contemplando as formas locais de constituir tais relações. Tem-se em conta a pertinência de adotar este tipo de olhar, já que uma investigação etnográfica torna necessárias as análises que levem em conta as concepções ‘nativas’ e a contextualização daquilo que se busca compreender.

Em discussão sobre tecnologias reprodutivas e suas conseqüências para o parentesco, Strathern (1995) coloca que a reprodução de seres humanos é também a reprodução de relações sociais. O desenvolvimento tecnológico médico introduziu novos atores na procriação (entendida pela autora como concepção e nascimento) como no caso das tecnologias reprodutivas incluiu assistentes, doadores de gametas, mães de aluguel, etc. Na crítica ao pressuposto biológico das teorias de parentesco, Strathern questiona então, como se sustentaria tal pressuposto com tais inovações tecnológicas acerca da reprodução. Entender laços de parentesco a partir do fundamento biológico, com base nas relações conjugais heterossexuais é também uma assunção cultural. A autora problematiza que, no caso de doação de gametas como um meio de cumprir o desejo de ter filhos, o material da procriação não tem a ver com o esforço reprodutivo dos pais que recorreram à tecnologia. Isso quer dizer que o elemento biológico não é suficiente para que haja a reprodução, mas é preciso fazer nascer, nutrir e criar uma pessoa. Ou seja, reprodução é uma relação social (STRATHERN, 1995).

Na literatura etnográfica sobre relacionalidade na Bahia, a categoria “consideração” tem sido demonstrada como central tanto para a análise de relações de parentesco e entre vizinhos (até surgindo como de maior importância pragmática do que os ‘laços de sangue’), quanto para as relações assimétricas sócio-políticas com pessoas inseridas nas instituições estatais com os quais os indivíduos devem interagir (PINA-CABRAL & SILVA, 2013; PINA-CABRAL, 2007; MARCELIN, 1999; MCCALLUM & BUSTAMANTE, 2012). O trabalho de Bustamante (2009) aponta que as redes de parentes são fundamentais para apoio e suporte em diversos aspectos da vida das pessoas, inclusive no processo reprodutivo. Estas redes não são limitadas às relações de consangüinidade e nem as famílias são compostas com

base no modelo de família nuclear (BUSTAMANTE, 2009; MCCALLUM & BUSTAMANTE, 2012).

Este aspecto foi observado por Pina-Cabral (2007), a partir de pesquisa de 2005 sobre nomes, pessoa e identidade realizada em Valença – mesma região de Riachão. Constatando a prática recorrente de dar nomes que se referem aos pais, ou outras figuras masculinas que se quer homenagear, o autor explica o desejo de acentuar a relação pai-filho, independente das outras relações familiares. Ao mesmo tempo, observa que o que se considera por pai, naquela região, nem sempre diz respeito aos laços sanguíneos, já que também existem os pais “de consideração”. Demonstra que as formas de relação homem-mulher, das quais pode originar um filho, prescindem de uma relação formal de conjugabilidade e, portanto, escapam das possibilidades de classificação tradicional de relações parentais – como a relação de “paternidade”.

Assim, o autor considera mais pertinente o uso do termo “perfilhação paterna” do que paternidade, para entender que esta pode ser variada, sem ser uma necessidade. A perfilhação é opcional e há pessoas que podem ou não ter pai, ainda que tê-lo garanta algum tipo de distinção social. Então o pai pode ser biológico, pode não “reconhecer” esta relação, ou pode ser “de consideração”. Orientado por uma noção de constituição de pessoa que é singular, múltipla e partível (PINA-CABRAL, 2013), o autor explora – tendo a socialidade baiana como objeto empírico – como são os processos sociais desta constituição. As pessoas só existem em relação com outras pessoas e isso as constitui enquanto tal.

Ademais, a constituição de pessoa também se dá a partir de múltiplos processos que a tornam possível. O processo de criação de uma pessoa também está presente nesta constituição. O estabelecimento de laços e vínculos entre as pessoas requer ainda mais elementos que o tornam possível. A presença de múltiplos fatores e sujeitos na constituição de pessoa e na constituição de laços é que tornam as pessoas seres múltiplos. Crescemos e nos formamos enquanto pessoas a partir de nossos relacionamentos mais diversos e variados ao longo de toda nossa vida. Assim precisamos ainda dos processos de criação, nutrição, e outras relações. Nesta multiplicidade, se origina nossa singularidade, enquanto sujeitos únicos. É ainda por conta desta multiplicidade que nos tornamos pessoas partíveis, porque fazemos parte de outras pessoas e coisas e vice-versa.

No Recôncavo Baiano, Marcelin (1999) realizou seu trabalho sobre a experiência familiar dos negros em Cachoeira e parte da ideia de que os agentes, os grupos, os povos agem em função da cosmovisão (conhecimento e crença) que possuem de si mesmos, dos

outros e do meio em que vivem. O autor lista os princípios que ordenam o grau de parentesco, dentre os quais, o primeiro consiste no grau de proximidade do indivíduo com os outros agentes na dinâmica da cooperação familiar cotidiana, na casa e em suas redes. O espaço de cooperação por excelência que é a casa, e a dinâmica das configurações de casas, parece explicar o sentido da produção dos parentes/família no universo dos agentes investigados. Explicita que os princípios de consideração são mais reivindicados na medida em que se aproxima da esfera domiciliar, doméstica. Quanto mais próximos no convívio o princípio de consideração se coloca com mais facilidade e quanto mais distanciados os agentes, mais reivindicado é o princípio do sangue.

As casas, na perspectiva de Marcelin, dizem respeito à referência tanto permanente como passageira. É a referência primeira, um bem simbólico na medida em que permite aos sujeitos a sensação de pertencimento, confere-lhes identidade – ou seja, também constitui pessoas. A casa, enquanto construção física é estratégica na produção da domesticidade e inter-relaciona-se com as outras casas como uma rede (configuração de casas), regulando os agentes, organizando o comunitário e o individual. Cria e recria, deste modo, laços de cooperação e de trocas. Informa, portanto, sobre seus membros, suas relações, laços, conflitos e modos de organização (MARCELIN, 1999).

Pina-Cabral (2007) também aponta a centralidade das casas e configuração de casas como uma característica fundamental das relações em Valença. Igualmente, McCallum & Bustamante (2012), apontam como as casas e suas configurações são importantes na organização das redes de parentes e afins no bairro popular de Salvador, onde fizeram a pesquisa. Também atentas aos processos de constituição de pessoa, as autoras procedem a uma análise etnográfica que revela uma tensão constante entre o processo de individuação e relacionamento, que é parte intrínseca da constituição de relacionalidade, “*e toma expressão material e simbólica na casa*” (MCCALLUM & BUSTAMANTE, 2012: 224). E neste processo, também é possível perceber como os relacionamentos se constroem sob a égide de práticas de entreatajuda. As pessoas participam umas das vidas das outras – o que torna perceptível a multiplicidade e partibilidade na constituição das pessoas e também das casas (PINA-CABRAL, 2013).

O que nos interessa é ter em mente que, na tentativa de compreender um fenômeno humano enquanto um processo social, levamos em conta que este fenômeno se constitui em relações sociais e também as constitui, permanecendo em constante movimento de atualização. Assim não pode ser compreendido como algo estático, único e universal. Existe

na sua dinamicidade e relacionamento. E é deste modo que se procura olhar para o processo reprodutivo.

É preciso, portanto, haver relações sociais para que se constitua a reprodução, como outros elementos da vida. Os aspectos da vida social não podem ser vistos como dados *à priori*, porque são as relações sociais que os constituem. Ter um filho não existe por si mesmo, é preciso além da procriação (processo biológico), fazer nascer, nutrir e criar este filho (STRATHERN, 1995). Ser mãe, pai, filho, irmão, avó, são relações sociais. É preciso haver mãe ou pai para haver filho, e vice-versa, além de outros que participam deste relacionamento e fazem dele possível, e é preciso haver algum elemento que conecta as pessoas entre si e viabilizam esta relação. Por isso, o elemento da 'consideração' – observado nas etnografias sobre relacionalidade na Bahia – revelou-se tão importante, porque ativa as relações e as mantém, fazendo com que o sujeito torne-se filho, ou pai, ou mãe, ou seja o que for. Observação também verificada nesta tese.

Essas etnografias são uma grande contribuição para se olhar a relacionalidade na constituição da pessoa na socialidade baiana das regiões de Salvador, Recôncavo e Baixo-Sul e, neste sentido, constituem uma referência teórica para que demonstramos, nesta tese, como o processo reprodutivo é um importante elemento que conecta as pessoas, seja no estabelecimento de unidades domésticas (ou conjugalidades), seja pelo estabelecimento de vínculos entre diversos sujeitos nas práticas de saúde e cuidado das mulheres e dos bebês. Todavia, ainda que deem um olhar sobre as desigualdades sociais, essas etnografias não destacam como o Estado participa nestas relações, questão que ganha uma dimensão chave na presente tese. Argumentamos que o Estado constitui mais um sujeito nesta rede de relacionamentos, personificado nas instituições de saúde, e como um possível agente para viabilizar melhores condições de vida e criação de pessoas. Também analisamos aqui as relações entre as mulheres e os serviços de saúde, sublinhando que é a reprodução a principal dimensão de elo entre ambos, por meio da qual o Estado mantém suas práticas de atenção à saúde das mulheres voltadas à “função” reprodutiva (REZENDE, 2011). Este é o principal foco que relaciona as práticas da biopolítica e fazem do processo de medicalização incidir de modo primaz nos corpos femininos.

Por conseguinte, este trabalho busca atualizar os estudos já produzidos sobre reprodução e sobre relacionalidade, entrelaçando suas contribuições teóricas, ao olhar para o processo reprodutivo neste contexto estudado e trazendo à cena este novo sujeito nas relacionalidades que permeiam a produção e reprodução da vida local.

1.3. Desigualdades e forças determinantes da reprodução

Isistimos que a reprodução não pode ser reduzida ao fundamento biológico, defendendo o argumento de que se trata de um processo que envolve outras dimensões da vida social, para além do sexo, gravidez e parto. Nas palavras de Yanagisako & Collier (1987):

Sexo, gravidez e parto são fatos culturais cuja forma, consequência e significados são construídos socialmente em uma sociedade, assim como são cuidados maternos, cuidados paternos, julgamentos, dominação, [...] Do mesmo modo não existem fatos materiais que podem ser tratados como dados pré-culturais [...] (YANAGISAKO & COLLIER, 1987: 39)⁶.

A constituição do processo reprodutivo e as experiências de maternidade são marcadas pelas desigualdades sociais, de acordo com Diniz & Mattar (2012), Dias & Aquino (2006) e Scavone (2001). Tais desigualdades se operam nas relações de gênero, classe social, raça/etnia e geração, dentre outras. A análise etnográfica empreendida nesta tese pretendeu, deste modo, empregar uma abordagem interseccional e levar em conta diferenças explícitas de poder em termos de vários eixos de diferenciação (MULLINGS, 2005; MOORE, 1997).

A abordagem interseccional é sugerida por Mullings (2005), em artigo sobre resistência e resiliência entre as mulheres negras do Harlem, bairro negro e latino de Nova Iorque. Neste trabalho, a autora enfatiza a importância de se examinar raça, classe e gênero, para compreender como operam na vida daquelas mulheres e como produzem efeitos na saúde. Segundo a autora,

[...] essa perspectiva ajuda a entender raça, classe e gênero como conceitos relacionais: não como atributos de pessoas de cor, sem posses, ou mulheres, mas como relações historicamente criadas de distribuição diferencial de recursos, de privilégio e de poder, em termos de vantagens e desvantagens. (MULLINGS, 2005: 79)⁷.

A autora sinaliza sua atenção aos processos históricos e contemporâneos pelos quais as

6 Sex, pregnancy and childbirth are cultural facts whose form, result and meanings are socially constructed in a society, as are maternal care, paternal care, judgments, domination [...] Similarly there are no material facts that may be treated as pre-cultural data [...].

7 [...] It invite us to understand race, class and gender as a relational concepts: not as attributes of people of color, the dispossessed, or women but as historically created relationships of differential distribution of resources, privilege, and power, of advantage and disadvantage (Tradução).

populações foram classificadas em grupos hierárquicos com diferentes níveis de acesso aos recursos sociais. Estes eixos de diferenciações não estão sobrepostos, ou cumulativos, mas interligados, interagem entre si, como categorias relacionais, mutuamente constitutivas. Esta abordagem pode auxiliar a compreender como tais categorias se inter-relacionam em determinados momentos históricos, em reflexões sobre desigualdades de saúde, vulnerabilidades estruturais e resiliências (MULLINGS, 2005).

Embora consciente de que características fenotípicas sejam observadas como base de discriminação social no Brasil (TAVOLARO, 2010), a análise ora utilizada conjuga da ideia de que os processos de significação e entendimentos de raça na vida cotidiana das pessoas e nas suas experiências incorporadas sejam maleáveis – operando sentidos diferentes em contextos diferentes (MCCALLUM, 2005). Isso porque o corpo não pode ser considerado um dado natural, fixo e inflexível, no qual a pessoa vive, mas como um contínuo processo de performance (WADE, 2002). Do mesmo modo para gênero: a distinção biológica, sexual não pode ser o determinante na constituição das relações de gênero, nem o elemento essencial de distinção e desigualdade na distribuição de poder local. Como a raça, o gênero é constituído em todo um emaranhado de fatores sociais situados histórica e espacialmente. Procura-se compreender, assim, como os sujeitos no contexto específico operam as diferenças e, sobretudo, quais as implicações destas na vida social local, como propõem Yanagisako&Collier (1987).

A partir do contexto e do modo como se operam os processos de distinção social – e desigualdade de poder – será possível depreender a maneira como raça e gênero se colocam enquanto uma categoria importante neste processo de diferenciação. Assim, raça, gênero – e as desigualdades de poder provenientes destas – são historicizadas e contextualizadas. A maneira que classe social opera enquanto categoria de diferenciação social também deve ser contextualizada e localizada na história deste povo. Para tanto, sinaliza-se, ao longo desta tese, aspectos concernentes à formação social brasileira, na tentativa de esclarecer os processos de hierarquização dos quais este povo é herdeiro, permitindo ainda identificar as três categorias como elementos importantes deste processo.

A perspectiva interseccional auxilia, deste modo, a sustentar o entendimento que classe social, gênero e raça (ou mesmo outras categorias) também são eixos significativos nas relações desiguais de poder envolvidas no processo reprodutivo de determinado contexto, nas quais os sujeitos do estudo estão imersos. Ademais, indica que a constituição desse processo, na medida em que é compreendido como sendo marcado por desigualdades, pode incluir a

perspectiva de gênero, raça e classe social, informando sobre a complexidade de fatores que conformam a vida social local.

Para além do entendimento acerca do processo reprodutivo, as desigualdades sociais também são determinantes primários de saúde e de cuidado à saúde, como sustenta a antropologia médica crítica. As questões de saúde estão englobadas por forças econômicas e políticas que marcam relações e comportamentos sociais, experiências coletivas e situa os significados culturais (BAER *et.al.* 2003). Para Susser (1985) as questões relativas à saúde e doença não podem ser bem compreendidas se não estiverem localizadas no contexto político e econômico. O modo como as pessoas percebem questões de saúde refletem suas experiências históricas tão bem como os interesses políticos em voga (SUSSER, 1985: 562). A saúde deve ser entendida como:

[...] acesso para e controle sobre os recursos materiais básicos e não materiais que sustentam e promovem a vida no alto nível de satisfação. [...] saúde como um conceito elástico e não um estado absoluto do ser, que deve ser avaliado no largo contexto sociocultural (BAER *et.al.*, 2003: 5)⁸.

Nessa vertente se procura articular o nível macro e o nível micro, estabelecendo relações entre as dimensões social, econômica e política com as dimensões do corpos individuais, enfermidades, e comportamentos que podem ser causas de doenças, etc (BAER *et.al.*, *op.cit.*).

Tais abordagem coadunam com os esforços realizados nesta tese de trazer – e sublinhar – as dimensões material e histórica, que conformam os modos de vida deste povo através do tempo, localizando suas práticas e discursos em torno da saúde e do cuidado à saúde no complexo jogo de relações desiguais de poder. A atenção dada ao contexto social local de desigualdade revela ainda as condições de violência sob as quais este povo está sujeitado, em paralelo ao que Paul Farmer chama de “violência estrutural” (FARMER, 2005).

Embora, tenha sua reflexão emergida de contextos marcados por extrema pobreza e violência, que não é o caso do contexto brasileiro aqui estudado, o conceito de “violência estrutural” ajuda a pensar as condições de vida da população de Riachão, justamente por trazer a idéia de uma violência que é perpetrada cotidianamente, pelo Estado, pelas

8 [...] access to and control over the basic material and non material resources that sustain and promote life at a high level of satisfaction. [...] health as an elastic concept and not absolute state of being, that must be evaluated in a larger sociocultural context.

instituições, pelos “*fortes*” sobre os “*fracos*”⁹, através das hierarquias sociais e dos mecanismos de manutenção desta – que de algum modo causam sofrimentos diversos, embora poucas vezes expressos localmente¹⁰. Nem sempre se trata de violência física, mas aquela que resulta de desigualdades de poder que envolvem burocracias, diferenciações de classe, gênero e raça. Trata-se de violações aos direitos humanos. É preciso entender, portanto, como se dá e como se opera o 'poder' e suas conexões, para que seja possível compreender porque os direitos são violados, quando e onde tais eventos estão susceptíveis a ocorrer (FARMER, 2005). Em suas palavras,

Violações dos Direitos Humanos não são acidentes: não são randomizados na distribuição ou efeitos. Violações de direitos são, ao invés disso, sintomas de patologias profundas de poder e estão linkadas intimamente com as condições sociais que tão frequentemente determinam quem sofrerá abuso e quem estará blindado contra o mal. (FARMER, 2005: XVI)¹¹.

O autor ainda aponta que esta “violência estrutural”, com o racismo institucionalizado, a desigualdade de gênero e a pobreza, tonam-se incorporadas como experiências individuais e estruturam riscos para maiores formas de sofrimento. Deste modo, o sofrimento é estruturado por processos dados historicamente e economicamente, que conjuram para limitar e constranger a ação dos indivíduos, limitando as suas escolhas com as desigualdades de raça, o sexismo, violência política e pobreza. Embora a noção de “violência estrutural” de Farmer seja utilizada para discutir questões relativas ao contexto e aos modos de vida do Riachão, nem sempre será falado em termos de 'sofrimento extremo'. Apenas nos relatos dos partos, as mulheres participantes da pesquisa frequentemente inseriam a palavra 'sofrimento' para se referir ao momento vivido. Em outras esferas da vida ou situações vividas, o termo

9 Muitos moradores de Riachão fazem referência a si mesmos nestes termos: “*fracos*” - querendo dizer que possuem poucos recursos, ou que são mais pobres. Esta expressão também foi verificada em outros estudos como de Pina-Cabral & Silva (2013).

10 Farmer, expoente desta perspectiva crítica da antropologia médica, trouxe a noção de “violência estrutural”, em uma reflexão sobre saúde e direitos humanos, baseada em dados etnográficos. A partir de um trabalho realizado no Haiti, na luta contra a epidemia de HIV/AIDS e em outras localidades do mundo, o autor revela de que maneira as epidemias são marcadas pelas condições de pobreza dos países em que estão situadas. Em suas discussões, o autor demonstra como as relações de poder, e as forças econômicas e políticas marcam o estado de saúde de determinada população (FARMER, 1992; 2005). Segundo o autor, a “violência estrutural” influencia a natureza e distribuição do 'sofrimento extremo'. O autor fala, sobre o 'sofrimento extremo' a partir de suas experiências em países de extrema pobreza, em fases de epidemia e vulnerabilidade social agudas.

11 Human rights violations are not accidents; they are not random in distribution or effect. Rights violations are, rather, symptoms of deeper pathologies of power and are linked intimately to the social conditions that so often determine who will suffer abuse and who will be shielded from harm.

localmente usado “*luta*”¹²” pode revelar os desdobramentos desta violência quando as pessoas se referem a qualquer dimensão da vida na qual enfrentam dificuldades e persistem para viabilizar sua existência. Assim também nota-se as constantes interações e disputas de poder, revelando – em um contexto de 'violência estrutural' – a força do povo que luta, sua capacidade de viver bem e produzir mais um mundo possível.

Esta corrente de produção teórica fortalece a análise com a importância de olhar para a dimensão estrutural do contexto estudado, realçando as condições de desigualdade em que a população local é historicamente inserida. Ajuda a argumentar sobre o papel de influência que as desigualdades de poder, sustentadas pelo Estado, exercem sobre o modo em que se constitui a reprodução e as relações entre as mulheres e as instituições dos serviços de saúde, junto de seus profissionais. Por outro lado, o olhar da antropologia médica crítica supervaloriza o papel da superestrutura de poder e não contempla os processos pelos quais as pessoas vivenciam as relações de poder, lutam, resistem e reelaboram-nas nos seus cotidianos.

As forças que incidem especialmente sobre o processo reprodutivo e requerem que sejam consideradas neste estudo, referem-se também ao processo de medicalização, ancorado na ordem biomédica e expansão da biopolítica, como alguns dos trabalhos sobre reprodução mencionados já haviam sinalizado. A biomedicina gradualmente vem conquistando hegemonia nas práticas, discursos e conhecimentos acerca da saúde e acerca da reprodução, conformando-se em um tipo de saber e poder que se pretende legitimado e que destitui a legitimidade de outras formas de conhecimento. Em vistas à conformidade das práticas cotidianas às normas sociais, medicalização seria o processo de transformar aspectos da vida social em objetos da medicina (VIEIRA, 1999).

Na sua etnografia sobre o modo das mulheres em Rhodes, na Grécia, manejarem seus corpos reprodutivos, Georges (2008) explora o processo de medicalização crescente, explicando que a autoridade auferida pela biomedicina a certos conhecimentos e práticas acerca do corpo, promoveu, ao longo do tempo, um movimento de desvalorização e deslegitimação dos conhecimentos já existentes. Então, os conhecimentos da biomedicina produziram discursos autoritários, com vista ao controle dos corpos, performando aquilo que Foucault (2005) chama de 'biopoder', um tipo de poder que desloca gradualmente o uso da força repressiva como uma forma de controle social (GEORGES, 2008: 04), operando não

12 A “*luta*” do dia-a-dia é uma palavra constantemente usada pelas pessoas do Riachão, expressando a batalha travada cotidianamente pela sobrevivência, pela resistência e pela existência. Durante o trabalho, as pessoas estão *lutando*. E lutam o tempo todo: a luta da pesca, do siri, da piaçava, a luta de casa, a luta para criar os filhos, a luta para crescer, a luta para levantar a casa de bloco.

apenas nos corpos individuais como antes, mas também no corpo coletivo (e este é o elemento fundamental), por meio de uma tecnologia de poder que se desenvolve a partir do séc XVIII, a qual Foucault chama de 'biopolítica'¹³.

Trata-se de um poder preocupado com questões de ordem populacional, mas que se opera também, paralelamente, por meio de dispositivos disciplinares ainda na ordem individual. Os corpos femininos tornam-se, neste processo, os corpos de intervenção, aqueles que serão alvo prioritário de políticas de nascimento, e de controle populacional. Mas os efeitos desses dispositivos não se limitam aos aspectos corporais, reconfigurando atribuições de gênero, colocando as mulheres como sujeitos centrais não apenas no fazer nascer, mas ainda no fazer crescer, na criação e cuidado dos filhos, novos cidadãos, novos bens do Estado. Deste modo, a ideologia da biomedicina coloca outras perspectivas e conhecimentos à margem do discurso razoável, e vai normatizar o discurso 'correto' e hegemônico em torno daquela maternidade ideal. O conhecimento biomédico se tornou o conhecimento de autoridade do corpo e a biomedicina tornou-se hegemônica (GEORGES, 2008).

Esta tese documenta como o biopoder opera sobre a população de Riachão, assim como sobre qualquer outra localidade no Brasil. Trata-se do poder que o Estado Moderno (o soberano de Hobbes apresentado por Foucault) exerce sobre a população por intermédio da biopolítica. Poder que regulamenta, controla e gerencia as taxas e índices populacionais, de morbidade, de IDH, etc. Poder que disciplina os corpos individuais. Poder com o qual os sujeitos convivem, em um campo de forças, aprendendo a manejar suas possibilidades, a viver nas “regras do jogo” para com elas e sobre elas (Foucault 2004)¹⁴.

13 Esta tecnologia, própria da modernidade ocidental, vai se preocupar com um conjunto de processos como proporção de nascimentos, taxas de reprodução, fecundidade de uma população e outros assuntos de ordem coletiva, populacional. Trata-se de um processo, que introduz *“uma medicina com função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratados médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população”* (FOUCAULT, 2005: 291). Estabelece mecanismos reguladores, a fim de fixar equilíbrio, manter a média, assegurar compensações. À procura de otimizar o estado de vida, o biopoder passa a reger ainda nos mais privados domínios, na medida em que se propaga. Intervém para fazer viver e na maneira como viver, para aumentar a vida, para controlar acidentes, eventualidades, deficiências, etc. Assim, a saúde pública, os programas e planejamentos dos serviços de saúde, bem como outros setores da seguridade social são importantes instrumentos para a execução desta biopolítica (FOUCAULT, 2005).

14 Sob a luz de Foucault, as “regras do jogo” são as normas sociais, regras, valores, que os indivíduos conhecem e reconhecem na vida social. É importante aqui a noção de “cuidado de si” que, para o autor, é se conhecer e conhecer uma série de regras de conduta, de princípios, que são verdades e prescrições. Neste conhecimento as práticas de liberdade são produzidas. Práticas de liberdade para Foucault estão relacionadas ao conhecimento de regras sociais, valores e normas, associado a manejo consciente de todo este repertório. O autor volta suas atenções para as relações entre o sujeito e os jogos de verdade (regras sociais de determinado espaço). Assim, estes jogos de verdade tornam-se práticas de auto-formação dos sujeitos, ou seja, “práticas de si”: esquemas encontrados na cultura e propostos ao sujeito, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade, seu grupo social. O cuidado de si, então, é resultado das práticas de si. É condição

Ao discutir a constituição do processo de gestação-parto-puerpério, discutiremos as relações desta população com a biopolítica Estatal. Tratar das relações entre as mulheres, e outras pessoas próximas, com cuidados à saúde significa discutir necessariamente a presença – ou ausência – do sistema formal de saúde pública neste processo como um todo. Além disso, significa discutir em que medida é possível observar resistências e aceitações destas pessoas com relação aos discursos e práticas da biomedicina. Assim, procura-se compreender os relacionamentos entre as mulheres e os serviços de saúde, na vivência do processo reprodutivo e discutir a pretensa hegemonia com a qual os conhecimentos de ordem biomédica operam (ou não) na vida destas mulheres.

Apesar das teorias de Foucault (2004; 2005) também darem especial ênfase às normas e regras sociais, possibilitam que vislumbremos um caminho de análise da ação social – não apenas sob determinação de forças maiores, mas também como resistência ou mesmo permanências – na medida em que entende as relações de poder como relações que estão em disputas em campos de forças. Assim, mesmo com vistas a discutir questões pertinentes à influência e complexidade da extensão da biopolítica e do espraiamento da biomedicina na constituição do processo reprodutivo no Riachão, procura-se olhar, a partir das micro relações e da vida cotidiana, como estas relações de poder são vivenciadas, atualizadas localmente ou não, tentando dialogar com a teoria e contribuindo para o escopo de produções correlatas.

Nas relações dos serviços de saúde e seus profissionais com as mulheres que vivenciam o processo corporal e seus próximos, operam dinâmicas entre saberes de diversas ordens explicativas acerca de saúde, enfermidade, cuidado e morte. As relações de poder também se constituem na linguagem dos embates e esquivos entre estas ordens. Ao que tange tais relações, as hierarquias e desigualdades de poder se revelam, explicitando-se nos campos de forças e conflitos de poder.

para se conduzir bem, para praticar adequadamente a liberdade. No entanto, quando os indivíduos sobre os quais as regras se colocam, não possuem espaço para ação, quando não podem praticar a liberdade, há então relações de dominação, de violência – onde o poder não é mais exercido diante de relações, onde são anuladas as possibilidades de ação dos indivíduos (FOUCAULT, 2004).

2. Metodologia

Este capítulo destina-se à descrição do percurso prático da pesquisa, os métodos e técnicas empregados, as escolhas metodológicas feitas durante o processo e explicita algumas reflexões acerca dos aspectos éticos que envolveram a realização deste trabalho.

A pesquisa foi realizada a partir de uma etnografia, com observações participantes, entrevistas semi-estruturadas, conversas informais, etc. A proposta inicial da investigação emergiu a partir da pesquisa feita no mestrado sobre a atenção à saúde das mulheres em um bairro popular de Salvador, onde foi observado que os profissionais da unidade de saúde local davam centralidade ao processo reprodutivo, sobretudo ao processo de gestação-parto-puerpério – quando se tratava de ações para a atenção integral à saúde das mulheres (REZENDE, 2011). Estas observações estavam de acordo com reflexões feitas sobre a atenção à saúde das mulheres em outras regiões do Brasil (SCHRAIBER, 2005; COSTA, 2009; VILELLA & MONTEIRO, 2005; BUSTAMANTE, 2009).

Tal constatação provocou várias inquietações: Afinal, porque tanta importância é atribuída à maternidade nas práticas dos serviços de saúde para com a saúde das mulheres? Em que sentido a ênfase, entre gestores e planejadores, ou até entre profissionais que atuam na própria Atenção Básica, está em sintonia com – ou se opõe – às preocupações e necessidades das usuárias? Especificamente, como a própria maternidade é vivida, pensada e praticada nas populações que são servidas? Como a constituição de conceitos e práticas sobre os processos biológicos associados à maternidade são resultados de um imbricamento de saberes oriundos ou não da ordem biomédica?

Desde então foram explorados assuntos correlatos ao processo reprodutivo centrado na gravidez, parto e puerpério. E este se tornou o assunto do projeto de doutoramento, cujo resultado concretiza-se nesta tese. Ao longo dos quatro anos de estudo, as abordagens foram refinadas, linhas teóricas e conceitualizações em torno do objeto central da pesquisa, o processo reprodutivo. Tendo compreendido a necessidade de se olhar para a reprodução de modo ampliado, seria necessário então investigar de que maneira a reprodução se constitui enquanto um processo biossocial, em relacionalidade, informando ainda sobre a organização social de determinado contexto e sobre relações de poder que estão intrínsecas a este processo – de modo que seja possível refletir sobre as relações entre população usuária e os serviços de saúde e ainda esclarecer ou suscitar outros questionamentos relevantes da vida social.

No Brasil, foram encontrados poucos estudos antropológicos ou no campo da saúde

coletiva, com um olhar ampliado sobre o processo reprodutivo, conduzidos em áreas rurais e não indígenas. Apesar de existirem muitos estudos que articulam questões de gênero e ruralidade, não foram identificados ainda trabalhos que abordem o processo reprodutivo, tal qual proposto aqui. A maternidade, quando é tratada, aparece como um tema coadjuvante ou através de estudos sobre parteiras. O processo reprodutivo centrado no *continuum* gestação-parto-puerpério, sob perspectiva antropológica e relacional, com foco nas trajetórias e pontos de vista das mulheres que vivenciavam o processo, bem como de suas redes de relacionamentos, não foi objeto dos estudos encontrados. Assim, desloquei o interesse da pesquisa para uma área rural, a fim de preencher a lacuna observada.

À procura de um objeto empírico, a ideia de realizar uma pesquisa em área rural foi motivadora. Não obstante, seria possível discutir ainda de que modo estaria presente o sistema formal de saúde na oferta de cuidado e atenção à saúde das mulheres em uma área rural, qual seria a tônica dada a esta atenção, e como se revelaria a abrangência da biomedicina no modo como as pessoas locais constituíam o processo reprodutivo. Deste modo, apesar de abranger o mesmo tema central, o processo de elaboração da pesquisa foi sendo aprimorado e iniciou-se a busca por um *locus* para o trabalho de campo. Foram feitos contatos com pesquisadores que tinham proximidade com moradores de diferentes regiões do Estado da Bahia. Riachão foi escolhido para a realização deste estudo, através da mediação de uma pesquisadora e amiga, que já conhecia o local, o qual era referido por ela como uma “comunidade tradicional pesqueira”¹⁵. A boa recepção e hospitalidade dos moradores, além do tamanho relativamente pequeno da vila foram os principais fatores considerados para dar continuidade à pesquisa naquela localidade.

A orientação da análise foi construída ao longo do processo de desenvolvimento da tese. Para tanto foi preciso uma análise prévia da literatura, para situar o argumento aqui sustentado, dentro das produções sobre a reprodução. Ao definir a base teórica diante dos trabalhos produzidos, foi necessário testá-la na análise dos dados, e nesta, sofisticar a abordagem pretendida, utilizando-se de novos conteúdos teóricos, que auxiliaram nas discussões dos diversos temas levantados acerca da relacionalidade, consideração, biopolítica, desigualdade social, violência estrutural e a própria abordagem interseccional, que entrelaça classe, raça e gênero – já explicitados no capítulo anterior.

15 Modo pelo qual Riachão é referenciado em monografias, dissertações, relatórios e laudos ambientais sobre a área (FISCHER, *et.al.* (Org), 2007; SANTOS, *et.al.*, 2009; ESTEVES, 2007; FRANCO, 2002; ICÓ, 2007; MENDES, 2002; PETROBRÁS, Relatório RIMA – Consórcio Manati, 2003; entre outros).

2.1. A pesquisa e seu desenvolvimento prático

A população do estudo abrange pessoas e entidades envolvidas nas redes relacionais das mulheres grávidas ou recém-paridas cujas trajetórias de gravidez-parto-puerpério foram o objeto principal nesta pesquisa. O ponto de partida da etnografia foi a vida cotidiana destas mulheres e suas famílias. Em um primeiro momento, ampliou-se o olhar para mapear os ambientes em que procuravam assistência do Estado (posto de saúde, secretaria municipal de saúde, escolas, hospital-maternidade de Valiosa), além das organizações comunitárias locais, como a associação de marisqueiras e pescadores, igrejas, creche e espaços de trabalho e lazer etc. Em seguida, a busca pelas mulheres que estivessem vivenciando o processo reprodutivo. Algumas conversas para compreender os modos de vida locais e as dinâmicas cotidianas na vila – relação com o tempo e com o trabalho. Tudo foi registrado em notas de campo. O período de permanência em campo foi oito meses, no ano de 2013 (de janeiro a setembro), além de visitas pré e pós trabalho de campo, desde novembro de 2011 até dezembro de 2014.

Ao conhecer as mulheres, o convite a participar da pesquisa e explicação do que se tratava e para quê seria realizada a investigação. Uma vez tendo aceitado o convite, passava a visitá-las regularmente, geralmente em suas casas (dentro ou fora), mas também em espaços onde estariam trabalhando – o que às vezes era o mesmo, já que muitas marisqueiras catavam mariscos à frente de suas casas. Enquanto conhecia melhor as mulheres foi possível mapear as pessoas mais próximas, aquelas envolvidas diretamente no seu processo reprodutivo – como seus parceiros – e aquelas que seriam suas agentes de cuidado¹⁶ na gestação e, sobretudo, no puerpério – geralmente suas mães, porém nem sempre. Depois de algumas visitas, marcava entrevistas, com as mulheres e com pessoas mais próximas. As entrevistas eram continuadas, pois nem todas já teriam passado pelo parto ou pelo puerpério. Por tratar-se de um fenômeno em movimento, cada mulher que aceitava participar da pesquisa, estava em um estágio diferente deste processo. Conforme o estado grávidico-puerperal das mulheres mudava, quando possível, realizava uma nova entrevista ou conversa. As pessoas mais próximas destas mulheres, geralmente outras mulheres, também se tornaram informantes chave, explicando como deveriam ter um ou outro cuidado com as “*paridas*” ou com os bebês. Todas as pessoas

16 Com vistas à sistematização dos dados, na tentativa de reconstituir os percursos destas mulheres na busca e acesso aos cuidados durante a vivência da gestação-parto-puerpério, classifiquei as principais figuras responsáveis pelo cuidado e apoio das mulheres gestantes, parturientes e puérperas, como agentes de cuidado.

referidas neste trabalho tiveram seus nomes mantidos em sigilo. Os nomes colocados nesta tese são todos fictícios. O mesmo vale para os nomes da vila, dos municípios referenciados e da instituição de saúde onde se realizam os partos.

Ao que tange os aspectos metodológicos e o desenvolvimento prático da pesquisa, vale colocar um parêntese aqui, a título de esclarecimento ao leitor, sobre a condição da pesquisa nas relações travadas entre pesquisadora e moradores do Riachão, que de uma forma ou de outra, acabam por definir e influenciar as interações vivenciadas, além de fornecer subsídios para problematizar a qualidade dos dados produzidos nestas. Na pretensão que empreender a pesquisa etnográfica, saí de Salvador à Riachão, onde causei um visível estranhamento. Reação pouco surpreendente, dadas as características sociais que me diferenciam daquele povo e demarcam limites de nossa interação, ao mesmo tempo em que provocava uma curiosidade que, de modo contrário, promovia a aproximação mútua. Mulher de trinta anos, branca, estudante e paulista – eram as características que me definiam naquele espaço. As pessoas reconheciam com facilidade minha identidade “estrangeira”, tanto pela cor da pele e dos olhos, como – e sobretudo – pelo acento tão característico da fala. O fato de ser de outro Estado do país foi, durante todo o tempo em campo, uma dos principais aspectos manejados em nossas interações, de ambos os lados, fosse para explicar expressões e hábitos, fosse para compreender nossas diferenças em modos de vida. Ao chegar em campo, fui hospedada por Nádia, uma mulher negra de 35 anos, solteira, que morava com um de seus oito irmãos, na casa herdada de seus pais, onde morava toda a família antigamente. Permaneci em sua casa por todo o período de trabalho, fato que me possibilitou contato mais aproximado com as pessoas da rede social de Nádia, e por conseqüência, ampliou minhas possibilidades de interação e aprendizado.

Temporalmente, de janeiro a abril¹⁷, fiz uma primeira aproximação com as mulheres que vivenciavam a gestação, ou tinham parido recentemente. Neste ínterim conheci doze mulheres, das quais onze aceitaram participar. De abril a setembro, sete mulheres foram incluídas nestas mesmas condições. Neste período, as entrevistas foram realizadas e as visitas tornaram-se mais frequentes. No final, restaram como participantes da pesquisa dezoito mulheres, sendo que uma delas com raras participações – pois mora em Salvador (ver Anexo – Quadro 1). Foram entrevistadas treze mulheres com o uso do gravador. Quatro mulheres foram entrevistadas sem gravador. Além das mulheres participantes, também foram

17 Quando o CEP-ISC emitiu seu parecer aprovando a realização da pesquisa. Só então as mulheres passaram a ser entrevistadas e as visitas se tornaram mais regulares.

entrevistadas quatro agentes de cuidado das mulheres, três entrevistas foram gravadas e uma não, além de conversas informais com outras quatro. Destas oito agentes duas não eram a mãe da mulher participante: uma ajudante contratada, que ao fim da pesquisa engravidou e tornou-se também participante, Daniela, e uma vizinha de outra participante. Os parceiros das mulheres também foram procurados para uma entrevista, porém poucos se sentiram à vontade para fazê-lo. Assim, três homens realizaram a entrevista, um deles sem gravador. Um outro parceiro fez seu depoimento espontaneamente ao saber da pesquisa em curso e não foi gravado. O uso do gravador dependia da anuência das pessoas entrevistadas. Três homens – que não eram parceiros das que participavam da pesquisa – conversaram comigo informalmente e me responderam algumas perguntas. Outras pessoas da vila também se disponibilizaram para serem entrevistadas: o presidente da associação de marisqueiras e pescadores de Riachão e a profissional técnica em enfermagem do posto de saúde local. Todas as entrevistas gravadas foram transcritas.

Com relação ao sistema formal de saúde, conheci todas as pessoas (locais) que trabalhavam no Programa Saúde da Família (PSF), por diversas formas. Algumas destas pessoas se tornaram companheiras e amigas. Outras pessoas eu conheci por conta do trabalho no posto de saúde. Joilda, a técnica em enfermagem, com quem realizei uma entrevista, tem o status de enfermeira na vila e demonstrou ser a principal figura local que representa o serviço de saúde, entre os nativos. É a profissional mais velha de Riachão no posto de saúde e, por muitos anos, era a única responsável pela unidade. Além desta profissional, tive algumas conversas informais com a recém gerente do posto de saúde – que assumiu a gerência da unidade em maio de 2013 – e as outras pessoas que trabalhavam no local. Tive uma conversa breve com a enfermeira da equipe do PSF, que ia uma vez por semana ao posto de Riachão. Dado que esta profissional estava sempre muito atarefada, foi difícil estabelecer outras possíveis conversas ou mesmo realizar uma entrevista formal. A conversa que tivemos foi em seu consultório. Enquanto preenchia formulários ela respondeu algumas poucas perguntas. O posto de saúde local era visitado com frequência. Além deste, fiz uma visita breve à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para acompanhar a então recém gerente do posto de saúde de Riachão (desde maio de 2013), onde aproveitei para ter uma rápida conversa com uma agente administrativa sobre a organização do SUS local. Também fui até o hospital/maternidade de Valiosa, onde as mulheres de Riachão dão à luz seus filhos. Esta visita foi realizada em dois dias. No primeiro, pude entrar em contato com o então provedor do hospital e alguns administradores da instituição. No segundo, fui conhecer o hospital em visita guiada com uma

enfermeira, que me permitiu que passar algumas horas observando a sala de preparação para o parto. Com os administradores do hospital, ao explicar a pesquisa, foi colocada a possibilidade de acompanhar alguma mulher que entrasse em trabalho de parto desde o Riachão até que seu filho nascesse. Os trabalhadores não foram contra, porém tampouco garantiram minha entrada. De todo modo, preparei uma carta com as assinaturas minha e de minha orientadora e aguardei que houvesse a possibilidade de acompanhar uma das mulheres participantes que ainda era gestante e que aceitou minha presença ao seu lado. Porém, não foi possível acompanhá-la, uma vez que seu parto aconteceu algumas semanas depois de meu retorno.

Assim, a tese foi escrita a partir de dois tipos de dados produzidos. Na maior parte trata-se de observações etnográficas e conjugam anotações, falas, práticas e entrevistas, porém sobre os partos toda discussão foi feita com base nos relatos das mulheres que haviam parido antes que acabasse o período do trabalho de campo. Das mulheres que aceitaram participar da pesquisa Rosa, Ângela, Dália e Eduarda tiveram seus filhos no período de dezembro de 2012 a janeiro de 2013. Caroline, Thalia e Flávia em fevereiro de 2013. Isabela e Jussara em março do mesmo ano. Maria Helena em abril. Bárbara, no fim de julho e Lílian em outubro de 2013, pouco tempo após meu retorno a Salvador. Iara, Daniela, Naiara, Bianca, Nina e Flaviane tiveram seus filhos meses depois de meu retorno. Considerando que estive imersa no trabalho de campo, até fim de setembro de 2013, não pude acompanhar de perto todo o processo vivenciado por estas últimas seis mulheres. Mesmo assim, todas elas tiveram ricas contribuições para este estudo. Vale mencionar ainda que, durante suas gestações, não as acompanhei em consultas, procedimentos e exames.

Das dezoito mulheres, apenas Eduarda, Bárbara e Rosa tiveram seus filhos solteiras. Todas as outras se consideravam casadas. Bárbara, Isabela, Jussara e Eduarda tinham menos de dezoito anos ao engravidar, sendo que Bárbara engravidou com quinze anos e Isabela, Jussara e Eduarda com dezessete. Thalia e Iara, já tinham completado os dezoito anos. Sete mulheres engravidaram entre os 24 e 27 anos: Daniela (24), Dália, Flávia e Nina (25), Flaviane e Lílian (26) e Maria Helena (27). A partir dos trinta anos foram Naiara e Caroline (30), Rosa (31) Bianca (34) e Ângela (36).

Sete mulheres eram primíparas ao engravidar: Rosa, Caroline, Bárbara, Isabela, Jussara, Eduarda e Thalia. Seis mulheres já tinham um filho, como Flávia, Maria Helena, Daniela, Iara, Bianca e Flaviane. Dália e Lílian tinham dois filhos. Naiara e Nina tinham três filhos e Ângela, quatro. Ao serem perguntadas sobre suas autodefinições em termos de

raça/cor, a maioria se declarou negra. Caroline, Flávia, Maria Helena, Naiara, Flaviane e Eduarda se declararam pardas. Apenas Iara se considera branca.

Com relação à escolaridade, apenas três mulheres se referiram ao Ensino Superior, duas completaram a graduação, Maria Helena e Dália, enquanto outra ainda cursava, Rosa. Quatro mulheres cursavam o Ensino Médio quando engravidaram, como Bárbara, Isabela, Jussara e Eduarda. Outras sete concluíram o Ensino Médio: Caroline, Flávia, Thalia, Daniela, Naiara, Nina e Flaviane. Quatro mulheres interromperam seus estudos no Ensino Fundamental: Ângela, Iara e Bianca e Lílian (ver Anexo – Quadro 1).

Metade das mulheres eram marisqueiras: Ângela, Jussara, Eduarda, Lílian, Thalia, Iara, Naiara, Bianca e Nina. Já Caroline, Flávia e Flaviane eram “*donas de casa*”, pois não possuíam outra ocupação. Rosa ajudava sua mãe na venda. Daniela era ajudante de Maria Helena, que por sua vez, era a diretora do colégio. Dália era professora da creche. Bárbara e Isabela eram estudantes. Como fonte de renda própria, sete mulheres declararam receber o Bolsa Família ao engravidar: Ângela, Lílian, Iara, Daniela, Naiara, Bianca e Nina. Destas, apenas Daniela não tinha como renda própria, além do Bolsa Família, o marisco, pois tinha outro trabalho. Todas as outras também tinham o marisco como outra fonte de renda. Jussara, Eduarda e Thalia, não recebiam bolsa família quando engravidaram, e possuíam como fonte de renda própria somente o valor alcançado com a mariscagem. Outras cinco, Rosa, Caroline, Bárbara, Isabela, Flaviane, declararam não possuir fonte de renda própria. Dália e Maria Helena, que eram funcionárias da prefeitura, declararam sua própria fonte de renda, advinda do trabalho que exercem. Flávia, por sua vez, vende produtos de beleza e doces, de onde tira sua renda própria.

Muitas conversas informais completaram os dados, e deram substancial corpo e qualidade ao volume de informações obtidas. Sobre a gestação, o processo de transformações que viviam, a descoberta da gravidez, expectativas sobre o parto, sobre a vida e a maternidade, além dos conhecimentos acerca do processo de fazer um filho e dos cuidados no pós-parto, cada uma das mulheres compôs uma peça chave na compreensão e análise dos dados. Sobre o parto em si, não pude contar com os relatos detalhados daquelas que passaram por este evento depois de minha partida. Maria Helena, por ter passado pela experiência duas vezes seguidas com pouco intervalo entre ambas, relatou seus dois partos. Deste modo no total, são doze relatos, sendo que dois são da mesma pessoa. Mesmo sem os relatos detalhados de todas as mulheres sobre seus partos, pude preencher dados mais gerais sobre o tipo de parto que tiveram, nas visitas feitas após o tempo de imersão em campo. Deste modo,

os números de partos cesáreos e partos normais estão completos.

É preciso sinalizar aqui que, em oito meses de convívio cotidiano com as pessoas moradoras de Riachão e depois de inúmeras visitas às mulheres participantes da pesquisa, estreitei laços com diversas pessoas, que acabaram se tornando minhas amigas. Assim, muitos dados obtidos também se originaram de inúmeras conversas desprentensiosas do dia-a-dia, do próprio convívio, de falas espontâneas e incontáveis diálogos presenciados nas casas das pessoas, nas ruas, nas varandas que freqüentei e nos espaços de trabalho coletivo como os catadores de piaçava¹⁸. Os espaços em que transitei – exceto os bares – eram de presença essencialmente feminina. Tive pouca proximidade com os homens do Riachão.

A realização de entrevistas formais, gravadas, não foi um recurso bem aceito pelas pessoas da vila. Assim, muitas das entrevistas foram feitas mais informalmente, sem gravadores e em ambientes públicos. Todos os recursos utilizados foram previamente acordados com as pessoas com quem interagiu. Tivemos tempo suficiente para travar relações de confiança e respeito mútuo, o que nos permitiu uma interação bastante produtiva. A maior parte dos dados foi produzida, portanto, a partir das interações informais. As conversas registradas eram originárias destes diálogos múltiplos nos diferentes espaços de interação por onde transitei.

Algumas outras pessoas que não eram familiares das mulheres participantes da pesquisa também se tornaram informantes-chave. As dúvidas sobre alguma expressão era perguntada a elas. Também eram elas que ouviam as conclusões, concordando ou discordando, muitas vezes complementando informações, explicando os modos de vida, os hábitos e costumes que eu não compreendia ou discordava. Vale mencionar ainda que não dividi informações sigilosas que eventualmente alguma participante me confiava. As conversas e discussões travadas referiam-se sempre a algum assunto de domínio público, ou a expressões e hábitos populares.

2.2. Sobre os aspectos éticos e a experiência da etnografia

Na realização desta pesquisa, a qualidade da interação com a população de Riachão foi fundamental. A imersão em campo e o modo como as informações foram captadas são

18 O Catador é uma espécie de barraco feito artesanalmente de pau e palha, onde as mulheres se reúnem e catam a piaçava. Tinham dois catadores, um em cada canto da vila. Assim, as mulheres se dividiam entre os catadores e lá passavam dias inteiros catando a piaçava e conversando.

resultados desta interação, de modo que criamos e preservamos relações de confiança e consideração. Para tanto, negociações eram feitas permanentemente e subsidiadas por um elemento essencialmente subjetivo e pessoal – nosso bom senso. Relações construídas e mediadas, portanto, por afetos e respeito. Deste modo, torna-se necessário aqui o devido destaque às questões éticas que são diferentes de pesquisas cujas referências de técnicas e campo científico são de ordem biomédica (DINIZ & GUERREIRO, 2008).

Além das relações de confiança e solidariedade estabelecidas e fortalecidas ao longo da pesquisa, a subjetividade e a reciprocidade foram elementos sempre presentes. Era preciso lidar com decisões imediatas, com imprevistos. O planejamento pré-estabelecido de trabalho de campo foi sendo reformulado diante das dinâmicas vividas no cotidiano da vila, diante dos imponderáveis da vida em movimento. Negociações que exigiam alto grau de respeito para com o outro, já que foi a partir da vivência com o outro que, como alguém “estranho”, foi possível tentar “compreendê-lo”. Compartilhar a vida social e cotidiana exigia o permanente exercício de auto-reflexividade, autocrítica e autocontrole, de sorte que fosse possível compreender, ainda que parcialmente, aquela realidade e vivê-la, com todas as emoções e sentidos implicados.

“Qual seria, no entanto, o limite da inserção neste cotidiano?” “Teria de haver um limite?” “Como estabelecer uma relação que é, ao mesmo tempo, da pesquisadora com a população (ou seja, uma relação mais “impessoal”, mediada pela tarefa da investigação) e da pessoa com a população (cujos afetos e emoções são acionados)?” “Qual a melhor maneira de garantir o respeito para com estas pessoas?” Questões desta natureza permaneceram durante todo o trabalho de campo. Tais dilemas Diniz & Guerreiro (2008) também enunciaram como próprios destes tipos de pesquisa, ainda persistentes na condução dos trabalhos de campo, cujas soluções são relativas aos processos de negociação permanentes dessa ambigüidade do lugar que o pesquisador ocupa em campo (DINIZ & GUERREIRO, 2008). A solução mais ética encontrada foi o uso da sinceridade quanto aos métodos e da reciprocidade num amplo sentido. Se participava da vida daquelas pessoas, também permiti que participassem da minha vida. Deste modo não encontrei apenas informantes-chaves, como amigos. Em artigo sobre a prática e experiência etnográfica, Magnani (2009) coloca que:

[...] a etnografia é uma forma especial de operar em que o pesquisador entra em contato com o universo dos pesquisados e compartilha seu horizonte, não para permanecer lá ou mesmo para atestar a lógica de sua visão de mundo, mas para, seguindo-os até onde seja possível, numa verdadeira relação de troca, comparar suas próprias teorias com as deles e

assim tentar sair com um modelo novo de entendimento ou, ao menos, com uma pista nova, não prevista anteriormente (MAGNANI, 2009: 135).

Significa dizer que tivemos uma verdadeira relação de troca. Durante o trabalho de campo, extrapolamos em nossos atos as fronteiras da racionalidade e metodologia. A aproximação que tivemos ultrapassou o trabalho científico, e alcançou a dimensão pessoal de nossas vidas: meus pais e amigos também foram muito bem recebidos pelas pessoas na ilha, em visita – durante este processo de trabalho. Reciprocidade dizia respeito a se deixar conhecer pelos outros, bem como estas pessoas falavam de si – na medida em que era questionada. Igualmente, trocamos agrados. Assim, foi possível vivenciar aquela realidade integralmente, dando vazão às comunicações não verbais, não intencionais, involuntárias, que costumamos ter em nossos cotidianos (FAVRET-SAADA, 2005: 161).

Além de todo e qualquer esclarecimento feito diante de solicitações, também foi tomado cuidado para não constranger as pessoas com quem interagiu. Deste modo, sempre foi pedida autorização para a participação na pesquisa, anuência sobre anotar as conversas em uma caderneta, sobre o uso do gravador em entrevistas, esclarecendo que as informações seriam usadas apenas para a pesquisa e compreensão do assunto, preservando o anonimato e os referenciais da bioética, tais quais: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013 – Resolução nº 466 de 12/2012). As pessoas foram deixadas à vontade para decidirem quando, onde e como eram nossas interações. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram colocados verbalmente e quando em entrevistas, foram gravados.

Levando em conta que as observações se deram, sobretudo, nos ambientes domiciliares e em suas dinâmicas, procurou-se o cuidado com a confidencialidade e sigilo daquilo observado, ouvido e remarcado. As pessoas foram devidamente informadas que estes dados não seriam expostos às outras pessoas naquela localidade. O contato permanente com conversas, fofocas, histórias pessoais e confidências que poderiam prejudicar as pessoas envolvidas, caso se tornasse público, requereu o intenso cuidado em não propagar informações. Confidências e segredos muito delicados, não foram sequer registrados.

O caráter deste trabalho, além de bastante específico, tornou-se – nesta experiência – algo muito especial, justamente pelo constante exercício de auto reflexão imposto. O contato intermitente, feito com outro universo de esquemas conceituais, e a relação de troca que se estabeleceu, exigiram repensar cotidianamente meus próprios conceitos, verdades, hábitos,

comportamentos e, igualmente, todo o conjunto de objetivos e respostas buscadas na investigação.

A experiência da etnografia não se encerra, contudo, na experiência de campo, mas se estende ao ato de escrevê-la. E o caráter ético se mantém, na medida das palavras, no respeito com processo comparativo e analítico, na intencionalidade e finalidade do produto final. Por isso, ao fim do trabalho, busca-se refletir acerca de possíveis recomendações, no sentido de transformar algum resultado em benefícios reais e concretos para a população estudada (BRASIL, 2013. Resolução nº466 de 12/2012). Outro aspecto a se destacar foi o esforço em manter o anonimato destas pessoas, conforme havia me comprometido ao longo da pesquisa. Desta forma, tratei de modificar não apenas o nome do povoado, mas também do município e outras localidades próximas, pois se tratam de locais pequenos em uma região específica e manter os nomes originais facilitaria o processo de identificação deste povo. O processo de escrita exigiu ainda a capacidade de escrever os termos e concepções nativas, nos termos da linguagem científica, de algum modo que seja possível entrever e (supostamente) compreender os seus esquemas conceituais e visão de mundo. Assim, o trabalho de campo, o processo de compreensão dos dados e sua escrita final se vinculam com as escolhas teóricas, para conformar a etnografia, reforçando a noção de que se trata de um produto de quem esteve *lá* (GEERTZ, 2002). Trata-se ainda de uma tentativa de conceder às teorias nativas seu próprio valor epistemológico.

Espero, no que segue, conduzir o leitor pelo universo vivenciado e verter em nossos esquemas conceituais, de modo respeitoso e ético, o mundo conceitual que fora partilhado, na relação que estabelecemos, mesmo consciente de que se trata, antes de tudo, de uma realidade forjada nesta relação e portanto, não reivindica assim o posto de verdade única. O conteúdo desta etnografia, por conseguinte, é a tentativa de organizar e compor uma teoria nativa a partir deste universo vivido e experimentado em todos os seus fragmentos.

3. A Vila de Riachão: Geografia, População, Economia e Organização Social

Neste capítulo concentram-se as descrições do contexto local em termos geográficos, demográficos e sociais. Em primeiro lugar, empreende-se uma discussão sobre o caráter “rural” deste povoado em vias de “urbanização”, problematizando os sentidos e repercussões das classificações, sob as quais Riachão se encontra: “comunidade rural”, “povoação tradicional”, “comunidade tradicional”. Depois, será apresentada a região em que Riachão está localizada, através de um percurso de aproximações: Região do Baixo-Sul – Visconde – Riachão, de modo que seja possível compreender a vila, inserida em seu contexto mais amplo. Em seguida, tratar-se-á de aspectos das relações sociais locais, para o entendimento do modo como as pessoas se organizam localmente, quais as relações estabelecidas entre si e como se dão as práticas cotidianas neste contexto. Estas descrições servirão como primeiras sinalizações analíticas, na medida que expõem os processos de transformações pelos quais a vila passa atualmente. Procura-se conduzir o leitor a refletir acerca de uma problemática que subjaz diversas colocações nesta tese: definições costumeiras que estabelecem pares de oposição como rural/urbano, tradicional/moderno, atrasado/avançado e seus desdobramentos em termos de juízos de valor e intervenções externas aos quais esta população pode ser subjugada.

Riachão está situada em uma Ilha que faz parte da Área de Proteção Ambiental (APA) que abrange o Baixo-Sul da Bahia. Os habitantes da vila são predominantemente de baixa renda e negros. Riachão fora reconhecida como comunidade remanescente de quilombola pelo governo em 1999 (SANTOS *et. al.*, 2009). Distrito da cidade de Visconde, Riachão está localizada em uma das ilhas do arquipélago. Nesta mesma ilha, porém a distâncias impercorríveis a pé, também se localizam outros dois povoados, Gaiivota e Monte de Santa Madalena, o mais famoso da região, polo de turismo internacional. Estes povoados são bem próximos entre si, sendo apenas Riachão localizado do outro lado da ilha, em uma área mais afastada. Riachão não é destino de turistas porque não tem praia. A vila foi construída à beira da maré – água de rio e mar – e do mangue.

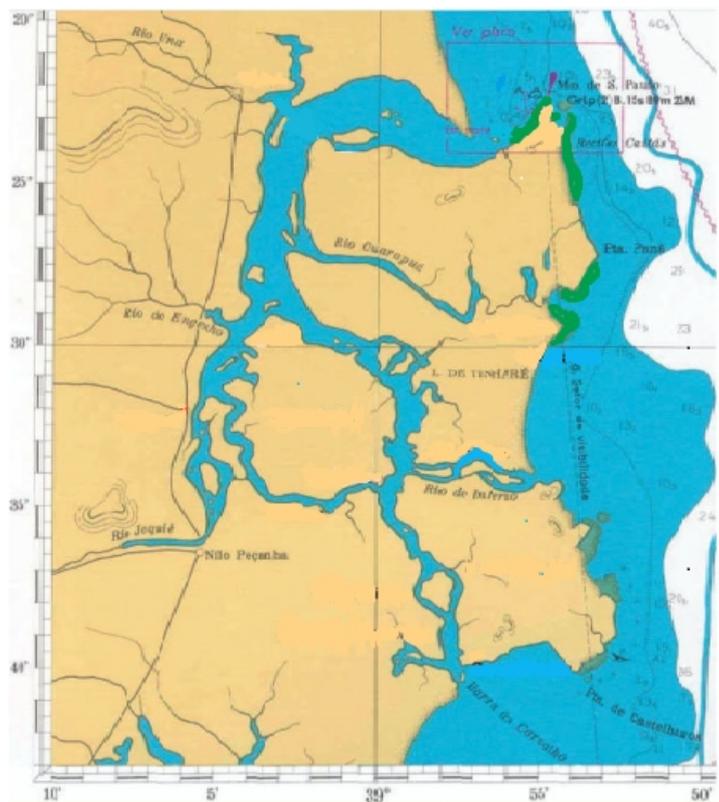


Figura 1. Mapa do arquipélago onde se localiza Riachão.

Obs. Não está especificado o local de Riachão, para preservar o anonimato.

Fonte: Manati, PIPP, 2009.

Embora existam trabalhos que o refiram como uma comunidade rural e tradicional, consideramos que ao descrever Riachão deste modo, corremos o risco de obscurecer as estruturas e processos socioeconômicos atuais. Por um lado, segundo Santos *et. al.* (2009), Riachão tem a pesca e mariscagem artesanal como sua produção econômica prevaiente¹⁹ e apresenta características de uma “comunidade tradicional”. Conforme os critérios detalhados por Diegues (2001), ‘comunidades tradicionais’ possuem características dentre as quais, as relações fortalecidas de parentesco e compadrio, além do uso e manejo de recursos naturais dos quais a extração é, provavelmente, a principal fonte econômica²⁰.

19 O relatório do Programa Integrado de Projetos Produtivos de Desenvolvimento Socioambiental com Comunidades da Área de Influência Direta e Indireta do Projeto Manati – PIPP – de 2009 da PETROBRÁS, também aponta esta característica de Riachão.

20 O uso da noção de ‘populações tradicionais’ no Brasil data dos anos 80, para reconhecer os direitos das populações locais permanecerem em seus territórios originais, enquanto Unidades de Conservação (UC), com as preocupações ecológicas crescentes. Com o fortalecimento do movimento ambientalista, crescem as discussões acerca destas populações que são agentes potenciais na conservação ambiental devido ao uso harmônico e conhecimento profundo dos recursos naturais. No direito, na geografia, antropologia e sociologia brasileiras, esta noção é usada para designar certos tipos de organizações sociais, associados às tradições culturais não-hegemônicas, aliando questões de território, identidade, produção econômica e seus conflitos no mundo contemporâneo (DIEGUES, 2001; VIANNA, 2008).

Por outro lado, qualquer visita de poucos dias leva à constatação que Riachão está em vias de crescimento e dificilmente pode ser considerado como estritamente ‘tradicional’ ou ‘rural’. Os moradores contam que, desde 2009 a vila sofre uma série de mudanças, como incrementos na infraestrutura. É considerada por seus moradores como uma “extensão” de Valiosa, a cidade mais próxima (vinte minutos de lancha rápida e quarenta minutos de barco de linha) que também é o centro comercial da região e local da maternidade onde ocorrem os partos das mulheres de Riachão. Em uma conversa com três moradoras de Riachão, todas comparavam a vila com outras vilas de Visconde orgulhosas de que em Riachão se vivia bem porque tinha mais estrutura. Assim, podemos dizer que Riachão é uma área em parte ‘rural’, em parte ‘urbana’, que escapa do conjunto de características associadas aos dois polos da dicotomia ‘tradição - modernidade’. Aproximando-se, assim, das características do local da pesquisa empreendida por Van Hollen (2003) no sul da Índia.



Foto 1. Principal rua de acesso à Orla. Tirada em junho de 2012



Foto 2. Creche Escola Rural (à dir.) e Posto de Saúde de Riachão (ao fundo). Tirada em junho de 2012



Foto 3. Um mercado de Riachão e residências em uma das principais ruas. Tirada em junho de 2012.
(obs.: a casa amarela, ao lado do mercado, foi onde eu morei)

Há um debate na geografia sobre a aplicabilidade dos termos “rural” e “tradicional” e o modo em que tentativas de definição norteiam ou limitam a caracterização de uma área. Riachão tem características específicas, sendo difícil classificá-lo com um ou outro termo. Segundo Abramovay (2000: 06), ainda que em muitos casos a agricultura ofereça o essencial das oportunidades de emprego e geração de renda em áreas rurais, é preferível não defini-las por seu caráter agrícola, já que se verifica, atualmente, o crescimento de ocupações rurais não agrícolas. Há crescente evidência de que os domicílios rurais (agrícolas e não-agrícolas) engajam-se em atividades econômicas múltiplas, mesmo nas regiões menos desenvolvidas. Veiga (2002) acrescenta ainda critérios de densidade populacional e localização para a definição do que seja “rural”. O rural, geralmente, apresenta um grau reduzido de população e menos influência antrópica em seu meio; já o urbano, tem uma maior concentração de pessoas com ambientes mais artificializados.

Contudo, para melhor caracterizar um território rural específico, não devemos reduzi-lo somente a questões demográficas, sendo mais justo considerá-lo dentro de um contexto histórico em que há inter-relações com o urbano e com o resto do território, além de relações estabelecidas internamente. Em alguns casos, argumenta-se que o rural deve ser entendido como um território criado pelas relações econômicas, sociais e políticas que a população estabelece com a terra (VEIGA, 2002)²¹.

No entanto, se considerarmos o contexto atual de desenvolvimento tecnológico inclusive em áreas agrícolas, ou o processo de globalização que facilita o acesso a uma infinidade de informações e conhecimentos, envolvendo uma crescente expansão – que, por sua vez, contribui para maior mobilidade (social e geográfica) das pessoas e proporciona um incremento de infraestruturas em regiões mais afastadas de centros urbanos – a definição do “rural” tornar-se-ia cada vez mais difusa.

Desse modo, ao focar uma comunidade que fora recentemente descrita como uma “comunidade pesqueira”, o faço atenta para o fato de que não se poderia caracterizá-la como

21 Segundo alguns autores a ênfase nas relações que se estabelecem com a terra como ponto principal na delimitação do rural permite uma maior compreensão de tal contexto (WANDERLEY, 2001; ABRAMOVAY, 2000; ALENTEJANO, 2000). Para estes, há de se considerar a terra como principal fator de estabelecimento dos tipos de relações econômicas, políticas e sociais da população do campo, ou seja, como seu elemento definidor. As dimensões simbólicas em que a relação com a terra é expressa forjam as relações sociais e um sentido de coletividade e cooperação, apesar de que se pode encontrar também realidades rurais com um enfraquecimento dos laços sociais, debilitando suas solidariedades coletivas devido à própria competitividade econômica colocada pelo mercado. O sentido de pertencimento ao local constrói referências identitárias que fazem com que seja possível estabelecer relações políticas a partir das lutas e reivindicações não só por terra, mas por condições econômicas, políticas e sociais mais dignas no campo, tanto para a população que já se encontra na terra, como para aquelas desterritorializadas que buscam sua reterritorialização.

essencialmente “rural”. Igualmente, o conceito de “tradicional” não serve. Na literatura das disciplinas de geografia, ecologia, biologia, e agronomia é *standard* usar esse adjetivo para qualificar comunidades ou povos em contextos semelhantes. A maioria dos trabalhos encontrados sobre a região do Baixo-Sul e, especialmente Riachão, que se referem ao local como uma “comunidade tradicional”, origina-se destas áreas de conhecimento. Segundo Diegues (2001: 66), as “comunidades tradicionais” se caracterizam pelas formas comunitárias de apropriação de espaços e recursos naturais, existentes em áreas relativamente isoladas. A forma comunal de apropriação dos espaços se opõe à propriedade privada individual (muito observada em regiões urbanas ou áreas de grande produção agropecuária), e propriedade pública (de áreas protegidas pelo Estado).

As comunidades tradicionais vivem, segundo o autor, da extração destes recursos naturais, sobretudo os renováveis – vegetal ou animal – ou da pequena agricultura itinerante. São demograficamente pouco densas e possuem vinculações mais ou menos limitadas com o mercado. Baseadas em um conjunto de regras e valores sociais que privilegiam a solidariedade intra-grupal, onde o parentesco, o compadrio e a ajuda mútua, assumem papel preponderante. O autor se refere às populações indígenas e não indígenas, tais como as populações caiçaras, os pantaneiros, os ribeirinhos, os beiradeiros, os pescadores artesanais e outras populações que se caracterizam deste modo.

A população de Riachão é beiradeira, e a maioria é pescador e marisqueira artesanais, e assim conformaria a essa classificação como ‘comunidade tradicional’. Todavia, de acordo com trabalho de Castro *et. al.* (2006), o uso do conceito de “populações tradicionais” ignora a dinâmica política interna das comunidades, bem como a sua historicidade. Os modos de vida estão em constantes mudanças e rearranjos por conta de vários aspectos, como geográficos, econômicos, políticos, regionais etc. Os autores colocam que,

Em termos políticos, joga ambas as "populações tradicionais" e "populações não-tradicionais" umas contra as outras. "Populações tradicionais" pode estar preso em um estilo de vida estático, sem espaço para a mudança em seu comportamento "tradicional" [...], ou ser responsabilizado pela incapacidade de alcançar a sustentabilidade, devido às suas práticas costumeiras. (CASTRO et.al. 2006: 25)²².

Sendo assim, não se pretende evocar aqui a ideia de uma comunidade estática, parada

22 In policy terms, it plays both “traditional populations” and “non-traditional populations” against each other. “Traditional populations” may be trapped in a static life style with no room for change in their “traditional” behavior [...], or be blamed for the inability to achieve sustainability due to their customary practices.

no tempo e no espaço, permeada por práticas isentas da influência dos processos de transformação – seja em tecnologia, em conhecimentos, informações ou modos de vida. Sua proximidade com Valiosa é notável neste aspecto. Além disso, os autores sugerem que os usos do termo tradicional contrastam com a ideia de moderno e carregam consigo distinções entre o que seria atraso ou escolhas irracionais nos processos de tomadas de decisão, com avanços e racionalidade, próprios do que seja “moderno”. Tais dicotomias (tradicional/moderno; atraso/avanço; irracional/racional) acabam por sustentar posturas de responsabilização destes povos por seu “atraso”, por sua “fragilidade” etc. Tais posturas resultam em práticas discriminatórias ou desrespeitosa por parte daqueles que supostamente representariam o “avanço”, o “moderno”, e ajudam na manutenção de hierarquias sociais. Tal reflexão é válida para pensarmos a respeito de Riachão, que não pode ser considerada uma povoação estática, pois os modos de vida de seus moradores também vão se transformando ao longo do tempo.

Buscando um modo mais adequado para contemplar as nuances do contexto local, me refiro à “vila” – que, segundo o dicionário de língua portuguesa “Silveira Bueno” (2000), significa povoação de categoria intermediária entre aldeia e cidade. Riachão tem um tamanho intermediário entre uma cidade e uma aldeia, tornando-se pertinente o uso deste termo ao referenciá-lo.

Visconde, o município ao qual Riachão pertence, abriga um arquipélago de 26 ilhas, localizado na região do Baixo-Sul da Bahia. Geograficamente a região do Baixo Sul está localizada entre a Baía de Todos os Santos e a Região Cacaueira. Tem composição vegetativa formada basicamente pela Mata Atlântica, atualmente com elevado nível de desmatamento. Também é composta pela restinga e por regiões cabruças (mata atlântica raleada sobre plantação de cacau e manguezais). A temperatura média anual varia entre 21° C e 25° C. A região apresenta elevados índices pluviométricos, com chuvas abundantes por todo o litoral, distribuídas durante o ano, sendo mais frequentes entre os meses de março e junho, e umidade relativa em torno de 80 – 90% (FISCHER et.al., 2007).

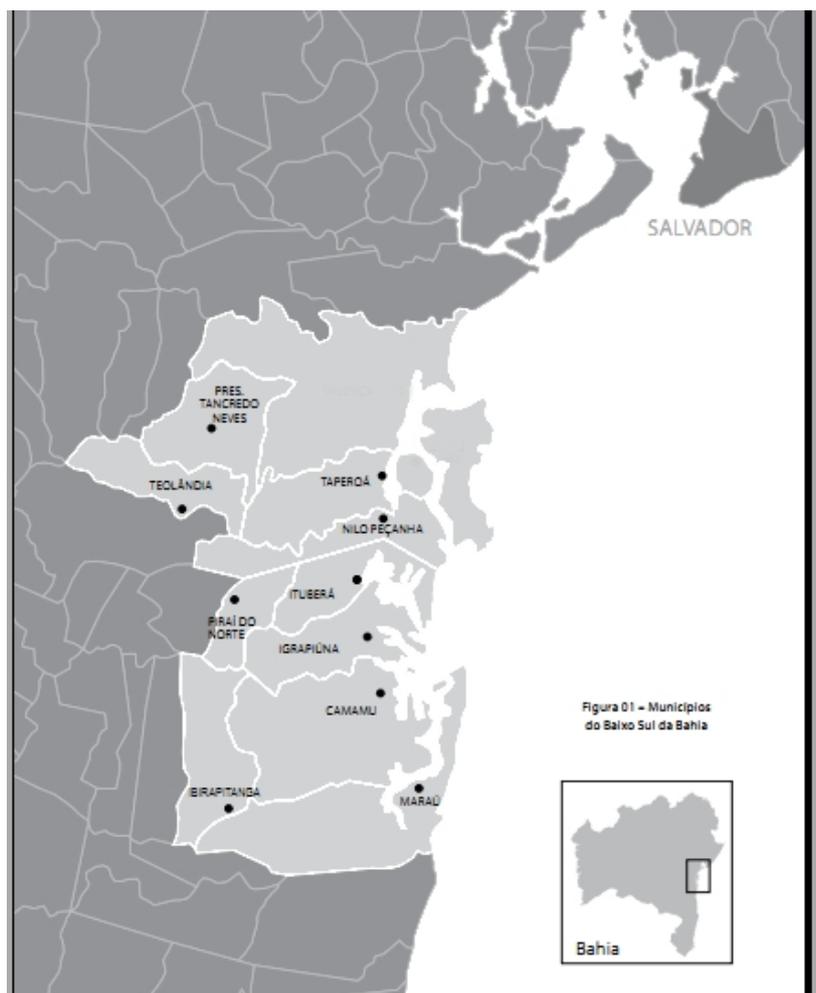


Figura 2. Mapa dos municípios do Baixo Sul – Editado.
 Fonte: FISCHER *et. al.*, 2007: 36.

Devido a sua elevada proporção de estuários e manguezais, a região caracteriza-se pela extrema fertilidade. De grande importância econômica para as comunidades costeiras, sua fauna conta com caranguejos, aratus, siris, ostras e lambretas, além de variados tipos de peixes e camarões, lagostas entre outros. Parte de seu território encontra-se protegido pela APA – Área de Proteção Ambiental, como Unidades de Conservação (UC).

A maior parte da população do Baixo-Sul vive na zona rural e na faixa litorânea (desde a foz do Rio Jaguaribe até foz do Rio de Contas). O território abrange 14 municípios, sendo eles: Aratuípe, Visconde, Camamu, Gandu, Igrapiúna, Ituberá, Jaguaripe, Nilo Peçanha, Piraí do Norte, Presidente Tancredo Neves, Taperoá, Teolândia, Valiosa e Wenceslau Guimarães. Segundo mesma publicação acima citada,

O território é habitado, em sua maioria, por comunidades tradicionais que estabelecem íntimas relações com a natureza e seus recursos como meio de reprodução cultural e econômica. Atualmente, parte dessas comunidades “luta”, nos termos locais, com produtos extraídos do mar/mangue, em resposta aos problemas decorrentes de conflitos agrários e distribuição irregular de terras enfrentados na extração de recursos da flora nativa. [...] os municípios litorâneos do Baixo Sul, também conhecidos como integrantes da Costa do Dendê [...] apresentam índices de condição de vida mais favoráveis do que outros municípios da região, por contarem com os recursos costeiros (Santos *et al.*, op. Cit.: 13).

Algumas vilas da região foram criadas ainda no século XVI, como destino de habitantes de localidades próximas que fugiam dos ataques indígenas. Mais tarde, tornaram-se também destinos de negros escravos que fugiam e formavam quilombos. Segundo Fischer *et al.* (2007), a cana-de-açúcar ocupou lugar privilegiado na economia local, prevalecendo até o final do século XVII, quando surgiram as primeiras povoações em decorrência da expansão dessa cultura. A partir desse momento, a região Sul tornou-se grande produtora de alimentos, como farinha de mandioca, milho e feijão, além de derivados da atividade pesqueira.

A região caracterizou-se como área pioneira no processo de ocupação, pois as principais vias de penetração para o interior tiveram como ponto de origem os municípios de Visconde e Valiosa. Após as atividades de extrativismo do pau-brasil e exploração da cana-de-açúcar, Valiosa se constituiu em um núcleo de desenvolvimento regional que viria a se fortalecer a partir da segunda metade do século XIX (FISCHER *et al.*, 2007: 36). Segundo Santos *et al.* (2009), desde 1852, o transporte na região contava com embarcações de grande capacidade. Internamente, o transporte era feito em lombo de burros e em barcos pequenos, através de rios e estradas de terra. Geralmente, a ligação entre as vilas e a capital se fazia por transporte misto, ou seja, parte por trem, ou estrada de rodagem, outra parte por mar. Em meados do século XX o comércio passou a ser transportado por terra, desativando a navegação de cabotagem, extinguindo a frota marítima de saveiros. Foi o início de um processo de decadência das cidades em formação e colapso nas formas de trabalho dos barqueiros, estivadores e capatazes e um crescente êxodo populacional (SANTOS *et al.*, 2009). Segundo Fischer *et al.* (2007) o desempenho econômico da região não era muito alto tendo em vista a falta de atividades produtivas que garantiam o nível de emprego. Deste fato decorria diretamente a evasão populacional. Mesmo com o turismo ascendente, tal atividade não garantia possibilidades de empregos estáveis – haja visto a característica “sazonal” com a

qual se trabalha na área do turismo. Os autores descrevem que o censo demográfico do IBGE de 2000 revela as faixas com maior representatividade em número de população segundo idade, para a região do Baixo-Sul, que eram as de 10/14 anos e 15/19 anos, ao passo que a faixa de 0/9 anos era menos significativa. A faixa dos 20/35 anos, justamente aquela no auge da idade economicamente ativa, apresentava também naquele momento (2000), um decréscimo acentuado, indicando que deve ter ocorrido uma significativa emigração de população em busca de melhores oportunidades de vida.

Visconde é um dos municípios da região do Baixo-Sul e tem várias ilhas. Algumas possuem até 4 ou 5 povoados. A maioria é isolada. No entanto, há uma ponte para chegar até Visconde e, por isso, o município tem acesso ao continente. Segundo os resultados do censo demográfico do IBGE de 2010, Visconde ocupa uma área territorial de 460,981 Km², com densidade demográfica de 33,35hab/Km². Os números do município de Visconde indicam ainda que a maioria da população situa-se na faixa de idade entre 20/29 anos e 30/39 anos, o que pode ser um reflexo do processo de envelhecimento daquela população majoritária 10 anos antes – caso os números do município assemelhem-se com os números da região, explicitada por Fischer *et. al.* (2007), de predomínio da população mais jovem (10-19 anos).

Estes dados indicam que a população economicamente ativa permanece na cidade, revelando uma possível mudança nas condições produtivas e econômicas do município, uma vez que com a construção da BR-101, em meados do século XX, conforme apontaram Santos *et. al.* (2009), a cidade teve significativa baixa populacional. De acordo com Paixão & Alencar (2014), Visconde “sobreviveu” desde então a partir de suas produções internas e buscou ao longo do tempo, superar o momento de estagnação econômica. Os autores observaram que Visconde conseguiu alcançar o Produto Interno Bruto (PIB), segundo IBGE 2010, no “total de 690.201 mil reais dos quais: 596.330 mil referem-se a indústrias, 26.962 mil da agropecuária, 62.892 serviços e 4.017 de produtos líquidos”. O município despontou no território, em virtude do adensamento da atividade turística e, sobretudo, da exploração do gás natural pela Petrobrás que “fez com que [Visconde] saísse em 2007 da posição 203^o para 31^o no ranking estadual do PIB baiano” (PAIXÃO & ALENCAR, 2014: 6 – editado).

Visconde voltou a ter destaque econômico na região, tendo seu novo desenvolvimento atrelado às potencialidades ambientais e passou a se reestruturar na perspectiva de enfrentar as dificuldades resultadas de seu processo histórico e de desenvolver estratégias para manter sua sustentação econômica futuramente, dado que a exploração do gás natural não se sustenta *ad infinitum*. Assim, desde a exploração do gás natural, projetos de desenvolvimento local foram

substancialmente tomados em curso (PAIXÃO & ALENCAR, 2014), tendo como referência um plano estratégico de desenvolvimento patrocinado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), de modo a alcançar os Objetivos do Milênio da ONU²³.

Nas primeiras visitas a Riachão, ainda em 2012, um morador sinalizou a preferência dos nativos permanecerem por lá e que muitas pessoas que não são naturais de Riachão o escolhem como morada, pela tranquilidade do lugar. O fato de não ter praia facilita a migração de uma população de trabalhadores, sobretudo, da área de pesca artesanal. O slogan do município desde então era: “*Como é bom viver aqui*”, confirmando a imagem que este morador tinha de seu município. Esta sensação deve ser explicada pela ampliação de infraestrutura urbana realizada em Visconde, fruto do impulso econômico oriundo do turismo e da exploração do gás natural.

O município é constituído de quatro distritos e vilarejos ainda menores e apresenta grande diversidade cultural. O folclore da região, em suas diversas manifestações, faz parte da maioria das festividades religiosas e acompanham o tradicional calendário da religião católica, predominante no município, apesar do crescimento, nas últimas décadas, do número de adeptos às igrejas protestantes ou evangélicas (SANTOS *et. al.* 2009).

3.1. Panorama Geral do Riachão

Neste contexto, encontra-se Riachão. Esta vila possuía até 2009, pouco mais de 313 residências. As famílias do povoado sofriam com a redução dos estoques naturais e a falta de alternativas produtivas, decorrendo num êxodo para outras partes da ilha, principalmente para “Monte”, ou mesmo fora das proximidades do município (SANTOS *et. al.*, 2009: 55). Até a publicação do IBGE do censo de 2010, os números tiveram poucas mudanças, sendo 1131 moradores para cerca de 447 domicílios particulares e coletivos, dos quais apenas sete estão localizados em área definida pelo IBGE como zona rural²⁴.

As casas dividem o espaço com a mata original da região. Ao redor da vila, água da

23 São oito objetivos estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, em 2000. Os objetivos são: 1. Acabar com a fome e a miséria; 2. Educação Básica de qualidade para todos; 3. Igualdade entre os sexos e valorização da mulher; 4. Reduzir a mortalidade infantil; 5. Melhorar a saúde das gestantes; 6. Combater a Aids, a malária e outras doenças; 7. Qualidade de vida e respeito ao meio-ambiente; 8. Todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/> Último acesso em 30/03/2015.

24 Recebi esta informação por e-mail do IBGE. Segundo o remetente, tais dados constam nos “agregados por setor censitário”, do seguinte endereço: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo

maré. Mangues, coqueiros, dendezeiros e piaçavas compõem a paisagem, enriquecem a natureza e sustentam a população. Riachão abriga extensos trechos de mata atlântica e manguezais em bom estado de conservação. Com a expansão do turismo em outros locais do Baixo-Sul a comunidade também passa por especulação imobiliária. Riachão não possui muitos restaurantes e pousadas e o acesso a outras localidades só é possível utilizando embarcações marítimas, assim como o acesso ao maior entreposto comercial, Valiosa (Santos *et. al.*, 2009).



Foto 4. Vista de Riachão desde o alto do morro da Igreja. Tirada em abril de 2013.

Até 2009, Riachão apresentava cinco ruas/travessas principais, distribuídas de forma paralela uma à outra. De acordo com Santos, *et. al.*(*op.cit*), apenas a rua principal possuía pavimentação em todo o seu trecho. Esta rua também concentraria os moradores mais antigos, de maior poder aquisitivo e os funcionários públicos. As demais ruas não apresentavam pavimentação ou estão com o calçamento incompleto e concentram grupos de trabalhadores do mar/mangue. O povoado possuía uma infraestrutura básica, visto que toda a população tinha acesso aos serviços de energia elétrica, educação e saúde, ainda que com frequência e qualidade limitadas. O comércio local era reduzido a dois minimercados; três quitandas; alguns pequenos bares, dispersos entre as ruas da comunidade; duas pousadas e dois restaurantes.

Riachão ganhava investimentos no período da pesquisa, oriundos do projeto de desenvolvimento em curso pelo município diante da exploração do gás natural. As ruas foram pavimentadas, passeios foram construídos, as águas pluviais sendo drenadas, uma creche nova fora construída e a escola reformada. A orla de Riachão também passa por um processo de revitalização. As mudanças recebem o nome de “Requalificação Urbana do Riachão” segundo

constava em uma placa instalada na Orla em dezembro de 2012.



Foto 5. Orla de Riachão e placa indicando melhorias de infraestrutura urbana. Tirada em dezembro de 2012.

Meus interlocutores de Riachão confirmavam que a prefeitura de Visconde era uma das mais ricas do Estado da Bahia, já que desde 2007 recebia royalties da Petrobrás, o que tem permitido ações para melhorar a infraestrutura em todas as comunidades do município. Em pesquisa feita no website: “Portal da Transparência”, da Controladoria Geral da União (CGU), os recursos destinados ao município em Royalties da exploração da Petrobrás, no ano de 2013, foi o total de R\$ 8.332.718,11 (oito milhões, trezentos e trinta e dois mil, setecentos e dezoito reais e onze centavos)²⁵. Este valor varia de ano a ano, já que depende da extração. Riachão recebe sua porcentagem deste montante, proporcionalmente, pois é uma das comunidades prejudicadas indiretamente com a exploração. Assim, a prefeitura começou a realizar este processo de reformas na vila, melhorou o sistema de assistência médica emergencial com a compra de uma lancha rápida e oferecia aos moradores uma assistência econômica, chamada “*cheque solidário*”: cerca de 60 reais mensais por casa, para ser retirado em compras de mercado²⁶.

3.2. Viver no Riachão

Entende-se que as desigualdades sociais de classe, raça e gênero são produzidas nas práticas cotidianas ao mesmo tempo em que as produzem. Nossa análise focaliza como esses

25 Fonte: <http://www.portaltransparencia.gov.br/> Último acesso em 23/12/14

26 Informações pessoais, obtidas em conversas informais.

processos acontecem nos contextos do viver em Riachão.

Desigualdades de classe na organização da vida social

No Riachão, os moradores costumam se referir ao povoado, bem como aos outros povoados vizinhos, como “ilha”. Mesmo que a ilha (conceito geográfico) seja composta por dois povoados além de Riachão, os moradores geralmente vão às vilas vizinhas de barco. Não se pode ter carros na vila e a distância é muito grande. Assim, os moradores habituaram-se a compreender cada vila como uma ilha e assim se referem. Por isso, neste trabalho, Riachão e os outros povoados de Visconde também serão referenciados por “ilha”, além de vila.

Em termos de atividades econômicas, o turismo exerce influência na vida local, embora não diretamente. Por conta do principal polo turístico da região ser próximo de Riachão, a vila acaba por fornecer mão-de-obra para os períodos de turismo intenso, além de ser um dos principais fornecedores de siri catado – principal produto da pesca local. A intensa mão-de-obra a se deslocar do Riachão foi a principal razão, inclusive, da recente instalação de uma linha de barco que faz o trajeto direto de Riachão para esta outra vila²⁷. Com este barco, os trabalhadores podem ir e voltar todos os dias para o trabalho nas vilas vizinhas, sem ter que pagar um aluguel para viverem por lá. O mercado local de terrenos cresceu em decorrência do interesse comercial em investir na área, mesmo no pequeno povoado de Riachão, que já é herdeiro de um sistema de latifúndio e exploração trabalhista na produção de piaçava.

Algo que é permanentemente reconhecido entre as pessoas nas suas formas de vida é a posição social que ocupam em termos de poder econômico, frente aos ricos, ou frente aos “fortes”. São poucas as pessoas nativas do Riachão que possuem terras, das quais tiram seu sustento.

Desde a primeira vez que passei a tarde com as mulheres no 'catador', espaço onde passam o dia catando piaçava, elas contavam que a piaçava tinha sido o principal produto de extração da vila. O mercado da piaçava diminuiu e, atualmente, apenas um dos fazendeiros do Riachão continua o beneficiamento do produto. Este senhor é uma das pessoas mais prósperas do Riachão, nativo da ilha e negro (um dos poucos nativos que possuem terras na ilha). Outros dois donos de terras, que não são nativos, ainda extraem a piaçava, porém já não vendem o produto catado, mas *in natura*. Assim, as mulheres não têm tanto trabalho com o produto, como tiveram antigamente.

Nas primeiras idas a Riachão, conheci Joaquim, jovem rapaz que havia trabalhado no

27 A linha começou a operar em setembro de 2013.

censo do IBGE há alguns anos e conhecia muita coisa sobre a região. Enquanto conversávamos, ele me explicou que as famílias têm uma renda homogênea entre si. Ainda que existam algumas poucas famílias mais ricas, e outras mais pobres, no geral a vila era homogênea em termos de recursos financeiros. Contou ainda que viver na vila não demandava muitos recursos e que era possível viver bem com um salário mínimo. E concluiu: *“Ser pobre no Riachão é melhor que ser pobre em Salvador, ou Valiosa, ou outro lugar.”*

Quase todas as pessoas com quem conversei me declaravam que *“de fome ninguém morre aqui não”* ou que *“aqui, só passa fome quem é muito preguiçoso, porque pode ir ali pescar um siri, um peixe, alguma coisa de comer”*. Mesmo assim, é unânime o entendimento de que a maioria das pessoas vive com poucos recursos e que antigamente a vida era muito mais difícil. Neste ponto, políticas sociais do governo exerceram fundamental influência para que esta dificuldade fosse minimizada ao longo dos anos, para a população da ilha, conforme será discutido no capítulo 4.

Em conversa com Dagmar, a mãe de Thalia (participante da pesquisa), ela me contava sobre a vida e o trabalho de Riachão. Declarou claramente: *“A pesca é o trabalho que tem aqui. Pesca e piaçava. Não tem mais pra onde ir... A prefeitura, só.”* Dagmar referia-se principalmente à pesca do siri, produto que dá o ano todo, sempre em muita quantidade, tornando-se o principal produto vendido. A maioria dos homens são pescadores, e entre eles, existem aqueles que são donos de suas próprias canoas e manzuás (artefato utilizado para a pesca do siri) e aqueles que alugam as canoas e manzuás de outra pessoa. Os aluguéis de canoas custam em média cinquenta reais por quinzena ou por mês – a depender da época do ano e do proprietário (que quase sempre são homens). Os pescadores que não possuem canoa têm condições mais difíceis, pois o produto do trabalho de pesca já não é tão valorizado, tendo baixa importância econômica. Assim, do pouco que ganham, devem retirar uma parte pra o pagamento do aluguel.

As outras fontes de emprego na vila, a que Dagmar se refere, eram a piaçava e a prefeitura, como as pessoas costumam se referir às instituições mantidas pela prefeitura, instaladas no local. Das pessoas que trabalham para a prefeitura, muitas são contratadas, podendo ser mantidas ou não no caso de mudanças na orientação política dos governantes.

Outras possibilidades de emprego são os pequenos comércios, vendas, bares e a atividade de marinho. Mas estes setores empregam uma quantidade ínfima de pessoas. É possível observar ainda que muitas pessoas, principalmente mais jovens, procuram, cada vez mais, trabalhos fora da vila, em Valiosa por conta da variedade de serviços oferecidos e nas

ilhas, Monte de Santa Madalena e Gaivota, por conta do turismo.

Dona Marinalva, uma senhora negra de 84 anos, foi parteira por muito tempo no Riachão e é mãe de uma família de santo local. Sobre a história de formação do Riachão, Dona Marinalva contou que foi morar na ilha aos treze anos. Vieram sua mãe, irmãos e ela. Marinalva pegava lenha e pau para fazer telhados. Assim, ajudou sua família, desde jovem. Explicou-me que seu pai trabalhava na roça para um dos grandes donos de terras da ilha. Este senhor ganhava dinheiro com a piaçava. Pagava os homens para tirar piaçava e dava pedaços de terras aos trabalhadores para que construíssem suas casas. Também ouvi relatos de que alguns trabalhadores invadiam terras, como parte de seus pagamentos que não lhes era dado e construía suas casas, como fez o marido de Bianca, participante da pesquisa, há alguns anos atrás. Assim, a vila foi se formando. A casa de Dona Marinalva foi levantada em um terreno doado por este senhor. Por muitos anos ele era o maior fazendeiro até que seu genro vendeu suas terras a outro senhor, também dono de grande parte de terras ao redor da vila. Hoje é o sobrinho deste senhor que possui as terras e está loteando.

Dona Marinalva também contou que conheceu duas mulheres que tinham sido escravas. E explicou que os escravos fugiam de Nilo Peçanha, atravessavam as águas para chegar em Riachão à nado. Muitos morreram. Em outros vilarejos do município haviam mais. De fato, vários povoados do município de Visconde e região do Baixo-Sul baiano são reconhecidos como remanescentes de quilombos, como é o caso de Riachão. Apesar de não possuir ainda maiores informações sobre os processos legais de reconhecimento de posse dos terrenos onde estão as casas dos moradores de Riachão, um morador me contou que souberam que outras vilas próximas estavam passando pelo processo de reconhecimento e alguém que conhecia este processo avisou os moradores de Riachão, para que preenchessem os formulários necessários, para que também fosse reconhecido como remanescente de quilombo. Assim o fizeram e a vila foi reconhecida sem grandes problemas.

Desigualdades de Raça e cor nas práticas cotidianas

Desde a primeira vez que conheci a vila, soube da existência de uma associação local de quilombolas. No entanto, quando me mudei para lá, descobri que esta associação estava inativa. Ao fim do trabalho de campo, algumas pessoas se organizavam para reativar a associação. Vívian, mãe de Jussara, uma das participantes, estava dentre os organizadores. Uma noite conversávamos, pouco antes de uma reunião dos moradores de Riachão, e eu perguntei se as pessoas na vila se reconheciam como descendentes de quilombolas. Em suas

palavras: “*Tem pessoas que se reconhecem como quilombola, outras não. Eu mesma me considero porque meu pai era negão. Eu sou meio amarela assim é que puxei minha mãe que é assim mais clara.*” Muitas pessoas com quem conversei, sobretudo as mulheres participantes, se consideravam negras. Outras se diziam pardas, apenas uma participante se declarou branca.

Embora a população de Riachão seja reconhecida como remanescente de quilombola poucas vezes ouvi as pessoas se referirem enquanto tal. Parece que esta definição e referência serve-lhes a título de reconhecimento por parte do Estado, muito mais do que uma identidade coletiva ou uma auto referência local²⁸.

Também foram diversas as vezes em que ouvi as mulheres se referirem à cor dos bebês que nasciam, filhos das mulheres que acompanhei. Os meninos referenciados como bonitos eram brancos. Certa tarde, eu estava com Nina, uma das participantes, que é negra e marisqueira, na rua quando uma vizinha dela comentou sobre o filho de Jussara, seu sobrinho, que ele era negro, porque estava ficando escuro. Nina então respondeu: “*ele é branco! Agora... o sol vai queimar ele!*”. Com esta afirmação, entendi que ser branco é mais valorizado entre as pessoas. Não existe no Riachão uma afirmação constante da identidade negra, como é possível observar em Salvador, com a influência dos movimentos negros. As pessoas na rua freqüentemente fazem comentários jocosos sobre a negritude, mesmo se reconhecendo como negras. Nádia, que me hospedou na vila, quando resolveu deixar seu cabelo no estilo *Black Power* era constantemente alvo das piadas dos colegas.

Das pessoas que trabalham na escola, na maioria, são brancas. O médico, a enfermeira, e a gerente do posto de saúde são brancos. Joilda, Julia, Osvaldo e Tereza, que são trabalhadores do posto são negros. As pessoas que possuem posição de poder e maior status social são brancas. Os políticos, por exemplo, na maioria, são brancos e homens. Mesmo assim, no contexto de Riachão, há pessoas que se reconhecem como negras que também possuem certo

28 Ver entrevista de Goldman & Viveiros de Castro para a Revista Cadernos de Campo, 2006. Nesta, os antropólogos problematizam as lutas e movimentos sociais que passam pela noção de identidade e a função política de identidades coletivas. Segundo os entrevistados, muitas etnografias demonstram que as teorias locais são mais hábeis e flexíveis e que o discurso da identidade está consonante ao momento em que o Estado entra em cena no processo regulatório e/ou adequação de direitos sociais. Dentre as questões que colocam, parece apropriada a problematização sobre processos de identificação que correm os riscos de valerem-se de essencialismos, questionando-se sobre o “*preço político que se paga por esse uso abusivo da noção de identidade*” Também torna-se cada vez mais complexo o processo de identificar-se e ser identificado. O fundamento da crítica se sustenta ainda sobre outro questionamento ainda mais pertinente - “*O que tem que ser enunciado é uma coisa muito elementar: por que alguém que habita um lugar há centenas ou milhares de anos só tem direito de viver em paz aí se for índio ou se for negro?*” (GOLDMAN & VIVEIROS DE CASTRO, 2006: 189).

poder social e político. Este é o caso da família daquele senhor dono de terras, que é negro.

As pessoas também têm consciência da existência do racismo no país em que vivem. Uma vez fui ajudar Rosa a fazer o dever de uma disciplina de sociologia que cursava na faculdade e o tema era racismo. Rosa, como outras pessoas do Riachão, tem clareza de que uma pessoa branca é sujeito de privilégios que uma pessoa negra não tem. Mencionou, como exemplo, que uma pessoa branca consegue emprego com maior facilidade do que uma pessoa negra.

Em agosto, houve na vila uma festa religiosa, católica, em homenagem ao santo São Benedito. Em uma missa comemorativa, uma das moradoras locais, que costuma liderar as rezas junto com Nádia, fez o seguinte discurso:

“Como é o único santo negro, e naquela época era como hoje, tinha muita discriminação. Mas ele não tinha medo! Virou o que? Virou cozinheiro. E como cozinheiro a gente aprende o que? A compartilhar, dividir o pouco que se tem. Hoje, Graças a Deus, o racismo está diminuindo e a gente tem que contribuir, dar nossa contribuição na comunidade, no Estado, no Brasil, para aprender a tratar as pessoas, o próximo, como ser humano. Como vocês podem ver, o Santo negro, até os brancos são devotos dele...”

Conforme explicitado no discurso, o racismo existe, é reconhecido entre as pessoas, mas está diminuindo, porque as pessoas estão aprendendo a tratar os outros como seres humanos. Percebe-se ainda que o ato de compartilhar é também algo importante para a valorização do próximo e bastante presente na vida das pessoas no Riachão. Compartilhar também é um ato que fala sobre as condições materiais de vida desta população.

A auto-referência em relação à raça talvez diga respeito a outros aspectos sociais observados como a valorização do ser branco, a posição social que ocupa nas relações locais e os espaços pelos quais circula – aspectos que podem ser cumulativos no processo de auto-identificação ou não. Alguns exemplos podem esclarecer esta relação entre identidades de raça/etnia e os demais aspectos. Iara, a participante que se declarou branca não ocupa uma posição de prestígio social, porém compartilha da valorização da branquitude. Sua pele é mais clara, o que pode fornecer elementos para se referir como branca em relação às outras pessoas de pele mais escura. Este pode ser um aspecto de auto-valorização. Vívian, ainda que tenha a pele mais clara, se considera negra, posto que está mais inserida na luta do povo negro, incorporando valores e símbolos da negritude. Seu pai era negro e esta referência é fundamental para a constituição de sua identidade como negra. Vívian também faz parte de

uma família de santo local e compartilha de valores oriundos desta religião. Sua pele clara é culpa da mãe, mas não se reflete nos seus modos de vida, nem em posição de prestígio social. Maria Helena, que é participante da pesquisa e diretora do colégio local tem a pele mais clara e se considera parda. O trânsito que faz entre diversos ambientes de poder político e social, e mais brancos, pode contribuir para sua auto-referência como parda. Porém não se considera branca. O que pode refletir ainda um reconhecimento de raízes negras, inserindo-a na história local.

Desigualdades de Gênero na vida

Na pesca artesanal insere-se o trabalho das marisqueiras, que catam o marisco – produto da pesca – na atividade de beneficiamento do produto. Estes trabalhos em torno da atividade pesqueira contam com uma estabelecida divisão sexual²⁹. Homens pescam, mulheres catam marisco. Catar o siri significa tirar toda a carne do animal, desprezando as cascas. Esta divisão não é imutável. Já vi mulheres pescando, junto dos maridos ou sozinhas. Vívian é um exemplo. Pesca com ou sem o marido, muito embora se concentre na atividade de catar o siri no verão e piaçava no inverno. Aqui, vemos que as práticas em torno do processo produtivo produz gênero, ao mesmo tempo em que é desconstruído nas práticas que revelam outros arranjos, como o caso de Vívian.

As mulheres marisqueiras que não têm marido ou filho que pesque, catam siri para outras pessoas. O valor do trabalho de catar siri varia de acordo com a estação do ano, embora não seja uma variação muito grande. Paga-se, por quilo de siri catado, no verão, algo em torno de cinco a seis reais. No inverno, cai para três ou quatro reais, a depender do acordo feito entre quem cata e quem paga.

A relação entre quem pesca e quem cata o siri (geralmente são esposas, mães, irmãs, filhas) depende das negociações entre familiares. Assim, existem aquelas famílias onde o

29 A observação deste tipo de divisão do trabalho em grupos pesqueiros, foi apontada em outros estudos como de Woortman (1991), Motta-Maués (1977) e Peirano (1975). Estes estudos evidenciam que há, além da atividade pesqueira – entendida como uma atividade fundamentalmente masculina – outras atividades, sobretudo agrícolas, que são domínios da atividade feminina. As autoras destes estudos refletem sobre a importância do trabalho feminino, na reprodução da vida social como um todo, trazendo à cena a atividade agrícola como de igual importância como a pesca, nestes grupos. Tais estudos possuem grande relevância na medida em que priorizam o olhar sobre as atividades femininas, historicamente subsumidas em estudos sobre comunidades tradicionais de pesca que apontavam apenas a atividade produtiva masculina como relevante. Mesmo assim, mantém a estrutura dicotômica e funcionalista de análise acerca de questões de gênero, aproximando categorias masculino/público em oposição a feminino/privado – abordagem da qual procuramos nos desvencilhar. Há uma divisão sexual do trabalho no Riachão, mas não é associada aos domínios privados e públicos. Ao contrário, o trabalho produtivo das mulheres é parte constituinte do processo produtivo e econômico local – não sendo, portanto, relegado à dimensão privada e/ou familiar.

homem pesca, a mulher beneficia o produto, cata o siri e/ou paga alguém para catar, e juntos vendem o produto e gerenciam a renda. Existem casos em que a mulher gerencia a negociação e a renda. E casos em que a mulher cata o siri para o marido, sendo paga pelo seu serviço, tirando sua renda própria na produção de siri catado. O pescador, neste caso, pesca e vende o produto, pagando as mulheres que cataram e retirando do valor obtido seus custos. Santos *et. al.* (2009), observaram um padrão mais homogêneo nesta atividade, mas que também se constitui em divisão sexual dos trabalhos: Segundo os autores, as mulheres são as principais responsáveis pela venda, sobretudo quando beneficiam o produto. Esta forma de organização foi observada também no presente estudo, porém coexistente com outros arranjos. Ainda, como apresentado aqui, os autores também observam a atividade de terceirização do beneficiamento do marisco, que ocorre quando um homem pescador paga outra mulher, fora de sua família para a catagem. O quilo do siri catado é vendido por vinte reais, no verão, e quatorze reais no inverno. Pode ser vendido na porta de casa, pode ser vendido a algum cliente cativo – geralmente de restaurantes na Gaivota e Monte – e pode ser vendido ainda ao atravessador, que é uma figura central neste processo produtivo, já que é ele quem leva este produto e repassa nos estabelecimentos de Valiosa e Monte, fazendo o processo de distribuição do produto em maior volume no Riachão.

Além da pescaria, o ramo da piaçava – que hoje é menos intenso do que foi outrora – também figura como uma importante fonte de renda. Também nesta, há uma clara divisão sexual das tarefas, sendo os homens aqueles que vão ao mato tirar a piaçava, enquanto as mulheres catam. Catar piaçava – segundo o mesmo princípio do siri, que é separar a parte comestível do que não serve para o consumo – significa separar os fios bons para o consumo daquilo que é chamado de '*bagaço*', a parte não aproveitada do produto. A piaçava é vendida por arroba. A arroba catada custa em média cinco reais. As mulheres catam uma arroba a cada dois dias, aproximadamente. Vívian, quando não tem pesca, cata piaçava. Me disse que tira em torno de oitenta reais por quinzena (a cada duas semanas), com a piaçava.

A distinção masculino/feminino em Riachão se faz em relação àquela entre casa e rua, como em outros lugares no Brasil (DAMATTA, 1984; WOORTMAN, 1991)³⁰. Os moradores associam o espaço das habitações ao feminino e assim as mulheres são aquelas que costumam ficar em casa e cuidar de seus filhos. No entanto, também são marisqueiras e dificilmente

30 Novamente, estes estudos associam o masculino com o público e o feminino com o ambiente privado, sob uma análise funcionalista que parte de da ideia de pares duais e antagônicos, relativos a uma ou outra dimensão. Perspectiva que procura-se refutar neste trabalho, tendo em vista a compreensão de relações dinâmicas entre os diversos domínios e categorias.

passam os dias sozinhas com os filhos. Geralmente executam as tarefas domésticas pela manhã e passam as tardes catando marisco fora da casa em alguma sombra compartilhada com outras mulheres e seus filhos ao redor. Não apenas compartilham das horas de trabalho, como também executam em seu cotidiano um sistema de ajudas mútuas e solidariedade no cuidado das crianças e participam ativamente da vida umas das outras. Assim, não há uma clara associação entre espaço doméstico, gênero feminino e isolamento. Pelo contrário, a vida doméstica se estende além das casas individuais e a socialidade feminina dá contornos específicos ao espaço público.

Pode-se dizer que os assuntos relativos aos cuidados familiares e domésticos são atribuídos a elas. Entre estes, circulam no domínio feminino os assuntos relativos à saúde de seus familiares, e são elas as principais freqüentadoras dos serviços de saúde – como em outras regiões do Brasil³¹. No entanto, na ilha, as mulheres também participam intensamente vida pública e política. Muitas mulheres, negras ou pardas, escolarizadas ou não, com quem convivi exerciam algum protagonismo na vida social local. Ao redor das mulheres participantes da pesquisa há alguns exemplos: a mãe de Isabela era negra, oriunda da zona rural de Valiosa, mudou-se para Riachão há dezenove anos e era a representante da colônia³² dos pescadores na ilha. Vívian, mãe de Jussara, também se considera negra, marisqueira, estava refundando a associação de quilombolas, junto de outras mulheres e alguns rapazes da ilha. Maria Helena, outra participante da pesquisa, parda, com ensino superior completo, era diretora do colégio local. Esta ocupava uma posição social de elevado poder político. Além de sua própria posição social, Maria Helena é filha do presidente da Associação de Pescadores e Marisqueiras da ilha, que também era o superintendente da pesca no município. Bianca e Nina, ambas negras e marisqueiras, também fizeram parte de alguns projetos de geração de renda e formação política executado pela UFBA, junto com outras mulheres – o que lhes rendeu intenso protagonismo na vida pública local. Nádia, com quem morei, também era negra, era auxiliar da creche local, tinha completado o ensino superior, foi assessora de um vereador local – em seu último mandato – e era muito bem creditada entre os locais. Nádia também era protagonista nas atividades da igreja católica local, com outras mulheres bem influentes na ilha. Igualmente, nas reuniões que haviam da parte do programa de fortalecimento comunitário, na tentativa de se elaborar um projeto coletivo em torno da casa do pescador, a maioria das pessoas que participavam eram mulheres e negras. As mulheres,

31 Sobre a relação entre saúde e gênero, ver SCHRAIBER, 2005; SCHRAIBER *et. al.*, 2010; REZENDE, 2011; COELHO *et. al.*, 2009; BRASIL, 2004b; SCOTT, 2005.

32 Entidade que regulariza o trabalho dos pescadores e marisqueiras, a qual é tratada no Capítulo 4.

solteiras e casadas, com filhos ou não, também eram freqüentadoras dos bares da vila, assim como os homens.

Os homens, por sua vez, passavam boa parte de seu tempo na maré, pescando ou governando embarcações, no mangue, tirando caranguejo ou outras riquezas da culinária local, ou na mata tirando piaçava. A presença dos homens na vida pública geralmente é vinculada aos espaços majoritariamente masculinos. Quando estão na ilha, estão na rua, ou em algum bar bebendo ou jogando baralho com os amigos. Alguns homens participavam das reuniões e decisões políticas com a associação, porém em número reduzido. Também haviam homens que passavam mais tempo em casa ou no cuidado com filhos e netos, por exemplo o marido de Maria Helena e o marido de Ângela, dentre outros. Mesmo assim, participavam de atividades sociais com as mulheres, em festas, bares, passeios e em iniciativas de atividades para angariar fundos para a igreja, que eram promovidos por elas.

Talvez o fato dos homens passarem muito do seu tempo fora da ilha seja um dos fatores para tal conformação social. Deveríamos então nos perguntar como se dá a distribuição das posições sociais de poder local, se a partir da divisão sexual do trabalho, ou quais outros elementos estão presentes nesta conformação social. Mas, para aprofundar tal reflexão seria necessário nos perguntar ainda, sobre a origem desta divisão. Mas tais reflexões estão ainda longe do alcance deste trabalho.

Outros elementos devem ser considerados, como o gênero das profissões locais: os empregos nas instituições da prefeitura são considerados melhores em termos de renda e poder social. Mas na ilha, são poucas as instituições municipais, quais sejam a escola e a creche, o posto de saúde e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) – este último, sem um prédio fixo de sua propriedade, porém aluga um espaço para suas atividades. Nestas instituições, a maior parte das pessoas empregadas são mulheres. Na escola, a maioria de professores são mulheres. Na creche, quase todo o corpo profissional é de mulheres. No posto de saúde, apenas um homem é Agente de Saúde e as demais são trabalhadoras mulheres. No CRAS, a composição é mista. Também é preciso considerar o aumento de benefícios sociais nos últimos dez anos e suas influências nesta distribuição de poder – como é o caso do Programa Bolsa Família, do Auxílio Maternidade e do defeso – que também viabilizam melhores condições de vida e ajudam as mulheres nas suas lutas cotidianas. Estas condições permitem que as mulheres se configurem como sujeitos de importante poder de decisão na vida social local.

Mesmo assim, no que se refere às relações conjugais, as noções de gênero associam a

figura masculina à importância da provisão material e à figura responsável pela tutela das mulheres, os homens são referidos como agentes principais do ato da concepção de uma vida e raramente são responsabilizados por uma gravidez não planejada, como veremos a partir do capítulo 5. Além disso, é bastante comum acontecer casos de infidelidade masculina, diferente do caso feminino, que ocorre em menor proporção. Entre pescadores e marisqueiras, os pescadores também podem alcançar uma renda maior, pois eventualmente fazem negociações diretas com consumidores, no caso de encomendas de algum tipo de pescado que não seja o siri.

Assim, apesar de haver uma associação mais direta entre mulheres com a vida doméstica e o cuidado dos filhos, não há uma regra geral clara e homogênea sobre as atribuições feminina e masculina, e esta separação torna-se ainda mais difícil ao que tange, sobretudo, decisões ou participação na vida pública. Como foi sinalizado também há muitos casos de mulheres que estão relegadas à dimensão de sua casa ou entorno com pouca participação pública, assim como existem casos de homens que ficam em casa e cuidam das crianças, ainda que em menor proporção.

Como veremos no decorrer da tese, a figura masculina têm especial implicação no processo reprodutivo, pois o homem quem “faz o filho”. A mulher, por sua vez, é quem vai parir, ou “botar pra fora”. Fazer um filho não está limitado à biologia da concepção como também implica na participação de ambos nos processos fisiológicos da gestação e na criação da pessoa que está por nascer. Há, portanto, a importância da participação ativa de ambos. A mulher e o homem devem engajar-se nesta criação, atualizando inclusive as relações que se estabelecem entre todos os envolvidos no processo.

Nas práticas cotidianas locais, as noções atribuídas ao que seja “feminino” e “masculino” não podem ser reduzidas a uma dicotomia biológica. A dimensão ampla da reprodução será importante para evidenciar como se constituem as relações de gênero, nas dinâmicas de relacionamento estabelecidas entre homens e mulheres, ao se engajarem neste processo. Para compreender o que os dados apresentados nos informarão sobre gênero, vale a pena retomar as reflexões de Pina-Cabral e Silva (2013: 19) quando apontam para a importância da paternidade de criação, demonstrando a relevância da figura masculina para todo o processo reprodutivo, tal qual nos informa esta etnografia. Os autores colocam: “*Os pais de criação são considerados plenamente capazes de compensar a ausência dos pais biológicos, produzindo pessoas perfeitamente equilibradas. [...]*” A questão de interesse aqui está contida na frase 'pessoas equilibradas'. Este *equilíbrio* diz respeito à constituição das

peessoas naquela região. Segundo os autores, as identidades das pessoas são constituídas pelo masculino e pelo feminino. A partir de uma entrevista com uma senhora que reivindicava a preponderância da presença masculina na criação dos filhos, os autores perceberam como havia neste discurso uma idéia implícita – da constituição de uma *identidade plural e complexa* das pessoas. Assim, advogam que o que não deve faltar na criação de uma pessoa, é o amor constituinte, um amor para o qual é imprescindível que haja a presença dos dois gêneros, pois cada pessoa “*é intrinsecamente de dois gêneros, intrinsecamente plural*”. Para os autores, há uma partibilidade pessoal diante do gênero:

[...] a pessoa é constituída através do cruzamento de pelo menos duas tradições familiares distintas, duas vias diferentes de identidade continuada: a paterna e a materna. É na conjugação dessa diversidade de gênero que se obtém o tal equilíbrio emocional que ela tanto procura [...] As pessoas carregam consigo mesmas um *feixe de preteridades*: múltiplas associações interpessoais que marcam historicamente o cerne dos seus afetos. A identidade nunca é completa ou fechada sobre si mesma. Essas *identidades continuadas* não são meros processos mentais, são inerentes ao mundo que coabitamos: estão inscritas no mundo a nossa volta (nas coisas, nos espaços, nas palavras, nas narrativas, nos dicionários, etc). [...] Uma identidade continuada emerge quando um membro de um par é investido com as marcas do mundo do outro membro do par. Ele é mutuamente investido com o mundo comum através de um processo de imaginação emocional. Assim, uma identidade continuada é a forma como o mundo reflete de volta em nós (por exemplo, filho (a), marido/mulher, amigo (a)) o investimento feito pelo outro (por exemplo, pai/mãe, marido/mulher, amigo (a)) na nossa constituição como seres sociais. É o resultado de um processo de fusão e contágio (PINA-CABRAL e SILVA, 2013: 22-23).

Assim também pode-se dizer que é no processo de criação das pessoas, e na importância da capacidade de oferecer todos os elementos necessários para uma criação que se alcança uma formação 'equilibrada'. As noções e concepções atribuídas ao que seria masculino e feminino nem sempre estão muito bem definidas, sobretudo na vida prática, tal qual nos informavam correntes teóricas sobre gênero (STOLCKE, 2004), como uma construção cultural padrão e homogênea – de atributos – sobre o fato biológico/anatômico/sexual dos corpos. Na ilha, ser mulher e parir não significa ser passiva ou frágil. Ser homem não significa necessariamente ser forte ou chefe de família, provedor. Também é importante que seja “*bom*”, que possa fornecer “*atenção e carinho*” e que participe do processo de feitura e criação da criança. Retomaremos a este ponto nos capítulos 5 e 6.

O SUS no Riachão e a Atenção à Saúde

O sistema de saúde no Riachão se faz presente com o posto de saúde, que foi instalado na vila há mais de vinte anos. Em 2008 o posto foi reformado e desde então é uma unidade satélite do Programa Saúde da Família (PSF), a unidade polo fica situada na Gaivota – outra vila de Visconde, maior do que Riachão³³. Assim o médico, a enfermeira, a psicóloga, a fisioterapeuta e o dentista transitam entre as vilas e unidades de saúde. Um dia na semana o posto de Riachão recebe um destes profissionais. Quando nenhum destes vão, o posto fica com os profissionais técnicos e auxiliares, residentes da vila: dois agentes comunitários (Osvaldo e Tereza), duas técnicas em enfermagem (Joilda e Júlia), duas auxiliares (Ivana e Rosiane), e a gerente (Valéria). O serviço de saúde também conta com João, que é o piloto da lancha rápida.

Desde 2009 a prefeitura de Visconde fez alguns investimentos no sistema de saúde, melhorando as condições de acesso. Em 2010 instalou a Casa de Apoio ao Paciente de Visconde, uma residência mantida em Valiosa para que os pacientes tenham um local para permanecerem no caso de aguardar algum atendimento ou procedimento do hospital ou se precisarem pernoitar na cidade. Lá a prefeitura também tem carros da saúde para levar os pacientes até o hospital ou até clínicas e laboratórios.

Além da casa de apoio outra medida foi a aquisição de lanchas rápidas da saúde, e/ou “ambulanchas”, para agilizar o processo de busca por assistência médica hospitalar. As lanchas rápidas tornaram-se um recurso fundamental para as mulheres gestantes, sobretudo na busca por assistência ao parto. A aprovação da população é unânime, ao falar das lanchas rápidas. Segundo as mulheres com quem conversava, depois desta medida não houve mais partos domiciliares ou na vila do Riachão.

Sobre a atenção à saúde das mulheres, no caso da gestação, o pré-natal (PN) é geralmente feito na unidade de saúde do Riachão, com a enfermeira. Raramente a gestante visita um ginecologista, somente no caso de algum problema grave. No entanto o médico do PSF faz alguns atendimentos durante a gestação. Caso alguma mulher precise ir ao ginecologista, será necessário ir até Visconde, caso seja via SUS. Visconde é o único lugar onde tem ginecologista. Eventualmente a ginecologista faz um dia de atendimento nas próprias vilas, porém isto não ocorreu no Riachão durante o período do trabalho de campo. Na unidade polo, em Gaivota, fica um médico obstetra, com quem as mulheres devem se

33 A primeira instalação do PSF no município data de 2003, segundo informações da agente administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.

consultar quando querem fazer o procedimento da esterilização feminina. Na hora do parto, as mulheres de Riachão devem ir necessariamente à Valiosa, que é outro município. O hospital polo, que recebe os usuários de Visconde, é o Hospital de Valiosa. Visconde é coberto pelo SUS nos hospitais de Itabuna, Ilheus, Jequié, Salvador e Valiosa. Os mais próximos são Valiosa e Salvador. Assim, todas as mulheres que engravidam, se tiverem seus bebês ou se abortarem, passarão pelo Hospital de Valiosa, seja pelo SUS, seja particular ou plano de saúde³⁴.

No caso de outros problemas de saúde que necessitem de hospitalização, de cirurgias ou exames clínicos, as pessoas também devem ir a este hospital. Casos mais graves e de maior complexidade são levados ao Hospital do Estado (HE) em Salvador, quando não podem ser resolvidos em Valiosa.

Atualmente, todas as mulheres que engravidam têm seus filhos pelo SUS no Hospital de Valiosa. O corpo profissional do posto de saúde não se comunica com os profissionais do hospital, a não ser o médico que regularmente faz plantão no hospital. A gestante, no caso do parto, quando vai à maternidade, leva seu cartão da gestante, onde se encontram as informações geradas com o pré-natal. E é deste modo que os profissionais da maternidade conhecem o processo de acompanhamento daquela gestação. Na maternidade, entregam “*alguns papéis*”³⁵ à parturiente com informações sobre o nascimento do bebê. As mulheres recebem estes papéis e levam consigo para Riachão, onde farão o acompanhamento médico com a enfermeira do posto de saúde, para quem mostrarão a papelada.

Pelo que fora relatado, antigamente os partos domiciliares com parteiras eram recorrentes, mas hoje em dia não ocorre mais este tipo de parto. Ninguém soube dizer de alguém que tivera seu filho em Riachão nos últimos quatro anos. Em visita à Secretaria Municipal de Saúde, a agente administrativa relatou-me que desde 2012 procuravam identificar parteiras tradicionais nas ilhas para implantarem cadastramento destas parteiras, mas não conseguiram pois em todas as ilhas, as pessoas diziam que este ofício teria se extinguido. Também explicou da estratégia Rede Cegonha³⁶, dizendo que o município teria

34 Informações dadas pelas mulheres participantes da pesquisa.

35 Modo como uma participante se referiu aos documentos gerados no hospital sobre o nascimento de seu filho. Ela não soube me explicar que papéis eram esses e para que serviam. Não pude verificar esta questão.

36 O Rede Cegonha é “É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna

aderido à Rede e estava no processo de desenvolvimento das ações desta. Mesmo assim, não foi observada nenhuma alusão ao programa do governo, enquanto estava na ilha.

Vida Religiosa

Com relação às características religiosas da vila, apesar do crescimento das igrejas evangélicas, as pessoas são predominantemente católicas. A igreja católica está presente na vila desde o século XVII – 1626 – data de construção da igreja mais antiga da vila. Também existem dois terreiros de candomblé, que contam com seus adeptos – não saberia dizer desde quando os terreiros existem na vila. Muitos moradores são religiosos e frequentadores da igreja católica e dos terreiros de candomblé. A coexistência de várias religiões não é um problema para as pessoas.

A igreja católica exerce importante papel social na vila, reunindo muitos moradores várias vezes ao ano, nas datas comemorativas, com procissões, missas, rezas, terços, bingos, etc. Muitos esforços foram empregados para angariar recursos financeiros da população e terminar a restauração da antiga igreja. Há alguns anos a igreja fora fechada para reforma e a obra ficou inacabada. Então a população local se reuniu e buscou angariar fundos para finalizar a obra e continuar suas celebrações religiosas com a igreja principal reformada e pronta. No final do ano de 2013 a igreja foi reaberta para a alegria dos fiéis.

Vida política local

As relações políticas estão difusas no dia-a-dia da vila. Os políticos e candidatos são compadres, irmãos, primos, vizinhos. Não importa muito a legenda do partido político dos candidatos e a campanha não se faz por meio de programas e propostas de governo. A política está fundamentada principalmente nas relações de confiança e consideração estabelecidas e atualizadas ao longo do tempo entre as pessoas. Em uma região pequena de poucos eleitores, torna-se fácil saber quem vota ou votou em quem. Assim, os votos são dados por conta dos laços pessoais e em troca de favores, cargos políticos, empregos, benefícios, auxílios, etc.

e densidade populacional.” Texto do site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php Acessado em 10/12/2014. Por outro lado, a estratégia é alvo de críticas por parte de setores de movimentos feministas, que indicam uma “volta” ao modelo assistencial materno-infantil naquilo que se caracteriza como saúde da mulher. Este modelo assistencial foi duramente criticado nos anos 80, resultando na elaboração do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Outra das críticas ao Rede Cegonha, é de que a estratégia não conta com a possibilidade de atenção ao abortamento. Para mais detalhes, ver entrevista com Télia Negrão, em abril de 2011, publicada neste site: <http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html>

Época de eleição é época de brigas e discórdias entre as pessoas. Depois de eleito o prefeito e recompostas as secretarias municipais, é hora de recompor os quadros de funcionários da prefeitura nas vilas e rever os cargos que as pessoas ocupam. Este momento é um momento de grande tensão entre os moradores da vila, já que ser a favor ou contra a atual gestão pode impactar diretamente na manutenção ou não do emprego, pois nesta região, 'política e trabalho' são dois elementos imbricados entre si (SIQUEIRA, 2006).

Siqueira (2006) que, através de um estudo etnográfico, analisou as relações entre política e os grupos culturais de Zambiapunga³⁷ da região, coloca que:

A concepção nativa de política é bastante polissêmica. Significa as eleições, funciona como sinônimo para o grupo político que ascende ao poder (“mudou a política”) e, é também, como apontou Marcio Goldman (2000: 318), a partir de uma concepção presente em seu universo de pesquisa, tudo aquilo que os políticos fazem, isto é, trata-se de uma atividade e não de um domínio. Essas atividades, além de estarem ligadas às barganhas, aos roubos, às rasteiras, disputas e brigas por recursos, poder ou terras, são recorrentemente ligadas à atividade de oferecer coisas. Não somente no período das eleições, apesar de considerado mais freqüente, mas também ao longo dos outros anos que não o da política, ainda que o próprio político não esteja exercendo um cargo municipal (SIQUEIRA, 2006: 84).

A “política” é freqüentemente mencionada no Riachão. Com a política, ou por conta dela, as pessoas ascendem, conquistam ou perdem seus cargos de emprego. Também é através da “política” que muitas pessoas explicam as desavenças, por conta de apoios que se fazem para um ou outro candidato, ou por vantagens obtidas devido à proximidade que se possa ter com um ou outro político.

Nas relações “políticas” é possível ainda incluir os processos de organização local, entre os trabalhadores – marisqueiras e pescadores – da vila para tomarem decisões coletivas sobre assuntos de interesse coletivo. Até 2009, segundo Santos *et. al.* (2009), a população de Riachão se mostrava bastante engajada na organização política. Quando estive em campo, pude constatar que as pessoas ainda se organizavam coletivamente. Ainda que este engajamento estivesse mais disperso e menos intenso, haviam processos de regularização de entidades locais. Naquele ano, 2013, ainda estava em curso um importante processo de formação e mobilização política, incentivado por parte da Petrobrás para dar continuidade às

37 Zambiapunga é uma manifestação cultural, de séculos de existência, própria desta região da Bahia. Nas madrugadas de dias comemorativos, especialmente dia dos padroeiros de cada localidade, as pessoas saem às ruas mascaradas, com roupas e chapéus coloridos, em caminhada pelas ruas, tocando instrumentos que são derivados de ferramentas de trabalho em lavouras, como enxadas. Também são usados tambores, cuícas, e buzios. Contam que é um legado do povo banto, africano (Ver: <http://portal.mda.gov.br/feirars/paginas/Zambiapunga> Acessado em 25/02/2015 e SIQUEIRA, 2006).

medidas de compensação socioambiental que lhe são exigidas pelo IBAMA. As questões fomentadas e motivadoras de debate giravam em torno das decisões que deveriam tomar, coletivamente, acerca da casa do pescador.

A casa do pescador fazia parte das devolutivas exigidas à Petrobrás, desde 2009, por razão da exploração de gás natural na região. Riachão teria direito a cem mil reais, investidos em algum projeto que a comunidade decidisse. Ocorreram intensos debates até que concluíram que o investimento seria feito na construção de uma casa dedicada ao trabalho cooperativo entre todos: marisqueiras e pescadores. Lá, os produtos da pesca seriam beneficiados e armazenados, permitindo que as marisqueiras e os pescadores pudessem, organizados em uma cooperativa, eliminar o papel do atravessador. Em 2013 a casa do pescador ficou pronta e junto com a entrega da casa, o grupo responsável por executar as atividades de formação política, deveria incentivar a comunidade a elaborar projetos conjuntos de fortalecimento comunitário. Porém a casa entregue foi um espaço de convivência, que não possibilitava nem o beneficiamento nem o armazenamento dos produtos da pesca. Os moradores fizeram várias reuniões para pensar o que fariam com aquela casa, já que o resultado não era o mesmo do projeto inicial e elaborar os projetos para que pudessem, ao mesmo tempo, criar organicidade política e usufruir a casa da melhor maneira possível. Neste período de reuniões, pude observar a participação política de uma parte da população. Mesmo assim, alguns pescadores e marisqueiras estavam menos engajados nesta questão, em comparação ao início deste processo em 2009. Uma moradora, marisqueira, que era minha vizinha me disse um dia que a convidei para a reunião: *“Eu não quero mais me envolver nisso porque isso aí é só pra uns, pra política. [...] Eu já fui muito nessas reunião aí... Hoje não quero nem conta!”* Enquanto acompanhava a entrega da casa, a população estava se reorganizando e regularizando a associação de moradores da vila, e a associação quilombola, com vistas a ocupar o espaço, compartilhando-o com a entidade trabalhista. Porém, até 2014 as duas últimas entidades não haviam finalizado o processo de regularização.

A atenção à saúde na vila, também sofre influência da “política”, seja no atendimento dado, seja no acesso a algum exame ou procedimento cirúrgico – já que é bastante comum as pessoas recorrerem àqueles que estão na “política” para viabilizarem aquilo que não poderiam viabilizar sozinhos em termos de serviços de saúde. Relações como estas, onde se barganham favores, auxílios e até mesmo direitos, são recorrentes no Riachão.

É neste contexto que inserimos a análise e identificamos o Estado como um sujeito presente nas relações sociais, importante no processo reprodutivo local. Neste caso, sendo os

serviços de saúde compostos por pessoas que estão inseridas nas mais diversas relações sociais, sujeitos de complexidades biopsicossociais que podem, ou não, produzir e reproduzir desigualdades, discriminação, inclusão ou exclusão social, a relação feita no processo analítico refere-se ao modo como o Estado surge, sendo representado por essas pessoas que, por sua vez, estão associadas à imagem do aparato burocrático-institucional (ou seja, o Estado), ao estabelecerem relações e interações com a população usuária dos serviços de saúde. Como veremos, por um lado promove melhores condições de vida e, por outro, especialmente nas interações inter-pessoais, mantém assimetrias de poder, que produzem relações como estas, revelando heranças de patronagem e clientelismo³⁸ ainda presentes, entranhadas naquilo que costumam chamar de “política” e influenciando na vida cotidiana.

No conjunto destas descrições, é possível constatar, portanto, que a população do Riachão atravessa um processo de transformação social, de expansão, de aumento de acesso aos serviços, às tecnologias e informações, aos benefícios sociais, e dispositivos de infraestrutura urbana, ao mesmo tempo em que se encontra em um contexto de desigualdades e exploração do trabalho herdados do regime de escravidão. O processo de transformação remete às dicotomias que informam sobre noções de “modernidade” e “desenvolvimento”. Os significados carregados por estas dicotomias subjazem atitudes e comportamentos dos sujeitos que engajam com os moradores e anunciam conseqüentemente desigualdades e diferenciações: de raça/cor; de classe; de saberes.

Mesmo próxima dos polos turístico e comercial, as pessoas do Riachão participam como mão-de-obra explorada. Também sobrevivem, em sua maioria, do trabalho braçal, com a pesca, a mariscagem e a extração da piaçava. Simultaneamente, a população conta com serviços e auxílios do Estado em múltiplas arenas (saúde, renda, infraestrutura etc.), estabelecendo uma relação cotidiana de dependência. Esta relação tutelar proveniente do Estado pode exercer ao mesmo tempo, controle e cuidado para com a população de Riachão, e conseqüentemente, também marca as experiências em torno do processo reprodutivo.

38 As noções de patronagem e clientelismo carregam vasta discussão no âmbito das ciências sociais e historiografia do processo de formação social do Brasil (CARVALHO, 1997; CUNHA, 2006; GRZYNSZPAN, 1990). Em linhas gerais, patronagem e clientelismo dizem respeito às relações verticais travadas por desiguais, numa assimetria de poder, expressa por trocas desequilibradas, onde uma pessoa pode angariar proteção, auxílio, serviços, empregos, enquanto troca por lealdade, serviços e até mesmo votos (GRZYNSZPAN, 1990:1). Em nosso estudo, podemos ampliar esta discussão e pensar as trocas também em termos de 'consideração'. Tratam-se de relações personalizadas, nas quais o elemento do afeto também pode ser acionado, vinculando as pessoas, no caso, através da 'consideração'.

4. O Estado no contexto de desigualdades do Riachão

Este capítulo serve para demonstrar como o Estado está presente na vila do Riachão, sendo um dos principais sujeitos de intervenção, próximo nas relações da vida social local. Como já emergiu no capítulo anterior, sua presença revela-se nos modos de organização da vida prática cotidiana. Faz-se presente de uma forma múltipla e dispersa. Veremos, nesta tese, como a reprodução – especificamente a gravidez, parto e puerpério – está constituída nesta presença, e para tal, faz-se necessário recuperar os processos pelos quais as pessoas se relacionam com as agências estatais, bem como as contradições que emergem nas suas interações. Destaca-se nesse capítulo que o Estado, ao mesmo tempo em que oferece cuidado, viabilizando a melhora de condições de vida da população local, também sustenta e mantém desigualdades de poder historicamente constituídas no país, que exercem importante influência na vida cotidiana dos moradores do Riachão, provocando violências, reforçando assimetrias e vulnerabilizando a população.

Como já fora explicitado, esta formação social foi marcada pelas relações de exploração do trabalho escravo, estabelecidas desde o período colonial, na região. Remanescente de quilombola, a população de Riachão se manteve e se mantém até hoje, com a extração de recursos naturais – a pesca e a piaçava. O desenvolvimento do município que abriga a ilha teve seu período de proeminência na colonização até começo do século XIX, quando Valiosa passou a ocupar espaço de destaque na região. Já na metade do século XX, o município experimentou a estagnação até que novos recursos tornaram a movimentar a sua vida econômica e desenvolvimento. Riachão, inserido neste processo, teve sua história plasmada pelas dificuldades de seu povo, pelas relações assimétricas com o senhorio de terras e a servidão característica das antigas relações de trabalho, em condições de pobreza, de difícil acesso aos recursos e infraestruturas. Realidade que vem se transformando.

Considerada, em diversas manifestações, uma ‘comunidade tradicional de pesca e mariscagem’³⁹, localizada em uma área de proteção ambiental, Riachão (assim como outras vilas do município) tornou-se alvo de diversas pesquisas, intervenções ambientais e ecológicas, de universidades. Alguns destes projetos visavam construção e gestão sustentável de criatórios de ostras e outros pescados, além de outras formas de geração de renda para a

39 Modo pelo qual Riachão é referenciado em monografias, dissertações, relatórios e laudos ambientais sobre a área (FISCHER, et.al. (Org), 2007; SANTOS, et.al., 2009; ESTEVES, 2007; FRANCO, 2002; ICÓ, 2007; MENDES, 2002; PETROBRÁS, Relatório RIMA – Consórcio Manati, 2003; entre outros).

população⁴⁰. Da mesma forma, desde que a expressão “população tradicional” tem se disseminado pelo Brasil, nos anos 90 (VIANNA, 2008), o Estado brasileiro tem buscado incorporar a noção de 'tradicional' para elaborar normativas e políticas públicas (FERREIRA, 2013), o que tem contribuído tanto para a preservação ambiental e cultural quanto para garantir (ou viabilizar a garantia) a permanência destes povos em determinados territórios⁴¹, simultaneamente em que fundamenta um ideal modernizador de outras políticas e ações governamentais que incidem sobre estas populações.

A população conheceu e experimentou, com algumas das intervenções e projetos, diversos meios de angariar recursos, o que ajudou na melhora dos níveis de vida em geral. Este processo de transformações também foi impulsionado pelo crescimento econômico de Visconde e seu projeto de desenvolvimento em curso, apoiado por agências internacionais, que objetiva fazer do município uma referência global em termos de desenvolvimento urbano e comercial, a partir dos fundos arrecadados com os *royalties* da exploração de gás natural (NETO, 2013).

O Estado faz parte da vida das pessoas de diversas formas: na organização do trabalho, que envolve a regularização trabalhista, os direitos e benefícios provenientes desta; na exigência do IBAMA à Petrobrás do programa de compensação socioambiental devido à plataforma de exploração; nas iniciativas de benefícios sociais por parte da prefeitura; na distribuição do Programa Bolsa Família⁴² (PBF), além de outros dispositivos de infraestrutura urbana como a Unidade de Saúde do Programa Saúde da Família (PSF), a escola, a creche, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a sede do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Os pescadores e as marisqueiras recebem o ‘defeso’⁴³, bianualmente.

40 Como o caso do MarSol – Maricultura Familiar Solidária. Um projeto de pesquisa-ação realizada em algumas localidades do Baixo-Sul. Este projeto de trabalho foi coordenado em 2009 pela pesquisadora e amiga que acabou me apresentando Riachão, anos depois. Informações sobre o projeto estão disponíveis em: <http://marsol-ufba.blogspot.com.br> Último acesso no dia 24/04/2013.

41 Guardadas as ressalvas a respeito dos limites e desafios enfrentados até hoje acerca de reconhecimento de terras indígenas e quilombolas em todo território nacional, principalmente no enfrentamento dos interesses políticos e econômicos de setores ligados ao latifúndio ou mesmo da expansão de empreendimentos imobiliários, temas dos quais não é nosso objetivo tratar aqui.

42 O programa Bolsa Família faz parte de uma política de transferência de renda colocada em prática no Brasil desde 2004. Trata-se de uma renda mensal destinada às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com vistas à promoção de mobilidade social, instrumentalizando as famílias para elevarem suas condições materiais de existência. O auxílio é dado preferencialmente às mulheres da família, geralmente as mães. A manutenção da bolsa depende das condicionalidades que são as exigências de frequentar o serviço de saúde e manter em dia as carteiras de vacinação dos filhos, além da manutenção das crianças na escola. Informações em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>

43 Segundo o Ministério da Pesca e aquicultura, “o defeso é uma medida que visa proteger os organismos aquáticos durante as fases mais críticas de seus ciclos de vida, como a época de sua reprodução ou ainda de seu maior crescimento”. Assim, o governo federal desenvolve uma estratégia para assegurar o período do

As mulheres, por sua vez, podem receber o salário maternidade⁴⁴, via previdência social, quando registradas como profissionais da área, há mais de dez meses. Entre 2006 e 2008 o governo federal também empreendeu a construção de casas populares para as famílias nativas, substituindo as casas antigas de barro por casas de alvenaria, ou de 'blocos', como dizem localmente (SANTOS *et. al.*, 2009).

A partir da etnografia, fica claro que, para os moradores, a presença do Estado tem papel central numa melhoria da qualidade de vida das pessoas. Embora não digam nestes termos, sempre pontuam as mudanças positivas desde que algumas medidas foram realizadas, sobretudo protetivas, através da seguridade social (Saúde, Assistência e Previdência Social). Perto de completar dois meses de campo, pedi a uma profissional do posto de saúde, Júlia, para que me levasse na casa de algumas mulheres grávidas e puérperas que eu não conhecia. No caminho eu perguntei como era a vida na vila, na opinião dela.

“[...] já foi pior! Hoje em dia as pessoas não passam mais por dificuldades como antes. Hoje as pessoas conseguem se virar bem porque tem muitos benefícios. Com o Bolsa Família, o cheque solidário e com a colonização também” (NC).

Um dos elementos da organização social do Riachão referidos por Júlia está relacionado à dimensão do trabalho. Como Riachão é uma comunidade de pesca, a maioria da população trabalha com esta atividade. Para regularizar o trabalho de pesca e de mariscagem, a população conta com a colônia, que é uma das instituições responsáveis por viabilizar o defeso, entre outros benefícios trabalhistas.

As Colônias de Pescadores, as Federações Estaduais e a Confederação Nacional dos Pescadores foram reconhecidas, pela Lei nº 11.699, de 2008, como órgãos de classe dos trabalhadores do setor artesanal da pesca. Cabe às Colônias, às Federações Estaduais e à Confederação Nacional dos Pescadores a defesa dos direitos e interesses da categoria, em juízo ou fora dele, dentro de sua jurisdição⁴⁵.

A colônia de pescadores atua como um sindicato da categoria dos pescadores e das

defeso sem pesca e garantir o sustento dos trabalhadores que vivem desta atividade de forma individual ou em regime de economia familiar. Para tanto, impede-os de pescar neste período. Enquanto estão proibidos por lei de exercer suas atividades, os pescadores profissionais recebem mensalmente um auxílio financeiro, chamado “seguro defeso”, na quantia de um salário mínimo. Disponível em: <http://www.mpa.gov.br/index.php/pescampa/seguro-defeso> Acessado no dia 09/11/2013.

44 Para maiores informações ver: http://www.dataprev.gov.br/servicos/salmat/salmat_def.htm Acessado no dia 12/03/2015.

45 Texto do Portal do Trabalho e Emprego – Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/cecp/> Acessado no dia 24/04/2013.

marisqueiras. Esta organização tem abrangência municipal, sendo apenas uma colônia para todo o município. As colônias de pescadores, desde sua criação – no início do século XX – estiveram atreladas ao Estado, como instituições que regulamentavam o trabalho pesqueiro, além de vincular os trabalhadores da pesca artesanal aos interesses da Marinha de fomentar recursos humanos (RAMALHO, 2014). Segundo Ramalho (2014: 32), as Colônias eram evidências da “*existência de projetos sociopolíticos e econômicos vinculados a teses nacionalistas e a ideia de modernidade, nos quais o controle político e a formação de uma força de trabalho que atendesse os interesses da Marinha e empresariais tiveram destaque*”. Foi na Constituição Federal de 1988 que estas entidades tornaram-se entidades trabalhistas autônomas, não mais sob o controle do Estado. Mesmo assim, seu histórico evoca à população local uma relação bastante próxima com o Estado, com o governo. Por exemplo, para a mãe de Isabela. Esta conexão era comumente feita entre as pessoas na ilha, dado que o processo histórico de formação das colônias demonstra esta vinculação com o Estado até a Constituição de 1988. Além disso, é através do processo de *colonização* que as pessoas podem acessar seus direitos trabalhistas, regulamentado pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), como o defeso, a aposentadoria, o auxílio maternidade e aposentadoria por invalidez. Assim, esta entidade tem papel central na organização social, junto da Associação de Marisqueiras e Pescadores de Riachão que tem a mesma função de entidade trabalhista da categoria⁴⁶.

Outro ponto abordado por Júlia foi o PBF, programa do governo que tem como meta contribuir para a superação da pobreza e para a mobilidade social, a partir de três eixos principais, quais sejam a transferência de renda; o reforço do acesso das famílias aos serviços básicos em educação, saúde e assistência social; a integração com ações e programas complementares (LAVERGNE, 2012). Trata-se hoje do maior programa de transferência de renda no mundo. As condicionalidades do programa impostas à população beneficiária é que garantem a vinculação das pessoas com o serviço de educação e saúde, principalmente. Deste fato, alguns estudos apontam melhoras das condições de saúde da população beneficiária,

46 As duas instituições possuem posicionamentos políticos diferentes. A associação tem como presidente um senhor nativo de Riachão que também ocupa o cargo de superintendente da pesca no município e tem boas relações com a gestão municipal vigente. O presidente da colônia mora em Visconde e, segundo relatos locais, não tem a mesma orientação política dos gestores em exercício da prefeitura. Mesmo assim, tanto o representante da associação como da colônia disseram que nos assuntos referentes aos direitos trabalhistas ambos trabalham em conjunto. Em cada vila um representante da colônia se encarrega dos afazeres com a população local. Através destas instituições os moradores angariam os direitos, como aposentadorias, auxílio maternidade, defeso, entre outros. É a chamada “*colonização*”. As pessoas que são colonizadas (ou associadas) acessam estes direitos com mais facilidade.

demonstrando, por exemplo, que as taxas de mortalidade de menores de cinco anos diminuíram na medida em que cresceu a cobertura do programa (RASELLA, 2013).

Segundo muitos moradores, o PBF provocou uma importante ajuda de melhora na vida social do Riachão também. Este discurso está presente em toda a vila. Em uma das visitas à Ângela (participante da pesquisa), encontrei outras duas moças jovens que já eram mães. Conversamos sobre suas experiências e condições de vida. Mais uma vez fora colocado o assunto:

Ela voltou a falar de suas dificuldades: “eu como agora, pensando no que eu vou comer de noite, aí até de noite aparece alguma coisa pra fazer... porque Deus é maravilhoso.” Déia disse: “É... a vida de Ângela é muito difícil. Difícil, difícil mesmo.” E Ianá complementou: “aqui você vai encontrar um bocado de gente aqui nessa situação!” Déia completa: “se não fosse esse Bolsa Família...” (NC).

A presença do Estado, nestas dimensões da vida local, promove a melhoria das condições de vida da população. No caso da Bolsa Família (BF), as condicionalidades que garantem o vínculo das pessoas aos setores de saúde e educação podem ser exemplos: são importantes meios de articulação intersetorial para a melhoria dos níveis de vida da população beneficiária, como demonstram os estudos de impacto sobre as condições de saúde destas pessoas, além dos próprios relatos locais. Simultaneamente também inserem a população em processos de normalização de suas condutas, com base nos discursos de ordem científica – contribuindo para a difusão ideológica da idéia de “modernidade” – dado que vinculam necessariamente as pessoas ao serviço de saúde e seus programas de ação, como Planejamento Familiar, Pré-Natal, Vacinações, entre outras ações de saúde pública, concernentes à biopolítica.

Vale sinalizar que as políticas sociais, através das quais o Estado intervém na sociedade, expressam justamente os efeitos das contradições emergentes do modo de produção capitalista, configurando-se em medidas e ações que possam atenuar as conseqüências destrutivas deste como o aprofundamento das desigualdades estruturais e a sistemática redução de condições favoráveis da vida social comum. Assim, o Estado⁴⁷

⁴⁷ Entenda-se aqui, o Estado capitalista como uma forma organizada de relações de classe que possui um modo de funcionamento, constituído por forças sociopolíticas e pela materialidade das instituições. Deste modo, para além de um conjunto de organismos e aparatos institucionais, o Estado também é um campo de poder, onde as relações de força estão em interação e disputa que acabam por orientar o sentido de tal ou qual medida, ação, programa, política, etc (FLEURY, 1994). Este mesmo fator também leva-nos a ponderar as diferenças em níveis e formas de atuação nos quais o Estado aparece como sujeito no processo reprodutivo, tal qual se propõe discutir neste trabalho. De um modo, emerge como agente promotor de políticas sociais que proporciona,

capitalista se configura como um instrumento de mediação das relações sociais e o interlocutor dos setores subalternos, na manutenção da ordem, na organização do consenso e nas medidas necessárias à constituição de hegemonia (FLEURY, 1994). Deste modo os processos de normalização, regulação e controle de condutas, como possível contrapartida das políticas sociais, podem ser compreendidos dentro desta dinâmica que envolve as relações entre o Estado e o corpo social. O próprio processo de modernização da região em operação torna possível a compreensão do momento vivido na história do desenvolvimento capitalista atual para esta região bem como a importância das intervenções do Estado nas relações sociais que a constitui.

O efeito normalizador e determinante das experiências reprodutivas, produzido por programas de transferência de renda, fora observado para povos indígenas no México, a partir do Programa Oportunidades – análogo ao Bolsa Família no Brasil. Smith-Oka (2013), em seu estudo sobre os impactos do Oportunidades para as vivências de maternidade em um grupo indígena no México, sinaliza que ao mesmo tempo em que o Programa teve substancial impacto positivo nas condições de vida, este trouxe consigo uma série de normalizações que incidem principalmente nos corpos e comportamentos das mulheres a partir da disseminação de “práticas modernas”, que acabavam por destituí-las de autonomia e poder sobre seus corpos, saberes e decisões na vida reprodutiva (SMITH-OKA, 2013: 185).

No caso do Riachão, ainda que não se trate de população indígena, a conceituação de “população tradicional” também traz consigo noções que remetem a um modo de vida “primitivo” e, portanto, “não moderno”, como já discutido. Esta imagem contribui para a intensificação de atitudes, da parte de trabalhadores, sobretudo, da instituição de saúde que visam à modernização das práticas e comportamentos da população. A gerente da unidade de saúde local foi bem clara, quando contou dos limites e desafios de seu trabalho, já que era muito difícil educar uma população tão “*pouco esclarecida*” como era aquela atendida na unidade. No que diz respeito ao Bolsa Família, cuja abrangência no Riachão é tão extensa,

indubitavelmente, as melhorias das condições de vida da população estudada, ao mesmo tempo em que garante a manutenção das relações de poder na estrutura de classes, constrói a hegemonia e mantém a ordem social. De outra forma, se apresenta como sujeito nas interações e relações estabelecidas entre população usuária – principalmente mulheres – e os serviços de saúde. E então, em dois níveis: no nível da interação interpessoal – profissionais e trabalhadores dos serviços e usuários – e no nível organizacional/burocrático – a instituição do setor saúde e os usuários deste sistema. No primeiro caso, como já fora sinalizado anteriormente, trata-se de pessoas que interagem e manejam toda complexidade das/nas quais são/estão constituídas, operando diversos conceitos e valores que carregam consigo. Ainda que a associação das instituições com a figura do Estado seja mais acessível, por ser este facilmente atrelado à institucionalidade, também nas interações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde os primeiros acabam por se conformarem representantes estatais, personificando sua figura nas relações que estabelecem ao longo do processo reprodutivo, sobretudo com as mulheres que o vivenciam.

somadas às políticas de saúde, Amélia Cohn (2012) faz uma ponderação, relevante para este debate. Segundo a autora, o Programa Bolsa Família traz consigo um grande desafio, próprio do perfil de políticas sociais assumidas no Brasil desde 2002.

[...] tanto as políticas de saúde como as de assistência social, como também o Bolsa Família, nos seus perfis atuais representam o Estado saltando para fora dos muros dos seus respectivos equipamentos sociais e adentrando a casa das pessoas. Isso significa que a esfera privada da vida social dessas famílias fica exposta às ações do Estado. E esta intromissão é realizada tendo o Cadastro Único como um dos principais instrumentos para nortear a implementação dessas políticas e programas. Reúnem-se nele informações sobre cada família cadastrada. Com isso pretende-se que constitua uma ferramenta para imprimir maior racionalidade e eficiência às políticas públicas, já que o objetivo é que seja utilizado por todas as áreas setoriais dos governos. Contudo, essa nova dinâmica, ou esse novo modo de executar políticas e programas sociais, traz consigo o outro lado da medalha: essas políticas e programas, tais como Saúde da Família (PSF) do Sistema Único de Saúde, o Programa de Atenção Integrada à Família (PAIF), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o próprio PBF, ao mesmo tempo em que estendem o acesso e a oferta dos serviços básicos a segmentos sociais até então não atingidos por eles, propiciam ao Estado (incluídas aí as três esferas de governo) o domínio de informações da esfera privada das pessoas – pobres – e com isso a possibilidade de ele, através dessas políticas e programas, normatizar o seu comportamento. Há pesquisas recentes que apontam a resistência de mulheres vivendo em situação de vulnerabilidade social para aderirem ao Bolsa Família e ao Saúde da Família por não quererem ter suas vidas “vasculhadas” e “registradas” em fichas, o que interpretam como perda de sua privacidade e dignidade. (COHN, 2012: 30-31)”

Por outro lado, as condicionalidades do programa não assumem, de acordo com a autora, um caráter punitivo, o que pode explicar o fato de que as mulheres locais raramente sinalizavam uma relação entre o BF e suas frequências aos serviços de saúde. Igualmente, a normalização biomédica e espraiamento de práticas medicalizadas nos comportamentos em torno das experiências reprodutivas não foram tão ostensivamente observadas nas práticas locais do Riachão, como fora na região indígena mexicana. Apesar da frequência nos serviços de saúde, do acompanhamento de pré-natal e da vacinação atualizada das crianças serem imposições às mulheres, nunca me sinalizaram esta associação direta entre suas práticas com os cuidados à saúde e o BF, além de que os seus comportamentos e práticas de cuidado cotidianos oriundos do conhecimento prático e local, em torno da gestação e puerpério, revelam uma interação dinâmica com os conhecimentos e técnicas da biomedicina, como veremos nos capítulos 5, 6 e 8.

Além destas, outra medida já citada também contribui para melhoria dos níveis de vida

local e conforma o processo de transformações pelo qual passa Riachão: a ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF) – uma estratégia de reorientação da Atenção Básica do MS, desde 1994, implantada no Brasil para modificar o modelo de atenção hospitalocêntrico, elegendo como pontos centrais o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais e a população (SCOREL *et. al.*, 2007; CAMPOS & HOFFNAGEL, 2006). É operacionalizada com equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde responsável por acompanhar um número definido de famílias em uma área geográfica delimitada. Ainda, bem coordenadas, as ações conjuntas do PBF com PSF, podem resultar positivamente na redução de mortalidade infantil (RASELLA, 2013). A cobertura do PSF foi ampliada no município após 2004. Também na área da saúde, os investimentos com a aquisição de lancha rápida e a Casa de Apoio de Visconde, afetaram diretamente a vida dos locais, sobretudo no que diz respeito à locomoção e acesso à atenção hospitalar, desde 2010. No que diz respeito à reprodução, estas medidas contribuíram para consolidar o acesso ao parto hospitalizado e, neste caso, o hospital simboliza um ambiente central onde as mulheres estabelecem relações com o Estado diretamente, como aquele que lhes fornecerá cuidados, estando representado nas figuras da instituição e dos profissionais.

Em um estudo sobre o processo de urbanização de cidades brasileiras e a conseqüente periferização, Holston (2013) faz uma ampla discussão sobre as noções de cidadania que permeiam a história política brasileira. Segundo o autor, embora o Brasil tenha constituído sua nova democracia nos termos de uma constituição cidadã, esta cidadania ainda não se expressa totalmente na vida cotidiana das pessoas, uma vez que não se restringe à participação política, mas também ao acesso e distribuição de direitos. O autor identifica o que ele chama de disjunções da cidadania: *“a coincidência da política democrática com a violência disseminada e a injustiça contra os cidadãos”*. Explica que havia no país um tipo de cidadania que era entrincheirada, por promover e manter desigualdades. Com o processo de urbanização e a emergência de novos sujeitos na cena política, a democratização desde os anos 80 se constituiu nas bases de uma cidadania universal, mas que manteve desigualdades – por não se aplicar na distribuição de direitos sociais formalizados no Brasil desde a constituição⁴⁸. A cidadania consolidada seria, na visão de Holston, uma cidadania *“desde o*

48 Mesmo assim o autor considera que a nova constituição ainda é um poderoso agente de mudanças justamente por ter sido originada no calor de reivindicações populares pela democracia. A análise é extensa e bastante minuciosa, porém trata, sobretudo, de contextos urbanos e de atores políticos nascidos das periferias urbanas em torno da autoconstrução de residências. Na medida em que os indivíduos constroem a periferia, constroem a cidade e tornam-se sujeitos de direitos, cidadãos insurgentes. Não cabe explorar este trabalho aqui, mas apenas pontuar sobre os limites ainda persistentes de nossa democracia, quando

início universalmente incluyente na afiliação e maciçamente desigual na distribuição” (HOLSTON, 2013: 397 e 400). Para além desta questão o autor ainda aponta os problemas do sistema judiciário que aparentemente dificultam a realização plena dos direitos dos de baixo.

Esta discussão nos interessa ao discutir o contexto de desigualdades e os limites que as pessoas da vila encontram para acessar serviços – ainda que já tenham acesso a uma variedade destes. Como Holston notou, esta desigualdade promove o estabelecimento de ambíguas relações entre as pessoas em seus cotidianos. Pior, promove a manutenção do sistema: por um lado, diante da dificuldade de acessar algum serviço, recorrem a conhecidos que podem viabilizar aquilo que não conseguiriam sozinhas; por outro lado, este recurso ao qual as pessoas lançam mão, também contribuem para a manutenção deste estado de coisas e das assimetrias de poder.

A população do Riachão tem experimentado a ampliação do acesso aos serviços, ao mercado consumidor, além das tecnologias e saberes. Tais transformações têm no Estado, o agente principal de fomento. Mesmo assim, a persistência de desigualdades e hierarquias sociais salta aos olhos ao observar a realidade de Riachão, nos processos de busca e oferta de cuidados à saúde, nas histórias cotidianas de moradores, nas relações sociais, e no acesso a determinados direitos. De acordo com seus relatos, por muitos anos as pessoas viviam com mais dificuldades em termos de recursos, renda e infraestrutura – realidade que tem mudado ao longo dos anos. No entanto, tais mudanças ainda não apagaram a desigualdade nem garantiram amplo acesso aos direitos reconhecidos no Brasil pela constituição vigente.

Algumas breves histórias de situações presenciadas ou narradas em campo servem para ilustrar este contexto, para deixar mais claro as relações de poder nas quais as pessoas estão implicadas no dia-a-dia da vila, e para documentar as dificuldades de acesso a direitos como a saúde, bem como as influências que a política e as relações de patronagem podem exercer na vida das pessoas.

4.1. A luta pelo diagnóstico de Amália

Amália tinha cinco anos quando sua irmã Renata nasceu. A conheci no dia 20 de fevereiro de 2013, no posto de saúde local quando ela foi acompanhar sua mãe Flávia (participante da pesquisa), que estava recém-parida e a irmã Renata recém-nascida para tomar alguma vacina. Amália tinha um galo na cabeça. Perguntei o que era e ela contou que estava

brincando com a prima, caiu e não se lembra de mais nada. Desde então estava com aquele galo e que não havia melhorado, mas ninguém sabia porquê. No dia seguinte fui visitá-los e Flávia me contou que se mudou para o Riachão com o marido porque Amália ficou doente cerca de um ano antes. Teve uma bactéria que a deixou sem andar por três meses. Então decidiram se mudar porque a assistência à saúde do Riachão era melhor, e a garota, depois que voltou a andar, precisava de fisioterapia, serviço que é ofertado na vila.

Um mês depois eu soube que a família havia descoberto o que era aquele machucado de Amália. Neste ínterim o médico abriu o galo para ver se diminuía, o que não aconteceu. Além de não cicatrizar a ferida, o galo teria crescido. Quando estive em sua casa, me contaram que Amália teria fraturado o crânio, a ferida fez sair massa cefálica e não conseguia estancar o sangue. Mesmo com o machucado, a garota não sentia dores, corria e brincava tranquilamente pela casa. Flávia estava cansada de tanto procurar médicos, fazer exames com Amália em Valiosa. Procurou médicos do SUS, e depois foi a um médico particular, que descobriu a fratura da garota. Precisava encontrar um neurocirurgião, para saber o que era possível ser feito. Flávia foi a Visconde para saber como encontrar o médico e voltou com a notícia de que teria que esperar uma vaga em algum hospital de Salvador para que sua filha fosse atendida lá.

Poucos dias depois, Dona Paulina não quis esperar mais, pegou a neta e a levou, espontaneamente ao Hospital do Estado (HE), em Salvador. Quase duas semanas depois fui saber que Amália faria uma série de exames, e estava com suspeita de câncer ósseo. Passaram quase vinte dias no hospital e quando voltaram fui visitá-las, e então pude saber com Dona Paulina como tinha sido o tempo no hospital e o diagnóstico definitivo da menina.

A senhora contou que foi para o HE, sem saber se seriam atendidas ou não. Quando chegaram lá não queriam deixá-las entrar porque não era emergência, já que havia se passado mais de um mês que Amália se machucou. Ela insistiu e *“um moço de preto chegou lá e mandou o porteiro deixar a gente entrar”*. Quando foi atendida contou o caso da neta à pessoa que a atendeu e esta passou a desconfiar de D. Paulina, dizendo que era caso de polícia demorar tanto tempo para ter atendimento e que ela deveria chamar o conselho tutelar. Pressionou D. Paulina, achando que ela estava mentindo e que Amália fosse vítima de maus-tratos. Dona Paulina ficou mal, chorou, e a mulher continuou insinuando que Amália era maltratada. Então Dona Paulina me reproduziu o que respondeu à mulher:

“Olha doutora, se a senhora usa essa camisa por amor, de onde eu venho não, de onde eu venho é por dinheiro! Se a senhora visse nossa

situação... Se a gente fosse uma família rica já tinha pagado um médico, já tinha pagado uma cirurgia pra ela... Mas nós não somos! A senhora não sabe o que é a vida de marisqueira, vida de operário de fábrica, o que vale cada dia de trabalho! O pai da menina que ficou preocupado de não ter uma definição e o machucado não melhorar, então fez um sacrifício danado pra pagar uma consulta particular e o médico disse que ela tinha fraturado o crânio!”

Amália pediu à moça que parasse, que sua avó não a machucou. A mulher parou de interrogar Dona Paulina. Levaram as duas para a pediatria de emergência e naquela sala ficaram por 17 dias. Dona Paulina acompanhou Amália o tempo todo, sentada em uma cadeira, pois não havia cama para ela, enquanto acompanhante. Comentou comigo que elas deveriam ter sido transferidas para a pediatria normal e não ter ficado na emergência, mas ela não reclamou em nenhum momento. Disse que recebeu um bom tratamento no hospital. As enfermeiras e médicas diziam que ela era muito guerreira de agüentar tanto tempo naquela situação. O diagnóstico, por fim, foi câncer ósseo. Depois de algumas semanas marcaram a cirurgia da menina e começaram o tratamento de quimioterapia que durou um ano, aproximadamente. Também descobriram que Amália estava com a bacia quebrada, o que explica o tempo que ficou sem andar. Amália fez o tratamento em Salvador e Dona Paulina acompanhou a menina todo o tempo de tratamento, indo e vindo de Riachão para o HE. Hoje Amália está se recuperando bem, já passado o tratamento não precisa ir à Salvador com tanta frequência.

A dificuldade em descobrir a enfermidade de Amália evidencia uma possível negligência médica, e obstáculos em acessar médicos especialistas pelo SUS. Não obstante, Amália e sua avó também tiveram problemas para acessar a atenção hospitalar, embora conseguissem mesmo assim. Uma vez no hospital, outro obstáculo foi o acolhimento a elas dispensado – com as ameaças judiciais e acusações de maus tratos. Dona Paulina foi responsabilizada pela condição de sua neta, julgada por suposições da pessoa que lhes atendeu. A postura de juízo carregava consigo a premissa de que Dona Paulina era desconhecedora das leis e do modo correto de cuidar de uma criança. Não foi considerado, todavia, o tempo de peregrinação entre médicos do próprio sistema de saúde e a delonga em conseguir atenção especializada. Este caso demonstra ainda as relações de poder em confronto, durante o acolhimento: profissional de saúde, detentora do conhecimento, *versus* Dona Paulina, pobre e “pouco esclarecida”. Dona Paulina entendeu a relação estabelecida e explicitou à profissional essa desigualdade, convicta de sua posição.

4.2. A luta de Dália por uma ambulância para o marido

Era terça-feira quando encontrei Dália (participante da pesquisa) na frente do posto de saúde, pela manhã. Fui cumprimentá-la e perguntei – como de costume – se estava tudo bem. Ela respondeu que, mais ou menos e me contou que seu marido tinha se acidentado na fábrica onde trabalha em Valiosa. Quebrou três dedos do pé, fez cirurgia e está com a perna imobilizada. Na próxima segunda-feira, ele deveria ir ao HE em Salvador, para revisão da cirurgia. Dália estava no posto pedindo à gerente uma ambulância para levá-lo, porque a perna precisava ficar levantada para cima. Quando nos encontramos ela tinha contado do acidente. Neste ínterim, a gerente do posto chegou e disse a ela, que não podia conseguir a ambulância, que somente Dália ou o próprio paciente, deveriam ir até Visconde, fazer uma requisição para a ambulância. Disse à Dália que deveria ter dito com antecedência, assim já estaria reservado. Dália explicou que só havia confirmado a consulta no dia anterior.

Então a gerente disse: *“Eu sei, meu amor! Ai amiga, queria muito poder te ajudar, mas não está na minha alçada, sabe!?! [...] Você vai lá amanhã pra Visconde e faz a requisição”*. Dália: *“tá certo”*. A gerente: *“Você quer ligar lá daqui?”* Dália: *“Não precisa não, obrigada”*.

Dália foi embora e me convidou para uma visita. No dia seguinte, pela noite, troquei a capoeira pela visita. Fui até a casa dela e ela me convidou para entrar. Foi a primeira vez que entrei na sua casa. Seu marido chama-se Luciano. Estava com a perna esticada no sofá. Apresentei-me a ele e perguntei sobre o acidente. Ele contou que a empresa prestou socorro e teve que ir ao HE em Salvador. Conversamos um pouco e logo então Pedrinho chegou. Pedrinho era primo de Dália e o vereador de Riachão em mandato. Ele se sentou no sofá e começou a dizer da reunião que teve na prefeitura. Que foi muito boa, porque *“lavaram a roupa suja”*. Disse que estava tudo resolvido: a lancha levaria Luciano para Valiosa e a ambulância o levaria até Salvador. Que se alguém não quisesse levá-los, que mandassem falar com ele, que eles tinham que fazer isso *“de um jeito ou de outro”*. Então comentou que ele é uma autoridade na vila e precisava ser respeitado:

“Não é querendo me gabar não, que todo mundo sabe que eu sou humilde com isso, mas eu sou uma autoridade aqui e eles precisa me respeitar. Eu disse ao prefeito, olhe, o Senhor, num precisa de oposição. Quem faz a oposição pro senhor são seus soldado. Ta geral, uma insatisfação. É geral na ilha. Mas quem faz isso são seu soldado. É

gente sua. É gente dele! (disse voltando o olhar para nós). Olha, não pode isso! A gente que faz política não pode ser assim. Tem que cair no gosto da população. Tem que trabalhar para o bem da sua comunidade, trabalhar pra sua comunidade, porque se eles gosta de você, você não sai mais. Mas eu disse a ele, olhe, eu to aqui, não fiz campanha pro senhô, mas to aqui trabalhando pro senhô, pra prefeitura. Tô aqui defendendo o senhô. Quero fazer as coisa, pra população gostar desse governo. Não é ele não Dália, é gente que trabalha com ele!”

Ao falar da “gente que trabalha com o prefeito”, Pedrinho se refere às pessoas contratadas em seu governo, que são alinhadas politicamente com esta gestão. Geralmente foram contratados exatamente por isso, por apoiarem a candidatura e o governo atual, como exemplo da gerente do posto de saúde. Para ele, o prefeito perderia todos os votos da comunidade se continuasse a tratar os moradores de lá deste modo. Dizia-nos que, embora não fosse da mesma linha política, queria o melhor para a sua comunidade, sabia que o prefeito não estava ajudando as pessoas de lá e que as pessoas estariam chateadas e desgostosas com as atitudes da prefeitura.

Diante da falta de consideração que o prefeito demonstrava à comunidade do Riachão, muitas pessoas declaravam que não dariam seus votos a ele novamente. Certo dia, uma senhora, em uma viagem de barco à Valiosa me declarou emocionada sobre o prefeito: *“Ele é meu irmão em cristo, mas está fazendo muita coisa errada. Tá deixando o povo todo de lado. Não tá se comportando direito não. Suas atitudes não tão certas”*.

Pedrinho continuou à Dália: *“Eles vão levar e vão trazer de volta. Se der problema manda falar comigo. Não era melhor fazer as coisa numa boa, na boa vontade? Agora se não quiser fazer, vai fazer amarrado. É direito das pessoa. Tem que respeitar e fazer o que é o certo. Não tem esse negócio de ah, não pode... não pode o quê?”*

Dália comentou da conversa que teve com a gerente do posto, que eu presenciei. Depois mencionou o caso de outro senhor que foi atropelado por um trator e também disseram que não podiam levá-lo. Pedrinho contou que quando o prefeito ficou sabendo ficou muito bravo! *“Ele vai, conversa com todos os secretários pra resolver todas as coisas... e tem que ser assim... tem que resolver essas coisa que tá errada. Tem que trabalhar duro, quando tá na política! Se não quiser levar, vai ter que falar isso pra mim. Esse pessoal tem que me arrespeitar que eu sou uma autoridade aqui”* (NC).

Quando Pedrinho foi embora Dália me explicou que quando Luciano se machucou, na hora de voltar do hospital para Riachão, não quiseram levá-la. Dália disse que apenas respondeu à gerente que iria para Visconde porque sabia que não iria. Já tinha *“tomado as*

providências dela”, através de Pedrinho. “*No fim das conta, tem que correr atrás das coisas do nosso jeito mesmo*”, me disse. Por fim, Luciano foi à Salvador com Dália, junto com Dona Paulina e Amália, que continuava seu tratamento na época.

Aqui vemos como burocracias formam barreiras aos mais pobres para acessar serviços. Relações de hierarquia que impedem resolutividade nas instituições, sobretudo destinada aos pobres. Ademais, formas como profissionais das instituições tratam pessoas do Riachão, ilustradas tanto no caso de Dália como a história de D. Paulina, também nos sugerem que suas práticas e comportamentos estão fundamentados naquele ideário resultante da suposta dicotomia tradicional/moderno, atraso/avanço, pobre/rico, ignorante/esclarecido. Aqui, Dália seria aquela que não sabe percorrer os trâmites devidamente para acessar o serviço. Observa-se com esta história como que, na medida em que um direito lhes é dificultado, as pessoas recorrem aos seus próprios subterfúgios para alcançarem. Dália percebe a dificuldade do acesso ao serviço e recorre ao “*nosso jeito*”. Pedrinho, a quem Dália recorreu, ao mesmo tempo em que sinalizava que se tratava de um direito dela, também reivindicava sua autoridade como meio de garantir à Dália o serviço. Este personalismo, tão presente nas relações sociais do Riachão, longe de ser uma expressão cultural de convívio harmonioso entre desiguais (HOLSTON, 2013), acaba contribuindo para perpetuar as hierarquias e desigualdades.

4.3. A morte da Irmã de Susan

Susan tinha uma irmã, Soraia, que morreu há anos atrás. Soraia tinha muitas dores de cabeça e foi a um médico em Valiosa que disse a ela que seu problema estava no útero. Então o médico tirou seu útero. Soraia voltou ao Riachão, mas as dores de cabeça não passaram. Então levaram-na a um médico em Salvador, que a encaminhou para um hospital. A médica do hospital disse que Soraia tinha problemas de cólica renal. As dores de cabeça tornaram-se dores na região abdominal. Fizeram um exame de ultrassom e descobriram que Soraia tinha câncer no baço e não no útero, como o primeiro médico suspeitara. Esperaram quatorze dias até que Soraia foi operada em outro hospital de Salvador. Neste tempo Susan conheceu uma enfermeira que trabalhava no hospital, de quem ficou muito amiga, e quem a ajudou muito neste período, dentro do hospital. “*Ela foi muito boa pra gente!*”, dizia Susan. Mas Soraia não resistiu e faleceu. Susan, ao me contar esta história, completou: “*Viu que médico mata? Médico também mata!*”

Susan constantemente me explicava que desde então, percebeu como era importante

cultivar as amizades, que conhece pessoas ricas e “*de posses*”, e cultiva-as porque assim ela pode ajudar alguém de sua família ou algum conhecido. “*Porque se depender só do SUS, morre lá dentro*”.

“*Ter conhecimento. Ter procurador.*” É como Susan compreende a necessidade de ter alguém que tenha poder suficiente para ajudá-la no que for preciso em questões de saúde, para ter acesso aos médicos, diagnósticos corretos, exames, procedimentos, e assim, conseguir tratamentos:

“Tem que ter alguém, tem que conhecer... senão é tratado como cachorro!” Quando Susan contou de sua irmã, e da amizade que fez com a mulher do hospital, disse ainda: “*Se não tiver ninguém, essas pessoas pobre... eles deixa morrer. Ói, eu já vi foi coisa!*” E continuou: “*Se for usar o SUS, eles tem que saber quem é teu procurador. Você tem que ter procurador! Porque pobre é tratado mau. [...]Nessa vida a gente tem que cultivar as boa amizade, porque senão, na hora de alguma doença, alguma coisa, não tem ninguém para ajudar.*” “[...] A vida, Patrícia, é assim que funciona... Hum, nossa vida daria um livro!”(NC)

Mais uma vez observa-se peregrinação por médicos e hospitais, em busca de um diagnóstico correto. Susan é bem clara ao explicitar as condições que um povo pobre enfrenta para ter acesso à saúde e assistência de qualidade. Também explica a necessidade de cultivar amizades e pessoas em suas redes de relacionamento, de parentesco ou consideração, de modo que seja possível ativá-las quando é preciso ter acesso ao que lhe deveria ser por direito. “*Ter procurador*” expressa a importância que o “*nosso jeito*” tem na vida social destas pessoas, no contexto de desigualdade em que vivem e a importância de se cultivar relacionamentos. Igualmente, observa-se que as mulheres passam por situações semelhantes, no processo reprodutivo quando buscam pelo procedimento da esterilização, como descrito no que segue.

4.4. As lutas por esterilização

O desejo de “*ligar*” é uma ideia bastante comum entre as mulheres do Riachão. Fazer o procedimento de esterilização definitiva tem bastante procura, porém não é de fácil acesso, do mesmo modo como observou Dalsgaard (2005) em seu estudo em Pernambuco. Maria Helena foi a primeira a falar a respeito. Preocupada com a segunda gravidez, tão perto da primeira, decidiu que faria o procedimento para não correr riscos de engravidar novamente. Mas Maria Helena fez uma ponderação importante sobre suas condições de acessar o

procedimento e a diferença dela com as outras mulheres da vila. Desde quando aceitou participar da pesquisa, me advertiu: *“Olha, tudo que você ver da minha gestação, tudo que você ouvir de mim, é diferente das demais. Minha história é diferenciada do padrão do que acontece aqui no Riachão. Porque minha rotina é muito diferente, minha vida...”* Maria Helena é diretora do colégio da vila e ocupa importante posição social na localidade. Como engravidou poucos meses depois de ter o primeiro filho, suas falas misturavam experiências da primeira e da segunda gravidez. Contou sobre sua primeira gravidez, todo o desejo de ter um filho, o susto ao descobrir a segunda gravidez e o medo de engravidar de novo. Decidiu que faria a esterilização, ou a *“ligadura”* como é chamada entre as mulheres do Riachão. Consciente de que era difícil conseguir o procedimento, me falou:

“As pessoas me perguntam, olham pra mim e não entendem. Eu sei, eu mesmo entendo elas. Você vê aí, um monte de mulher mais velha que eu cheia de filhos, querendo ligar e não consegue. Aí as pessoas perguntam, mas você nova, ligou? Eu consegui porque eu conheço o prefeito, as pessoas de lá. O médico da outra ilha me conhece, o obstetra. Ele me conhece e eu fui lá, falei com ele, olha eu quero ligar. Então ele disse, nós vamos ligar então, e aí eu consegui, fui lá e liguei, marquei tudo direitinho. Mas tem muita mulher aí que não consegue, porque não conhece ninguém, porque é difícil mesmo.” (NC)

Tempos depois passei a acompanhar as buscas de Lílian pelo procedimento. Falou com o Agente de Saúde que alegou conhecer alguém que poderia ajudá-la a conseguir *“ligar”*. Osvaldo me disse que pediria a um rapaz da ilha que também já foi candidato a vereador. Mais de uma vez, vi e ouvi Lílian buscando informações, pedindo ao agente, ou conversando com outras pessoas dizendo que queria *“ligar”*. Contou-me então que os profissionais do posto de Riachão sugeriram que ela fosse até Gaivota, onde o médico é obstetra, pedir a ele para *“ligar”*, quando ela tivesse com oito meses de gestação. Mas Lílian não conseguiu ir. Perguntei sobre Osvaldo e ela me disse que estava envergonhada de insistir no pedido: *“Ah, é chato ficar pedindo as coisas para as pessoas, né? Não gosto não... num sei, acho chato”* (NC). Então Lílian não pediu mais a ninguém. Seu parto foi normal e ela não conseguiu o procedimento.

Naiara também estava decidida que queria *“ligar”* e disse que já estava encaminhando o pré-natal dela para isso. Perguntei como e ela disse que dizia todas as vezes para a enfermeira que queria ligar. Mas Naiara sabia que precisava ter um parto cesáreo para que o médico fizesse o procedimento logo após o parto. Então quando completou o tempo de gestação, Naiara pegou os exames dela, e os papéis que comprovavam que tivera já duas

cesáreas, e foi ao hospital decidida a ter o filho naquele dia e fazer a “ligadura”. Naiara me contou: *“O que? Cheguei lá com tudo na mão, e disse ao médico, doutor olha aqui: Já tive duas cesáreas, já tá na hora de ter esse menino. E eu quero ligar, tenho três filho já. Eu quero ligar, já tá na hora certinha de ter esse menino, ói! Ah, eu bati o pé! Não saio daqui sem meu filho, sem ligar. O senhor vai ter que me ligar ói.”* (NC) Naiara convenceu o médico e ele realizou o procedimento.

Outras mulheres conseguiram o procedimento através de algum candidato a cargo político na época das eleições. Várias mulheres me relataram tal feito. Segundo Bianca *“pra conseguir tem que correr atrás do médico, ou alguém assim, maior na prefeitura. Tem que ter alguém pra orientar, e levar até o médico.”* Nina também comentou algo a respeito: *“Se fosse tempo de política conseguia. Tempo de eleição que eles querem voto, fora disso não tem não”*. Rosa concordou e comentou de sua irmã que conseguiu fazer por intermédio de um candidato, há anos atrás: *“Ela conseguiu na época de política, um vereador trabalhava no Hospital e conhece as pessoa lá, ele era chefão lá e consegue pras pessoas. É antes da eleição. As pessoas dizem que votam nele. Claro, se tem dois que não votam, tem dez que votam! Agora, se não for época de política, tem que pagar, ou se tiver um caso muito sério com você, com risco de sua saúde...”*

Neste sentido, podemos constatar como a reprodução está atrelada às questões estruturais do contexto em que se constitui. No Riachão, o processo reprodutivo é permanentemente perpassado por relações de poder e desigualdades, em várias dimensões da vida social, sobretudo no que diz respeito aos serviços de saúde, instituições representativas do Estado. As lutas por esterilização demonstram como o acesso a um procedimento é distribuído desigualmente e como o “*nosso jeito*” ajuda a manter esta desigualdade – como Maria Helena explicita em sua fala sobre ter uma experiência de gravidez diferenciada do padrão normal de Riachão.

Mesmo assim, o caso de Naiara nos aponta para insurgências contra esta distribuição desigual do acesso à esterilização. Naiara vinha se preparando para conseguir o que queria. Reuniu papéis e foi convicta para o hospital conversar com o médico. Sua contundência, somada aos documentos que possuía e insistência, fizeram com que Naiara conseguisse ligar, sem precisar acionar alguém de prestígio e autoridade social ou mesmo algum político em troca de votos.

Vimos que a importância de “*cultivar amizades*” – nos termos colocados por Susan – e ter “*procurador*” se faz presente também no processo reprodutivo, quando determinadas

situações motivam as pessoas a recorrerem a personalidades de algum prestígio ou poder social, para viabilizar aquilo que lhes é necessário. As experiências reprodutivas das quais me aproximei, permitem observar como o Estado influencia na constituição destas e o modo como são vivenciadas e elaboradas, para além destes casos. Embora reconheçam os incrementos feitos nos serviços de saúde local como uma significativa melhora, sobretudo em termos de acesso à atenção hospitalar, mesmo assim as mulheres enfrentam maus tratos e descaso nas instituições de saúde, além do acesso desigual a procedimentos como esterilizações. O destrato e obstáculos oferecidos pelo sistema de saúde, podem resultar ainda em recusas das pessoas a frequentar os serviços ou mesmo seguir orientações. Isto posto, fica claro o contexto de desigualdade e violência estrutural no qual estas pessoas estão inseridas, dado que estão sujeitas ou vulneráveis aos maus tratos, às barreiras no acesso a serviços ou mesmo no acesso à assistência humanizada – explicadas pelas posições inferiores e de desvantagem que ocupam historicamente na hierarquia social.

A reprodução serve como um importante elemento que conecta as pessoas aos serviços de saúde do Estado. Nas suas experiências de reprodução, as mulheres dependem dos cuidados oferecidos como também precisam das redes de apoio, cuidado e solidariedades, em relações de parentesco, afinidade e vicinalidade. Nesta esfera, ‘ter filho’ é central para a organização da vida social local, de modo que permite e atualiza a relacionalidade, o parentesco, a consideração e a casa – aspectos discutidos no capítulo 5. Doravante, tratar-se-á do processo reprodutivo, em suas fases temporais, tendo em vista compreender melhor a multiplicidade de atores, as diversas forças sociais e dinâmicas de relacionamentos que perpassam pela sua constituição, mapeando ainda de que forma o Estado vai figurar como um dos sujeitos centrais neste processo, tornando-se próximo nestes relacionamentos pelos quais se constitui a reprodução.

5. Procriação: “fazer filho” e relacionalidade no Riachão

Este capítulo trata das dinâmicas relacionais em torno da procriação. Discute os modos como as pessoas estabelecem relacionamentos que conformam o processo reprodutivo e como a concepção providencia elo central na rede relacional destas, desde as relações conjugais em si, a partir do qual se elabora conjugalidade e domesticidade, até as redes relacionais mais abrangentes, que emergem do envolvimento das famílias e afins. No intuito de evidenciar esse processo constitutivo, se detalham os repertórios explicativos das pessoas acerca do processo de “fazer filho”. Evidenciam-se traços das explicações biologicistas sobre qual a ciência biomédica insiste e que conforma discussões locais sobre paternidade. Mas outros fatores são chaves aqui. Revela-se na etnografia a importância e o valor dados às condições materiais de se ter um filho, dimensão na qual a casa exerce especial relevância e o Estado emerge como importante sujeito. Por fim, o capítulo mostra como as pessoas estão interligadas em relações de solidariedade e consideração, elementos imprescindíveis para a constituição do processo reprodutivo.

Ter um filho no Riachão significa tecer mais um fio na rede de parentes e afinidades, além de constituir mais um vínculo entre as pessoas, e entre as pessoas e o Estado. As redes de parentes e afinidades são fundamentais nos apoios e cuidados esperados, requeridos e ofertados às mulheres durante o processo reprodutivo. Solidariedade e ajudas mútuas são muito observadas neste processo. Os relacionamentos nem sempre se dão entre iguais. Nas buscas por apoio e cuidado, figuram diversos agentes não apenas locais, como externos e nos momentos em que são solicitados há um aguçamento nas distinções de poder relacionais. Pessoas de alto poder social e econômico que exercem alguma influência, aparecem como sujeitos relevantes, em muitas instancias, nos apoios e cuidados esperados, para além das redes de parentes e afins. Assim, observa-se que ao mesmo em que se constitui dentro de redes de relações, a reprodução também constitui relacionamentos.

Este capítulo trata *en passant* das relações com o Estado (na medida em que entra como facilitador no processo de obter ou construir casas), justo porque mantém a sinalização de sua presença, solidificando o argumento da tese acerca da sua participação como mais um sujeito nas redes de relações que constituem o processo reprodutivo. Para pensar a reprodução, destaca-se a constituição local dos laços de parentesco. Por isso, importa sublinhar aqui a noção de “relacionalidade”, tratada na introdução, referente aos

relacionamentos nos quais as pessoas estão inseridas e a sua constituição contínua e permanente, que informa sobre os fenômenos aí implicados e os elementos que atualizam ou conectam as pessoas em relações. A proximidade geográfica é um elemento importante no Riachão para as pessoas referirem à rede de parentesco e a casa é o desencadeador e símbolo principal da relacionalidade. Não há uma simples lógica aqui, onde uma pessoa habita apenas uma casa, pois muitas vivem em mais de uma casa. Milena, que é sobrinha de Susan e se tornou uma amiga local, por exemplo, dormia com a avó materna todos os dias, mas tem a casa de sua mãe como sua casa também. As duas casas são construídas em um terreno grande, que pertencia à família da avó de Milena. Todos que vivem por ali são parentes. Também este era o caso de Bianca, marisqueira negra de 34 anos quando engravidou pela segunda vez. Apesar de ter sua própria casa, hoje ela mora na casa de seu atual marido. Suas cunhadas e as primas do marido moram na sua vizinhança. Era um grande terreno onde todos da família que se mudaram pra ilha levantaram suas casas. Todos se consideram parentes. Um dia, no quintal comum entre as casas de Bianca, suas cunhadas e primas, iniciei uma conversa sobre o que era família. Elas diziam:

“Família é aqueles mais próximo. Mãe, filho, irmãos. Os mais distante, só quem tá próximo que considera.[...] Um filho é importante pro casal ser uma família, considerarem-se família, parente. Mas o filho não faz da mulher parente dos parentes do homem, enquanto o filho que tem o mesmo sangue, esse é parente (dos parentes do pai)” (fala de Bianca). “[...]parente é primo, primo de segundo, primo de terceiro, tio... primo pode ser da família, depende da ligação que der um com outro. Se tiver consideração” (fala de Adelize, prima do marido de Bianca). “...eu mesmo, tirei essa semana um monte de primo da lista de parente” (fala de Bianca em complemento à fala de Adelize). “...às vezes, nem precisa ser de sangue que tem umas amizade que vale mais. Tem filho adotivo que às vezes é como da família, considera” (fala de Trude, cunhada de Bianca) (NC).

Nessa resposta coletiva a noção de ‘consideração’ tem destaque. A ‘consideração’ é modo importante de constituir uma relação de filiação, seja de paternidade ou maternidade, conforme mencionado na introdução. Para desenvolver ou perder filiação desta forma, a presença ou ausência no ambiente doméstico é fundamental. Pina-Cabral & Silva fazem uma distinção de escala entre o grupo flexível de parentes que uma pessoa considera, e o parentesco efetivo que a proximidade entre casas propaga diariamente:

Consideração é o tecido do qual é feito a casa, tanto quanto a parentela de cada pessoa, tanto quanto vicinalidade: a casa é a instancia coletiva mais proeminente da sociedade local; a parentela (referida tantas vezes pela

frase “a minha família”, expressão muito plástica) é a rede de relações que existe em torno de cada pessoa e ultrapassa necessariamente a pertença à casa; a vicinalidade é o grupo de casas aparentadas localmente e que constituem a família no sentido operacional (PINA-CABRAL & SILVA, 2013: 40).

Para as mulheres que participavam da conversa sobre o que é família, é evidente que não basta ter um vínculo de consangüinidade, pois é preciso que se atualize sempre esta relação. Da não atualização decorre o que Bianca apontou como tirar da lista de parentes. Também é esta característica de uma relação sempre inacabada e sempre em constituição que faz com que, somente depois de um tempo de convívio, de mutualidade, reciprocidade e consideração, uma mulher possa ser considerada parente dos parentes dos pais de seus filhos. Este aspecto pode ser explicado também pela freqüente instabilidade com a qual os casais convivem. Assim é que, Nina considera o filho de Jussara seu parente, pois é filho de seu irmão. Jussara, no entanto, mesmo sendo cunhada, não é considerada parente ainda. Esta relação pode mudar com o tempo, na medida em que estreitam laços de afinidade e se tornam mais próximas uma da outra – ou seja, na medida em que atualizam sua relação. Por se tratar de uma relação de mutualidade, a 'consideração' sempre depende de um gesto de atenção e pode ser atualizada ou não. Há uma relação de reciprocidade contínua nas relações, pela qual a consideração pode se confirmar ou esmaecer.

Para McCallum & Bustamante (2012), a conectividade (*relatedness*) envolve a ativação e manutenção de laços de “sangue” e de “consideração” e se constitui nas relações entre casas e ‘configurações de casas’ (conceito desenvolvido inicialmente por Marcelin). Em suas palavras: “*Ao investir na obtenção e construção de uma casa própria – símbolo material de uma individuação crescente – os jovens aqui discutidos ativam e reforçam seus laços com parentes e parentes-vizinhos de toda sorte*” (MCCALLUM & BUSTAMANTE, 2012: 241).

As autoras descrevem uma organização local em torno da constituição de casas e, simultaneamente, da vivência de conjugalidade no mesmo espaço doméstico, demonstrando como as práticas em torno desta constituição de casas conectam e individual as pessoas. Apontam que é comum ver casais construírem casas em terrenos cedidos por familiares ou mesmo na “*laje*” da mãe de um dos dois. Na maioria dos casos, o estopim desta dinâmica é o momento em que a mulher se declara grávida pela primeira vez em uma relação conjugal. Na discussão etnográfica aqui veremos que é desde o processo de negociação desencadeado pelo ato de assumir a gravidez, por parte tanto da mulher como do homem, que emergem novos

elos relacionais. Ter um filho significa reorganizar as relações sociais entre os parentes e afins. É a partir do filho que se criam os laços, as relações familiares, o parentesco e inclusive as unidades domésticas – como a própria conjugalidade⁴⁹ emerge na construção e habitação das casas. Um filho é um símbolo e um desencadeador da relacionalidade, mas é importante deixar claro que os processos envolvidos extrapolam os confins de uma unidade domiciliar ou um relacionamento restrito a dois. A próxima seção aprofunda a discussão etnográfica sobre estes.

5.1. Conjugalidade e a constituição de ‘Família’

Entender o modo como se constituem as relações conjugais e a constituição de ‘família’ é o primeiro passo para compreender os modos como as pessoas dão significado ao processo reprodutivo. A linguagem local utilizada faz freqüente referência às ‘regras do namoro’ correntes no passado, que giravam em torno das relações entre casa e rua, gênero e sexualidade. Os moradores mais velhos de Riachão diziam, *“naquele tempo, o rapaz tinha que pedir a porta pra família da garota, se quisesse namorar, compromisso sério mesmo”*. A dinâmica era a seguinte: o jovem e a jovem querem namorar. Para isso, o jovem deve ir à casa da jovem e pedir ao pai ou à mãe ou outro responsável, a porta da garota. *“Pedir a porta”* significa pedir a garota em namoro aos seus pais ou responsáveis. Caso permitam, então os dois jovens têm mais liberdade para andarem juntos pela vila, saírem de noite, passear, e namorar publicamente. A porta evoca a ideia de namorar sob as vistas dos pais. Mas já ouvi frases de mães e pais negando dar a porta e dizendo que era perigoso: *“Dou a porta hoje, amanhã já tá na sala, depois na cozinha e depois no quarto...”* ou *“Da porta pro quarto é só um passo”*. Este pensamento refere ao maior perigo do namoro, que é o início da vida sexual entre os jovens e, por consequência, a gravidez. A jovem corre o risco de *“aparecer grávida”*, ou seja, iniciar o ciclo reprodutivo. No entanto, também dizem que, *“se não der a porta, namora escondido no beco.”* Ou *“se não dou a porta, dou o beco.”* A expressão diz respeito aos namoros escondidos entre os jovens nos *“becos”* da vila. O beco é geralmente uma passagem escura entre uma casa e outra, ou como um corredor que daria acesso a outra viela. Os becos são mal iluminados e cheios de mato, oferecendo lugares ideais para ‘namorar escondido’.

49 Por conjugalidade aqui entende-se a efetivação das relações conjugais, relações que, nos casos estudados, são heterossexuais e podem começar a partir de relações afetivas e sexuais das quais se origina um filho.

Atualmente, a lógica implicada nesses ditados ainda perdura em muitos sentidos, embora as antigas ‘regras de namoro’ não sejam sempre observadas. Quando uma mulher inicia sua vida sexual, costuma-se dizer que ela “*saiu de casa*”. Para sair de casa, a mulher precisa de um homem que a tire. Assim, se diz na vila, entre as mulheres, que o rapaz a tirou de casa. Ângela, marisqueira negra de 36 anos, nativa de Riachão, contou em entrevista sobre seu primeiro parceiro sexual:

“João me tirou de casa, eu tinha dezesseis anos. Mainha descobriu porque eu emprenhei, me botou pra fora. João não quis assumir, mas depois eu provei com DNA que era dele! Só eu sei o que eu sofri, passei meses escondida no fundo da casa de mainha dormindo debaixo de umas táuba, pra mainha não saber que eu tava lá. Eu não tinha onde dormir não. Foi miséria que eu comi, viu!”.

Ângela e João namoraram escondidos. Se João tivesse pedido a sua porta à mãe dela, quando engravidasse teria sido obrigado a casar com ela ou sustentá-la e o bebê. Pedir a porta implica em obrigações e na intenção de compromisso de casamento com a garota. Se a garota engravidada, os pais dela sentem-se no direito de cobrar a responsabilidade do homem que a *tirou de casa*, e se assegura que foi o sujeito que pediu sua porta. Sem ter pedido a porta, os pais não se sentem no direito de cobrar as responsabilidades do garoto que teria engravidado a jovem.

Bela, marisqueira negra de 33 anos, passou por experiência distinta daquela de Ângela. Bela é mãe de Bárbara, de quinze anos, a mais jovem das participantes. Seu marido, Osvaldo, um dos dois Agentes de Saúde de Riachão, “*pediu a porta*” de Bela, sendo negado pela sua mãe, pois ela tinha apenas quatorze anos. Mesmo assim, começaram a namorar escondido. Depois que Osvaldo “*tirou Bela de casa*”, passou a “*levar a feira dela*” na casa de sua mãe. Ou seja, Osvaldo, fazia compras de mercado e levava na casa da mãe de Bela, para que Bela tivesse o que comer. Ao “*tirar Bela de casa*”, Osvaldo passou a ter obrigações para com Bela, sustentando-a. Quatro anos depois, quando Bela tinha dezoito anos, Osvaldo a engravidou de Bárbara, a primeira filha do casal. Então alugaram uma casa e foram morar juntos para cuidar do bebê.

Bárbara ficou grávida aos quinze anos, antes de completar os seus estudos escolares. Seus pais não sabiam que Bárbara já teria “*saído de casa*”. O rapaz, Gabriel, da mesma idade de Bárbara, não pediu a sua porta aos pais dela. Bárbara os contou quem “*a tirou de casa*”, mas foi preciso umas três semanas para que os pais de Bárbara procurassem os pais do jovem.

Feito isso, os pais de ambos negociaram como lidar com a situação e acertaram-se diante das responsabilidades materiais da gravidez. No entanto, o sentimento de confirmação e reconhecimento sólido da paternidade só veio com o nascimento do menino e a constatação da aparência semelhante ao pai. Bárbara é negra, Gabriel é branco e o menino nasceu de pele clara.

Desde o nascimento, portanto, o elo estabelecido entre Bárbara e Gabriel, bem como entre as duas famílias tornou-se concreto e forte. Passei a ver o rapaz todos os dias na casa de Bárbara com o filho deles no colo. Pude participar de momentos de confraternização entre as famílias depois do nascimento e observei o zelo e dedicação não apenas do pai do bebê como de sua família para com Bárbara e o recém-nascido.

As expressões “*Pedir a porta*” e “*tirar de casa*” referem-se a ações exercidas pelos homens para com as mulheres nas relações conjugais e também influenciam o modo como é experienciado os processos da maternidade e paternidade. Mostram como se constituem os compromissos estabelecidos entre as partes – homem e mulher – e como são as suas relações de mutualidade e corresponsabilidade diante da gravidez ou constituição de família. Embora, atualmente, não seja tão vigente na vila, namorar na porta continua um meio de tornar público e aceito o relacionamento amoroso e conjugal. Os casamentos formais não são frequentes no Riachão. Geralmente acontece a gravidez e só então os casais passam a viver juntos. Quando já são namorados, a gravidez é melhor aceita na esfera privada e pública, como uma gravidez legítima. Vale sinalizar a importância do reconhecimento desta paternidade, sobretudo no processo de aceitação da gravidez por parte das mulheres, e na evidente manutenção material que é necessária. O rapaz deve assumir o filho e a mulher que engravidou.

Bianca explicou um pouco mais sobre esta dinâmica, apontando a importância de que o rapaz assuma a relação conjugal. Segundo ela, “*O homem, quando tira a mulher de casa, assume ela. Faz compra e manda pra mulher.*” (NC) A mesma ênfase no assumir a relação com a parceira, na relação conjugal, foi observado por Pina-Cabral & Silva (2013). Segundo os autores,

Assumir é um gesto positivo e valorizante não só para quem o realiza como para quem é afetado pelos laços assim criados. Ninguém, por contraexemplo, “assume” roubar, fumar crack ou bater na mulher. Assumir é aceitar ter responsabilidade e dar testemunho da relação publicamente. Assumir é o estatuto de estar casado, não é necessário o papel: “Ele me assumiu, assumiu meus filhos”; “Estou à espera de alguém que me assuma”. Tantas vezes ouvimos frases assim. Mais ainda, contrariamente ao gesto formal, instantâneo, e irreversível de reconhecer

a paternidade, assumir a conjugalidade é um ato prolongado que se esgota no momento em que não for continuado (PINA-CABRAL & SILVA, 2013: 90).

A relação conjugal pode se iniciar no ‘parto’ masculino (a ejaculação), mas se prolonga nos repasses regulares de bens materiais, afetos e serviços. Os parentes de jovens casais se envolvem para assegurar a continuidade e firmeza da relação incipiente. Bárbara me contou, quando ainda estava gestante, que seus pais foram conversar com os pais de Gabriel – pai de seu filho – sublinhando a atual responsabilidade que agora lhes era repassada, para com as necessidades materiais e de saúde de Bárbara:

“A única coisa que meu pai falou lá pra ele [Gabriel] é que ele [Osvaldo] ia ajudar, mas que a responsabilidade dele, era como meu pai, mas a responsabilidade de caso se eu precisasse de alguma coisa, era eles [família de Gabriel]. Que ele ia ajudar porque ele era meu pai, mas não era tudo que eu precisasse, nem era ele que ia me dá... ele ia me dá se por acaso, fosse eu lá e perguntasse pra eles [família de Gabriel] e eles não tivesse condições de me dá, ele me daria pois ele estava ajudando, mas a responsabilidade não era mais dele, e realmente não é dele...A responsabilidade é de Gabriel. [...] Ele [Osvaldo] ia ajudar, mas que a responsabilidade era dele quando eu estava dentro de casa, antes de ter acontecido isso...” (NC)

Pina-Cabral & Silva (2013), colocam que é preciso que haja **aceitação pública e sustento mútuo** para dar sentido às relações conjugais. As conversas sobre “*pedir a porta*” em Riachão evidenciam a necessidade da aceitação pública no contexto local. É a partir da relação que se tornou pública, que a gravidez e o reconhecimento paterno da mesma se legitimam. Desta legitimidade social da gravidez resulta mais fácil o reconhecimento social da relação estabelecida entre as partes: mulher e homem ligados agora por um filho.

Mas não basta que o homem reconheça seu filho. Assumir diz respeito a mais do que o reconhecimento formal. Significa ainda consideração. Há o elemento afetivo que envolve as relações na ilha e tornam-nas repletas de complexidade e sentido. João, por exemplo, não assumiu a relação com Ângela, nem mesmo sua filha – decorrente desta relação. Mas reconheceu sua paternidade a partir do exame de DNA. Hoje João fala com sua filha, pergunta como ela vai na escola, paga a pensão, mas não criaram um vínculo afetivo. A menina, por sua vez, considera o marido de Ângela. Assim como ele me declarou considerá-la: “*não é de sangue, mas considera filha também, né!?*”

A instabilidade conjugal é algo observado por alguns autores que fizeram etnografias sobre questões relativas aos arranjos familiares de classes populares na Bahia. Woortman

(1987), em etnografia de um bairro popular de Salvador, aponta tal fenômeno associado às condições de vida da população que vivia em um contexto de pobreza e pouca empregabilidade. Pina-Cabral & Silva (2013), também observam tal característica a partir do contexto de desigualdade e pobreza, mas enfatizam a (possível) mobilidade daqueles que iniciam suas vidas reprodutivas ainda jovens, em busca de oportunidades. No Riachão, muitos moradores declararam este fenômeno em uma das primeiras visitas exploratórias que fiz a campo. Em viagem que fiz a Salvador tive a companhia de uma mulher, de 34 anos, nativa da ilha, que mora hoje no Rio de Janeiro. Contou-me de sua vida e da filha que teve quinze anos atrás, enquanto ainda morava no Riachão. Disse que seu casamento acabou porque seu marido foi trabalhar no “*Monte*”, e completei explicando que este fenômeno era bastante comum na vila. Contudo, dentre as mulheres casadas participantes desta pesquisa, nenhuma delas se separou enquanto estive na ilha, entre 2012 e 2014⁵⁰. Ao mesmo tempo, várias outras mulheres mais velhas estavam em suas segundas ou terceiras relações conjugais.

Mais do que um laço de sangue, a paternidade muitas vezes é atribuída a partir da 'consideração'. Muitos são os casos de pessoas que ‘consideram’ pais aqueles que as criaram, mantiveram economicamente, deram atenção e carinho, como a primeira filha de Ângela, por exemplo. As relações que são mediadas pela consideração implicam em “deveres” mútuos. E vale para as relações familiares, de parentesco e também para a compreensão do sentido da maternidade e paternidade. A reciprocidade implica em assumir esta relação e as responsabilidades (e expectativas) provenientes dela. Assim é que se constituem a paternidade e a maternidade: é preciso assumir esta relação e alimentá-la, renovando sua validade. Este processo de atualização e validação destas relações se dá a partir do momento da concepção do filho – observável publicamente, durante a gravidez, sobretudo nas atribuições dos homens, já que as mulheres já o fazem ao tornar a gravidez pública.

A aceitação pública e legitimidade da gravidez a partir de um namoro sério e conhecido são alguns dos elementos constituintes destes processos, embora não sejam determinantes, nem mesmo imprescindíveis. Como foram os casos de Ângela e Bárbara, por

50 Nota-se que, ao sinalizar a frequente instabilidade conjugal, o faço a partir dos discursos de pessoas mais velhas (a partir dos trinta anos) e das notas sobre os numerosos casos de separações conjugais dos quais tive conhecimento. Mesmo assim, enquanto estive na ilha não foram muitos os casais que se separaram. Além disso, os casais de jovens que se formaram naquele contexto e época, e não se separaram, poderiam nos revelar que também esta configuração dos relacionamentos conjugais esteja em vias de transformação. Atualmente no Riachão, as linhas diárias de barco para trabalhadores tanto do “*Monte*” como de Valiosa, pode ser um fator para reverter esta dinâmica conjugal. Por isso sinalizo que seria preciso um tempo maior de observação, para captar as dinâmicas que envolvem as possibilidades de estabilidade conjugal, bem como uma possível tendência de mudança naquele padrão de instabilidades observado em outros trabalhos, e recolocado aqui.

exemplo, nos quais os relacionamentos amorosos não teriam sido publicizados – o reconhecimento da paternidade prescindiu o processo de pedir a porta. Além disso, ainda que se reconheça a paternidade biológica, não necessariamente torna-se pai – se não “*botar as coisas em casa*”, ou se não “*der atenção e carinho*”, não se atualiza o elemento da consideração e o homem perde ou, melhor dizendo, enfraquece a sua titularidade de pai. Os diversos casos de paternidade de criação – laço estabelecido e mediado pela consideração – são exemplos. Nestes, nem mesmo o reconhecimento de uma paternidade biológica foi necessário para que seja considerado pai e para que se mantenham este tipo de vínculo familiar.

Estas são algumas das expressões locais que nos ajudam a compreender como são estabelecidas as relações conjugais e familiares na vila. Além destas, outras também ajudam a reconstituir uma imagem do modo como as pessoas de Riachão se organizam em torno do processo reprodutivo e suas noções que explicam *como se faz filho*.

5.2. “*Quem pare primeiro é o homem*”: a procriação no Riachão

Ouvi as duas expressões: “*quem faz o filho é o homem, a mulher só faz parir*” e “*quem pare primeiro é o homem*” em dias diferentes. Por acaso, comentei com uma participante da pesquisa sobre a primeira expressão e ela complementou com a segunda. Fiquei confusa porque não entendi e ela não soube me explicar. Então fui visitar outra jovem participante, Jussara, na casa de Vívian, sua mãe. Jussara não estava em casa, mas sua irmã, Eloisa, me recebeu e conversou algum tempo comigo, enquanto catava sururu na sala. Dentre nossa conversa, decidi perguntar sobre as expressões acima e Eloisa apresentou mais detalhes:

Quem faz o filho é o homem. A mulher só gesta. A mulher só segura o bebê. Porque, dizem as professora, que o homem tem no esperma – aquilo são já os bebes bem pequenininhos, mas uns vivem outros morre – os que vivem só um vai virar o bebê e ele já é homem ou mulher. Os outros morrem e os que morrem vão sair na menstruação ou no xixi. Aí o espermatozóiide encontra o óvulo (porque no período fértil, é quando o óvulo está maduro, então se o esperma encontrar o óvulo nessa hora pode o bebê ficar) e aí ele fica lá. Aí o que acontece... O esperma se desenvolve, cria os braços, as pernas, a barriga, a cabeça. E a mulher pare ele já grande. Mas quem faz o filho é o homem. Porque sem o homem não tem filho. O filho é o próprio esperma que se desenvolve (NC).

Com a fala de Eloisa, percebe-se que os óvulos das mulheres são mencionados, embora não se saiba ao certo o que acontece neste processo, nem exatamente qual o papel do óvulo. As mulheres “*seguram os bebês na barriga*” e “*botam o filho pra fora*” e isto é o que há de mais concreto nas explicações, afinal é o elemento visível do processo. Bela também confirmou estas explicações, reforçando que “*A mulher só faz receber e botar pra fora*”. Por isso ouvi diversas vezes as mulheres contarem que deram um ou mais filhos ao seu parceiro, ou que o parceiro pediria um filho no futuro e ela teria de dar a ele. Dália foi a primeira a me falar desta relação com seu marido, em nossa entrevista:

P: Então quando você descobriu a gravidez, você ficou com um pouco de medo, mas como seu marido não tinha filho, ele gostou da ideia...

D: *Fico logo livre*

P: Ficou logo livre... (risos) mas porque ficou logo livre?

D: *Porque ele ajudava a criar os do outros, ele queria um pra ele.*

P: Ah, tá... Entendi... Os homens daqui, eles cobram de ter um filho?

D: *Muito...*

Rosa também me explicou como se dava esta dinâmica, os homens pedem um filho e as mulheres devem dar um filho a eles, ou então eles procuram “*na rua*” - evocando a idéia de terem um filho fora da relação do casal:

P: Como é esse negócio, se ele não tiver um filho?

R: *Eu vou ter que dá um filho*

P: Por quê?

R: *Se ele não tiver nenhum, ele vai querer ter um filho, como é que vai ser? Eu vou dizer, eu não vou lhe dá? Se você não vai me dá, eu vou procurar na rua... Imagina só?*

P: E você acha que isso pra homem é muito importante?

R: *É*

Também ouvi homens dizerem que eles “*engravidaram*” alguma mulher, usando o verbo num sentido ativo. Por exemplo, Osvaldo me contou da sua parte na gravidez de Bela desta forma; e o irmão de Isabela me narrou uma história semelhante. Ambos me contaram suas experiências da seguinte forma: “*Aí eu engravidei ela... Aí a gente foi morar junto...*” Nessa seqüência de atos destaca-se o papel ativo do homem no processo reprodutivo, na concepção do filho, e a conexão entre a viagem do filho em forma de espermatozóide, a fecundação e a constituição do casal como coabitantes de uma casa. Sobre tais questões, conversei com muitas outras pessoas, e esta conexão se revelou uma idéia recorrente na vila. Isabela e sua mãe disseram que quem fazia o filho era o homem e que era o espermatozóide. E

que depois, a aparência, “[...] aí é genética, depende dos cromossomos de um e de outro, aquele que tiver o dominante vai fazer o filho ficar parecido ou com a mãe ou com o pai”. Isabela ainda comentou que “tem tudo nas cartilhas de biologia”. A fecundação foi um fenômeno pouco explicado e as explicações em torno desta eram diversas. Ao perguntar por mais detalhes geralmente referiam-se aos livros de biologia.

No catador, perguntei para um grupo de mulheres sobre quem fazia o filho. Todas as pessoas concordaram que era o homem. Dona Ruth, senhora negra de mais de oitenta anos, ainda disse: “eles só não passa por tudo que a mulher passa”. Todas as mulheres com quem conversei diziam a mesma coisa: os homens deveriam sentir as dores das mulheres. Vívian, mãe de Jussara e Eloisa, disse então: “é por isso que tem esse dizer que quem pare primeiro é o homem”. Concentrei-me nessa frase e comecei a perguntar mais. Vívian chamou uma amiga, filha de Dona Ruth, e perguntou a ela: “Silviane, quem é que pare primeiro?” E Silviane: “é o homem!”. Então Silviane me explicou que é o espermatozóide que o homem pare. “E é o espermatozóide que vai virar o bebê. A mulher só gesta”. Perguntei se por isso homem se sentiria mais 'dono' do bebê do que a mulher e elas não concordaram, porque “[...] as dores e os nove meses quem ficou foi a mulher”.

Mais tarde, conversei sobre isso com Susan, Franciele e seu neto. Franciele concordou, dizendo que quem fazia o filho mesmo era o homem. Luiza, dona do mercado vizinho, então falou, “seria bom se eles sentisse o parto como a gente! Se eles parisse que nem as mulé!” e explicou: “eles parem primeiro o menino bem pequeno, a mulher gesta e bota pra fora já grande”. Franciele complementou: “o homem faz o filho e a mulher gera.”

Susan riu, dizendo que era pra eu saber disso. Aproveitei o assunto e perguntei da frase: “de homem ruim só se pare uma vez” e Susan disse: “homem ruim... depois que casa que vai ver como é ruim, quando pare que vai saber que é um sacana e não vai ficar parindo dele”. Franciele disse que homem ruim era homem que não dava atenção, maltratava a mulher. (NC).

Observa-se, portanto, que as pessoas na ilha compreendem o processo reprodutivo como um processo biológico, no qual, o homem exerce especial função. São eles os sujeitos da ação de engravidar e as mulheres o *locus* desta ação. Este tipo de explicação também fora encontrado no estudo de Motta-Maués (1977) sobre uma comunidade pesqueira no interior do Pará. Em termos de explicações, a forma ativa como as pessoas da ilha apresentam o papel do homem no processo de concepção na reprodução humana remete a uma teoria de concepção

em que a contribuição fisiológica masculina é vista como primária já que a biologia feminina age como receptor e criador de um espermatozóide ou proto-filho masculino, numa visão nativa que lembra a estória contada por Martin (1996) sobre a teoria biológica de concepção contida no discurso médico⁵¹.

O discurso da biologia também tem papel fundamental na construção das convenções de gênero vigentes, constituindo-se em uma ordem explicativa hegemônica no mundo ocidental (CONNELL, 1995). Este discurso acaba servindo de base para muitas teorias sociais sobre gênero e parentesco, como fora apontado no primeiro capítulo desta tese sobre as críticas da antropologia feminista (CARSTEN, 2004; SCHNEIDER, 1984). Como Connell (1995) nos chama atenção, em nossa cultura, a dicotomia reprodutiva é assumida ser a base absoluta de gênero e sexualidade no cotidiano. Tal fundamento é tão fortemente marcado que relatos biológicos de relações de gênero têm credibilidade popular e, segundo o autor, este pressuposto é tão poderoso que influencia inclusive muitas correntes intelectuais (CONNELL, 1995).

Assim o é que a biologia fundamenta, igualmente, as explicações locais sobre o processo da fecundação, muito embora se perceba as nuances destes discursos e particularidades locais. É importante observar como as pessoas lançam mão das cartilhas de biologia ou do conhecimento adquirido na escola com os professores, para fundamentar suas explicações. Ainda que existam algumas diferenças em detalhes entre as explicações nativas e as explicações da biologia escolar, a semelhança e o recurso que fazem das explicações biológicas sugerem o quanto as explicações nativas também conformam noções vigentes sobre gênero, inseridas na ordem hegemônica ocidental – porém com suas especificidades, o que resulta em atribuições de feminino e masculino menos estáticas e homogêneas no contexto local.

Isto não quer dizer que a ciência biológica ocidental fundamenta as explicações locais, nem é pretensão aqui desvendar tais origens. Mas esta ciência serve como alicerce teórico e valida as explicações nativas – reforçando um conhecimento que naturaliza o processo

51 Martin (1996) discutia sobre as imagens acerca do processo reprodutivo a partir dos livros de biologia, e as descrições feitas sobre os óvulos e espermatozoides. Segundo a autora, os óvulos são descritos como passivos diante da ação dos espermatozoides. São os espermatozoides quem fazem acontecer a fecundação e a concepção. Os óvulos, assumiriam então características femininas como a passividade frente as características masculinas dos espermatozoides de força e ação. Com este trabalho, Martin desvela os significados e estereótipos de gênero que subjazem também a ciência ocidental e o discurso da biologia. Nesta discussão a autora levanta as implicações das metáforas que o discurso da biologia constrói em torno das convenções sociais de gênero, nas descrições do processo reprodutivo e dos papéis do óvulo e do espermatozoide na fecundação.

reprodutivo. Contudo, apesar do elemento biológico fazer parte do processo reprodutivo na compreensão dos moradores da ilha, a etnografia mostra que a reprodução também é um processo social e cultural. Ao refletir sobre as implicações das práticas que constituem relações paternas, sabem que o homem “*faz o filho*”, mas esta ação não é suficiente para que se torne pai, o que já revela a insuficiência da biologia como base da paternidade.

A conduta masculina, para que seja garantida, pode ser ameaçada por processos jurídicos, porém muito raramente é executada. Conheci apenas o caso de Ângela, que recorreu à justiça para provar que sua filha era de João. Geralmente, as relações acabam por serem resolvidas em acordos amigáveis, quando não se tratam de gravidezes provenientes de um namoro “*na porta*”, como no caso de Bárbara.

Outros sujeitos também estão envolvidos na constituição do processo reprodutivo na ilha, sobretudo as pessoas que serão principais agentes de cuidado das mulheres durante todo o processo, que constituem redes de apoio e cuidado às mulheres. Estas redes são compostas por parentes e afins, ou pessoas mais próximas geograficamente. As redes de apoio e cuidado se revelam fundamentais para que o processo desde o “*fazer filho*” até depois de “*parida*” seja experienciado positivamente. Uma das principais preocupações das mulheres ao terem conhecimento da gravidez, é se elas terão ou não “*condições de ter menino*”: o que engloba o apoio social, a casa e recursos materiais. Vejamos de perto...

5.3. “*Condições de ter menino*”: apoio, casa, parentesco e relacionalidade

Caroline descobriu que estava grávida aos seis meses de gestação. Eu a conheci dois dias antes de parir sua primeira filha, aos 30 anos. Seu marido já tinha uma filha de seis anos, que mora em Salvador. Sem renda fixa, a vida dos dois era bem difícil. Não possuíam Bolsa Família, nem cheque solidário, nem benefícios da colônia. Caroline e seu marido são de Salvador, fato que subjaz as parcas “*condições de ter menino*” do casal. Foram morar no Riachão poucos anos antes da pesquisa de campo. Tinham uma canoa, mas venderam-na para poder construir a casa própria, que estava se levantando gradualmente. Sem emprego, o marido de Caroline faz vários pequenos trabalhos esporádicos pela vila para conseguir algum dinheiro. Trabalhou algumas vezes nas fazendas da vila, abrindo matas ou limpando terrenos. Ajudou pedreiros a levantar casas. E também pesca. Porém, sem canoa, precisam alugar uma, o que torna o custo da pescaria alto. Caroline estava perto de conseguir um emprego na creche da vila, quando engravidou e não foi trabalhar. Por isso, Caroline frequentemente

recebia ajuda financeira de sua mãe, que mora em Salvador. Ela também ia à Capital regularmente, onde trabalhava com a irmã em um salão de beleza ou ajudava a mãe. Assim acumulava um pouco de dinheiro para poder voltar para a vila e se manter por algum tempo. A vida da família também era muito difícil. Ao me contar sobre sua mudança à Riachão e todas as dificuldades vividas, bradou-me solenemente: *“Mas eu sou Caroline! Sou guerreira!”*

Quando descobriu a gravidez, achava que estava com problemas digestivos. Estava trabalhando em Salvador. Foi ao médico do SUS e soube que era gravidez. Não desconfiou de nada porque menstruava normalmente. Ao me contar como foi o processo de descoberta relatou: *“minha ficha não caiu logo não e a barriga não cresceu não, só foi crescer depois que eu descobri. [...] me assustei, e como é que não ia me assustar? Tive medo. Uma preocupação... como é que eu vou fazer sem condições de ter menino?”* Esse diagnóstico era compartilhado por outros moradores, como sua amiga e vizinha, Diná, que lhe dava apoio e iria com ela ao hospital. Diná era a pessoa mais próxima de Caroline, desde que se mudou para a ilha, lhe acompanhou e auxiliou durante toda a gravidez.

Susan exemplificou o que é ter condições. Disse que queria que seu filho fosse pai. Eu perguntei o que era preciso e ela me respondeu que: *“a hora boa é agora. Porque olhe, precisa ter condição e ele tá no auge! Tem trabalho, ganha um tanto bom que dá pra ter um filho e é novo. [...] e agora a gente ainda pode ajudar, ajuda a cuidar, olha... depois que eu não puder mais, tiver velha, é mais difícil.”* As condições ideais para ter um filho são aquelas em que o casal está estabilizado economicamente, tem uma casa, emprego com bom rendimento, e uma sólida rede de apoio para ajudar na criação do bebê.

É muito comum em toda a ilha as pessoas se organizarem no sentido de estabelecer redes de ajuda mútua nos cuidados das crianças. Muitos foram os relatos nesse sentido. Amigas que diziam ajudar as outras, vizinhas, parentes, etc. Esta solidariedade no cuidado é compartilhada entre as mulheres, principalmente. Certa tarde, na casa de Ângela, quando conheci duas jovens, suas amigas, que tinham uma filha cada uma, contaram-me sobre suas vidas e experiências de maternidade.

Déia estava dizendo o quanto é difícil ter um filho e eu perguntei como era e porque ela tiraria, caso engravidasse de novo (já que Déia havia acabado de declarar que o faria). Ela me disse que depende, mas que é difícil: *“quando a gente acha alguém para assumir é bom e quando não tem? que nem ela (apontava para Ianá)? Que nem ela que... que tem sorte de ter a mãe, que ajuda em tudo... mas a gente vê, as pessoa que não tem ninguém... aí como é que faz?”*

Ângela disse que Deus tinha ajudado Ianá, que agora vai trabalhar no PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) como apoio pedagógico. E agora Ianá estava comentando o que faria com sua filha. Ângela disse que ela podia pedir pra alguém cuidar, pagar alguém... E Déia interrompeu enfática dizendo que já tinha dito a Ianá que a menina vai ficar com ela! Que ela esta em casa a tarde e que ela vai cuidar da criança, que Ianá não vai ficar pagando ninguém pra cuidar dela não, porque tem ela pra cuidar. E não tem que ficar gastando com isso... Virou para mim e disse: “*Se a gente vê a dificuldade dela? Tem que ajudar num é não?? Tem que se ajudar!!*” Déia cata siri. Seu marido pesca, e ela cata pra ela mesma. Déia é cunhada de Ianá. Ângela já havia comentado comigo, que ali todo mundo se ajuda. “*Pede uma lata de óleo emprestado, vai no vizinho e pede uma ajuda pra comida, etc...*” (NC)

A vida social na ilha é permeada, portanto, pela solidariedade no cuidado em vários aspectos, como nos cuidados à saúde das pessoas, inclusive das mulheres grávidas, no cuidado de crianças, ou mesmo na ajuda para suprir necessidades materiais. Tendo planejado ou não a gravidez, todas as mulheres mencionaram como é importante “*ter condições*” para “*ter menino*”. Dificilmente, porém, as mulheres engravidam naquelas condições ideais, sobretudo no que diz respeito à relação estável e emprego de bom rendimento. Por isso a busca por apoio no momento em que engravida é tão importante, pois é preciso ter garantias de que terá os cuidados necessários. Reprodução no Riachão significa não apenas fazer nascer, mas inclui também o fazer crescer – criar uma pessoa, tal qual sinalizou Strathern (1995) – para o quê é necessário “*ter condições*”. E as redes de solidariedade são centrais como se observa na conversa entre Déia, Ianá, Ângela e eu.

O contexto de Riachão aproxima este estudo das reflexões de Kitzinger (1994), que demonstrou como as relações sociais no contexto de pobreza marcaram o processo reprodutivo na região onde estudou. Lá, mães cuidavam dos netos para que as filhas fossem trabalhar. Aqui, o cuidado também é compartilhado: são necessárias redes de parentes e afins, onde se fazem nascer e crescer um bebê. As mães das mulheres que vivenciam a reprodução, e não só elas como vizinhas, parentes, irmãs, e também figuras masculinas, participam do cuidado das crianças. Kitzinger direciona-se para análise multidimensional do nascimento, demonstrando como o contexto social, cultural e político influenciam na reprodução. Aqui, procuramos demonstrar a importância da relacionalidade na constituição da reprodução, tendo igualmente por base o contexto histórico local que também apresenta difíceis condições sociais, e apontar para a multidimensionalidade do processo reprodutivo. Na experiência da gestação-parto-puerpério, a depender das condições das mulheres em que a gravidez fora descoberta, o processo de aceitação pode carregar consigo esta busca por apoio. É possível

observar, então, a importância e centralidade de redes de pessoas que servem como apoio social para a condução deste processo de engravidar, parir e cuidar do menino. “*Ter menino*” é algo que está inserido nas redes de relações na vida local. Estas redes são compostas, principalmente, por pessoas mais próximas e/ou da família. As mulheres são agentes centrais para as práticas de cuidado à saúde daquelas que vivenciam a gravidez, mas pude observar o caso de Maria Helena que contou com seu marido, e Bárbara que teve a relevante participação de seu pai, além da mãe.

Classifiquei os tipos de apoio necessários, sendo estas classificações apenas um recurso analítico, tendo em vista que, no cotidiano, estes tipos de apoios se mesclam, se confundem, se complementam, tornando-se mais complexos, mais dinâmicos e menos esquemáticos do que a tentativa de análise. Assim, os apoios foram classificados como apoio ‘material/econômico’, ‘moral’ e ‘emocional’.

O apoio ‘material/econômico’ diz respeito ao suprimento de necessidades básicas como alimentação, à composição do enxoval do bebê, às compras de materiais e fraldas, aos outros gastos possíveis, como médicos, exames, remédios, brinquedos, e qualquer outra coisa que seja necessária, assegurando as condições materiais para o sustento deste bebê e da mulher. A figura do pai do bebê exerce importante papel neste quesito. Ele deve, além de reconhecer a paternidade, ajudar com algum recurso financeiro. Os pais das mulheres grávidas, futuros avós, também costumam ajudar com materiais, na compra de enxoval, fraldas, etc. O relato de Bárbara, sobre a conversa entre seu pai Osvaldo e os pais do rapaz que a engravidou, também ilustram este caso. Outra figura importante no apoio material/econômico é a comadre e o compadre – no caso, os padrinhos do bebê – que geralmente oferecem muito apoio material. Algumas entrevistas com homens, e conversas informais com diversas pessoas – em especial a família da comadre de Eduarda – ajudaram a reconstituir a importância deste apoio para as mulheres levarem a gravidez a termo.

O apoio ‘moral’ diz respeito, sobretudo, ao reconhecimento da paternidade e legitimação desta gravidez. Uma adolescente que engravida e não tem namorado fixo precisa de um apoio que a ajude aceitar esta gravidez e torná-la legítima, já que publicamente haverá o julgamento negativo. Por outro lado, se ela tem namorado que reconhece a paternidade e assume com ela a condução deste processo, a gravidez torna-se publicamente aceita e legítima, conforme explicado anteriormente. A maioria das mulheres que visitei é casada ou possui um parceiro estável – pai do bebê. Muitas outras com quem conversei no dia a dia

confessaram-me ter casado em seguida à descoberta da gravidez⁵². O irmão de Isabela, por exemplo, explicou-me que foi casado por dois anos com a mãe de seu filho. Disse que se casaram (não oficialmente, mas moraram juntos) desde que ele a engravidou. Em suas palavras: “*Eu já tinha completado o segundo grau. Aí eu engravidei ela. Aí a gente foi morar junto... foi uma tentativa, né!?! Por que dele (seu filho).*” A garota tinha dezesseis anos quando engravidou. O mesmo aconteceu com Jussara, que está casada com o pai de seu filho até hoje.

O apoio ‘emocional’, por sua vez, diz respeito ao compartilhamento de angústias e medos que as mulheres sentem quando descobrem a gravidez. Quando perguntei a Eduarda, jovem de dezessete anos que ainda cursava o Ensino Médio, qual sua reação diante da descoberta e quem lhe dera apoio, a resposta foi medo, preocupação, que não queria ter engravidado, mas sua amiga (e comadre) e a mãe dela deram muito apoio. Estas duas ajudaram-na na composição de todo o enxoval do bebê, já que ela não tinha recursos. Sua mãe era vista como muito “*fraca*”⁵³ e o rapaz, pai do bebê, não havia reconhecido a paternidade até então. Mas além do apoio material/econômico ofertado por elas, a jovem destacou as conversas que tinham, e a postura de tranquilizarem-na diante de sua nova condição. Em suas palavras: “... *elas me deram muito apoio também, conversavam comigo, dizia pra mim: ‘Calma, minha filha, você vai ver, não é o fim do mundo não!’ Elas me deram muito apoio nisso assim, elas*” (NC). Em suma, ter “*condições de ter menino*” diz respeito à rede social que fornece os três tipos de apoio.

A casa, espaço que deve normalmente ser providenciado a partir de uma gravidez, ocupa um lugar especial no fluir dos apoios. Normalmente, os casais precisam construir uma casa para morarem no início da primeira gravidez. O caso de Thalia é exemplo disso. Jovem negra de dezoito anos, na época da pesquisa já estava casada, tinha completado o Ensino Médio e era marisqueira. Ela planejou sua gravidez quando morava com seus pais. Dagmar, a mãe de Thalia foi a principal figura de cuidado na gestação e no pós-parto. Ao engravidar, sua família cedeu uma parte do terreno do quintal para que o casal construísse sua casa, após engravidar. As famílias de ambos são vizinhas. O casal já planejava construir uma casa para que pudessem ter um filho, porém Thalia engravidou antes que começassem a construção. O

52 Note-se que casar aqui não significa necessariamente casamento formal, oficial. Na verdade, é muito raro que os casais se casem oficialmente na ilha.

53 Modo como se referiu à mãe. Conforme descrito, as pessoas costumam referir àqueles com poucas condições financeiras como fracos.

marido de Thalia trabalha “*no mato, tirando piaçava*”⁵⁴ indo todos os dias para os interiores das fazendas que circundam a vila de onde retira piaçava das árvores, trabalho muito antigo para os homens da vila, junto da pesca. Com a piaçava e o marisco, os dois construíram as primeiras paredes de barro de sua nova casa. Não recebiam juntos um salário mínimo. Um ano e alguns meses após o nascimento do seu filho, Thalia começou a receber a Bolsa Família, viabilizando ao casal providenciar aos poucos móveis, pinturas e melhorias na sua casa. A casa pode ser entendida ainda como um eixo central na organização da vida social local. Concentra e focaliza, de maneira simbólica e prática, os processos fisiológico e social da reprodução. As mulheres circulam entre casas desde a gestação até depois do parto. Neste contexto compreende-se formas em que a casa entra no imaginário das pessoas. Para falar das dinâmicas que envolvem o processo reprodutivo, desde os modos de constituir conjugalidades até os acordos entre as partes diante da gravidez, os moradores referem à casa. Como descrito acima, a iniciação sexual é descrita como “*Sair/tirar de casa*”. Uma mulher que conforma às normas de relacionamento sexual pode ser uma *mulher de casa*; caso contrário, é de *rua*.

Possuir uma casa, também fala sobre segurança e estabilidade, em um contexto de instabilidades sociais. Diversas vezes participei de conversas em que as pessoas demonstravam a importância de ter sua casa, ter “*seu canto*”, ter “*seu chão*”, ter “*seu teto*” (modos como se referiam às casas próprias). Desde o processo de “*fazer e ter menino*”, a casa passa a ter contornos mais claros. Mas a necessidade da garantia que a casa simboliza ultrapassa a constituição de conjugalidade, sendo central ainda nos projetos de vida das pessoas mais velhas que puderam construir mais de uma casa, e agora deixam casas de herança para filhos e quem sabe até netos. É comum construir casas para outras pessoas – geralmente familiares: irmãos, filhos, e netos. Nilva, uma professora da escola, tem dois filhos e uma neta. Pôde, com muito esforço, construir duas casas na ilha e deu para cada filho. E depois construiu a sua própria casa, que ela diz que vai ficar para a neta. Nilva construiu ainda uma casa na vila vizinha, onde seu atual marido dorme durante a semana, pois é marinheiro por lá. Telma também me contou sua história, na qual a construção das suas casas figura entre suas principais conquistas:

Casou-se na ilha e teve três filhos. Porém seu marido era muito violento e um dia decidiu deixá-lo. Foi sozinha para Monte de Santa Madalena trabalhar, onde ficou por dez anos. Deixou seus filhos com sua mãe na ilha natal. Passou o primeiro mês com muita dificuldade, passou fome. Mas toda vez que sentia uma dificuldade lembrava da voz de seu ex-

54 Sobre a organização do trabalho local e o trabalho com a piaçava, ver Capítulo 3, seção 3.2.

marido dizendo que ela não era capaz de arrumar um emprego, que voltaria pra ele, que não conseguiria largá-lo, porque não conseguiria fazer nada, não aguentaria trabalhar, não poderia sustentar seus filhos. Telma passou fome, mas não voltou pra casa dos pais e nem do ex-marido. Trabalhou em três empregos no Monte. Juntou dinheiro, comprou seus terrenos, construiu uma casa no Monte, depois voltou pra ilha com o dinheiro certo de construir sua casa de lá. Hoje tem duas casas na ilha, uma onde mora e outra que aluga. Também aluga sua casa do Monte. E tem mais dois terrenos na ilha. Ela trabalhou na prefeitura, mas largou o trabalho. Vive da renda dos aluguéis, do acarajé que vende nos fins de semana e de uma senhora de quem ela cuida em Valiosa que é sozinha e doente. Suas casas serão de seus filhos: *“Eles já tem sua casa garantida, já não vão passar a necessidade que eu passei”*. (NC)

Os pais de Flávia e Flaviane (participantes da pesquisa) Dona Paulina e Seu Régis, também me disseram que *“Graças a Deus, a casa de meus filhos tá certa! A gente conseguiu deixar uma pra cada filho!”* Ambos me contaram que, ao se casarem construíram uma casa pequena de apenas um cômodo, na cidade. Viveram por anos e conseguiram, aos poucos, aumentar aquela casa. Passados aproximadamente vinte anos, conseguiram construir três casas na cidade, cada qual deixada a um dos filhos. *“Casinha simples, Patrícia, mas é deles!”* Hoje moram em uma casa na ilha, que também estão construindo gradualmente. Flávia e o irmão Denis, também compraram um terreno na ilha, ao lado do terreno dos pais, mas ainda não construíram suas casas por lá.

Susan mora em uma casa espaçosa na rua principal da ilha. Na frente de sua casa, possui outro terreno vazio. Enquanto eu estava em campo, Susan decidiu levantar uma casa, para ampliar a sua e poder receber mais visitas. Passamos dias pensando em como seria a construção. Seu sobrinho, que é mestre de obras, saiu de Salvador para levantar a casa. Ele, e os irmãos de Susan trabalharam por semanas e fizeram o fundamento. Quando fui embora, estavam levantando as paredes. No entanto, o processo de construção de uma casa leva tempo, e está sempre em constituição, pois a cada parede que se levanta, é preciso que a pessoa alcance mais recursos para a continuação da obra. Seis meses depois, a mãe de Susan teve um AVC (Acidente Vascular Cerebral). Levaram-na ao hospital de Valiosa, mas em oito semanas ela faleceu. Durante o processo da enfermidade, uma irmã de Susan, Simone, decidiu pedir demissão de seu emprego para cuidar da mãe. A doente senhora tinha muitos filhos e eles sempre tiveram uma relação muito próxima entre si, de entre ajudas e solidariedades – o que é comum na vila como um todo. Quando a mãe morreu, Simone ficou desempregada. Um dos irmãos dela, Paulo, que é um empresário de sucesso na cidade, ajudou

Susan a levantar a casa que estava construindo. Susan havia decidido “*bater uma laje*⁵⁵” e deixar que a construção embaixo – antes dedicada a hospedar as visitas – se tornasse a casa de Simone. Susan deu aquela parte à irmã e, com ajuda de Paulo, continuaram a construção. Em uma visita posterior que fiz à ilha, Susan explicou que Simone não poderia ficar sem casa: “*Uma pessoa não pode ficar assim... Como é que ela vai fazer se não tiver uma casa? E agora que não tem mãe?! Então decidi dar essa parte pra ela. Eu e Paulo. Paulo está me ajudando! Aqui embaixo agora é de Simone. Se amanhã ou depois acontece alguma coisa, ela tem a casa dela! Ninguém sabe o dia de amanhã.*” A construção de Susan foi paralisada novamente, desta vez porque seu filho queria construir outra laje, acima da casa já existente, onde ela mora e precisava decidir o como iria fazer, já que ele quem iria pagar por essa etapa da construção.

Ter uma casa e dar casas para seus filhos é uma preocupação central então, para os moradores de Riachão. É comum as casas estarem “inacabadas” ou em processo de reforma, ampliação ou melhora, como Pina-Cabral & Silva (2013) apontaram. Essa constituição contínua das casas entrelaça as pessoas em uma rede de relações, pois envolve a participação de outros. Seja no empréstimo ou doação do terreno, na doação da casa, na ajuda ao levantar a casa ou ao “*bater a laje*”, ou na doação de material, a constituição das casas é ao mesmo tempo a (re) criação da relacionalidade (MCCALLUM & BUSTAMANTE, 2012; MARCELIN, 1999). Construir uma casa é resultado da “ênfase sobre a liberdade da pessoa singular diante das instâncias coletivas”, além de significar a criação de

[...] um contexto de constituição de pessoas, um contexto espacial onde outros coabitam com o casal. A casa existe não para que o casal viva junto, mas para que viva junto com outros – filhos, parentes e também amigos que visitam, parte muito importante da sociabilidade baiana. As pessoas deslocam-se muito, por isso há sempre muitos amigos e parentes que visitam (PINA-CABRAL & SILVA, 2013: 89).

Igualmente, no Riachão a segurança ou estabilidade que as casas evocam, concernem à liberdade da pessoa singular, mais do que do casal. A coabitação conjugal que resulta da gravidez nos informa a importância da casa como ambiente para criar as pessoas. A conjugalidade é uma relação sempre em risco, enquanto a filiação cria laços de maior durabilidade. Como Pina-Cabral & Silva (2013) notam, a posse de uma casa, nestes contextos

55 Bater laje é o modo como as pessoas se referem à etapa na qual fazem a estrutura da cobertura de uma casa, estrutura sobre a qual é possível fazer outra área construída.

instáveis, age para garantir a liberdade das pessoas. Por existir alta rotatividade nas relações conjugais, dificilmente as pessoas mais velhas se desfazem de suas casas anteriores para investir em uma casa do casal, com seu novo parceiro. Geralmente, quando iniciam novamente uma coabitação conjugal, mantêm suas casas, garantindo-se para os casos de rompimento. Telma e Nilva, ao contarem suas histórias de vida, apontaram a importância de terem esta garantia em seus novos relacionamentos.

Assim, na dinâmica da reprodução e produção de parentesco, conforme Pina-Cabral & Silva (2013) observam, a fertilidade e a filiação prescindem de uma estabilidade conjugal. O “ciclo de fertilidade” ou “ciclo reprodutivo” – conforme denominam – nem sempre diz respeito ao ciclo de um casal estável. Este fenômeno é altamente observável entre jovens, quando é o momento crucial em que as pessoas ainda estão em busca de oportunidades de trabalho e por isso é uma fase de intensa mobilidade. Frente a uma realidade de baixa renda, os jovens frequentemente mudavam de localidade em busca de empregos e assim os relacionamentos acabavam (PINA-CABRAL & SILVA, 2013).

Como se vê, o processo de levantar uma casa requer um engajamento de diversas pessoas e, conforme demonstrado, confirma sua centralidade na reprodução por ser o espaço privilegiado de criação de pessoas, entrelaçando os sujeitos em relações de ajuda mútua. Mesmo assim, há casos em que os laços de solidariedade e entre ajudas não são suficientes, sobretudo quando se trata de construir uma casa de blocos – algo que necessita de mais recursos financeiros – como vimos acontecer com Susan.

Ângela é mais um exemplo. Ainda busca realizar o sonho de ter uma casa melhor. Sua casa tem dois quartos e é construída parcialmente de blocos, parcialmente de barro. Ela quer uma casa inteira de blocos. Contou que o governo construiu a parte de bloco porque eles estavam transformando todas as casas de barro em casas de blocos. Mas a casa precisava ser ampliada, pois teve mais filhos, então o segundo quarto e cozinha foram feitos de barro. Ângela me dizia que queria melhorar sua casa quase todas as vezes que fui visitá-la. Para ela, o fato de eu ser paulista, era suficiente para que eu conhecesse o Gugu⁵⁶, e então sempre me pedia que falasse com ele para que ele vá à ilha ampliar sua casa, e transformá-la integralmente em uma casa de blocos. Ângela não possuía recursos suficientes para tal feito. Beneficiária da Bolsa Família e marisqueira, era casada e seu marido, pescador. Seu Arnaldo era de Salvador, mas decidiu se mudar para o Riachão há quase vinte anos, quando a

56 Apresentador de televisão da rede aberta de Televisão SBT. Segundo Ângela, Gugu tem um quadro em seu programa onde ele reforma casas antigas e dá de presente aos donos a nova casa.

conheceu. Trabalhava com trator, mas precisou vendê-lo e começou a pescar, porém não tinha canoa. Assim, a vida do casal era muito difícil, com poucos recursos financeiros. Ao fim de 2013, Seu Arnaldo conseguiu sua aposentadoria e comprou uma canoa, o que foi importante para melhorar a situação da família. Em uma das últimas vezes que estive lá, vi que estavam medindo o terreno do fundo para começarem uma construção e ampliar a casa. Mesmo assim, a obra ainda não foi realizada. Jussara e Eloisa, duas irmãs que engravidaram jovens, levantaram suas casas de barro – uma ao lado da outra – em terrenos de familiares. O terreno da casa de Eloisa é dos seus pais. O terreno da casa de Jussara é da tia de seu marido, que prometeu vendê-lo quando o casal pudesse pagar por ele. Ambas começaram a receber a Bolsa Família quando as casas estavam semiprontas, o que lhes ajudou a compor os móveis e utensílios domésticos.

Igualmente, Lílian, marisqueira, negra, de 26 anos, construiu uma casa de barro perto das casas de seus irmãos paternos, com quem vive no Riachão. Em uma grande área, onde moram seis irmãos e suas respectivas famílias além de Dona Conceição, mãe de todos os irmãos – com exceção de Lílian, que é enteada. Embora seu pai não seja mais casado com ela, os vínculos permaneceram. Lílian se mudou para o Riachão há pouco mais de dois anos, vinda de uma região rural de Valiosa. Seu marido continuou morando por lá, onde trabalhava como zelador de uma fazenda. Aos fins de semana voltava a Riachão para ver a família. Lílian e o marido decidiram se mudar para Riachão, por conta da melhor qualidade de vida que consideram ter naquela vila. Lílian é beneficiária da Bolsa Família. A maioria de seus irmãos também vive em casas de barro.

Muitas pessoas com quem conversei que moravam em casas de barro, disseram esperar que o governo transformasse as suas casas em casas de blocos, como foi feito com outras casas da ilha, há alguns anos. Estes casos nos auxiliam a pensar na possível insuficiência das ajudas locais e nas relações de dependência às quais muitas pessoas do Riachão ainda se encontram submetidas diante daqueles que possuem maior poder, do Estado ou mesmo a esperança depositada em mim e no apresentador de televisão, para melhorarem suas condições de vida e, portanto, de “*ter menino*”.

O caso de Eduarda é importante aqui. A jovem não pôde contar com a ajuda dos pais. Sobre seu pai, Eduarda jamais fez algum comentário, além de citar seu nome – o que revela um distanciamento entre ambos. Sua mãe era muito “*fraca*” e não podia ajudar na manutenção material da jovem e de seu filho. O parceiro, de quem Eduarda engravidou, não ajudou com recursos financeiros até o bebê nascer. Mesmo assim, Eduarda teve a ajuda da

irmã, que possuía uma casa com boas condições de abrigá-la, além da família de sua comadre, que tem posses no Riachão – o que foi de substancial importância na manutenção da jovem e na condução de sua gravidez. Um ano e meio depois que seu filho nasceu Eduarda contou mais uma vez com a ajuda da família de sua comadre. Ajudaram a jovem a alugar uma pequena casa para ela e o bebê viverem, comprometendo-se a pagar parte do aluguel, até que ela pudesse fazê-lo sozinha. Eduarda catava marisco, e passou a receber ajuda do pai do menino depois do nascimento. A quantia era insuficiente para que pudesse arcar com os custos de viver só com seu filho. Sua comadre, além de ajudá-la com o aluguel, passou a arrecadar com sua rede de parentes e amigos utensílios e móveis usados para que Eduarda pudesse utilizar na casa, sem ter que comprar coisas novas.

Deste modo, podemos observar como o feixe de relacionalidades em que as pessoas estão inseridas são fundamentais para o processo reprodutivo, que por sua vez, também coloca as pessoas em relacionamentos. A constituição de casas emerge como elemento central nesta dinâmica, dado sua importância para a criação de pessoas, na luta pelas “*condições de ter menino*”. As pessoas se engajam nesta luta, constituindo relações de solidariedade e ajudas mútuas, conformadas em e conformando as relações de parentesco e afinidades. O Estado também figura como sujeito importante, na medida em que é ele um dos principais agentes capazes de elevar as “*condições de ter menino*” de boa parte desta população, na construção das casas, além do benefício do BF que as mulheres beneficiárias mencionaram e as observações constataram ser de substancial importância. Outras pessoas de poder econômico, também podem ser fundamentais nestas relações.

Portanto, fica claro de que modo a reprodução cria e recria relacionalidades e elos entre as pessoas, em redes de apoio, cuidado e solidariedades. Neste mundo relacional no qual se constitui, o processo reprodutivo envolve uma multiplicidade de atores, principalmente aqueles mais próximos que compõem a rede de parentes e afinidades das mulheres e dos homens engajados em “*ter menino*”. Entretanto o feixe de relacionalidades em torno da reprodução não se limita a parentes e afins, mas envolve outros atores sociais – como o próprio Estado, com ações e medidas como, por exemplo, a substituição das casas e o BF. Nas próximas seções exploro as buscas para o cuidado das gestantes e os processos de cuidado na temporalidade da gestação-parto-puerpério, descrevendo distintas trajetórias a partir do ponto de vista das mulheres e a presença do Estado, doravante representado na figura do sistema de saúde pública.

6. A gestação: “A barriga” e suas implicações

Este capítulo está destinado a discutir as diversas dimensões que implicam a gestação e as buscas por apoios e cuidados que envolvem este processo. Desde as práticas contraceptivas até a aceitação da gravidez demonstra a importância do apoio social bem como das concepções nativas sobre gênero, o corpo feminino e a responsabilização da ocorrência da gravidez que recai sobre as mulheres. Segue-se o caminho que vai da aceitação até o processo de tornar pública a gravidez, que reforça o caráter socialmente constituído da gestação, na participação social desta, e a importância que este processo tem na assimilação intersubjetiva das mulheres. A “*barriga*” vai simbolizar e solidificar as relações sociais que vão se estabelecendo ao seu redor enquanto cresce. A figura masculina aparece como importante sujeito nestas relações. Neste momento o Estado volta a aparecer encarnado no sistema de saúde ao fornecer cuidados no acompanhamento da gestação, do desenvolvimento do bebê. Observa-se, um modelo de atenção que faz da reprodução um fenômeno biológico de um corpo – que é o feminino – que produz outro. Modelo fundamentado em uma ordem de saber científica, que também é incorporada nas explicações nativas acerca do processo, porém conformando um amplo e complexo discurso que agrega uma ordem de saber oriunda da prática. Ambos os conhecimentos interagem de modo dinâmico e complementar, confirmando que a transformação de um corpo em outro não prescinde de relacionais – que é o que dá conteúdo à reprodução. Diversos tipos de cuidados são acionados para a condução adequada da gestação e as relações entre os próximos da vida social, persistem em prevalecer.

6.1. Da descoberta ao “*deixar*”: contracepção, interrupção e aceitação da gravidez.

Mesmo sendo os homens que fazem os filhos, algumas mulheres participantes da pesquisa disseram que são elas, as mulheres, as principais responsáveis em evitar a gravidez, porque acontece no corpo delas, e porque os métodos anticoncepcionais são voltados ao corpo feminino e não ao corpo masculino. Uma recorrente descrença perpassa o uso de preservativos, pelo risco de estourar. Segundo Eduarda em uma conversa, “*para ela (a mulher) tem várias formas de prevenir e para o homem só tem a camisinha, e pode estourar*”. Assim, todos os outros métodos incidem no corpo feminino – com exceção da vasectomia,

muito raramente feita⁵⁷. Também é importante sublinhar aqui que, mesmo na unidade de saúde, os programas ofertados para o Planejamento Familiar são exclusivamente voltados às mulheres, o que resulta no reforço desta concepção que responsabiliza principalmente as mulheres acerca da ocorrência da gravidez. Por um momento pude observar mulheres irem em busca de contracepção no posto de saúde. As duas mulheres que estavam lá já tinham filhos, e estavam com o remédio para que a enfermeira aplicasse, pois era injetável. Diziam: *“Eu não posso mais parir porque cato siri. Bolsa Família tá pouca e não tem mais cheque.”*; *“Quero remédio pra evitar e não é por causa de homem não. É porque eu não quero mesmo.”* Iara, jovem branca de dezoito anos e marisqueira, estava grávida de seu segundo filho. Casada com Donovan, descobriu sua gravidez com cinco meses. Donovan e Iara não queriam ter filho. Iara contou que tomava injeção para evitar a gravidez, mas mesmo assim *“Deus mandou”*. Então ela me explicou que mesmo sendo o homem que faz o filho, quem é responsável pela gravidez é a mulher. Que se ela mesma tivesse se cuidado mais, ela não estaria grávida. Donovan disse a mesma coisa. Responsabilizou Iara pela gravidez, contando que disse muitas vezes a ela que não queria filho. Contou que comprava todos os remédios para a parceira tomar e que se ela engravidou, não foi ele quem quis. Donovan também falou sobre o (não) uso da camisinha, apontando outras explicações sobre o porquê de não usar o preservativo. Sua fala não reflete o medo que Eduarda apresentou sobre a possibilidade da camisinha estourar:

“Veja só a situação, analise bem: eu compro tudo, compro remédio, ciclo 21 e injeção. Eu quero engravidar?? Aí as pessoas dizem que o culpado sou eu, porque eu devia usar camisinha, mas eu vou usar camisinha com minha mulher de casa? Vai parecer o quê? Que ela é mulher de rua, que é uma quenga? Ela tá na minha casa. É até um desrespeito, parece que eu to desconfiando dela... Eduarda que estava comigo, concordou neste momento. E ele continuou: Eu falei tanto pra ela. Quando tava com uns dois meses ela me disse assim, tem alguma coisa mexendo na minha barriga. E eu que sou muito brincalhão falei, que ela tava com verme. Depois eu refleti, e disse, olhe pode ser mioma, mas você é muito nova pra ter mioma, com tua idade você deve estar grávida, você tá prenha! Aí quando eu vi isso eu disse: mas Iara você me enganou?? Você me enganou, mulher?” (NC).

Com o depoimento de Donovan, fica claro que as pessoas entendem que a responsabilidade pela contracepção é feminina. Notam-se ainda as diversas concepções que as pessoas possuem acerca do uso da camisinha: desde uma desconfiança na sua eficácia, até o

57 Vale mencionar aqui que não tive conhecimento de alguém que tivesse realizado este procedimento no Riachão, enquanto estive em campo, com meus informantes.

possível significado de infidelidade e desconfiança conjugal que o uso pode carregar.

Susan, minha amiga, também explicou de um modo parecido. Segundo ela, *“pra prevenir um filho, a responsabilidade é da mulher, claro! É ela que tem que se cuidar, não o homem. O homem não tá preocupado. Camisinha, ele usa com a mulher de fora, com a mulher de casa não”*. Em outra conversa com as mulheres do catador, uma delas me disse: *“O homem fica bravo quando a mulher tá grávida, porque não tem noção. Não pensa. Só quer satisfazer seu instinto. A mulher que pensa, ela que tem que se cuidar”*.

A maioria das mulheres participantes não planejou engravidar. Ainda assim, poucas foram aquelas que relataram a possibilidade de interrupção. Nina, marisqueira, negra, já era mãe de três filhos e tinha 25 anos quando engravidou novamente. Disse que não queria ter mais filhos, mas engravidou e começou a desconfiar depois de dois meses. Então contou os métodos dos quais se utilizou para a interrupção:

“Nunca tomei remédio não, mas tomei um bucado de chá pra matar: cidreira, pulga do campo, sonrisal com coca cola, alumã, alumã com cravo, cravo, garrafada, com um bucado de folha, pau de resposta... tudo que me davam eu tomava. Tudo que dizia que era bom pra mata eu tomava... Depois foi ficando grande aí fui ficando com medo de fazer mal pro bebê ou pra mim aí eu parei e deixei” (NC).

Ao ser questionada sobre as razões de querer interromper a gravidez, Nina respondeu: *“Querida tirar porque a vida não é boa. É muito difícil. Situação financeira, criar filho sem pai...”* Nina se considera negra. Catava marisco desde os 12 anos de idade e recebia Bolsa Família. Sua mãe cria um de seus filhos e os outros dois ela mesma quem cria. Estava com seu parceiro, o futuro pai do bebê, mas se referia às dificuldades de criar filhos sozinha, pois já experimentava aquela condição. Além de Nina, Rosa também não aceitou sua gravidez com tranquilidade.

“[...] fiz meus exames, aí deu certo, deu positivo. Só que eu não aceitava, não queria, não gostava da situação que eu ia ter um filho... Ai foi muita coisa... Ai eu deixei passar um pouco. Esqueci que estava com um filho dentro de mim e resolvi contar para a minha família quando já estava com quatro meses. Escondi, com quatro meses resolvi contar”.

Ao ser questionada sobre cogitar a possibilidade de interrupção Rosa comentou que sim. *“Pensei muito. Eu tentei, mas não consegui. Depois de todas as tentativas, eu não consegui, aí eu resolvi contar.”* (NC) As outras mulheres não mencionaram sobre a

interrupção. Algumas disseram que não queriam, que pensaram na possibilidade, mas uma vez grávida não tentaram interromper. Importa mencionar que não tive conhecimento de casos de aborto durante o trabalho de campo, mas conheci mulheres maiores de trinta anos que relataram ter recorrido à interrupção quando de alguma gravidez no passado ou mesmo que passaram por abortamentos involuntários.

Para algumas participantes, ainda que não tivessem planejado a gravidez, a descoberta e aceitação não se deram em grandes conflitos. Mesmo assim, observa-se a importância do apoio das pessoas mais próximas no processo de aceitação da gravidez – sobretudo a centralidade da figura masculina. Para Jussara foi tranquilo pelo imprescindível apoio de seu parceiro: *“No primeiro mês, eu já sabia que estava grávida porque a menstruação não desceu mais... Pra mim foi tranquilo porque meu namorado disse que ia assumir, aí eu fiquei tranqüila”*.

Com a descoberta da gravidez, algumas mulheres aceitaram com mais facilidade e assimilaram sem conflitos todas as implicações de uma gestação. Outras revelaram uma resistência maior, como foram os casos de Nina e Rosa, por exemplo. Eduarda, ao contar de sua experiência, nos revela ainda que *“a barriga”* vem a partir do momento em que a gravidez é aceita e assumida. Eduarda engravidou de uma relação que não era legitimada publicamente, de uma relação casual. Seu parceiro, Gonçalo, não morava na ilha. Em uma das vezes que Gonçalo esteve no Riachão, se relacionou com Eduarda, quando a engravidou.

“Eu pensei em tirar, mas só que disse a Gonçalo. Querer eu não quero, mas eu não tenho querer, não posso fazer nada então, vou ter que fazer o que tenho que fazer... Aí eu deixei e a barriga veio. [...] Não gostei não (dos nove meses de gestação), me sentia feia. Não queria. Não gostava da barriga, não tinha apoio de ninguém.” (NC).

Com frequência as mulheres sinalizavam a importância e centralidade de redes de pessoas que servem como apoio social para a condução deste processo. Vale pontuar que embora Eduarda tenha dito que não teve apoio de ninguém durante a aceitação da gravidez, mencionou mais tarde a família de sua comadre, como descrito anteriormente. Susan comentou uma vez sobre o caso de Eduarda, sublinhando a importância do apoio que a jovem recebia pela família da comadre. *“Eduarda não tinha nada, e quem ajudou foi Dalila”*. Dalila é mãe de Amanda, a comadre de Eduarda – que ainda é dependente financeiramente de sua mãe (NC). Observa-se assim que *“a barriga”* vem quando as mulheres *“deixam”* e a gravidez *“sair pra rua”*. O processo de deixar a gravidez *“sair pra rua”* envolve a aceitação e toda

negociação implicada nesta. *Deixar* a gravidez no Riachão é um processo consoante aos achados por Bustamante (2009: 209), quando sinaliza a existência de um processo de aceitação da gravidez e *deixar* a barriga crescer. Além disso, este processo significa assumir todos os desdobramentos de torná-la pública.

6.2. Quando a gravidez “*Sai pra rua*”

Há meses em campo, eu ainda percorria as ruas da ilha procurando pelas mulheres que estavam gestantes ou tinham acabado de parir seus filhos. Passava tardes conversando com as pessoas que acabava de conhecer. Pude marcar então algumas entrevistas e visitas com mulheres que aceitavam participar da pesquisa. Em uma das tardes, fui visitar Ângela. Fizemos uma entrevista e depois ficamos conversando na rua, ela, eu, Lena – amiga de Ângela – e vários de seus filhos. Perguntavam-me onde eu estava hospedada, se estava na pousada ou não, como era a pesquisa, qual era minha intenção com as entrevistas, se passaria na televisão, se eu daria algum prêmio ou benefício aos moradores que participassem. Enquanto explicava sobre a pesquisa, comentei que naquele momento tinha conhecido muitas mulheres parindo e poucas gestantes. Foi quando Lena me interrompeu: “*mas tem um bocado de menina nova de 15, 14 anos, por debaixo dos pano, aí prenha...*” Interessada na informação repeti o que ela havia dito: “ah é, a Senhora acha que pode aparecer meninas grávidas aqui no Riachão?” E ela: “*pode, não! tá! é que não foi pra rua ainda... a hora que sair pra rua a gente vai ficar sabendo...*”

Eu ainda não conhecia esta expressão que dizia respeito ao fato da gravidez se tornar pública. Presenciei mais duas ocasiões nas quais as pessoas especulavam se uma ou outra garota estaria mesmo grávida. Como todos sabiam que eu queria conhecê-las, me passavam a informação em tom ainda secreto dizendo que em breve a gravidez “*sairia pra rua*”. Depois que passei a ter mais familiaridade com as pessoas na vila, espontaneamente alguém me apontava uma amiga próxima indicando sua gravidez, não mais como especulação, mas quando esta já teria “*saído pra rua*”.

No entanto, como descrito na seção anterior, quando se descobrem grávidas, a participação de outras pessoas no apoio social requerido e ofertado, incide na aceitação desta gravidez, ao “*deixar*” que “*a barriga*” venha. “*Deixar a gravidez sair pra rua*” demonstra, deste modo, como a gravidez é um fenômeno social amplo, já que toda a vila participa deste processo. Muitas vezes, embora não tenha sido planejada, a gravidez é bem recebida pelas

mulheres, sobretudo, quando estão envolvidas em um relacionamento amoroso aparentemente estável. A busca por apoio se dá no processo de decidirem o que fazer. Deste modo, os principais agentes de cuidado ativados neste momento são as suas mães e/ou pais, seus parceiros/futuros pais, irmãs, vizinhas, comadres, amigas (Ver Anexo - Quadro 2). Pessoas de seu círculo social mais próximo, mais cotidiano. A busca pelo serviço de saúde ocorre quando a gravidez já “foi pra rua”.

Poucas foram aquelas que procuraram o serviço de saúde imediatamente à descoberta da gravidez. Bárbara, embora tenha o pai como Agente Comunitário de Saúde, fez o primeiro PN aos três meses de gestação e fez a primeira ultrassonografia com quase seis meses. Sua explicação era contundente: Como era adolescente e não possuía renda própria, não podia pedir dinheiro ao pai para fazer o teste de gravidez, pois não saberia como contar que “saiu de casa”. Se procurasse o posto de saúde, os desdobramentos seriam os mesmos. Então passou pelos três primeiros meses refletindo sobre o que fazer, até que seu pai descobriu através de outras pessoas.

Muito embora a maioria delas tenha recorrido ao exame de sangue para se certificarem da gravidez, algumas me disseram não estar surpresa com o resultado, pois já o sabiam e outras relataram que este era pré-requisito para seguir com o PN. Nas palavras de Thalia: “[...] mas eu só continuei meu pré-natal depois que eu confirmei com o teste. Não é só com boca que eu falei que tava grávida, eu tinha que fazer o exame pra confirmar pra depois ela fazer o pré-natal”. Houve alguns casos de total surpresa com o resultado positivo, sobretudo com as descobertas tardias, como foi com Ângela, Caroline e Iara – que descobriram a gravidez já no sexto mês de gestação.

Enquanto as mulheres são consideradas as principais responsáveis pela ocorrência da gravidez, na ilha, o processo de inclusão dos homens na responsabilização da gravidez ocorre de forma muito tímida nos relatos locais, mesmo sendo eles que fazem os filhos. Deste modo, ir ao posto de saúde e começar o PN significa, para estas mulheres, tornar pública a gravidez, ou “deixar” esta “sair pra rua”, com todos os seus possíveis desdobramentos.

Diante de um cenário onde a maioria das mulheres sofre julgamentos morais face à nova gravidez tornada pública, o processo de legitimação desta gravidez descrito no capítulo anterior nos revela como o exercício da reprodução é esculpido por assimetrias. O caso de Bárbara também demonstra um contexto de desigualdade nas relações de gênero e idade. Bárbara era jovem adolescente e, antes de engravidar, não queria ir ao posto de saúde pegar preservativo nem mesmo tomar pílula anticoncepcional, pois assim, as pessoas descobririam

que tinha relações sexuais, especialmente seus pais. Depois de engravidar, foi o mesmo processo. Como ela, Jussara e Isabela relataram o mesmo problema. Nas poucas vezes em que presenciei jovens mulheres em busca de preservativo ou para aplicar o remédio contraceptivo no posto de saúde, não remarquei comentários dos profissionais sobre as práticas sexuais das mulheres. Nenhuma aparentava ser menor de dezoito anos e todas já tinham filhos.

Como observado em outras pesquisas, na região central de Salvador, o exercício da sexualidade adolescente aparece novamente tratado como um tabu, sobretudo nas esferas familiares. Também nas unidades de saúde se observavam práticas carregadas de julgamentos morais acerca do exercício da sexualidade adolescente, ainda na lógica de responsabilização das mulheres por uma possível gravidez precoce (MARINHO, 2006; REZENDE, 2011). Embora não tenham sido observados comportamentos de juízo moral ou comentários no posto de saúde, vale ponderar que foram poucas as vezes em que passei todo o dia em observação no serviço e ademais, presenciei poucas ocorrências de busca pela contracepção. Em contrapartida, em outros espaços públicos, principalmente nas ruas, comentários e julgamentos morais face à idade das garotas que engravidavam e suas práticas sexuais eram muito comuns. As relações de gênero, neste contexto, são relações assimétricas por conformarem casos como estes. As mulheres quem são as principais culpabilizadas pela ocorrência da gravidez, além de serem aquelas que mais sofrem as conseqüências de ter de criar um filho no contexto de relativa pobreza (De ZORDO, 2009; MCCALLUM, 2008; SCHRAIBER, 2005; MULLINGS, 1995).

Mullings (1995), em trabalho sobre as condições de vida e saúde da população moradora do Harlem em Nova Iorque, observou ainda as conseqüências nefastas da responsabilização que as mulheres carregam por engravidar, apontando com isso o modo como criar filhos em condições de pobreza intensifica gradativamente o estado de vulnerabilidade destas mulheres e seus familiares. Esta reflexão é pertinente para pensarmos o contexto específico que tratamos aqui e nos questionarmos em que medida estas mulheres e jovens garotas são mesmo responsáveis pelas suas gravidezes e pela manutenção das condições de pobreza e vulnerabilidade nas quais vivem. Neste caso, a vulnerabilidade das jovens grávidas pode ser reforçada pelos possíveis julgamentos morais e o medo de encará-los, provocando uma delonga na busca por cuidados à saúde, seja em termos de contracepção, seja para o PN. Contudo, o processo de tornar a gravidez pública nem sempre é resultado de um processo conflituoso de assumir a gravidez. As dinâmicas são bem diversas entre as mulheres locais. Mesmo assim a aceitação desta geralmente vem junto com o medo e

ansiedade sobre como conseguirão cuidar da criança. De um modo ou de outro, alguns fatores são sempre sublinhados, e dentre eles a necessidade de ter “*casa*” e “*condições*” para criar o filho, são unânimes, confirmando que as “*condições de ter menino*” é uma questão proeminente.

Então, ao deixar que a gravidez “*saia para rua*”, as mulheres vão em busca de cuidados no posto de saúde e um novo processo se constitui na sua experiência de gestante. Elas são acompanhadas pelos profissionais de saúde, fazem o PN, os exames necessários, recebem indicações das vitaminas, participam de atividades para gestantes, etc. Neste momento, novamente o Estado, personificado no sistema formal de saúde, aparecerá como um importante agente de cuidado à saúde destas mulheres.

6.3. As relações com o serviço de saúde na gestação

A gravidez coloca as mulheres gestantes em relacionamentos com o serviço de saúde – para o acompanhamento do processo e atenção à saúde. No ponto de vista das mulheres as razões para ir ao posto de saúde geralmente eram levar os filhos para consultas e vacinação, pegar vitaminas, medir pressão ou para fazerem o preventivo. A realização do PN, por sua vez, também é vista como medida importante do posto de saúde, ainda que seja possível observar que as primeiras consultas de Pré-Natal geralmente não são imediatas ao início da gravidez (ver Anexo - Quadro 3). Este dado pode refletir o tempo da descoberta, o processo de aceitação e publicização da gravidez, ou mesmo limites assistenciais. Para as mulheres, a importância do PN está relacionada à garantia de acompanhar e zelar pela saúde e desenvolvimento do bebê. Também existem aquelas que não gostavam de fazer PN, como era o caso de Nina.

Nunca gostei desse negócio de pré-natal não. Tenho tudo meus filho sem pré-natal. Perguntei sobre a necessidade de ir ao posto, o que ela achava: "é, porque pode ter alguma complicação no parto e tem que fazer todos exames, para saber se vai ser cesáreo, ver colesterol... agora que eu to indo. Que não fui de nenhum..." "eu não gosto de médico, é de mim mesmo. Eu sou mais tomar um chá caseiro, alguma coisa assim... Ah porque agora essa gravidez é diferente, to sentindo muitas dores, muitas contrações. Dos outros eu não sentia nada." (NC)

Nina é sobrinha de Bianca. Ambas contaram que tiveram complicações em seus partos anteriores. Por isso, Bianca repetia a Nina várias vezes sobre a importância de ir ao posto

fazer o PN, pois era com o PN que saberiam como estavam os bebês e como seriam os partos. Iara e Ângela também comentaram sobre a importância do PN:

[...] Perguntei à Ângela se gestante precisava ir ao posto de saúde e ela me respondeu que sim. *"Tem que fazer Pré-Natal"* Iara completa: *"pra cuidar dos menino"*. E Ângela diz: *"eu acho que tem que fazer o Pré-Natal"*. Exemplificando com o caso de uma menina de Santo Antônio: *"morreu os dois filho, porque não ia no posto, e acabou morrendo os dois. A mãe dela nunca foi em médico nenhum e teve seus filhos então ela também não quis ir. Daí morreu os dois"*. (NC)

Para Caroline, ir ao posto de saúde durante o PN também é fundamental: *"Lógico! Pra ver se tá tudo bem né, meu amor!?! Porque às vezes a criança já tá morta e se não vai ao médico, não sabe... e mesmo assim tem gente que chega no hospital e tá com a criança morta"*. A preocupação ronda especialmente a possibilidade de ter algum problema com o bebê, o que torna o PN mais importante. Isabela, ainda que valorize e reconheça a importância de realizar o PN, também pondera que os cuidados da gestação, as próprias mulheres sabem e o fazem nas suas vidas práticas.

"tem que ir, só que às vezes acho desnecessário ir... tem que ir, mas não tem que ir assim sempre... Não é tão necessário assim... eu mesmo nem tinha o que falar, não sentia nada... porque cada pessoa tem que se cuidar em casa, no caso, você vai porque da pessoa te dar indicações, como vai ser no parto, o que tem que fazer, mas você sabe que não pode ficar pegando peso em casa..." (NC)

A frequência ao PN também é uma prática obrigatória às mulheres que recebem o benefício da Bolsa Família⁵⁸, como uma das condicionalidades do programa de transferência de renda do Estado. Porém, as mulheres nunca me relacionaram suas idas ao PN com a Bolsa Família. Ainda que as pessoas declarassem frequentemente suas satisfações com relação ao serviço de saúde local – pela diversidade de profissionais para atendê-las e melhoria na oferta de serviços durante os últimos dez anos – às vezes era difícil conseguir o atendimento buscado relativo ao PN. Com relação ao limite assistencial, a presença da enfermeira no posto de saúde tinha a frequência semanal, sendo apenas um dia na semana. Dado que o posto de saúde da ilha é uma unidade satélite, tendo como polo o posto de outra ilha vizinha, os profissionais precisavam se revezar entre as unidades, o que explica o fato de atenderem apenas uma vez por semana na localidade. Por semana, os profissionais do posto planejavam

58 Informação disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemnds/perguntas-frequentes/bolsa-familia/condicionalidades/beneficiario/codicionalidades> Acessado em 03/11/2014.

um tipo de atividade de atenção à saúde que a enfermeira realizava, porém nem sempre os planos eram concretizados. Embora todos os meses a enfermeira planeje um dia para realizar o PN, nem sempre este se realizava, pois às vezes a enfermeira faltava. Outras atividades e demandas que se sobrepõem no trabalho da enfermeira, também podem atrapalhar as atividades previamente planejadas. Em entrevista com Joilda, esta comentou das dificuldades atuais do trabalho no PSF. Explicou que já tiveram atividades planejadas em equipe e que realizavam muitas atividades no posto, o que não acontece mais. Sobre a enfermeira, Joilda enfatizou a sua falta de tempo:

J: ela tem uma vida muito corrida, muito corrida! Que também eu não gosto muito disso, que agente acaba até não achando tempo. Que tipo assim: se agente quer falar com ela aqui não consegue, porque o tempo dela é corrido, porque ela até faz o planejamento dela, mas daqui a pouco ela distorce.

P: hum

J: entendeu? Porque se ela disser assim: hoje pela manhã eu vou atender é, gestantes, a tarde até tantas horas eu vou fazer isso, depois eu tenho uma hora ou duas horas pra me reunir com vocês pra conversar como foi o dia, como foi a semana...

P: hum

J: eu acho que tem que ter tempo e agente não tem tempo

P: vocês não tem tempo de conversar, de programar a semana?

J: nada, nada, nada. Isso tudo eu posso lhe dizer que já, tudo isso já aconteceu aqui dentro.

Outro dado é que nem sempre as primeiras consultas de PN refletem a data exata desta busca. Alguns casos foram relatados em que mulheres acionaram o serviço de saúde antes da primeira consulta: foram ao posto de saúde, fizeram seu cadastro, mas não foram atendidas pela enfermeira ou nenhum outro profissional, por diversos motivos, dentre eles o cadastro teria sido feito em um dia da semana em que não teria ninguém para atendê-la. Também acompanhei a busca por atendimento de três mulheres gestantes – Nina, Bianca e Flaviane – e pude constatar este fato. Nestes casos que acompanhei, o período em que foram ao posto de saúde contou com muitas faltas consecutivas da enfermeira, sendo que somente ela é a pessoa que realiza as consultas. Outro caso relatado foi de Dália, que me disse ter ido ao posto de saúde com dois meses de gestação, mas só pôde fazer a consulta PN no mês seguinte, pois não havia o cartão da gestante. Dália já não se recordava tão bem desta época. Disse que tinha certeza que havia ido antes do terceiro mês, achava que não teve consulta pela falta de cartão, mas cogitou a possibilidade da enfermeira ter faltado ou mesmo não ter sido consultada por outro motivo.

Lílian, que ainda era gestante na época da pesquisa, estava perto de completar seis meses de gestação. Sobre o PN, ela me disse: *“eu nem sei, que ela (enfermeira) agora, nunca mais eu fui pra ela... Eu nem vou mais. Eu vou, chego lá pra ela e ela não tá! Eu num vou mais fazer não. Vou lá só pra ela anotar os exames e não vou mais.”* Ela estava irritada porque a enfermeira não ia ao posto da vila há mais de três semanas. Perguntei como era quando ela fazia, e ela disse mais uma vez brava: *“Nunca nem mediu! Como é que é que a pessoa vai ter vontade de ter Pré-Natal? Nunca pesou! De Julio (gravidez anterior) ainda fazia, dessa aqui nada! Quem fez bem foi Maria Helena que não ia direito. Ela que tá certa, vai lá perder tempo!?!”*

Segundo consta nos cartões de gestante das mulheres, e conforme seus relatos, apenas Thalia teve sua primeira consulta no primeiro mês de gestação. Todas as outras mulheres foram consultadas a partir do segundo, terceiro, quarto, quinto ou sexto mês de gestação. Dália foi aquela que teve maior número de consultas de PN, totalizando oito consultas. Thalia teve seis consultas de PN, número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). As outras tiveram cinco consultas ou menos. Não possuo informações mais detalhadas sobre o número de PN feitos por Naiara, Daniela, Iara e Flaviane (Ver Anexo – Quadro 3).

A frequência no PN e a qualidade desta atenção podem trazer resultados positivos para a redução da mortalidade materna e prevenção de desfechos desfavoráveis (VIELLAS *et.al.*, 2014). Quando Dália me disse que havia feito oito consultas, ela contou que ainda estava se lembrando bem da quantidade de consultas, porque poucos dias antes, ela recebeu uma ligação do MS, com a mesma pergunta: quantos PN ela fez e o que ela achou das consultas. Dália foi a única mulher que tive conhecimento de ter recebido a ligação do Ministério. Consta no portal da saúde do MS⁵⁹, ligações para as mulheres que tiveram filho no SUS para saber como foi o atendimento recebido durante toda gestação, parto e puerpério, como ação conjunta com a implantação do Programa Rede Cegonha. Durante o tempo em que estive em campo, não foi observada nenhuma menção ao referido Programa dentro da unidade local de saúde ou nas ruas da ilha.

O manual técnico da assistência pré-natal, publicado pelo MS em 2000, aponta a importância da qualidade da assistência pré-natal para a adesão das mulheres ao serviço de saúde, promoção do parto normal e redução de agravos no processo parturitivo e no pós-parto. Igualmente, orienta que os profissionais do sistema de saúde exerçam práticas de escuta

⁵⁹ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia?start=30>
Acessado em 10/12/2014.

sensíveis a cada uma das mulheres e familiares, respeitando-as em suas particularidades, buscando compreender os múltiplos significados da gestação em cada trajetória pessoal; discutir e esclarecer questões particulares, contribuindo na constituição de vínculos entre usuários e serviço de saúde. Aponta a necessidade de se desenvolver *“Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, levando a um nascimento tranqüilo e saudável”* (BRASIL, 2000: 7). Nas consultas de atendimento ao PN no Riachão, eram realizadas rotinas mais padronizadas. Na conversa que tivemos, perguntei à enfermeira sobre as ações do PN:

Perguntei sobre o PN e ela me respondeu, enquanto completava umas listas e formulários: *“Envolve tudo”*. Disse que ou o ACS vai atrás ou as mulheres buscam. *“Eles (ACS) ficam sabendo (da gravidez), me comunicam e agendam”*. No primeiro PN, *“elas se cadastram, eu solicito exames, ultrassom... dá o cartão de gestante. As consultas são uma vez por mês. Mede a barriga, a altura uterina, passa suplementos”*. Disse que *“assim que descobrem a gestação, faz o PN de imediato”*. Também contou que fazem busca ativa de PN *“quando não vem ao posto”*, enfermeiro e ACS vão ao domicílio, no caso das mulheres não irem fazer o PN. Mas ela disse que *“aqui isso não acontece”*. O ACS é incumbido de fazer duas vistas no meio da gestação para saber das intercorrências, se está tudo bem. Disse que no PN, *“as mulheres geralmente elas vêm muito, aqui da ilha, graças a deus”*. *“Nos últimos três meses é atendida a cada quinze dias, ou quando não tem nada/intercorrência, pode vir uma vez ao mês”* (NC).

Nota-se também nas respostas das mulheres, quando lhes foi perguntado sobre como eram as consultas de PN, que foram quase todas iguais, seguindo o procedimento de rotina. Dália me respondeu que *“A enfermeira pergunta o que tá comendo, se enjoava, se tava bem, se dormia bem, media a barriga, mandava se pesar. Indicava vitamina”*. Jussara, por sua vez, disse-me: *“A enfermeira media a barriga, cintura, pressão, peso...”*. Segundo Isabela: *“Media a cintura, pesava, passava remédio, vitamina, sulfato ferroso, contava as semanas...”* No relato de Maria Helena, ela diz: *“Perguntam se tá tomando vacina, sulfato ferroso. Foca muito na vitamina pra não dá anemia. Pesa, mede, vê seu peso, essas coisas básicas...”* (NC).

Certa noite conversávamos na janela de casa com a vizinha e outra amiga. Logo chegaram mais três, e ficamos papeando até que começaram a falar de gravidez. Uma delas, Taís, nossa vizinha, comentava que queria engravidar e parou de tomar a injeção, que era seu método contraceptivo, há mais de um ano. Mesmo assim não conseguiu engravidar. Então Naiara comentou de sua nova gravidez e a assistência de PN ofertada na vila:

Tais: *e como é o PN? O que ela faz?*
 Nai: *humm, a enfermeira? Ela não faz nada! Só pergunta: tá mexendo? Tá de quanto tempo? Pesa quanto? Mede quanto?*
 Eu: *mas ela tocou em você em algum momento?*
 Nai: *humm, tá, tocou!*
 Eu: *ah, bom!*
 Nai: *tocou o quê?? Não tocou não! Só pergunta e é isso.*
 Ilda: *minha barriga, só porque tava muito grande ela disse que tava de seis meses. Com a ultrassom na mão e ela teimava que tava de seis meses.*
 Eu: *e tava de quanto?*
 Ilda: *quatro, mas a barriga era muito grande.*
 Susan: *com Nina, que ela disse que ta de oito meses? Mas só que Nina disse que é cinco ou seis meses.*
 Nai: *ói, eu to acostumada com o médico do meu sertão. Eu não gosto dela não. Lá é muito diferente.*
 Eu: *diferente como?*
 Nai: *diferente.*
 Eu: *melhor ou pior?*
 Nai: *melhor. Lá eles chegam, levantam da cadeira, vai até você, te pesa, te mede, pergunta, pega em você, te examina... Aqui não! Só faz perguntar, então tá bom, tchau. Isso não é enfermeiro não. Não é assim que se faz não! (NC)*

As falas das mulheres foram ilustrativas do modo padronizado de atenção às mulheres no PN, pouco envolvido com a mulher que é atendida. Segundo Duarte & Andrade (2008), as ações do PN deveriam incluir educação em saúde, sob a perspectiva da Atenção à Saúde Integral das Mulheres, considerando os diversos aspectos que envolvem o processo da gestação e que contextualizam cada mulher em suas especificidades: antropológicos, sociais, econômicos, culturais. Deste modo, as mulheres seriam respeitadas em suas totalidades, e compreendidas dentro do “*contexto em que vivem, agem e reagem*” (DUARTE & ANDRADE, 2008: 134).

No Riachão, a despeito das expressivas melhoras observadas pela população em torno do serviço de saúde local, ainda persistem limites e falhas nos planejamentos de ações da equipe do PSF e trabalho da enfermeira – o que não possibilita a garantia de uma atenção que se caracterize pelo envolvimento com e da população atendida. Não foi possível contatar novamente a enfermeira para descobrir as razões de sua ausência, nem mesmo outros assuntos relativos aos serviços ofertados. Os atendimentos padronizados e as ausências constatadas, somados à fala de Joilda, podem refletir a pouca disponibilidade de tempo da enfermeira, no Riachão. Além da enfermeira chefe, o posto de saúde também contava com um médico que atendia uma vez por semana na localidade, porém este não realizava consultas de PN. Esta

atividade, para as mulheres participantes da pesquisa, foi realizada exclusivamente pela enfermeira. A relação que o médico estabelecia com as mulheres estava mais ligada aos cuidados dos bebês, uma vez que era pediatra.

Sobre o tipo de assistência buscada, entre todas as mulheres que participam, há o predomínio do acompanhamento PN no posto de saúde local. Apenas Rosa e Flávia fizeram consultas também em médicos particulares (Ver Anexo – Quadro 3). Nenhuma mulher relatou possuir plano de saúde. Mas algumas já recorreram aos médicos particulares em consultas pontuais, como as duas citadas no PN e outras que levaram seus filhos recém-nascidos à consulta, como Isabela e Jussara. Apenas o filho de Rosa possui plano de saúde, por conta do pai de quem é dependente. Segundo o Agente de Saúde, Osvaldo, dificilmente as mulheres vão à Valiosa para fazer o PN, *“só aquelas com poder aquisitivo maior”*.

Enquanto estão gestantes, as mulheres fazem diversos exames, além de tomar vitaminas. Os principais exames de que falavam eram exames de urina, de sangue para saber se possuem alguma doença e a ultrassonografia. A maioria era feita pelo SUS, mas as ultrassonografias quase sempre eram pagas. Algumas das mulheres me relataram problemas com os exames feitos pelo SUS durante a gestação. Dália, por exemplo, a despeito de sua assiduidade no PN, relatou problemas com o atendimento no SUS com relação aos exames e os retornos destes para a gestante. *“Demora muito pra fazer e muito para receber de volta.”* Isabela também comentou algo a respeito, ao conversar com uma vizinha que estava grávida de cinco meses. Esta mulher estava de mudança para Valiosa na semana seguinte em que a conheci e tinha ido à casa de Isabela ver sua filha que tinha poucos dias de vida. Quando soube do meu trabalho, me contou que estava grávida também, que tinha ido ao posto de saúde duas vezes fazer o PN e que teria feito o ultrassom pelo SUS em Valiosa. Então Isabela questionou como conseguiu, já que ela própria teria demorado muito a conseguir uma ultrassonografia pelo SUS. A mulher respondeu à Isabela que conhecia alguém que pôde tornar o processo mais ágil e então Isabela compreendeu, me explicando logo em seguida sobre a dificuldade de pegar os resultados dos exames e da falta de orientação no PN: *“eu peguei os exames e três dias depois ela (sua filha) nasceu... eu não sabia os exames que eu tinha que fazer e ela (enfermeira) não falava.”* Em contrapartida, também houveram aquelas que disseram não ter problema algum com os exames feitos pelo SUS. Eduarda, Lílian, Maria Helena e Bárbara comentaram que seus exames ficaram prontos rapidamente: *“Os exames, demorou um negócio de um mês, mas foi tudo bem.”* (Lílian - NC).

Embora perguntasse às mulheres sobre os exames requeridos, quais eram e como eram

feitos – se via SUS ou particular – não consegui sistematizar com exatidão nem quais exames costumavam ser requeridos durante o PN, quantos teriam feito, e como eram acessados. As respostas eram muito evasivas. Lílian, que foi uma das gestantes que pude acompanhar por mais tempo, não me deu mais detalhes. Todas falaram dos exames de sangue, urina e ultrassom. A ultrassonografia é o mais comum e popular entre as mulheres grávidas. O SUS oferece, mas apenas uma vez. Então muitas também pagam para fazê-lo novamente e saber o sexo do bebê, sua posição e estado de saúde. Também sobre os preços tive muita dificuldade de precisar porque cada pessoa me dizia um valor diferente. Os momentos em que fazem esses exames são bem variados. Enquanto algumas mulheres fizeram logo no início da gestação, outras fizeram no meio ou perto do fim. A ultrassonografia, como consideram o exame mais importante, se podem, fazem mais de uma vez. Bianca fez sua primeira ultrassom na vila sede do município, pelo SUS, e me contou:

“Eles manda fazê porque vê a criança. Bota um gel na barriga, um telão e vê a criança; Aí eu não vi porque é em Visconde. Se fosse em Valiosa teria um telão.” “[...] quando tiver com seis meses vou fazer em Valiosa. Aí tem que pagar pra fazer. Eu tava preocupada... depois de uma ultrassom, mostrei a enfermeira e ela disse que tava tudo bem. Dá pra ver se tá tudo bem. Dá pra ver se tá tudo bem, se o coração tiver batendo fraco da pra ver. É o mais importante esse porque da pra ver tudo. Minha sobrinha mesmo tava grávida, e já tinha um bom tempo com a criança morta e ela não sabia, com a ultrassom que viu.” “agora com seis meses eu vou fazer outro. Aí já é pra ver o sexo, aí é curiosidade... mede a criança, tudo...” (NC)

O caso da sobrinha de Bianca aconteceu anos antes e ela não conseguiu se lembrar há quanto tempo tinha ocorrido. Também não me deu mais detalhes sobre o assunto, além de utilizá-lo como exemplo da importância do exame. As outras mulheres compartilham desta visão sobre a ultrassonografia, explicando sua função para visualizar a situação e desenvolvimento do bebê.

Além destes cuidados durante a gestação, as mulheres também são convidadas a participar de eventos, que seriam como palestras, para ouvirem alguns aconselhamentos sobre os cuidados na gestação. Embora os trabalhadores do posto de saúde tenham me informado que estes eventos ocorriam frequentemente, tomei conhecimento de duas reuniões como estas, das quais pude participar apenas de uma. A reunião de gestantes que presenciei trazia duas fisioterapeutas e uma psicóloga, que explicavam sobre a importância de uma boa postura e das emoções durante a gestação. A psicóloga falou sobre as emoções durante a gravidez. E as fisioterapeutas ensinaram como se deitar, exercícios adequados de alongamento, como se

sentar, como encontrar posições confortáveis enquanto cresce a barriga. Segue um trecho do relato de observação da atividade:

Ao falar dos sentimentos, a psicóloga comentou que desde o feto já tem consciência – e citou um autor que afirmava isso, cujo nome não consegui gravar. Depois explicou que esse período envolve muitas preocupações nas grávidas, além das cobranças das pessoas ao redor, que deixam as emoções das gestantes muito instáveis, assim é preciso que as pessoas sejam compreensivas com elas. Disse que sentimentos são naturais e envolvem as oscilações hormonais. Comentou sobre a importância dos métodos anticoncepcionais, contando que ela cortou as trompas. Repetiu isso duas vezes, dando ênfase ao cortar. Disse “*cortei, não amarrei!*” – falando do procedimento da esterilização. Fez referência sobre a diferença entre “*ligar e estrangular*” – explicando que ligar é quando amarra as trompas e estrangular é quando corta um pedaço das trompas, de modo que é impossível reverter. Dispôs-se e ofereceu o serviço de psicóloga para as gestantes, explicando que ninguém saberia de nada: “*nosso trabalho é totalmente ético e sigiloso. Ninguém vai saber de nada*”. Mencionou sobre o medo de roubar o bebê no parto e contou que quando teve seu filho ela nunca esquecia quando reconheceu o choro dele e viu ele pela primeira vez. Disse que tava meio acordada meio dormindo e que depois de ver o rostinho dele ela apagou, pensando “*se roubarem eu sei que aquele é o meu.*” Fechou a sua palestra citando uma passagem da bíblia: Isaías 27:3. Ao fim das palestras fecharam com uma mensagem: “*Fiquem com Deus, que ele ajude a vocês terem uma boa hora. Se dediquem aos seus filhos, que mais pra frente eles é que vão cuidar de vocês.*” (NC)

A palestra foi dada em uma quarta-feira de manhã, com apresentação de slides, em uma sala, um espaço alugado pelo CRAS. As gestantes ficaram todo o tempo sentadas, escutando as falas e depois da apresentação comentaram rapidamente das dores que sentem na coluna, com o peso da barriga. Uma das fisioterapeutas indicou que marcassem consultas nos horários de fisioterapia que há no posto de saúde. Logo depois tiveram um lanche e acabou a reunião, que não teve duas horas de duração. Esta atividade de gestante colocou o bem estar das mulheres no foco da abordagem, explicando e discutindo sobre seu corpo, suas transformações e emoções. Ao mesmo tempo, a referência do feto como ser consciente, a ênfase na importância da dedicação aos filhos, na contracepção e as referências religiosas sugerem noções de gênero associadas à imagem da mulher reduzida à função essencial de maternidade. Noções como esta convergem no sentido da ênfase ao cuidado com os bebês e naturaliza a reprodução.

Outros profissionais de saúde estão intimamente associados com o acompanhamento do processo da gestação das mulheres, que são os agentes locais de saúde. No entanto, no que lhes concerne – enquanto agentes oficiais do sistema de saúde – suas atividades para com as

mulheres se resumem nas buscas ativas por gestantes ainda não cadastradas, na realização dos cadastros, nas visitas domiciliares para notificá-las da presença da enfermeira, das atividades programadas, das ações que serão realizadas no posto e de alguma possível demanda às mulheres, durante o período gestacional. Sua relação mais aproximada diz respeito ao fato de serem nativos e moradores da ilha, por meio do que, acabam participando mais ativamente da vida de algumas das mulheres que vivenciam o processo e que lhes sejam mais próximas. Osvaldo, por exemplo, era pai de Bárbara. Tereza era muito próxima de Bianca e de Nina. As redes de relacionalidade envolvem não apenas os dois agentes de saúde como os demais trabalhadores do serviço local que são os moradores da ilha. Todos vão participar destas relações em seu duplo pertencimento – agentes do Estado e agentes locais. A fusão de ambas as dimensões na figura destes trabalhadores explicita a interação entre saberes – oriundos da ciência biomédica e da vida prática local – dinâmica e específica, pois incorpora saberes e conforma discursos híbridos. Não são eles, os agentes por excelência quem promovem esta intercorrelação de saberes, já que os conhecimentos de ordem biomédica se espraiam pela vida social de forma ampla em diversos espaços e dimensões da vida dos sujeitos. Porém, ao observar suas falas e práticas é possível perceber como podem representar esta fusão interativa de saberes, como se demonstrará na próxima seção e depois ao tratarmos do puerpério, no capítulo 8.

Isto posto, os cuidados no pré-natal, por parte do sistema de saúde local, concentram suas atividades no acompanhamento do desenvolvimento da gestação e do bebê, a partir das medidas de peso e tamanho, das vitaminas e suplementos prescritos e dos vários exames requeridos, além de realizarem atividades educativas para as mulheres gestantes. O foco na função reprodutiva das mulheres acompanha a perspectiva biomédica no sentido de reduzi-las ao aparelho reprodutor que “*produz*” um bebê: um corpo que produz outro. O Estado – representado pelo PSF – participa da gestação deste modo. Não estabelece vínculos mais estreitos com as mulheres gestantes, porém tem sua presença marcada e, na medida em que visa acompanhar o desenvolvimento gestacional, vai se tornando uma figura mais próxima. O fornecimento dos exames necessários são questões importantes para as mulheres, porém ainda é necessário que sejam melhor acessados e mais eficientes – já que a maioria delas reclamou das delongas em conseguir marcar um exame ou pegar os resultados. Neste ponto, destaca-se a proeminência da ultrassonografia, tão valorizada por elas.

De todo modo, é possível dizer que as pessoas costumam valorizar a importância do PN, embora as consultas sejam conduzidas de modo padronizado e distante. Além de

considerarem uma ação importante para prevenção de agravos e complicações no parto para sua própria saúde, as mulheres também entendem que se trata de um importante meio de acompanhar o desenvolvimento dos bebês, para garantir seu crescimento saudável e adequado. Este aspecto se relaciona com uma noção da gravidez enquanto um processo no corpo feminino, pelo qual este corpo carrega outro corpo, à maneira como é tratada a gravidez no serviço de saúde.

6.4. Um corpo no outro corpo: a “barriga” e suas implicações para as mulheres

Já sabemos que o homem faz o filho, que é ele quem pare primeiro. Como contrapartida a esse ato impensado, instintivo e imediato é a mulher quem *gera o bebê e bota pra fora*. Ora, e o que se passa entre o processo do homem parir até que a mulher *bote pra fora o bebê já grande*? Como as pessoas da ilha entendem o corpo feminino para a reprodução? Quais as implicações deste processo da gestação na vida das mulheres? Como ficam as relações conjugais, familiares e afins? Como as pessoas envolvidas se organizam neste processo? Ao tentar responder tais perguntas, procuro compreender como são as noções nativas sobre o corpo das mulheres – lócus da gravidez e foco de transformação – além das implicações deste processo em suas vidas.

Oswaldo, pai de Bárbara, um dia explicou que *o homem é quem pare primeiro*, o que já não me era mais uma idéia estranha. Em sua explicação, Oswaldo disse:

“O corpo da mulher serve para geração, para desenvolvimento do óvulo e do espermatozóide. A transformação. O homem pare primeiro porque ele que coloca o esperma no corpo da mulher. É como se fosse o bebê pequenininho, como um girino. E vai crescer no corpo da mulher. O corpo da mulher serve para o desenvolvimento do óvulo e do bebê.”
(NC)

A explicação de Oswaldo nos revela ainda noções sobre o corpo feminino, e a compreensão que se faz deste no processo reprodutivo. Este é o corpo sujeito das transformações. O corpo que é transformado e o corpo que transforma outro corpo – que gera e carrega um bebê. Este corpo precisa de cuidados e é foco de atenções neste momento. O desenvolvimento deste “*bebê pequenininho*” em um bebê grande, no interior do corpo feminino suscita curiosidades, porém não é muito explicado entre as pessoas. Certa feita questioneei Marta, irmã de Lílian, o que passava na cabeça dela quando ela pensava na

gestação, no bebê dentro da barriga, na barriga crescendo e ela: *"fico imaginando assim como é que tá dentro da barriga. É a única coisa que eu fico pensando..."*

O processo de transformação do corpo é contínuo como é, igualmente, o processo de assimilação. Algumas das mulheres falam muito menos do que outras, mas mesmo assim, todas revelam passar por este processo de transformação. Outras já resistem mais às transformações percebendo cada etapa desta mudança. Na concepção das mulheres, depois que assumem a gravidez, *"a barriga"* cresce muito rápido. Bárbara e Rosa me explicaram este processo em entrevista, relatando suas próprias experiências:

(Bárbara)

P: Olha só... E essa barriga? Como foi ela crescendo, e você vendo...

B: *Só o peso na hora de andar... É assim, quando ninguém ainda sabe, a barriga fica normal, mas basta algumas pessoas saber que num instante sai, aparece logo...*

P: É mesmo? É só você assumir a gravidez que a barriga aparece...

B: *parece uma coisa, quando muita gente sabe, num instante sai...*

P: E aí?

B: *Ai é de boa... Um bocado de gente fica falando...*

(Rosa)

R: *Porque eu também me achava muito feia... Ai depois apareci com uma barriga grande... até o dia que eu não contei pra ninguém, eu ainda estava com uma barriga que dava pra esconder. Tinha pessoas que desconfiou, mas deu pra esconder pelo menos em casa...*

P: Sei... e... como foi esse processo de aceitação do corpo? De mudança no corpo?

R: *As roupas feias... Eu mudei tudo meu... engordei demais... eu tinha muita roupa curta, e aí foi horrível... enjoou... comecei a sentir tudo... sonolenta, as mão ficavam muito dormentes... pra andar, tudo me cansava.*

P: Como foi isso da barriga crescer? Como é esse processo de ir aceitando a barriga crescendo?

R: *Você vai aprendendo a se conhecer. Ai quando eu comecei a contar pras pessoas, aí fui gostando daquela situação, porque eu não gostava. Ai já via mexendo, já via crescendo... aí foi passando mais aquela vergonha. Já aceitava a minha barriga. Já ria quando eu me via com aquele barrigão. Enquanto ninguém sabia, eu não gostava, mas quando eu comecei a contar para as pessoas, aí eu comecei a gostar da criança. Ai eu já comecei a gostar, já sabia que fazia parte de mim, aí eu não pensei em fazer mais nada para poder tirar. Entendeu? Não foi assim até os 9 meses.*

Rosa e Bárbara nos apresentam como *"a barriga"* passa a constituir uma categoria importante, símbolo fundamental da gravidez e assume então a natureza social do processo reprodutivo – já que é a partir do conhecimento público que *"a barriga"* cresce e, o processo subjetivo de aceitação vai se consolidando. Os dados sugerem então que a gravidez torna-se

algo com a qual as mulheres irão se relacionar positivamente na medida em que relações vão sendo estabelecidas e outras pessoas passam a participar deste processo. Do mesmo modo como observou Bustamante (2009: 205) em seus achados, ao *deixar* a gravidez, dar-se-á continuidade à relação com *barriga*, onde está o bebê.

O relacionamento das mulheres com suas barrigas no processo de transformação e crescimento é um processo que vai se constituindo como algo positivo, tendo em seu primeiro momento o estranhamento. Isabela contava que no começo não gostava de sua barriga, pois ela crescia, crescia e Isabela ficava sem entender, desgostosa pela aparência de estar engordando e transformando seu corpo. Ela explica como foi seu processo:

I: no começo eu não gostava muito, eu ficava reclamando [...] Agora eu gosto. Logo no começo eu ficava me olhando no espelho... a sombra, e ficava pensando quando minha barriga crescesse... Agora, quando eu olho pra sombra do banheiro eu falo: Olha! Como tá grande! Eu gosto já! Já me acostumei.

P: Como é a sensação quando você vê que ela tá grande?

I: É engraçado. Eu vejo que ela tá dura, mas ela cresce, cresce e eu não entendo nada. Parece que tem elástico.

A idéia de que a barriga carrega outro ser ganhas sentido durante o processo, que tem em sua constituição uma relação estabelecida com outras pessoas, conforme dito anteriormente. Neste processo, o outro ser vai se tornando uma pessoa que se relaciona com as mulheres e com os demais sujeitos. Dentre os sujeitos, o pai da criança figura como central. Este ser que está dentro da barriga da mulher é seu filho, aquele que foi colocado no corpo dela, ainda pequeno. Nas palavras de Osvaldo: “*como um girino*”. Esta noção se concretiza na medida em que o bebê cresce na barriga, e começa a se mexer. Ainda na conversa com Isabela, ela demonstra a importância deste processo e a relação que o pai da criança passou a estabelecer com ela e sua “*barriga*”.

P: e como é que é quando você começou a perceber que ela tava se mexendo?

I: primeiro ficava zangada porque ela não mexia. Aí de um tempo pra cá eu percebi ela mexendo, aí eu ficava tentando mostrar a alguém que ela mexia, só que ela só mexia uma vezinha... E quando eu falava pra alguém, ela não mexia mais... Aí eu ficava com raiva... Eu queria que alguém visse aquilo comigo... Compartilhasse comigo, mas ninguém conseguia vê, só eu... Eu ficava danada da vida... Uma vez meu namorado conseguiu vê, aí ele adorou! Começou a passar a mão na minha barriga. Aí ele começou a gostar da minha barriga também...

P: Por quê? Ele também tinha uma dificuldade em aceitar a sua barriga?

I: É... Não sei... ele não ficava muito bolindo, porque ele também não via nada... Ele via, mas nunca tinha visto mexer. Aí quando ele viu mexendo,

ele sempre fica olhando se tá mexendo, fica olhando, conversando

P: Ah é? que coisa né?

I: *Ele gosta de conversar... Falando: “Minha filhinha, não sei lá o que...”*

P: Que engraçado... Deve ser uma loucura né? Ver mexendo assim

I: *Quando ela mexe, ele fica olhando: “Eta que vai arrombar a barriga...” A perninha... Ele sente o pezinho dela...*

O marido de Dália, Luciano, contou como foi para ele a experiência da gestação de Dália:

P: Como é pra você o processo da gestação, enquanto ela tá lá gestante e tal, como é pra vocês homens, pra você, né, no caso, vivenciar isso, já que é ela que tá grávida e é o seu? Como é isso pra você, como foi?

L: *na verdade foi uma experiência assim que foi até que meio engraçada, né que mas é que, sei lá, é meio difícil também mais pra ela, nela de ficar carregando uma criança, mas fora isso, ótimo, tudo normal*

P: como é que você se sentia?

L: *emocionado também, aquela ânsia de ver a criança nascer logo*

P: sentia mexer?

L: *sentia mexer, mexia assim na barriga, mexia às vezes, quando eu mexia ele parava. E quando eu botava a mão ele parava de mexer, é engraçado.*

P: sei

L: *bem legal, experiência única, só muito legal, muito muito legal, engraçado também*

P: porque que engraçado?

L: *porque sei lá, porque quando agente vê, bota a mão na barriga assim, vê ele chutando né Dália, vê a criança chutando assim, pô aquilo ali é massa véi!*

P: Agora, você sentiu alguma coisa também pelo fato de saber que aquele outro ser que tava ali na barriga dela você também fez? Tinha alguma coisa, algum sentimento nisso?

L: *sempre tem né, sempre tem. Bate aquele sentimento assim, aquela coisa gostosa, é isso ai, bem legal.*

Luciano demonstrou sua satisfação pela experiência, a sensação de estranhamento e curiosidade ao não saber explicar como se passa o processo, mas entender que aquela “barriga”, carregava um filho seu. As mulheres compartilhavam da ideia de que carregavam ou seguravam um filho, que quem fez foi o homem. Sua participação na constituição do filho está no corpo que segura o bebê e fornece ambiente perfeito para seu desenvolvimento e crescimento. “Gestar” ou “gerar” uma criança e “botar pra fora” são partes do processo, centrado no corpo feminino. Quando estive no “catador” perguntando sobre como se faz um filho, perguntei se poderíamos considerar que a mulher era como se fizesse um favor de segurar o bebê na barriga. Vívian respondeu: “*não tem aquelas barriga de aluguel?*”. Esta

resposta confirma a noção de um corpo que carrega outro corpo. Porém, ao mesmo tempo em que concordam com esta ideia e fazem alusão às cartilhas de biologia e aos conhecimentos adquiridos na escola, as mulheres também deixavam claro que isto não bastava no processo de constituir outro ser e que do fato de serem os homens quem faziam os filhos não decorria o resultado direto de que os filhos sejam mais dos homens do que das mulheres. É isto, porque o processo de desenvolvimento e crescimento se deu no corpo feminino. É a mulher que passa os nove meses “*segurando*” os bebês na “*barriga*” e são elas quem “*botam pra fora*” já grande. A “*barriga*” simboliza então o processo da gravidez constituído por ambas as partes.

Os conhecimentos científicos e práticos se fundem para fundamentar as explicações e noções nativas, em processos dinâmicos. O corpo que carrega outro corpo só ganha sentido na medida em que se relaciona com os demais: pai do bebê, familiares e relativos, toda vila. A “*barriga*” tem implicações práticas na vida das mulheres, e é preciso que cuidem deste processo. Dos cuidados resultam “*bons*” partos e boas recuperações. Mas isso não quer dizer que as mulheres precisem de cuidados intensos ou limitar suas vidas, mudar comportamentos e rotinas. A gravidez para as mulheres no Riachão é um estado de saúde. É saúde porque é preciso que as mulheres tenham saúde para engravidarem. “*Engravidada quem pode!*”, disse Ângela. Perguntei a Nina se havia alguma relação entre saúde e doença, ela respondeu: “*Como assim? Não. Eu acho que não, né!?! Porque gravidez é uma benção, né!?! Tanta gente que quer ter...*” Depois, se gravidez tinha relação com saúde: “*Tem. Tem muita mulher que nasce histérica sem poder engravidar que tem problema no útero, né!?! Já é uma forma de doença.*” (NC) Por ser saúde, a gravidez não produz muitas mudanças cotidianas para muitas mulheres. Algumas se sentem mais cansadas, ao longo dos meses e do peso da barriga. Mesmo assim, foram poucas as mulheres que relataram mudanças em seus afazeres, durante a gestação. Ângela continuou seu trabalho normalmente até parir. Jussara jogava futebol até o quinto mês de gestação. Lílian e Maria Helena trabalharam durante todas as duas gestações.

Por outro lado, a gravidez também é saúde porque é um meio pelo qual as pessoas cuidam de sua saúde e garantem assim a saúde do filho. Para Isabela, “*gravidez ajuda a pessoa cuidar da saúde, né!?! Porque a pessoa tem que cuidar mesmo, saúde de duas pessoas, tem que ir ao médico, tem que ter uma saúde boa. Uma boa saúde. Pra criança crescer sadia...*” (NC) As implicações da “*barriga*” também se voltam para os cuidados com a saúde. Junto com a busca pelo serviço de serviço para o PN, Bianca também sinalizava outros cuidados na gestação, para prevenir que tenha complicações no parto, como ela e Nina tiveram no passado. Dentre estes cuidados, figuravam alguns alimentos considerados

perigosos por fazerem com que a placenta crescesse mais do que o bebê e prejudicassem o menino, além de outros alimentos que faziam a placenta ficar “agarrada” no corpo das mulheres, provocando hemorragia na hora de sua retirada. A placenta frequentemente era mencionada para explicar dos riscos de complicações do parto. “Ela segura o bebê na barriga”. “É onde fica o bebê”. “Acompanha o menino”. Precisa sair depois do bebê. Mas se ela crescer mais do que a criança ela pode matar a criança. E se ela ficar *agarrada* no corpo da mulher pode, igualmente, matá-la. Bianca foi quem detalhou este processo, contando de seu caso, em que a placenta ficou grudada e não queria sair. Então tiveram que puxar a placenta e ela teve hemorragia. Assim evitava comer qualquer alimento que tivesse “pegado” na panela (alimentos que começam a queimar e ficam grudados no fundo da panela), pois deixa a placenta “agarrada”; mamão verde e cacau verde provocavam o mesmo resultado ou faziam com que a placenta crescesse mais do que o bebê.

Além destes cuidados, para as mulheres também é muito importante vivenciar uma gestação tranqüila. Um dia, na varanda da casa de Susan conversávamos ela, eu, e Priscila, sua cunhada. Priscila me contava sobre suas gravidezes e mencionou a perda de um filho. Estava grávida de gêmeos, mas perdeu um deles, que nasceu morto – há 18 anos. Seu parto foi de oito meses. Perguntei por que será que ele morreu e ela disse: “*tudo indica que foi susto*”. Eu perguntei sobre o PN e Susan entrevistou dizendo que não tinha nada a ver o pré-natal: “*Simone fez pré-natal e o filho nasceu morto. Tem coisa que essa medicina não explica não*⁶⁰”. Então Priscila contou do “*susto*”: sua irmã viu uma cobra na sala da casa de sua mãe e o filho mais velho de Priscila estava no sofá da sala. Ela sentiu na hora uma pontada na barriga, “*uma dorzinha, e três dias depois eu parí, mas só que um já tinha morrido*”.

A importância da tranqüilidade também diz respeito às relações entre as mulheres gestantes e as outras pessoas, sobretudo, os parceiros, os pais dos bebês. Ao encontrar Bianca na rua, ela comentou que tinha se “*enraivado*” naquela semana e que aquilo não fazia bem para a gravidez. Havia discutido com seu marido e explicou que isso não podia acontecer enquanto estão gestantes, porque prejudicava na gestação. Thalia também falou da importância do marido e que ele deveria ser bom, para contribuir na manutenção de um ambiente tranqüilo para a mulher. O homem então precisava dar bastante carinho quando a mulher estivesse grávida. “*Não deixa ela se irritar com nada! Ele vai, conversa... dá atenção à mulher, não faz a mulher se irritar, se tiver acontecido alguma coisa, senta e conversa, como pessoa*

60 Susan não deu detalhes de Simone e da perda de seu filho, assim que não soube documentar a época em que isso aconteceu.

civilizada e dá bastante atenção e carinho como a mulher merece!" (NC). Torna-se claro, portanto, a interação dinâmica em que as diversas ordens de conhecimento se relacionam para conformar explicações em torno da reprodução e dos cuidados durante a gestação. Cada ordem de saber – científico e prático – constitui nesta interação o modo como a reprodução é vivenciada pelos diversos sujeitos. A explicação de Osvaldo faz parte na fusão destes conhecimentos na vida local, é forma que agrega conteúdo nas relações sociais.

O Estado, enquanto agente de cuidado, nesta fase, demonstra-se ainda incipiente, porém valorizado e aceito de modo negociado pelas mulheres. As relações carecem de vínculo e de credibilidade, mas vão se tornando mais concretas e próximas da vida reprodutiva. O processo corporal da gravidez é conformado então nas relações sociais, mas também na biopolítica.

Os dados aqui apresentados sugerem ainda que, nos cuidados requeridos para a gestação, a participação dos homens permanece, não apenas como o sujeito que deposita seu elemento biológico, o filho, na mulher, mas também como aquele que contribui na promoção de bem-estar às mulheres. Mais uma vez confirmando a co-participação de ambos na constituição do processo reprodutivo. Além deles outras pessoas também contribuem de modo fundamental para a condução da gravidez. Estes pontos são tratados na seguinte seção.

6.5. Os homens e as redes de relações na condução da gravidez

A mulher quando está grávida precisa do parceiro para que mantenham relações sexuais e assim “*abrir o eixo*”. As mulheres que nunca tiveram filhos têm o “*eixo fechado*”. O “*eixo*” é por onde passa o bebê ao nascer de parto normal. Muitas mulheres têm o parto cesáreo porque tem o “*eixo fechado*” ou “*eixo de homem*”, como costumam dizer. Macêdo & Belaunde (2007), em uma parte do relatório final do projeto MAINBA – projeto de pesquisa realizado⁶¹ sobre a Saúde Reprodutiva e Morte Materna entre os Tupinambás de Olivença-BA, também destacaram as noções acerca do *eixo fechado* e *eixo aberto*, entre os Tupinambás. As autoras ilustram o achado na seguinte passagem:

No que se refere ao parto, a ideia de “aberto” e “fechado”, associado ao feminino e ao masculino, respectivamente, também está presente. É comum escutar que uma das dificuldades “naturais” de se ter um parto vaginal diz respeito ao fato da mulher possuir “eixo de homem”, ou “eixo

61 Pesquisa Coordenada por Luisa Elvira Belaunde e Cecilia McCallum – realizada pelo MUSA/ISC/UFBA entre 2005 e 2007.

fechado”, “sem abertura”, o que obriga a parturiente se submeter a uma cesariana (MACEDO & BELAUNDE, 2997: 82).

As autoras nos sugerem que estas noções estão mais difusas no território baiano, podendo ser encontradas ainda em outras regiões – o que vale a recomendação de novos estudos a respeito. No entanto, mesmo com semelhanças nas descrições, este trabalho não mencionou a importância das relações sexuais para a abertura do *eixo* feminino, como colocaram-me algumas mulheres do Riachão. Segundo elas, as relações sexuais regulares ajudam a abrir o eixo da mulher, facilitando para as mulheres o momento do parto. Por isso, a presença do parceiro é muito importante para a mulher durante a gravidez. Deste modo, observa-se como a constituição da paternidade perpassa o corpo, desde a fecundação até o fim da gestação – durante a qual é importante a presença masculina para ajudar no preparo do corpo feminino para o parto. A constituição da paternidade revela-se também na necessidade de provisão material, atenção e no cumprimento de deveres como parceiro.

Em entrevista, Bela foi quem me explicou detalhadamente como se dava o apoio necessário do parceiro, a partir do momento em que a mulher se encontra grávida. Bela fazia referência ao caso de sua filha, Bárbara que – conforme mencionei anteriormente – teve o apoio mais sólido do jovem rapaz apenas depois de parir seu filho. Eu perguntei se era importante o apoio do garoto e Bela respondeu:

B: é muito importante, viu Pati, porque assim – como eu disse a você – na gravidez dela foi uma coisa, ele não deu o apoio que tá dando hoje, é importante as duas partes: na gravidez e agora; na gravidez ele não deu esse apoio que ele tá dando hoje. Ele não tava aqui, e então é maravilhoso pro filho e pra ela

[...] toda vez que ela ia pra fazer a consulta a medica perguntava a ela, porque esse negócio de pré natal, agora, manda fazer a cada semana. Tem que fazer uma relação pro eixo se abrir. Você engravida, né vamos dizer que o pai que te engravidou... quando você vai pro médico, a médica fala que você tem por obrigação fazer, transar uma vez na semana.

P: ah é?

B: é com aquele parceiro seu, se não for com aquele parceiro seu não adianta.

P: por quê?

B: isso aí eu não sei, mas não adianta! Você tem que tá com o que fez o filho com você.

P: uma vez por semana desde que você engravidou?

B: é isso não aconteceu com ela porque ela não tava com ele. Aí que ela tem que caminhar pra os eixos se abrir, porque muitos não vai ter, muitos tem cesário porque não tem espaço porque tem que tá, entendeu!?! Pra o menino pra aquilo ali ter aquele espaço ali completo, pra não precisar ser cesário, pode ser a questão do homem, do marido que te engravidou tá ali com você, pra toda semana você fazer...uma vez

por semana.

P: pro eixo se abrir?

B: *O eixo se abrir*

P: pra quando eu tiver meu filho...

B: *ter espaço de o menino sair.*

P: E é isso que chama de eixo de homem?

B: *é, eixo de homem, é isso ai, então hoje ela recebeu um apoio que ela não teve no começo. [...] então hoje ela tendo esse apoio e antes ela não teve esse apoio, então quer dizer que antes teve mais precisão do que agora, né!?! Porque antes precisava mais do que agora! Porque é isso, porque já nasceu! [...]*

P: Bárbara teve eixo de homem?

B: *Teve, porque ela teve fechado. Ela não teve normal.*

(Bela fazia referência ao parto de Bárbara que foi cesárea)

Além da importância da presença do homem no sentido do apoio moral, do reconhecimento da paternidade e da provisão material necessária, também se requiere dele a presença para as relações sexuais durante a gravidez, de modo que se ajude a mulher “*abrir seu eixo*” e, por conseguinte, ter parto normal.

A importância do reconhecimento paterno foi colocada em várias falas. Logo na primeira semana em que estava em campo, conheci um bebê, de sete meses, sobrinho de Nádia. Várias vezes, Nádia comentou que a mãe do bebê não quer contar quem é o pai. Certa vez ouvi o vizinho perguntar do pai do bebê, querendo saber quem era e que ele precisava de um pai.

S. Juca perguntou quem era o pai e ninguém sabia dizer. Todos sabiam “*este é o bebê de (nome ou apelido da mãe)*”, mas daí perguntam, “*e quem é o pai?*” Nádia respondeu: “*e quem é que sabe? Se ela não quer falar?*” S. Juca insistiu e Nádia disse que ela não disse a ninguém. Todos começaram a especular quem poderia ser o pai. Depois alguém sugeriu algum nome. Nádia voltou a dizer que o rapaz é doído por ela, mas ela não queria ele de jeito nenhum. A mulher de S. Juca disse que ela tava certa, se não gostava, se não amava não tinha que ficar com ele, só por conta de bem material. Então S. Juca, na agonia de saber quem era o pai, disse: “*vamo arrumá logo um pai pra ele!*” argumentando que é muito ruim crescer sem pai (NC).

Na entrevista com Rosa, ela comenta ainda sobre a importância de ter o parceiro ao lado na condução da gravidez. A respeito de ser uma mãe solteira, dizia que ter um parceiro junto é muito importante:

P: O fato de ser mãe, e ser mãe solteira, o que você acha disso?

R: *É ruim, é muito chato. É um vazio que forma em você. As pessoas perguntam sempre por ele... cadê o pai... Ainda mais que o pai não mora aqui... Quando o pai mora, mostra que tem pai mesmo...*

[...] As pessoas te olham de outro jeito... Até você mesma... Você quer ter

um filho, mas quer ter uma pessoa, quer estar com a sua vida organizada... Eu fico assim, tenho filho, mas não tenho uma pessoa, não tenho uma casa.

Então Rosa fala da diferença entre ser pai e ter um filho:

P: Você acha que os homens querem ser pais?

R: *Eles querem ter o filho, agora se eles querem ser pai é que eu não sei*

P: Ah é? E qual é a diferença?

R: *Ter um filho, todo mundo quer, todo o homem quer ter... agora a responsabilidade, ai é difícil... “Eu sou pai, eu tenho um filho...” Agora a responsabilidade cadê?*

P: Como é ser pai?

R: *Ser pai é ser homem, é estar presente, ali junto. É estar vendo as coisas... As dificuldades, as alegrias... Tem filho que só fala pai pelo telefone... Eu quero ter esse prazer, eu quero fazer isso por ele... que eu ligue na hora que ele está falando... Mas se não, ele não ia saber... Não ia saber das alegrias... eu estive doente... muito doente... cadê o pai que não está aqui? Isso é pai? Só porque dá uma pensão? Mas não é...*

A fala de Rosa evoca constantemente a questão do carinho e atenção demandados aos homens, no exercício de sua função da paternidade. A importância dada ao processo de criação, da manutenção e sustento familiar e das crianças também é facilmente partilhada entre as pessoas da ilha. É esta criação que atualiza, valida e conforma a relação entre pais/mães e filhos. Este aspecto pode ser observado nas falas e situações aqui ilustradas. Quando Rosa fala que ter um filho é diferente de ser pai, ela nos apresenta um cenário em que a paternidade terá validade na medida em que ela é atualizada – no processo do cuidado, do sustento, do reconhecimento e da presença cotidiana desta figura paterna na vida do filho. A biologia é então, não o pressuposto fundamental da reprodução, mas uma das suas dimensões. Assim ela não pode ser vista como determinante do modo como as pessoas dão significado e compreendem as implicações deste processo como um todo. É nesse sentido que ter filho é diferente de ser pai, porque a biologia não é suficiente para explicar as relações que conformam este processo e nem os resultados deste.

As mulheres constantemente falam sobre o homem bom, sendo aquele que dá atenção e carinho. “*Que dá as coisas*” pra elas e que “*bota as coisas em casa*”. Este é o homem de quem se pode parir mais de uma vez. Este homem valida sua capacidade de paternidade quando pode participar do processo de criação do filho. Vale reforçar que se trata de uma realidade onde as pessoas vivem em condições de relativa pobreza. Embora a riqueza de recursos naturais ajude as pessoas na “*luta*” cotidiana por seu próprio sustento, a escassez de trabalho e renda não permite que tenham condições melhores. “*Botar as coisas em casa*” não

seria, portanto, uma tarefa fácil nestas condições. Mas as mulheres constantemente explicavam-me que bastaria o fato dos homens estarem na “*luta*” para conseguir “*botar as coisa em casa*” e, especialmente, não gastarem todo o dinheiro no bar ou com outra mulher. A atenção e carinho também eram requeridos para serem considerados homens bons – homens de quem se pode parir mais de uma vez.

Os homens também participam desta visão, e são capazes de tratá-lo com humor e uma pitada de ironia. Em uma festa de aniversário conversávamos na mesa, eu e mais quatro mulheres, irmãs de Lílian. Também estavam conosco um cunhado de Lílian e dois irmãos. Perguntei o que significava ser homem bom ou ruim, e um dos irmãos de Lílian me respondeu que homem ruim, era como ele, que bebia, ficava na rua e não dava carinho à mulher.

Do mesmo modo, o homem que criava as crianças mesmo não sendo pai de concepção, também é merecedor da titularidade de pai. Este torna-se pai de consideração e trata-se de um processo que deve ser contínuo e permanentemente atualizado. Assim também o é para as avós que criam seus netos ou outras pessoas que criam outras crianças que não sejam filhas biológicas. Significa dizer que os laços de pai/mãe e filho se constituem não apenas por meio da consangüinidade, mas sobretudo, pela reiteração que faz destas relações no cotidiano, na presença, no cuidado e no sustento dado aos filhos, tal qual coloca Viegas (2003). O grau dessa consideração que perpassa as relações também não é transferível. Dois irmãos do mesmo pai e da mesma mãe, que tiveram histórias diferentes de convívio – e cuidado – com seus pais, podem considerá-los ou não pais de modo diferente entre si.

A família de Milena é exemplo de como se constitui essa paternidade de criação. Milena tem mais uma irmã e outro irmão, do mesmo pai e mesma mãe, além de outro meio-irmão materno mais novo. Dos três primeiros, ela é a mais nova. Seus pais se separaram quando tinha seis meses. Ela conhece seu pai biológico e muita vez ia visitá-lo. Mas viveu com seu pai de criação desde muito criança. Este último morreu no ano em que eu estava em campo. Pude conhecê-lo e sei da fama que carregou de ser um homem que nunca deixou nada faltar à família com quem vivia – Milena, sua mãe e irmãos. Depois do falecimento do pai de criação de Milena tive conhecimento do grau de consideração que ela e todos os irmãos nutriam por ele. O irmão mais velho, há alguns anos, mudou seu nome no cartório, por vontade própria, e trocou o sobrenome paterno. Milena tinha relações mais próximas com seu pai biológico, mas mesmo assim, com o falecimento eu pude notar o quanto considerava seu pai de criação como seu pai “verdadeiro”. Disse-me então que o outro era pai dela porque foi

ele quem a fez, “*mas pai, pai mesmo, de verdade, foi quem me criou. Pai é quem cria, quem dá amor e carinho.*” Esta é uma frase muito comumente repetida.

Este exemplo evidencia o caráter social da paternidade e como esta é constituída e revalidada, atualizada o tempo todo. Ainda que a paternidade biológica esteja presente, e seja imutável, é preciso mais do que fazer o filho para ser pai. É preciso mais do que um laço biológico. Pina-Cabral & Silva (2013) também abordam este aspecto das relações sociais no Baixo-Sul. O ato de reconhecimento paterno implica em responsabilidades sociais e econômicas. Além disso, os autores explicam como a paternidade de criação é importante neste contexto. A criação, mesmo não correspondendo aos laços biológicos, mesmo não vinculada à fecundação, é uma relação de consideração com implicações mais profundas e duráveis. Tal qual se observa nas relações estabelecidas no universo privado desta família de amigos que descrevi acima. Nas palavras dos autores,

[...] quando os pais de criação são verdadeiramente empenhados na relação, os filhos de criação ficam muito gratos para toda a vida e tomam isso muito em consideração (no sentido baiano da palavra). O sentimento de obrigação nessas pessoas geralmente é muito profundo; muito mais profundo, dir-se-ia até, que nos casos de filiação de concepção. [...] O exercício da paternidade – de criação ou concepção – valida a maternidade da mãe. (Pina-Cabral & Silva, 2013: 32, 34).

Ao tratar da questão da filiação – de concepção e/ou de criação, os autores discutem sobre a centralidade do elemento “consideração” que é uma das chaves para compreensão do modo de organização social nesta região da Bahia. Em campo, observei o quanto a consideração permite e valida as relações sociais naquela localidade, especialmente, ao tentar compreender o processo reprodutivo e as dinâmicas intra-domésticas ao seu redor. Como disse Rosa, os homens podem tornar-se pais (no sentido de fazerem jus a esta titularidade), carregando consigo uma espécie de merecimento. Estes são mais valorizados do que aqueles que apenas fazem filhos. E a consideração está implícita nestas relações de merecimento e validação da paternidade. É preciso, portanto, que os homens respondam às atribuições que lhes são demandadas, no sentido de exercer a paternidade – e estes atributos começam a ser requeridos desde que as mulheres descubrem a gravidez, tornando fundamental que sejam capazes de dar conta destas demandas já a partir da gestação.

Além da importância da figura masculina, outras relações são ativadas durante a gestação. Nos últimos meses, começam alguns preparativos: chá de fraldas; arrumação do enxoval do bebê – que conta com muitas doações de roupas e utensílios usados por outros

bebês sejam irmãos daquele que está para nascer, ou primos, ou apenas amigos; organização de como vão à maternidade e com quem; decidir o nome do bebê, os padrinhos, etc. Este processo se dá enquanto as mulheres esperam pelo fim da gestação e hora do parto, onde as redes de apoio e cuidado estabelecidas fora do sistema de saúde local permanecem centrais, com os parentes, os parceiros, os amigos, os vizinhos e afins. Não há uma regularidade no tempo em que buscam organizar tais detalhes. Algumas o fazem mais cedo do que outras. Neste processo de organização as mulheres mais próximas da gestante estão mais envolvidas, cuidando de organizar o chá de fraldas, o enxoval, etc. Para Jussara, foi sua irmã mais velha quem organizou o chá de fraldas. Lílian, por sua vez, participou ativamente do processo de organização do chá e me deu pessoalmente o convite. Seu marido e irmãos caçaram animais para cozinhar e as mulheres da família, irmãs, cunhadas e Dona Conceição cozinham. Com Bárbara, o processo foi diferente. Os pais dela esperaram que os pais de Gabriel se responsabilizassem com o chá de fraldas, e quando viram que não o fariam, decidiram que Bárbara então não teria o chá. Tempos depois Bárbara acabou fazendo o chá de bebê, a partir da negociação que seus pais tiveram com os pais de Gabriel.

Dos batizados, que são muito comuns na ilha, cria-se a relação de compadrio. Geralmente são pessoas do círculo social mais próximo que são escolhidas para serem madrinhas e padrinhos. Estes são movidos a uma relação de reciprocidade com a família do afilhado ou afilhada, o que mantém as relações entre ambas as partes fortalecidas, mediante a consideração que há de ser atualizada continuamente. Não há uma regra definida para a escolha dos padrinhos, havendo consideração entre as partes envolvidas, já existe uma potencial relação de compadrio.

Portanto, a gestação é um fenômeno que permite mobilizar as pessoas, na criação de relacionamentos. A atuação dos homens/parceiros sexuais aparece com especial destaque na condução “ideal” da gravidez. A dimensão fisiológica interage com a dimensão social. A amplitude do processo reprodutivo fica mais clara ainda ao observarmos como que desde a procriação/fecundação, as pessoas são lançadas em relacionamentos e estas relações envolvem não apenas sujeitos individuais, mas todo o corpo social da vila, que constitui o espaço público pelo qual as gravidezes devem transitar e se tornar legítimas, além das instituições formais saúde do Estado.

Ao entrarem em trabalho de parto, todas as mulheres são encaminhadas ao hospital/maternidade, levadas pela lancha rápida do SUS local, acompanhadas, principalmente por suas mães. Quando estas não estão presentes, uma irmã, prima ou vizinha

o fará. Os parceiros, que serão os novos pais, geralmente vão até a maternidade, mas poucas vezes acompanham a parturiente. Muitas vezes eles vão buscá-las de volta junto com o bebê. Chegada a hora do parto, discutiremos este momento no próximo capítulo.

7. O parto

Todos os partos das dezoito participantes da pesquisa foram hospitalares e quase a metade cesárea. Este capítulo discute os relatos de onze⁶², das dezoito mulheres sobre suas experiências de acesso à assistência ao parto no Hospital da cidade de Valiosa, desde que se locomovem para a cidade, com as lanchas rápidas. Evento central do processo reprodutivo, os seus partos se desenrolaram sob o cuidado oficial do Estado – representado pelos profissionais de saúde desta instituição como operadora do sistema SUS. O capítulo tem como propósito mostrar que, na condução deste evento o Estado se impõe através de uma abordagem tecnocrática e biomédica.

Desde que saem do Riachão em direção ao hospital – levadas pela lancha rápida da saúde – e percorrem todos os trajetos no atendimento hospitalar, ver-se-ão como são os processos e relações de poder constituídos entre mulheres e a instituição (no caso, o hospital com suas normas e profissionais). Os modos de interação com as mulheres durante a condução do evento revelam relações de forças que vão se intensificando, tomando formas de violências às quais as mulheres estão sujeitadas. Apesar das redes de relacionamentos constituídas durante todo o processo de gestação, que contam com a centralidade das redes de apoio e agentes de cuidado, para dar sentido e conduzir o processo reprodutivo, neste momento as mulheres só podem se relacionar concretamente com a instituição e seus profissionais, ou seja, com o Estado. Então é possível entrever com maior clareza, as expressões do contexto de desigualdades e a maneira como o Estado se torna sujeito dominante nestas relações, que se constituem como relações de força, em sua presença ambígua de cuidado e controle.

7.1. As idas e vindas para a maternidade

O hospital era o único lugar onde as mulheres de Riachão eram levadas para fazer o parto. No entanto o espaço é restrito. Embora tenha diversos quartos na maternidade, onde as mulheres ficam depois do parto, a sala do pré-parto é pequena e o centro obstétrico (CO) é

62 Das onze mulheres que deram seus relatos de parto, lembra-se aqui que Maria Helena forneceu dois relatos de parto. A fim de evitar confusões, todos os momentos em que há referências às suas experiências será destacado de qual experiência se refere. Ver-se-á sublinhado que apenas sua segunda experiência é que se difere por completo das outras relatadas neste estudo.

composto por apenas duas salas de parto, onde os partos normais são finalizados⁶³. A direção do hospital estava ciente das deficiências infraestruturais do CO e informou o desejo de melhorar o espaço e também a qualidade de atenção ao parto. Mesmo assim, este desejo não se consubstancia na prática, segundo os relatos das mulheres.

Os relatos de experiência no parto são diversos, mesmo sendo no mesmo hospital em um período médio de um ano. Outras mulheres, para além das participantes, também contaram sobre seus partos no mesmo hospital, em épocas diferentes, adicionando uma diversidade ainda maior nas experiências relatadas. Apesar das variações, algumas semelhanças podem ser observadas. Primeiro, chama atenção as idas e vindas das mulheres ao hospital: elas sentem as dores da contração, correm ao hospital, ficam à espera de atendimento na sala de pré-parto, passam por exames de toque e são mandadas de volta para casa, pois “*ainda não tá na hora*”. E este fenômeno é recorrente.

A aquisição das lanchas rápidas desencadeou o processo de hospitalização dos partos. Antes uma parturiente precisava usar os barcos mais lentos. Muitas mulheres mais velhas, logo nas primeiras conversas que tínhamos sobre maternidade, contaram que pariram no barco, ou na orla, a caminho do hospital da cidade. O fato de morarem em uma ilha, e não possuírem barcos motorizados e rápidos dificultava às mulheres que tivessem seus filhos no hospital. Desde que a prefeitura adquiriu as lanchas rápidas, todas as pessoas da ilha sinalizam que houve uma melhoria de “*cem por cento*” no setor de saúde local, sobretudo para a assistência ao parto. Assim, todas as mulheres participantes tiveram seus filhos no hospital (ver Anexo – Quadro 4), o que revela uma forte anuência à assistência hospitalar. Dona Dagmar, mãe de Thalia, teve quatro filhas no povoado onde nasceu, perto de Nilo Peçanha, que era um quilombo. Quando a questioneei se ela preferiria parir no hospital ou em casa, caso pudesse escolher, Dona Dagmar me respondeu que preferia o hospital:

D: *Hoje eu preferia no hospital...*

P: É?

D: *Se hoje eu ainda tivesse um filho eu preferia no hospital... Não porque as parteiras de lá não tem competência de fazer um parto, tem sim! Em todo lugar, se tiver de acontecer, acontece, mas se a gente estiver no hospital é melhor porque lá tem meio, e cá?*

A explicação de Dagmar reconhece a importância da atenção hospitalar, porque é o espaço por excelência dos domínios técnicos, próprios da medicina, onde seria possível alguma intervenção no caso de haver complicações no parto. Trata-se da corrente valorização da tecnologia, com sua base fundamentada na ciência, que exerce especial força nos

63 Informações frutos das observações feitas durante as duas visitas ao hospital, detalhada no Capítulo 2., seção 2.1.

repertórios de explicações do mundo ocidental. Esta senhora teve seu último parto vinte anos atrás, quando o acesso ao hospital era mais difícil e os partos domiciliares eram mais frequentes na região.

No Riachão, muitas pessoas consideram positivo o acesso ao hospital para a condução do parto, principalmente quando a cesárea se revela como o principal meio necessário para a boa condução do parto. Diante da aparente impossibilidade de parir sem intervenção cirúrgica, as mulheres concluem quão importante foi a garantia de poder parir no hospital. Dagmar mesmo, após esta reflexão, colocou “*Você vê mesmo o caso de Thalia? Como é que ia fazer se não tivesse lá?*” Caroline que também teve cesárea fez a mesma colocação. Outros motivos de preferência pela assistência hospitalar são a tecnologia associada ao conhecimento do médico sobre o corpo. No catador, as mulheres comentavam: “*Se o médico conhece, ele entende dessas coisas?! Se acontece alguma coisa com você? No hospital tem tudo, pode operar, pode fazer alguma coisa. Aqui não*” (NC).

O medo de alguma intercorrência no decorrer do parto é bastante comum entre as mulheres de Riachão. Apreensões pela possibilidade de haver complicações e morte são recorrentes. Tive conhecimento de apenas um caso de morte materna, com uma garota adolescente que não sabia que tinha perdido o bebê, há mais de dez anos. Mas nunca soube de alguém que tivesse morrido por conta do parto, no Riachão. Mesmo assim há na memória das pessoas lembranças de que muita gente já *morreu de parto*:

Encontrei Bela na frente de sua casa, radiante pelo nascimento do neto. Quando me viu já começou a gritar que ele era lindo, lindo. Durante a conversa Bela disse várias vezes que estava muito preocupada, que ficou com muito medo. A senhora que estava com ela comentou que Osvaldo ficou lá e bastava que alguém lhe desse a faca na mão que ele era capaz de fazer ele mesmo o parto de Bárbara. “*Que ele tem um amor naquela menina!*” Depois a mesma senhora confirmou o que Bela dizia sobre o medo que ela estava sentindo: “*gravidez já é saúde, mas dá um medo![...] eu mesma já vi tanta gente morrer de parto.*” Bela concordou, dizia: “*tinha um medo, Pati! Tava com um medo.... a gente falava assim pra Bárbara, pra num preocupar né, pra num preocupar mais ela né!?! Mas eu sentia um medoooo.. ai ai!*” (NC)

Pelo menos três das entrevistadas comentaram que tiveram complicações nos partos anteriores: Bianca, Ângela e Nina. Além das três que eram participantes da pesquisa, outras duas também mencionaram este fato – reconhecido pelas amigas : “*É, ela quase morreu!*”. As complicações todas foram hemorragia, e as explicações giram em torno de seus corpos. “*Comeu mamão verde, e a placenta ficou agarrada, quando saiu deu hemorragia*”, por exemplo. O que ocorre é que, diante da possibilidade de ocorrer uma complicação ou da

possível necessidade emergencial de uma cesárea, as tecnologias e o conhecimento médico são imprescindíveis. Por isso a importância e valor da assistência hospitalar.

Porém este valor compartilhado, não é homogêneo em toda a vila. Algumas pessoas declaram outros aspectos. Importa notar a diferença geracional. As mulheres que mencionaram algum posicionamento relutante ao parto hospitalar eram mais velhas. Certa tarde, em conversa com Dona Marinalva, sobre gravidez e partos, ela contou que teve todos os seus doze filhos em casa, e até hoje tem a barriga ótima. Nunca foi ao médico, nunca fez um exame, por conta de gravidez. Como foi parteira por muitos anos, Marinalva dizia da importância dos partos em casa para os cuidados à saúde: *“naquele tempo a gente ficava contente porque tinha em casa, não precisava pegar vento, friagem, e nada. Sem perigo nenhum [...] Em Valiosa, hoje o povo quer ter filho lá por causa do auxílio maternidade.”* Dona Marinalva procurava explicar a preferência das mulheres pelo parto hospitalar, a partir dos procedimentos burocráticos para o acesso ao benefício, que a instituição poderia viabilizar emitindo documentos oficiais de nascimento. Em uma pesquisa rápida sobre o salário maternidade, foi possível observar que não é imprescindível a apresentação de documentos da instituição maternidade, mas bastam testemunhas, no caso de não haver nascimento hospitalar⁶⁴. Mesmo assim, considere sua fala no sentido de quem diz que o parto hospitalar fornece documentos e registros oficiais. Dona Marinalva apontava para o fato de que poderiam haver outras razões para a preferência hospitalar em detrimento do parto domiciliar, reforçando que parir em casa fosse mais seguro, uma vez que as mulheres não precisariam se deslocar de um lugar a outro, no período seguinte do pós-parto que é o momento mais arriscado para sua saúde⁶⁵. Em contrapartida, o fim de sua fala remete novamente aos receios compartilhados pelas mulheres de ocorrências de complicações derivadas do parto: *“Devagar, devagar, já peguei bem uns dez menino. Num peguei mais porque eu não quis. Ficava com medo de ter complicação.”* Dona Marinalva não soube precisar a quanto tempo parou de *pegar menino*. Assim como ela, as pessoas do Riachão também não sabiam identificar quando as parteiras pararam com seu ofício. Apenas diziam: *“Ah, tem muito tempo...”* Dez anos era o tempo mais utilizado pelas pessoas para se referirem às mudanças ocorridas no Riachão.

Também existiam aquelas que não gostavam de médicos e preferiam parir sozinhas, como foi o caso de Tamires, uma mulher de mais de quarenta anos, que contou de seus três partos, à caminho do hospital. Na primeira vez, há vinte anos, ia para Valiosa de canoa a

64 Informação disponível em: <http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/358> Último acesso em 30/03/2015.

65 O pós-parto – puerpério – será tratado no capítulo 8.

remo. Pariu na canoa e chegou ao hospital para retirada da placenta e cortar o cordão umbilical. Dos dois partos seguintes, contou que já sabia como fazer, e pariu ambos nos barcos a motor, também a caminho de Valiosa. Quando questionada sobre a importância da lancha rápida nos casos como os dela, Tamires respondeu que demorava a ir para o hospital, porque não gostava de médicos, embora não soubesse me dizer as razões disso. Acabava ela mesma conduzindo seus partos. O último caso que tive notícias de uma mulher que teve seu parto ainda na ilha, na ponte, a caminho do barco para se dirigir ao hospital, data de 2009.

Em que pese opiniões como as de Tamires e Marinalva a grande maioria das mulheres viram como positiva a aquisição da lancha rápida para garantir o acesso ao hospital em tempo, explicando a importância de que esta experiência se passasse na instituição. A aquisição da lancha rápida contribuiu para o acesso ao hospital e a institucionalização absoluta dos partos de Riachão, porém não como um fator isolado. A instalação da casa de apoio também foi uma importante medida para que as mulheres não precisassem voltar ao Riachão para esperar que as contrações se intensificassem. Ainda assim, embora algumas mulheres utilizassem este recurso, outras preferiam voltar para a casa no Riachão, como foi o caso de Ângela:

A: *É, foi dois dias não... Foi três dias! Eu ia e voltava, eu ia e voltava...*

L: *O médico mandou ela ficar lá...*

P: Ah é? O médico falou pra você ficar lá esperando?

A: *Falou. Na casa de apoio.*

P: Ah! Na casa de apoio...

A: *Mas tanta dor que eu comia, eu não ia ficar lá nada. Eu não ia ficar lá não...*

[...] P: Ai você foi várias vezes pra cidade?

A: *Foi...*

P: E o médico mandava você voltar?

A: *Ai ele fazia exame de toque em mim... Ai dizia: “Ainda não tá na hora não... Vai pra casa de apoio...” Ai de lá eu não aguentava não... Ai chorava, chorava... Ai ele me deu uma injeção, me deu um soro e mandou eu descansar na casa de apoio... Ai eu não aguardei não... Quando foi no outro dia, sábado, eu peguei doutor Silvério, doutor Silvério arrebentou a minha bolsa...*

Thalia, por sua vez, foi pra casa de apoio e depois voltou para casa no Riachão: *“Eu passei a noite na casa de apoio pra saber se eu ia ter menino ou não naquele dia... Ai eu não tive, no outro dia eu vim pra casa...”*. O relato de Maria Helena demonstra, em seu primeiro parto, o processo de idas e vindas que muitas mulheres vivenciam nestes momentos. Também conta que passou pela casa de apoio.

MH: *Ai eu sai de casa pra trabalhar, fui trabalhar... Fiquei lá... Foi um dia de faxina na escola... Daqui a pouco eu comecei a suar frio... Minha pressão começou a baixar... Ai eu agoniada, ai as meninas me falaram:*

“Maria Helena você já vai parir, vá para o posto”. Tava tonta... Ai eu fui pra o posto, nesse dia tinha médica, fez o exame de toque. E falou que eu estava com três dedos de dilatação... Ai a médica disse que eu tava com três dedos de dilatação e que eu ia ter neném, que eu já podia pegar a bolsa e ir pra cidade. Ai eu peguei a bolsa e fui pra cidade. Quando eu cheguei lá, os médicos foram me atendendo e fazendo o exame de toque. Ai eles falaram: “Não, não moça, pode levantar.” Ainda faltava dois dias ainda pra ter neném. Ai eu falei: mas doutor? Ele falou: “Não minha filha pra você dilatar tem que ter cinco dedos... Você ainda está com dois dedos de dilatação... Tem que aumentar progressivamente...” Ai eu peguei, voltei do médico, peguei a mesma lancha que me levou com meu marido, eu fui com o meu marido. Ai eu voltei... Só que eu voltei e comecei a me sentir mal durante a tarde. Quando foi a tarde comecei a sentir aquela mesma indisposição. Umas cóliquinhas bem fracas... Ai meu marido falou que a gente ia voltar... Ai eu voltei e fui para o médico novamente. Cheguei lá e ele me falou que não tava na hora não... ai ele falou que eu não ia ter agora não... ai eu disse que eu tava me sentindo mal, eu levantei e voltei... Só que eu não voltei para a ilha. Minha mãe me falou, Maria Helena não volte mais pr'aqui não, fique ai na casa de apoio... é uma casa que abriga os pacientes... Ai eu fui pra lá com meu marido de tardinha... ai mandou levar as minhas coisas... Mochila e tudo... Ai eu peguei e fui pra casa de apoio com o meu marido. Cheguei lá era de noite. Umas sete horas... Tomei café, um café quente com uma sopa bem quente, eu tomei. Tava com fome! Minha filha, que dor me deu... foi uma dor do inferno abrir... As contrações começaram a ficar bem forte, parecia que a barriga queria romper e o menino sair de dorso que eu fiquei desgastada de ir pra médico e ele me mandar voltar... Ai meu marido falou: “Maria Helena você vai voltar para o hospital...” ai eu respondi que já tinha ido duas vezes, que ia e ele mandava voltar... Ai ele falou: “Mas Maria Helena, você está com dor... Como é que você não vai se você está com dor?” Ai eu fiquei com essa dor e voltei de novo... Quando eu voltei, eu já voltei com dor... Não foi como as outras duas vezes, eu voltei com dor sofrendo... Falava, pelo amor de Deus doutor... E meu marido já havia me orientado, que se me mandassem voltar, que eu não saísse dali... Ele desse um jeito de me abrigar no hospital... Ai eu fui para o hospital e me fizeram o exame de toque e eu ainda não tinha evoluído. Três dedos de dilatação... A enfermeira falava: “Não é pra agora não, mãe, já não disse!?” Aquela ignorante! Aquele mau atendimento da merda... mas eu falei que tava com dor, e que estava sofrendo e que não ia voltar mais não... E que ficaria ali... Ai ela me perguntou o que eu ia fazer ali, pois não havia mais médico, pois o médico de plantão estava não sei lá o que... E que só teria médico amanhã de manhã... Ai ela falou que não poderiam fazer nada, que eu ia ficar ali sofrendo... Por que o médico havia dito que eu não teria neném agora... Eu fiquei ali sofrendo... Era meia noite e eu no hospital... Mas que noite mais... eu nunca havia passado uma noite tão terrível...

O relato de Jussara foi mais conciso, mas ela também teve suas idas e vindas:

J: *Comecei a sentir dor bem fraca, ai eu fui pra lá pra cidade, ai ele disse que não tava na hora não... Mas não era pra voltar pra casa, porque já tava próximo... Só que ai a gente voltou, ai quando foi 07h da noite, a gente voltou pra cidade*

P: *No mesmo dia?*

J: *Foi, no mesmo dia... Ai quando a gente chegou lá, ele tava perto, ai*

mandaram a gente ficar na maternidade esperando a dor aumentar...

Entretanto, mesmo com a anuência e desejo por parir no hospital, e mesmo com meios tão significativos para otimizar o deslocamento e garantir o amplo acesso ao parto hospitalizado, a lancha rápida e a Casa de Apoio não garantem necessariamente este atendimento, uma vez que seja tão recorrente o processo de idas e vindas destas mulheres. Em geral, as mulheres começam a sentir algumas dores e vão para o hospital. Ao chegarem, as pessoas que estão com elas ficam esperando na portaria e elas entram no hospital e vão até a sala de pré-parto (uma delas foi conduzida de cadeira de rodas). Ouvi relatos de mulheres que pariram nesta sala mesmo. Neste ambiente passam pelos exames de toque, através dos quais os profissionais de saúde avaliam a evolução do trabalho de parto e constataam se elas devem ficar ali e continuar o processo parturitivo no hospital, ou se devem voltar, porque *não está na hora*. Nesta mesma sala também estão outras mulheres grávidas que atravessam o mesmo processo do parto ou então que tiveram algum problema de saúde, sentiram-se mal e foram ao hospital para serem medicadas. Mulheres que passavam por abortamento também ficavam no mesmo espaço.

Dos relatos acima apresentados, é possível refletir sobre a qualidade do acolhimento dado a estas mulheres quando entram pela primeira vez no hospital, que começa pela separação obrigatória de seus acompanhantes. A grande maioria das mulheres não foi orientada sobre o processo de dilatação e trabalho de parto, sendo apenas examinadas e mandadas de volta para casa ou casa de apoio. Os conhecimentos sobre procedimentos do parto no hospital são compartilhados entre as mulheres que já vivenciaram e aquelas que estão vivenciando o processo reprodutivo, repassando umas às outras. É nesta circulação de conhecimentos que as mulheres se preparam para o parto hospitalar. Na relação que se estabelece entre as mulheres e o Estado desde então, somada à fragilidade de vínculo estabelecido enquanto gestantes desde o PN, o que as mulheres encontram no hospital, é um processo de acolhimento bastante distanciado. Seus corpos reprodutivos devem estar em plenas condições físicas de iniciar o processo do parto, porém não foram preparadas ou informadas sobre a condução deste momento. O Estado, ao mesmo tempo em que lhes garante acesso ao parto hospitalar, se omite na oferta de uma assistência de qualidade desde a entrada e acolhimento destas mulheres na instituição. O modo ambíguo como ele se apresenta enquanto um sujeito deste processo e principal agente nas relações estabelecidas com as mulheres, durante o parto, começa a se desenhar.

Dos doze relatos de parto, seis mulheres não foram prontamente atendidas, assim que

chegaram ao hospital. Tiveram suas idas e vindas – o que demonstra o problema do acolhimento às mulheres em trabalho de parto. Maria Helena que vivenciou as idas e vindas da primeira experiência, na segunda teve seu parto com hora marcada, o que a fez evitar passar por todo o processo novamente. Assim, dentre os seis relatos de permanência no hospital para o parto assim que chegaram (Caroline, Rosa, Bárbara, Flávia, Eduarda, Maria Helena – segundo parto), quatro foram cesáreas (Caroline, Rosa, Bárbara, Maria Helena) o que pode explicar porque não tiveram que ir e voltar do hospital, pois chegaram no hospital, deram entrada, foram examinadas e então comunicadas sobre a cesárea. Dos seis relatos de idas e vindas (Ângela, Isabela, Dália, Jussara, Thalia, Maria Helena – primeiro parto), quatro foram partos normais (Ângela, Isabela, Dália, Jussara) e duas cesáreas (Thalia e Maria Helena). Cinco relatos contam a volta para Riachão e só depois voltaram para Valiosa (Ângela, Dália, Jussara, Thalia e Maria Helena). Apenas uma ficou por Valiosa e caminhou pela cidade à espera de que seu trabalho de parto evoluísse e então entrou no hospital, também passou pela Casa de Apoio (Isabela). Das cinco que voltaram para Riachão, três também mencionaram sua passagem pela Casa de Apoio (Ângela, Thalia e Maria Helena) (Ver Anexo – Quadro 5). As idas e vindas revelam não apenas um problema de acolhimento às mulheres em trabalho de parto, como também a escassez de estrutura para abrigar as parturientes. Um dia, voltando de Valiosa, encontrei Renato no barco. Renato é irmão de Milena e estudava fisioterapia em uma universidade da cidade. Então me contou que estava voltando do hospital/maternidade e que se lembrou de mim, porque teria visto muitas mulheres parindo. Renato estava impressionado com o que teria visto no hospital.

Ele começou a me contar da visita técnica que eles fizeram ao hospital maternidade de Valiosa. Disse que faltava muito acolhimento ali, e humanização. Disse que as mulheres sofriam maus-tratos. Que não tinham profissionais para atender as mulheres, que faltam leitos e faltam equipamentos. As mulheres são mandadas de volta pra casa porque não tem espaço no hospital. (NC)

Dados do hospital indicam que no ano de 2013, foram realizados 2516 partos, dos quais 2360 eram via SUS e 156 via convênio médico⁶⁶. Todos os partos, via SUS e via convênio, são realizados nas mesmas instalações, conforme a enfermeira explicou na visita que fiz. A diferença entre as pacientes do SUS e conveniadas está na acomodação dos quartos

66 Nestes dados não contam com o mês de julho do mesmo ano, pois não foram divulgados. A fonte dos dados foi o portal web do Hospital de Valiosa.

de maternidade.

Enquanto as mulheres esperavam para saber se seriam atendidas, as pessoas que lhes acompanharam estavam na portaria esperando para saber se teriam o parto naquele momento ou se voltariam. Pelo telefone podiam ligar para a sala de pré-parto, para ter informações da paciente. A recorrência das voltas fazia com que as mulheres demorassem mais para voltarem ao hospital em suas seguintes tentativas, como Thalia relata:

Ai chegou de manhã eu estava sentindo dor, mas eu não tava querendo ir por causa da primeira vez que eu não tive... Ai eu fiquei sentindo, mas não queria ir... Até que eu não estava mais agüentando... Ai eu fui, cheguei lá e fiquei na sala de espera... Ai o médico foi, ficou lá fazendo o exame de toque... Ai ficou lá pra saber se ia ser normal ou cesárea.(Thalia em entrevista)

Quase todos os relatos sublinham a dor presente durante o parto: É o aspecto mais marcante que permanece na memória das mulheres. Geralmente nas primeiras perguntas de como foi o parto, a primeira resposta era: *uma dor!* (junto de algum adjetivo: “*uma dor dos inferno*”, por exemplo). Apenas aquelas mulheres que tiveram cesárea que costumam dizer que na hora não sentiram dor. Mesmo assim, a dor está presente e é pior, porque dura mais tempo e é depois do parto. Enquanto que a dor do parto normal é forte, mas é uma vez só. Depois que o bebê nasce, não sente mais dores.

No hospital – uma vez decidido que ficariam para *ter menino* – enquanto as mulheres estão sofrendo de dores, as expectativas por cuidado e atenção são mais intensas. A maioria das mulheres relata substancial aumento das dores após a aplicação do soro. O que se destaca nas descrições é a percepção de que foram tratadas com descaso pelos profissionais no cuidado neste momento crítico, o que explicito no que segue.

7.2. A hora de “botar pra fora”: “dor” e “força”

Ao ficarem no hospital, as mulheres permaneceram na sala de pré-parto. Esta sala é um ambiente de conflitos entre as mulheres em trabalho de parto e os profissionais de saúde. Nestes conflitos observam-se alguns valores e concepções que subjazem as práticas das parturientes, bem como dos profissionais. De um lado, por parte das pacientes, o reconhecimento de que o profissional é o detentor do saber sobre os corpos humanos e femininos, e pelo seu saber científico que lhes emprega autoridade. Ao mesmo tempo em que também há o reconhecimento de uma relação constituída de modo equivocado, já que é um

ambiente que supostamente existiria por sua função de cuidado e atendimento. Quando gritam ou brigam com os profissionais e quando pedem socorro ou auxílio, as mulheres expressam seus entendimentos sobre o que seja assistência. De outro lado, os profissionais manejam noções e valores que associam as mulheres como pouco esclarecidas, escandalosas, irresponsáveis – sobretudo quando jovens, pobres e negras. Nas poucas horas de observação deste ambiente, havia duas mulheres gestantes. Uma delas tinha dezoito anos. Era negra. Estava grávida de seu segundo filho. A enfermeira, branca, com mais de quarenta anos, a levou até uma maca e pediu que se deitasse. Então conversaram:

Enfermeira: *“Por que é que engravida?”* E a garota responde: *“pra ter filho!”* A enfermeira indignada com a resposta da jovem, começa a dizer: *“Ah!! pensa que é assim, ter filho!? E é simples, é?? Vai estudar! Vai fazer uma faculdade!! Ó pr'aí... dezoito anos, dois filhos! Tsc tsc tsc...”* A garota era hipertensa e a enfermeira parecia ter ficado mais brava porque ela não tinha levado o remédio (NC).

A outra mulher era mais velha. Tinha quarenta anos, se mudou de Salvador para Valiosa onde o marido foi morar. Era seu terceiro filho. Esta mulher também era negra. Sua gravidez era de risco. Também era hipertensa, estava sangrando e com infecção urinária. Contou à enfermeira que quis ser atendida no hospital porque já teve pré-eclâmpsia. E a enfermeira então perguntou a ela porque foi que ela saiu de Salvador, com todo recurso que teria lá, para ir à Valiosa. A gestante respondeu que foi por conta do marido e a enfermeira lhe explicou que ela precisava pensar nela mesma, porque *“Homem não pensa em mulher, não! não vai querer cuidar de você depois!! Como é que sai de lá pra vim pr'aqui, nessas condições?! Fique aí pensando nele!”*. Ambas ficaram em observação quando saí. Os dois casos refletem uma relação entre aquela que detém o esclarecimento e aquela que não o possui. No primeiro caso, a recriminação por estar grávida enquanto jovem torna clara essa relação de saber e de poder desigual. O comportamento da enfermeira carregava sentidos de quem claramente ocupava uma posição de poder que se sobrepunha às outras.

Vale remarcar ainda que todas as enfermeiras com quem cruzei nas imediações da sala de parto eram brancas. A única funcionária negra que conheci foi uma trabalhadora da limpeza. Não havia enfermeiros homens. Do mesmo modo, não vi nenhuma médica mulher. Os três médicos que vi passarem pelos espaços próximos eram brancos e aparentavam ter mais de 40 anos.

É neste ambiente onde as relações entre parturientes e profissionais vão ganhando intensidade. As mulheres, ao se prepararem para os exames e parto, tiram suas roupas e

colocam uma roupa própria do hospital. Depois voltam para a sala, já vestidas adequadamente e recebem uma aplicação do soro *pra aumentar a dor*, que também foi uma medida recorrente. Dos doze relatos, oito mencionam a aplicação do soro e o agravamento da dor que se segue, salvo Bárbara que não sentiu as dores aumentarem (Ângela, Bárbara, Isabela, Dália, Flávia, Jussara, Eduarda, Maria Helena – primeiro parto). Uma das mulheres não mencionou o soro em seu relato (Thalia) e os outros três relatos foram de cesárea, sem uso do soro para *aumentar a dor* (Maria Helena – segundo parto, Caroline, Rosa). Dos relatos de receberam o soro, seis foram partos normais (Ângela, Isabela, Dália, Flávia, Jussara e Eduarda), e duas cesáreas (Bárbara e Maria Helena) (Ver Anexo – Quadro 5). A partir deste momento os relatos de dor e sofrimento tornam-se mais intensos. Nenhuma das mulheres relatou algum tipo de negociação sobre a aplicação do soro⁶⁷, mas foram comunicadas que intensificaria a dor. “*Ai quando ela me botou no soro, a dor começou a aumentar, aumentar...*” – contou Isabela.

Enquanto as mulheres esperam por cuidado, as enfermeiras e médicos apenas mandam fazer força. “*Bota força aí!*” é o que costumam dizer para as mulheres quando pedem ajuda ou reclamam da dor. Isso também é recorrente nas falas. Jussara explicou porque sentia que faltou atenção com as pacientes:

P: Nada? Qual a conversa que eles têm com você?

J: *Nada... só manda botar força...*

P: e o que você achou do atendimento?

J: *mau, o atendimento foi mau...*

P: você achou ruim? O que você achou que poderia melhorar?

J: *A atenção com os pacientes...*

P: O que você sentiu? Me dá algum exemplo dessa atenção que podia ser melhor...

J: *Ficar mais próximo... explicar mais as coisas... Falar mais sobre o nosso corpo... Não conversa nada... Não sabe nada...*

Observam-se, então, aspectos da qualidade da assistência prestada às mulheres parturientes, que relatam distanciamento e indiferença dos profissionais para com elas. A partir deste momento, as experiências se tornam mais expressivas e os relacionamentos mais tensos, uma vez que a indiferença reflete um primeiro passo na negativa de auxílio às mulheres, que estão sentindo dores, e mais um elemento no processo de intensificação da força e violência que vão sendo operadas com as mulheres. Dos oito relatos de dor, cinco não mencionam pedidos de auxílio, porém quatro destes cinco relatos exemplificam a falta de

67 O soro administrado com ocitocina induz o parto, fazendo intensificar as contrações das mulheres. Este procedimento tem sido reconhecido como inapropriado e danoso (DINZ, 2001:7).

atenção profissional para com elas. Outros três relatos trazem os pedidos de socorro e as respostas negativas: Ângela, Isabela e Maria Helena, em seu primeiro parto. Para Ângela e Isabela a resposta foi a mesma: *botar força*.

Na tese de Tornquist (2004: 294-296) a autora observou as atitudes de indiferença, principalmente, de médicos mas também de enfermeiras, frente às dores que as mulheres sentiam no parto, apontando para a importância de um suporte emocional para a condução humanizada do evento. Diniz (2001: 63) sinalizou a recorrência deste comportamento, dentre outros, para justificar a necessidade de humanização do parto. McCallum & Reis (2006) também identificaram esta postura nos relatos de experiências de parto entre suas entrevistadas e destacaram a importância dada pelas entrevistadas ao comportamento gentil dos profissionais. Estas questões também podem ser observadas com os relatos aqui apresentados, muitas vezes as avaliações negativas feitas pelas usuárias giram em torno do comportamento indiferente, distanciado ou até mesmo hostil dos profissionais. Rosa teve seu parto cesáreo, mas mesmo assim, passou um tempo de espera na sala de preparação, onde algumas mulheres tiveram seus filhos. Lá ela ficou observando:

[...] Ai tá, ele mediu minha pressão, viu que estava um pouco alta, ai ele falou: “Fica ai de repouso que daqui a pouco eu vou olhar você novamente pra ver como você está, porque você caminhou, tá alta” Ai eu falei, tá bom. Ai quando eu cheguei lá, tinha um monte de mulher grávida... Ai eu pensei: Ai meu Deus, é hoje.

P: E as mulheres? Elas estavam parindo?

R: *Estavam*

P: Mais de uma?

R: *Vi uma mulher parindo, e várias sangrando. Eu vi várias querendo ter um parto normal ou parto cesárea. Vi várias sangrando. Vi médico falando pra se acalmar que ainda não estava na hora... vi tudo isso*

P: Então ninguém podia entrar nessa sala... Só vocês que estavam parindo?

R: *É*

P: O que você sentiu quando viu aquele monte de mulher grávida?

R: *Eu fiquei com muito medo... Eu pensei: Meu Deus! Olha essas mulheres sofrendo...*

P: Elas estavam sofrendo?

R: *Estavam*

P: Como foi a sua reação?

R: *Eu estava em pânico. Eu olhava assim... E eu não via ninguém com ninguém por perto... Porque não podia levar ninguém, agora já pode.*

[...]P: As enfermeiras reclamavam?

R: *É. Mas comigo, eu peguei uma enfermeira muito boa... Ela me tratou super bem. Eu não senti dor, não gritei...*

P: As meninas quando gritavam, eles ficaram bravos?

R: *Ficavam. Mandavam calar a boca, mandavam botar as pernas pra o alto... Mandava fazer força... mais força, mais força...*

P: Sei...

R: *Mandava fazer força, mandava fazer muita força... “Pode fazer força, pode fazer força... Pode espremer...” Era isso...*

O mesmo trabalho de McCallum & Reis (2006) acima citado, também aborda alguns elementos evidenciados por Rosa. Segundo as autoras, é na hora em que as mulheres entram na sala de preparação do parto, onde existem várias outras mulheres em situações semelhantes, mas, sobretudo, sofrendo de dores – e muitas vezes verbalizando esta dor – que as mulheres vão assimilando o seu processo de parto eminente e a dor e/ou o medo da dor tornam-se mais expressivos. Em suas palavras,

É no ambiente da sala de pré-parto que o medo e o medo da dor se intensificam. A experiência do parto é, assim, modelada por um clima de medo crescente. E isso confirma, aliás, as histórias sobre “a dor do parto” que as jovens ouviram fora do hospital, seja de seus parentes e amigos, seja da mídia em geral. A dor, ou o medo da dor, domina a experiência da parturição. Todas as informantes buscavam descrever o grau da dor que sentiram, de insuportável a suportável, mas sempre considerando sua inevitabilidade (MCCALLUM & REIS, 2006: 1485).

Ao observar as mulheres, experienciando aquele momento, sozinhas, Rosa refere-se à importância da presença de acompanhantes durante o parto. Quando sinaliza que “*agora já pode*” Rosa considerava que em 2013 as normas da instituição tivessem se modificado e que então era possível ter acompanhante, porém esta ainda não é a realidade do hospital aqui referido. Além destes aspectos, Rosa ainda faz referência às reações do corpo profissional às manifestações de dores das mulheres, como reações pouco acolhedoras em resposta aos gritos. Como Rosa não sentia dores e não gritou, teve um bom atendimento. Evidencia-se neste ponto a negação das dores das mulheres e a falta de auxílio para aliviá-las. Aspectos recorrentes nas experiências aqui retratadas. O relato de Ângela também aborda este momento de dores e as respostas recebidas:

“Ai quando sai o líquido todo... Vai saindo aquele líquido todo... A neném vai saindo a cabeça... Ai ele diz: “Bora, bora ligeiro!” Ai eu disse: Ai doutor! Me ajuda aqui doutor... Me ajuda aqui doutor... Ele falava: “Não posso... Quem tem que colocar essa força é você... Quem tá sofrendo é você, é você que tem que colocar essa força”. Assim mesmo que ele fazia...”

Isabela também faz seu relato: “*Elas falavam assim: “Faz força aí!” Eu estava gemendo... ai elas falaram da respiração, que tem que prender a boca e fazer a força que você puder. Ai eu fazia, mas elas falavam que estava errado e mandava eu fazer de novo.”* Maria Helena, por sua vez, contou que no seu primeiro parto, passou a noite no hospital

sentindo dor, sem que ninguém lhe prestasse auxílio, até que ao meio dia, do dia seguinte, seu trabalho de parto não evoluiu e decidiram fazer a cesárea. Eduarda disse não ter gostado do parto porque era muito sofrimento, muita dor. Perguntei o que ela achou do tratamento na sala de parto e ela respondeu:

P: Antes da sala do parto como é que é o tratamento das enfermeiras para você? Do médico e tal?

E: *A enfermeira que estava lá, era ruim... elas só ficavam dormindo de noite, não queria saber de nada, e tinha uma mulher lá que estava com muita dor, mais dor que eu, ela estava gemendo e elas falavam: “Cala a boca que na hora de fazer você não gemeu...” E isso e aquilo... Eles não estão nem aí, eles viram pro lado e dormem...*

P: Eles falaram isso?

E: *Falaram. Quando eles chegam e tal, aí elas... quando chega uma mulher lá pra ter menino, eles pegam levantam e tal e ajeitam a cama e a pessoa deita, mas depois eles vão dormir, e não estão nem aí*

Carneiro (2011), em discussão da etnografia feita sobre parto humanizado, ilustra dados de outra pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo em 2010 onde se constatou que uma em cada quatro mulheres relatou ter sofrido violência no parto. Dentre as agressões incluem-se xingamentos, exames dolorosos e recusa de auxílio no alívio da dor (CARNEIRO, 2011: 36). Diante disto, estes relatos demonstram como as práticas de assistência ao parto foram conduzidas de modo violento para com as mulheres usuárias, no interior do hospital. Muitos outros estudos publicados sobre atenção ao parto também revelaram o modo adverso com o qual as mulheres foram tratadas nos hospitais brasileiros, sendo recorrente a expressão usada por profissionais, tal qual relatada por Eduarda “*Cala a boca, que na hora de fazer você não gemeu*”, que demonstra uma ideologia de “*naturalização da dor do parto como um preço pelo prazer sexual ou como destino biológico*”, banalizando a dor e o sofrimento dessas mulheres (AGUIAR & D'OLIVEIRA, 2011: 87)⁶⁸.

Bárbara, antes de ir ao centro cirúrgico ficou na sala de pré-parto, onde também presenciou cenas como estas de desrespeito frente às mulheres que estavam manifestando suas dores durante o trabalho de parto. Comentou ainda que se fizessem muito barulho, as reações eram piores, pois reforçavam a postura de não assistência, como ilustra o trecho da entrevista:

P: e elas estavam sofrendo ali de dor?

B: *tavam*

P: e como é que foi isso aí?

B: *elas ficavam lá gritando, aí se gritar mesmo que é pior que as enfermeira não dá ligação*

68 Para documentação da recorrência de comentários similares em outros hospitais públicos ver CARNEIRO, 2011; MCCALLUM & REIS, 2006; DINIZ, 2001; AGUIAR & D'OLIVEIRA, 2011.

P: ah, é?

B: *toda hora vinha uma enfermeira lá, perguntando se eu tava sentindo alguma coisa, porque eu não tava fazendo escândalo nenhum, se gritar é pior, ela faz de conta que não tá vendo você*

P: ah, é?

B: *tinha uma mesmo lá que tava gritando, o medico deixou fazer o exame de toque nela por último [...] ela ia ser a primeira mas como tava gritando foi a ultima*

Semelhante ao estudo de McCallum & Reis (2006), as mulheres compartilham do entendimento de que as demonstrações de dores e pedidos de auxílio podem justificar os maus-tratos recebidos. Assim Bárbara também identifica como estratégia de resistência a força de suportarem as dores silenciosamente e o autocontrole (MCCALLUM & REIS, 2006). Porém Bárbara também pondera que não sentia dores tão fortes como aquelas mulheres pareciam sentir. Em contrapartida, dentre as mulheres que relataram seus partos, também houve aquelas que não se mantiveram caladas, enquanto sofriam. Maria Helena – em seu primeiro parto – e Isabela foram dois exemplos. Seguem alguns trechos ilustrativos.

“Ai eu comecei a pedir: Doutor, faça a cesariana em mim, pelo amor de Deus! Comecei a gritar... Ai já tinha ido minha mãe... Todo mundo pra ver a minha situação... perguntava por que tinha gente que tinha parido e porque eu não tinha... ai começou a apelar, todo mundo começou a falar... Eu falei: Doutor, o senhor vai esperar eu morrer pra eu ter o meu neném é? Ai passou oito, passou nove passou dez...” (Maria Helena em seu primeiro relato)

“Ah!!! Eu fui a ultima a ter neném naquela sala... Elas foram todas ver a novela e me largaram naquela sala sozinha. Eu morrendo de dor, ai gritava, pedia socorro. Ai pedia socorro, pedia ajuda... Ai elas falavam: “Quem tem que te ajudar é você. Você tem que botar força. Se você colocar força você vai conseguir” Ai quando passava uma eu falava, ai elas respondiam, que pra eu ter neném eu tinha que colocar força, elas não podiam fazer nada...Ai voltavam pra sala e continuavam assistindo televisão. E me largavam lá sozinha... Ai eu pegava a cama e batia... Eu pegava a cama e batia na parede. Eu levantava e picava a cama. Fazia um escândalo... e elas não vinham não... eu fazia um escândalo e nada! Elas só falavam assim: “Pra que isso menina? Espere mais um pouco que seu bebê já vai sair.” Ai eu falava: Eu quero morrer, não agüento mais... me dá um remédio pra eu morrer logo... eu falei isso: Eu quero morrer, eu quero morrer... Ai elas falavam assim: “Menina como é que você fala que você quer morrer? E seu filho vai fazer o que?” E eu falando, eu quero morrer.” (Isabela)

Os pedidos de auxílio e manifestações de dor também se configuravam resistências ao modelo de assistência dispensado às mulheres, bem como o entendimento de que esta assistência precisava ser transformada em uma verdadeira atenção de qualidade.

Com relação ao tipo de parto, a maioria das mulheres dizia preferir parto normal ao parto cesárea, por conta das dores e do processo de recuperação pós-parto, conforme mencionado anteriormente. As mulheres dizem que o parto normal é uma dor muito forte, mas é uma dor de apenas um dia e depois passa. A recuperação também é mais rápida e o período de "resguardo" é menor. Thalia, uma das que passaram pela cesárea, explica:

“Porque a cesariana não senti dor como o normal... O normal senti dor na hora e pronto. Você não sente mais nada... Na cesariana é depois. Na cesariana você toma injeção, aí você fica sentindo dor... Eu ainda sinto uma dor aqui. [...] Eu tinha vontade que fosse normal porque normal você se recupera mais rápido que cesariana... Normal você com 15 dias já faz as coisas... Cesariana não... É com um mês e nem tudo você pode fazer como varrer casa... Cesariana é mais complicado, aí demora mais... É um negócio mais lento... Minha vontade mesmo é que fosse normal... Eu não esperava cesárea, pois nos fizemos tudo e parecia a parto normal...”

Depois de quase um ano, voltei a campo para uma visita. Em uma conversa com Ângela, sua filha mais velha, Carla, a amiga Déia e Iara, Ângela me contou que Carla estava grávida de três meses. Começamos a conversar todas sobre a gravidez de Carla e ela nos declarou que desejava fazer cesárea. Iara contou que fez cesárea também dos dois filhos que teve. Então Déia e Ângela diziam às duas que precisavam “saber parir”. Iara não “sabia parir”, porque nunca pariu e Carla tinha que “saber parir” e por isso não devia fazer cesárea. Iara então respondeu: “Não sei parir e nem quero saber porque não quero mais filho”. As meninas me explicaram então que só “sabe parir” aquela que pare seu filho, aquela que “bota pra fora” de parto normal. Foi a primeira vez que ouvi esta expressão – que diz respeito à agência do ato de fazer nascer o bebê. Se a mulher tiver filho por meio de cesárea, ela não “saberá parir”, pois quem vai fazer nascer será o médico e não a mulher.

Thalia, assim como Rosa, Caroline e Maria Helena (em seu primeiro parto), que tiveram seus partos cesáreos, tinham várias explicações para as razões dos médicos em optar pela cesárea. As explicações que elas possuíam diziam respeito aos seus corpos, se podem ou não podem ter parto normal – se possuem *eixo fechado (eixo de homem)* ou se seu *eixo abriu* o suficiente. Para Thalia, seu parto foi cesário porque sua barriga não baixou. Rosa teve como explicação sua pressão que estava alta, que o bebê passou do tempo de nascer e que o médico não esperaria mais. Caroline não teve explicação, apenas foi notificada que seria via cesárea. Maria Helena em seu primeiro parto também disse que seu quadro não evoluía e ela mesma começou a pedir para fazer uma cesárea.

No caso de Bárbara, o médico explicou a ela e a seu pai que a cesárea era mais

indicada por conta de sua idade, quinze anos. O médico ficou com medo de esperar que ela tivesse o filho depois naturalmente, por causa da idade. Bárbara também entendia que seu corpo não teve passagem para o parto normal. Não era a hora do parto. Ela estava de oito meses, mas foi para o hospital porque sentia muita dor e muita vontade de fazer xixi. Osvaldo, seu pai, foi com ela. Quando Barbara entrou no hospital, seu pai saiu, mas disse que voltaria. O médico quis lhe aplicar o soro, mas como o pai já tinha orientado a garota que ela voltaria para a ilha e não teria o filho agora, ela não deixou que aplicassem até que seu pai voltasse. Disse que chorou nessa hora. Então o médico ligou para a portaria para falar com Osvaldo, que ainda não estava de volta. Quando o pai voltou, entrou no hospital e o médico explicou a ele que estava com medo de deixá-la ir e ela ficar mal, por conta da idade e que talvez fosse melhor ter cesárea. Bárbara teve seu filho naquele mesmo dia, conforme orientação do médico. Nota-se que, Osvaldo, diferente dos outros acompanhantes das mulheres, conseguiu entrar no hospital e conversar com o médico. Não pôde, todavia, entrar na sala de preparação do parto, onde Bárbara estava, mas conversou com ela e com o médico desde o corredor. Bárbara contou que se sentiu mais tranqüila, pois teve a possibilidade de contar com algum apoio durante o processo decisório pela cesárea, o que não foi permitido às outras mulheres. Foi a única menção feita, dentre todas as participantes, de algum acompanhante entrar no hospital enquanto estava em trabalho de parto.

A amostra das dezoito mulheres, ainda que pequena, sinaliza um alto número de partos cesáreos, quase a metade. Também os dados do DATASUS⁶⁹ indicam um aumento deste tipo de parto em Valiosa, cujo único hospital que realiza partos é o mesmo que atende a população de Riachão. Em pesquisa dos nascimentos por ocorrência por tipo de parto segundo município, foram encontrados 2794 nascimentos em 2008, dos quais 36,5% eram partos cesáreos. Já em 2012, do total de 2446 nascimentos, 39,77% foram via parto cesáreo. Uma tendência crescente, que vai de encontro com as proposições de desmedicalização da assistência aos partos, além de superar o limite de 15% estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (PATAH & MALIK, 2011; TORRES *et. al.*, 2014).

Este percentual se assemelha ao encontrado em Visconde que em 2009 apresentou 37% de nascimentos via parto cesáreo e 45,9% em 2013. No período de 2009 a 2013 foi notificada em Visconde uma morte materna por causa obstétrica direta⁷⁰.

Das dezoito mulheres, dentre aquelas que tiveram partos cesáreos, Naiara foi ao

69 Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nyba.def> Acessado dia 30/03/2015

70 Dados fornecidos pela agente administrativa da Secretaria Municipal de Visconde, cujas fontes foram: SESAB-DIS-SIM/DATASUS-MS; SESAB/DIS/SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

hospital na intenção de convencer o médico a fazer parto cesáreo, pois queria *ligar*. E conseguiu⁷¹. Thalia queria parto normal, conforme ilustrado. Rosa também menciona que preferia parto normal. Caroline também. Bárbara não disse preferir parto normal ou cesáreo. Maria Helena pediu por este tipo de parto, na sua primeira experiência, tendo em vista a dor que sentia. Já na sua segunda experiência, observa-se uma diferença dos demais casos – Maria Helena teve seu parto com hora marcada pelo o médico, para que pudesse fazer a esterilização, conforme documentado no capítulo 4, seção 4.4. Este foi um caso peculiar dentre a maioria das experiências das quais tive conhecimento no Riachão. Fora dos percursos comuns dentro do hospital, freqüentemente relatados, Maria Helena teve uma experiência totalmente diferente no segundo parto, com relação ao primeiro. Todo o sofrimento que teve da primeira vez, não ocorrera da segunda, por *conhecer as pessoas lá dentro*. Como resultado, dessa vez, Maria Helena não entrou no hospital como uma anônima. Nota-se aqui a importância de *conhecer alguém* ou *ter procurador*, que se faz presente na busca por assistência à saúde, também na condução do parto. Em contraposição, Lílian buscou pela esterilização durante sua gestação e não conseguiu. Queria ter feito parto cesáreo para poder *ligar*, porém seu parto foi normal. Nina e Ângela também mencionaram o desejo de *ligar*, mas ambas também tiveram parto normal.

Contabilizando apenas o ultimo parto de Maria Helena, temos um total de oito cesáreas para dezoito partos. Destes, quatro foram realizados em mulheres primíparas, três em quem tinha apenas um filho e um de uma mulher que já tinha três filhos. Ainda do total destas oito cesáreas três delas foram realizadas em mulheres com idade entre dez a dezenove anos. Outras três foram realizadas em mulheres com idade maior de vinte nove anos. Duas em mulheres com idade entre vinte e vinte e nove anos. Chama atenção o número de parto cirúrgico para jovens adolescentes (3), igual àquelas com mais de vinte e nove anos (3). Das três mulheres solteiras, participantes da pesquisa, duas tiveram parto cesáreo – uma de quinze anos e outra de 31, ambas primíparas. (Ver Anexo – Quadro 4).

Sobre os processos pelos quais as mulheres foram conduzidas dentro do hospital, apenas Caroline relatou ter usado cadeira de rodas quando deu entrada. Disse que foi com a cadeira para o centro obstétrico. Todas as outras mulheres dizem ter transitado pelas salas andando. Com relação às proibições, as mais recorrentes são proibições de ingestão de líquidos e sólidos. Maria Helena em seu primeiro parto, Ângela, Eduarda, Caroline, Rosa, Jussara, Dália, Flávia, Isabela, todas foram proibidas de comer, Jussara e Dália puderam beber

71 Trato das lutas por esterilização no capítulo 4, seção 4.4.

água. Thalia não mencionou nenhuma proibição além de andar, desde que foi decidido que ela teria parto cesáreo. Ângela e Caroline também foram proibidas de andar. As outras já relataram que caminhavam pela sala para tentar aliviar as dores das contrações (Ver Anexo – Quadro 5). A respeito de outros procedimentos, apenas Ângela mencionou ter passado por lavagem intestinal, além de ter a bolsa rompida por um instrumento pontiagudo introduzido em seu canal vaginal.

Outro momento importante que é relatado é a transferência para a sala de parto. Ângela não foi transferida e teve sua filha na sala de pré-parto. Como ela, Dália também não saiu desta sala – tendo sozinha o seu filho, sem a assistência de nenhum profissional do hospital. Ambas me explicaram que depois do segundo filho, é mais comum ver mulheres parindo sozinhas ainda na sala de preparação do parto. O processo de transferência de sala foi relatado por Flávia nos dois partos que teve. Ela criticou a condução do parto, ao explicar o que acontece na sala de trabalho de parto:

P: Não é uma sala de espera?

F: *Não é bem uma sala de espera... No caso a gente fica ali deitada, aí quando a enfermeira vem, quando a criança vai sair, aí a gente tem que descer, trancar as pernas, como elas falam e ir para a sala de parto*

P: E o que você achou do tratamento?

F: *Dela?*

P: É

F: *Foi bem, foi a única que veio me socorrer e ficou comigo, aí quando... o que eu acho errado é assim, eles botam a gente naquela sala, com dor, aí quando vê que a criança está coroadando, aí ela quer que a gente baixe as pernas, tranque as pernas, como ela fala, pois aí a gente tem que descer, e fechar as pernas bem fechadas que é pra criança não sair*

P: E vai pra onde?

F: *Pra sala de parto, chega lá, amarra as pernas da gente e coloca nos ferros...*

Ao que consta dos relatos de Flávia e outras mulheres, no processo de botar força, deve-se conter a força por alguns instantes, no momento em que o bebê coroar. Quando começa as mulheres precisam parar, se levantar da maca em que estão, ir até a sala de parto, para que ele possa nascer no lugar que lhe é “próprio”. Então as mulheres devem se deitar na maca de ginecologia, onde suas pernas ficam abertas e amarradas e só então continuam a fazer força.

O que se passa nesta sala de parto explicita a destituição quase que completa do poder de atuação das mulheres no processo parturitivo, já que neste momento elas estão sozinhas, fechadas em uma sala, coordenadas pelos profissionais da obstetrícia, amarradas e totalmente subjugadas às ordens dos profissionais. Ainda lhes resta a força, que será exigida até o fim do

processo.

7.3. Da sala de parto à volta para casa

É na sala de parto, no processo expulsivo do bebê, que se dá a transferência deste poder, passado ao profissional que vai comandar o parto. Enquanto que na primeira sala são várias mulheres em trabalho de parto, na sala de parto são elas e as ordens dos profissionais médicos participando de uma relação instrumental, contando apenas com a sua força para a expulsão. Muitas das mulheres mencionaram que tiveram suas pernas e/ou braços amarrados para que não pudessem se mexer e sair da posição. Na visita feita ao hospital, foi registrada uma sala de parto, onde é possível ver as faixas com as quais as mulheres são amarradas.



Foto 5. Sala de parto do hospital da cidade

Mais uma vez a expressão da violência. Ao se amarrar as mulheres no processo do parto, evidencia-se a anulação do outro como sujeito, transformando-se em objeto de técnicas, intervenções e procedimentos. Demonstra-se não apenas o recurso da força, mas também a necessidade de corpos dóceis, passíveis às intervenções que não são negociadas e nem explicadas.

Entre as mulheres que tiveram parto normal, a maioria passou pela episiotomia – incisão feita na região do períneo para ampliar a passagem do bebê. Este procedimento tem sido questionado por organizações de mulheres e por estudos que revelam sua inadequação, já que comprovava a baixa evidência científica em termos de eficácia (DINIZ, 2001). Alguns relatos revelam a maneira como a episiotomia é praticada, geralmente sem explicações e esclarecimentos prévios. Seguem, respectivamente, os relatos de Flávia, Jussara e Isabela.

Flávia:

P: Daí, a enfermeira que tirou o bebe de você, ou você que expulsou o bebe?

F: *Não... Eu que...*

P: Você que tirou? Ela fez aquele corte?

F: *Fez*

P: E ela te perguntou se podia fazer?

F: *Não*

P: E te explicou que ia fazer o corte?

F: *Explicou*

P: Explicou? O que ela falou pra você?

F: *Só falou: “Olha mãe, eu vou dá um cortezinho aqui em você”*

P: E não falou porque?

F: *Não*

Jussara:

P: Mas antes do parto, na hora que você mudou de sala, você tomou anestesia?

J: *Não...*

P: Só na hora de fazer a costura... E eles fizeram o corte?

J: *foi...*

P: e eles explicavam pra você na hora o que eles estavam fazendo?

J: *Não...*

Isabela:

P: Você não expulsou o bebê? Ela fez o corte e puxou?

I: *É, fez o corte e puxou...*

[...] porque as pernas ficam em cima do gancho, ai coloca as pernas no gancho e só as costas na maca... só dá pras costas e a cabeça no caso. Ai a cabeça eu já estava vendo, ai ela fez um cortezinho com a lamina, cortou um pouquinho...

P: Ela te avisou que ia cortar?

I: *Não...*

P: Não falou nada?

I: *Ela falou assim, “fique quieta!” eu não estava sentindo mais nada ali. Não estava doendo.*

Várias mulheres mais velhas também relataram o *corte* feito em seus partos, e ainda comentaram que mesmo tendo sido há anos atrás, ainda sentiam dores: “*uma coisa feia mesmo que fizeram comigo, viu!*” (cunhada de Susan, ao falar de seu último parto). Faz-se mister destacar ainda, um dado importante revelado por Isabela, sobre a atenção que recebeu neste momento. Após contar o sofrimento pelo qual passou, a jovem explicou que na hora em que costurava o corte, a enfermeira já estava lhe tratando bem melhor. Questionada sobre isso Isabela responde: “*Foi... ela me tratou bem, porque eu disse a ela que eu era afilhada de uma pessoa que ela conhecia. Ai ela começou a me tratar bem depois disso. Ai ela começou a me dá atenção...*” – outro caso que demonstra o modo pelo qual o contexto de desigualdade pode

ter reflexos nas práticas, comportamentos e maneiras de condução do evento do parto, sobretudo no que concerne à qualidade da atenção.

No processo de finalização do parto, depois da expulsão ou retirada do bebê, é preciso expelir a placenta. As mulheres contam que *“é como um segundo parto: bota força de novo e bota pra fora a placenta”*. Algumas mulheres foram orientadas a fazer força novamente para a expulsão da placenta. Outras tiveram sua placenta retirada pelos profissionais, como foi com Isabela:

I: [...] *A mulher limpando ela, depois vi o médico pesando... Falando quantos quilos deu... 3kg e 600 e deu 46cm... Ai vi tudo isso. Ai a enfermeira falou assim: “Hã... Agora ficou quietinha né? Agora passou a dor...” ai tudo bem... ai depois teve que tirar a placenta... ai doeu porque ela aperta o abdômen... uma bagaceira...*

P: Mas ela puxa?

I: *Ela puxa, ela pega o cordão que resta da menina... ela cortou o cordão da menina, ai ficou aquele cordão ainda, ai ela esticou e veio a placenta*

P: Ai ela apertava o abdômen

I: *Apertava o abdômen.*

P: Ela fez as duas coisas, apertava aqui e esticava lá? E doeu pra tirar?

I: *Doeu, foi como se ela estivesse nascendo de novo*

Depois de retirar a placenta, os profissionais costuram o corte feito para a saída do bebê. Mas levar pontos é algo pelo qual passam também as mulheres que fizeram cesárea. Estas, inclusive, levam mais pontos e, por isso, passam por restrições mais severas no puerpério. Dália e Ângela, cujos bebes nasceram sozinhos na sala de trabalho de parto, não levaram pontos pois não tiveram lacerações nem episiotomia.

Imediatamente depois do nascimento, seja via cesárea ou parto normal, o bebê é mostrado à mãe, durante alguns segundos e então levado para limpar, pesar, *“ver se tá tudo direitinho”* antes de ser entregue de volta à mãe⁷². Este processo de dar os primeiros cuidados ao bebê e levá-lo às mulheres variam de duração. As mulheres recebem seus filhos quando já estão no quarto da maternidade. Para serem levadas ao quarto, são colocadas em uma maca – após receberem os devidos curativos – e esperam o maqueiro no corredor, sozinhas, por horas ou por minutos. O esperado encontro entre a mulher e seu bebê já levou mais de uma hora, como no caso de Eduarda, que comenta ter ficado angustiada com tanta demora:

“[...] e outra, quando me levou dali, ai levou meu filho e eu fiquei com

72 Os bebês ficam junto com as mães nos quartos da maternidade. Apenas permanecem separados quando é necessário mantê-los em incubadoras, nestes casos, ficam em uma sala de atenção neonatal, onde existem várias incubadoras.

medo... perguntando: cadê meu filho, cadê meu filho? Ai a enfermeira me falou: Se acalme, se acalme, se acalme que daqui a pouco você vai ver, eu achei um absurdo porque, como é que uma mãe vai ter menino e não come nada com a criança dentro da barriga? Eu comecei a falar desesperada: Eu tô com fome, meu filho tá com fome, tem que dá leite ao meu filho, e que isso e aquilo... E ela falou: “Espere mãe, espere um pouquinho... Ai eu sei que eles me tiraram de lá da sala de parto, quando eu sai também já ia outra menina pra sala de parto. Ai me botaram lá do lado do centro cirúrgico, eu fiquei lá em cima da maca um tempão, mais de uma hora de relógio mandaram eu esperar, ai depois eu peguei e fui pra sala, quando eu cheguei lá, eu fui pra sala de coisa quando a mulher tem neném, ai fiquei lá, depois passou um tempo, umas três horas, ai Dinho veio... ai eu peguei, já veio logo chorando ele... peguei ele... quando o menino nasce, não dá logo banho não...”

No quarto da maternidade, as mulheres podem receber visitas, que geralmente são de seus acompanhantes – as pessoas que foram com elas até a maternidade. Dentre as pessoas acompanhantes na maternidade figuram, principalmente, as mães destas mulheres. Caroline tinha sua amiga e vizinha, Diná, e Maria Helena que teve seu marido. Bárbara teve seu pai. Nem todas elas foram visitadas na maternidade, pois como a maioria teve parto normal, sem complicações posteriores, receberam alta no dia seguinte, antes do horário de visitas.

Flávia saiu da maternidade com sua filha no colo enquanto sua mãe e marido a aguardavam do lado de fora. Dália tinha sua mãe que a aguardava. O mesmo aconteceu com Isabela. Eduarda teve a visita de sua irmã e sua outra irmã a esperava para levá-la de volta para a ilha. Rosa tinha sua mãe como acompanhante que a visitou, assim como Thalia. Jussara teve que esperar seu filho se recuperar de uma febre, passando alguns dias no hospital. Lá recebeu visitas da mãe e da irmã. Seu marido estava trabalhando no “Monte”. Ângela não mencionou nenhum acompanhante.

7.4. O parto como experiência: ressignificação, violências e o Estado

Em suma, no que diz respeito às experiências vividas no hospital é possível observar que a principal reclamação que figurou nos discursos das mulheres foi a falta de atenção cuidadosa e sensível ao sofrimento pelo qual passaram. O que demonstra como a negociação, o diálogo, a escuta e as explicações são fundamentais para que a experiência seja positiva. Muitas mulheres quando se recordavam da experiência reconheciam o sofrimento passado, mas mesmo assim, conseguiam ressignificar positivamente a experiência, com sua nova condição de mãe. Isabela fez um relato sobre esse processo, quando fora questionada sobre o lado positivo de tudo o que viveu no hospital:

I: *É bom, sei lá, depois que você vê o bebezinho tão lindinho, mamando assim... você fica assim naquela vontade... Poxa, sou mãe... Ai vem a felicidade, você nem lembra mais que sofreu... Aquela situação toda que você sofreu na noite anterior*

P: *É mesmo?*

I: *Você esquece*

P: *Nossa! Como que é isso?*

I: *eu nem sabia que ia ser assim... foi uma experiência boa depois...*

McCallum & Reis (2006) também apontam este processo de ressignificação da dor e do sofrimento das mulheres na constituição da condição de mãe. Isabela continuou sua fala nesse sentido:

I: *Eu senti vontade de chorar na hora... Só tive vontade de chorar só e a ansiedade de pegar ela, de ver tudo direitinho como ela era, se ela era perfeita... pra mim foi tudo bom... nem lembrei daqueles momentos ruins que aconteceram*

Deste modo, ainda que a dor e o sofrimento sejam elementos recorrentes em muitas das experiências relatadas, também é um momento importante na constituição da maternidade, como um “rito de passagem” (MCCALLUM & REIS, 2006; DAVIS-FLOYD, 1992), confirmando os conhecimentos prévios que circulavam sobre o momento do parto. Ao fim do seu relato, Isabela ainda aponta, de um lado, para a inevitabilidade desta experiência na consolidação de sua transformação em mãe e, de outro, para a necessidade de transformação das práticas de atenção ao parto no ambiente hospitalar:

P: *Se você tivesse que fazer uma recomendação, o que você faria?*

I: *Para o hospital que ele melhorasse o atendimento e fosse mais amigo das pessoas. Tratasse as pessoas com mais delicadeza. Tipo assim, se eu sou uma pessoa educada, eu quero que me tratem com educação. Me dê assistência... E mesmo pedindo com educação, eles não estavam me tratando com educação. Eu pediria para o hospital ser mais delicado com os pacientes*

P: *E qual a recomendação que você daria para uma garota que estivesse indo para o hospital parir?*

I: *Que ela fosse, pois ela teria o neném dela... não tem outro jeito... ela tem que tirar aquele neném da barriga. Então, que ela tivesse muita força... Que depois ia passar aquela dor. Ia ser passageiro... pode deixar que com o tempo passa.*

No estudo de Davis-Floyd (1992), cada etapa dos procedimentos no parto é detalhada e analisada simbolicamente no sentido de demonstrar como se dá este processo como um ritual – desde que entra no hospital, com a separação da mulher e seus acompanhantes; a entrada na sala de preparação; a retirada de roupas e sapatos e colocação de uma túnica

padrão; a lavagem dos cabelos; os exames ginecológicos; a proibição de comer; as aplicações de medicamentos para acelerar o parto; a ida à sala de parto; as posições horizontais para o parto, cobertas por um tecido; a episiotomia, etc. Todos estes são procedimentos de rotina, padronizados, que submetem os corpos femininos à supremacia tecnocrática, como indica a autora. Constituem ainda uma performance ritual e simbólica, através da qual as mulheres incorporam o processo de transformação em mães (DAVIS-FLOYD, 1992) e reforçam simbolicamente a força de dominação do modelo tecnocrático, introjetando-o nas suas subjetividades. A relevância deste momento entre as mulheres do Riachão é bastante expressiva. Assim é que “*Botar pra fora*” é um evento tão significativo para as mulheres, ao ponto de se reconhecerem como mães pelo feito, reivindicando que os homens pudessem fazê-lo como elas, de sorte que compreenderiam sua significância.

Ao mesmo tempo em que sofrem, as mulheres não vislumbram alternativas de parto, fora do hospital. Mas reconhecem a possibilidade de receberem um tratamento mais adequado, sensível à sua condição de fragilidade, uma vez que precisam administrar múltiplas emoções desde que entram no hospital. O tratamento recebido, descaracteriza as mulheres como sujeitos, sendo reduzidas aos seus corpos reprodutivos, por todo o processo, diante da manutenção dos procedimentos de rotina e da falta de esclarecimento, informação e diálogo. Os relatos revelam que o tipo de assistência dispensada às mulheres poderia ser diferente, já que se configura, atualmente, em expressões de violências⁷³.

A violência na assistência ao parto, no Brasil, abrange qualquer tipo de violência causada contra as mulheres no período de sua gestação, parto, pós-parto e inclusive aborto (SALGADO, *et. al.*, 2013). Deste tipo de violência se deriva a “violência obstétrica”, terminologia nova que vem ganhando maior expressão atualmente⁷⁴ e se refere ao modo de condução da assistência ao parto, cujas práticas configuram violações de direitos humanos e violência de gênero, justamente pelo fato deste tipo de violência “*assumir particularidades em suas manifestações que se remetem claramente aos valores tradicionais e relações de poder desiguais que permeiam as relações de gênero em nossa sociedade*” (VENTURI, *et. al.*, 2011).

Como “violência obstétrica” há definições que englobam: a apropriação do corpo e do processo reprodutivo das mulheres pelos profissionais, o abuso de tecnologias e medicações

73 É mister ponderar aqui que as mulheres nunca mencionaram o termo 'violência' em seus relatos. Falam de sofrimento, atendimento ruim, “show de horror”, tratar mal, ignorância (que localmente evoca o sentido de rispidez e tratamento grosseiro).

74 Em 2007 a Venezuela definiu o conceito e reconheceu em lei este tipo de violência. Na Argentina, em 2009. Rapidamente o conceito se espalhou pela América Latina, com o movimento de mulheres como uma variação do termo “violência à assistência ao parto”.

desnecessárias na condução do parto; ação ou omissão de profissional de saúde que pode causar efeitos negativos nos corpos e na vida reprodutiva das mulheres, expressada em tratamento desumanizado, no abuso de medicalização e patologização de processos naturais; forma específica de violação de direitos humanos e direitos reprodutivos, incluindo direito à igualdade, à não discriminação, à informação, à integridade, à saúde e autonomia reprodutiva; e outras quatro dimensões da violência como física, verbal, sexual e psicológica⁷⁵. Como é possível observar, trata-se de um tipo de violência que ocorre no interior das instituições de saúde, nos hospitais e instituições de parto, e conjuga na sua ocorrência, imposições, normas e regras que são institucionais. Assim, a violência obstétrica se insere no nível institucional.

As práticas sociais se organizam a partir de noções, valores e normas, atribuídos aos sujeitos a partir de diferenciações historicamente estabelecidas em torno de marcadores sociais entre indivíduos. Neste sentido, gênero, raça e classe social, configuram-se em categorias de diferenciação que contribuem no processo de distribuição desigual de poderes em qualquer espaço social, inclusive em instituições, como no caso das instituições de saúde. No domínio da reprodução, do parto especialmente, estes sentidos e noções de gênero ganham centralidade – já que se trata de um fenômeno próprio dos corpos femininos. Nas palavras de Diniz (2001: 54-55),

[...] Enquanto processo e produto dessa construção e desconstrução dos gêneros, essa assistência ao parto e suas rotinas instauram e explicitam relações sociais e políticas; trata-se de uma interação assimétrica e hierárquica entre desiguais — mas ainda assim um espaço de negociação e interação [...]

Neste ponto, Davis-Floyd (1992) e Martin (2006) forneceram importantes contribuições para pensarmos no modo como a condução deste evento inscreve concepções acerca do corpo feminino, como uma natureza a ser “domesticada” pela cultura – que no caso

75 A definição deste tipo de violência tem algumas variações, nas diversas publicações sobre o assunto. Dado que é uma terminologia nova, usada nos últimos anos, carece de uma sistematização criteriosa para uma síntese que contemple as diversas dimensões em que este tipo de violência é praticado, além da ampla disseminação e difusão deste conteúdo. Em 2013, a defensoria pública do Estado de São Paulo divulgou um informativo, produzido por Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher e Associação Artemis, a fim de informar e difundir o que venha a ser a “violência obstétrica”. A definição utilizada na publicação é a mesma da legislação da Venezuela. Nas definições apresentadas no texto temos definições da legislação Venezuelana, da Argentina e Mexicana, além de trabalhos brasileiros apresentados em congressos, um dossiê feito para o Senado Federal “*Parirás com dor*” de 2012 e artigo de Salgado, *et. al.* (2013). A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2014 uma declaração “*Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*”, onde abordam a problemática da assistência ao parto, como um problema observado em diversas partes do mundo. Porém não tipificam ou definem claramente o que seja “violência obstétrica” (SALGADO, *et. al.*, 2013; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012; OMS, 2014; ANDRADE & AGGIO, 2014; PULHEZ, 2013; JUÁREZ, *et. al.*, 2012; QUEVEDO, 2012; GIRE, 2013; VENTURI, 2011).

seria a cultura biomédica. Dado que a persistência dessas noções desconsidera as mulheres enquanto sujeitos humanos, integrais, dotados de emoções, subjetividades, desejos, conhecimentos sobre si e sobre o mundo, resulta que as práticas de assistência na condução do parto se constituem por meio de violências contra as mulheres. Violências que são institucionais, não apenas por ocorrer dentro das instituições, mas por serem promovidas e sustentadas pelo ambiente onde impera a racionalidade biomédica, e consagra o poder médico como hegemônico. Este ambiente é constituído por normas e aspectos estruturais adversos às mulheres.

No caso das experiências das mulheres de Riachão no hospital/maternidade, a negação do direito à acompanhante pode ser observada como primeiro ponto de violação aos direitos das mulheres. Dentro da estrutura, as salas de pré-parto não prezam pela privacidade das mulheres, uma vez que aloja várias macas, sem biombos ou cortinas que as separem. Os procedimentos de rotina e a seqüência de eventos que conformam a experiência como um todo podem ser observados também sob a luz da violência institucional (AGUIAR, 2010; AGUIAR *et. al.*, 2013).

Deste modo, ao pensar nas relações travadas no interior da instituição, é possível observar assimetrias de poder. Estas relações assimétricas evocam duas novas questões. A primeira delas é de ordem de causalidade, tendo o poder médico como um importante elemento explicativo na reflexão sobre as causas por meio das quais se conformam tais assimetrias – além de outros aspectos estruturantes da vida social. A segunda é relativa à própria interação. Como Diniz (2001) aponta, na citação destacada acima, tais relações não se dão forma unívoca, mas, como temos insistido aqui, se constituem em negociações e interações que pressupõem algum tipo de resistência ou acomodação. Assim, nem este poder médico, nem os outros aspectos estruturantes de desigualdades, operam sua hegemonia sem que nesta relação existam ações mútuas.

Sendo o hospital o espaço de referência de um saber que é biomédico, técnico e científico, também se torna símbolo de modernidade, em contraposição do que poderia ser considerado como atrasado. Este saber técnico e científico se configura em poder, baseado em uma autoridade legitimada socialmente. De acordo com Aguiar & D'Oliveira (2011: 82), esta autoridade

[...] tem como pilar a legitimidade científica e a dependência dos sujeitos ao conhecimento que o médico detém, pelo receio de que venham a sofrer consequências desagradáveis caso essa autoridade não seja obedecida. A legitimidade e a dependência se dão porque a saúde é um valor inequívoco de importância a todos historicamente monopolizado pela

medicina. O poder médico é produzido pela comunicação entre sujeitos sociais em condições de desigualdade.

A valorização desta base científica tecnológica da medicina tende a se consolidar, em detrimento do ser humano, enquanto sujeito integral, e de uma atenção humanizada nas instituições formais de saúde. Esse valor empregado à base técnica científica pode resultar, deste modo, em um processo de naturalização ideológica do exercício deste poder e, portanto, naturalização do sofrimento das mulheres e das práticas que identificamos como violência (AGUIAR & D'OLIVEIRA, 2001; AGUIAR *et.al.* 2013). É assim que, muitas vezes as mulheres são reduzidas a objetos de intervenção da tecnologia médica – em nome da boa condução do processo.

O caso de Bárbara pode ser emblemático para entrever como este saber se configura em poder, sustentado por uma espécie de dependência e receio de enfrentar problemas de saúde caso não seja considerado. A explicação dada pelo médico para que ela fosse submetida à cesárea foi sua idade. Bárbara, no entanto, não se satisfaz com sua explicação, e protelou o procedimento até que seu pai ouvisse a explicação e dissesse à jovem sobre sua anuência. A escuta e aceitação da explicação médica veio por parte de seu pai, e só então Bárbara se sentiu tranqüila e permitiu a condução dos procedimentos sem mais resistir. As mulheres do catador, quando sinalizam o conhecimento médico sobre os corpos e sobre a reprodução, também confirmam a legitimidade deste saber e outorgam a configuração deste em poder – confirmando a importância de parir no hospital. Assim, este saber se torna poder por meio das relações travadas, nas quais os sujeitos interagem, negociam e consentem – como foi com Bárbara e Osvaldo. Ao mesmo tempo em que indica negociação, por outro lado, o caso de Bárbara evidencia outros tipos de assimetrias como de gênero e idade, dado que a negociação se descolou para a esfera de interação dos dois homens adultos.

A relação de poder instituída na condução do parto se torna violência na medida em que o pressuposto da existência de outro sujeito dotado da capacidade de negociar inexistente ou é desconsiderado (FOUCAULT, 2004). A falta de negociação, observada em diversos momentos aqui relatados, indicam a existência desta violência. A omissão e negação em prover técnicas de auxílio para alívio da dor e do sofrimento, episiotomias não consentidas, cesáreas não informadas e negociadas, falas desrespeitosas e práticas recorrentes de amarrar as mulheres na maca durante o parto são exemplos de violências obstétricas, inseridas no conjunto da violência institucional. Trata-se de violação de direitos, como sinalizou Diniz (2001: 61), de segurança, de integridade corporal, de estarem livres de sofrimento

desnecessário – direitos da condição de pessoa. A autora observa ainda que a tendência ao tratamento rude e humilhante é ainda mais intensa quando se tratam de mulheres mais vulneráveis como mulheres jovens, negras, pobres, portadoras de HIV/Aids, solteiras, entre outras, quando é freqüente a omissão de socorro (DINIZ, 2001: 60). E aqui temos mais um elemento importante: esta violência que é institucional conjuga nas práticas, discriminações de gênero, de raça, de classe social e geração. Assim sendo, tratam-se ainda de violências engendradas naquela violência que é estrutural, fruto da desigualdade social, crivada por forças sociais, políticas e econômicas mais amplas, mantida pelo Estado, que vulnerabiliza as pessoas a partir de desigualdades de gênero, raça e classe social. Logo, a manutenção e acirramento da violência estrutural promovem condições favoráveis para que as mulheres estejam suscetíveis à violência institucional e nesta, à violência obstétrica.

O Estado aqui emerge em três níveis de participação: em nível mais amplo, na manutenção de condições de desigualdade, permitindo que discriminações sejam naturalizadas, reproduzidas em todas as dimensões da vida social e subjazam práticas e comportamentos inclusive nas instituições que personificam sua existência. Em um nível mais próximo, na interação imediata com as mulheres para condução do parto, observa-se que se intensifica uma relação de violência, onde os profissionais médicos representam sua presença.

Em contraponto, o Estado, ao se colocar presente na condução do evento, simultâneo ao aspecto de agente de violência e controle, se apresenta também como agente de cuidado destas mulheres, já que elas próprias reconhecem a importância e o valor da assistência hospitalar para a prevenção de agravos na saúde, no caso de alguma complicação com o parto. Este ponto é tão importante que, mesmo reconhecendo os maus-tratos pelos quais passam, as mulheres insistem na preferência do parto hospitalar, na legitimação da hegemonia do saber/poder médico e na inevitabilidade de que seja conduzido pela/na instituição.

Destarte, a hegemonia por meio da qual a biopolítica do Estado toma conta dos diversos domínios da vida social ganha centralidade. A aceitação e valorização social do parto hospitalar reflete o valor que é atribuído às técnicas e à ciência. O parto hospitalar simboliza assim a 'modernidade': um estado/modo de vida ansiado pela população local e reforçado pelas políticas estatais, como um meio de superar o estado de 'atraso', 'estagnação', 'primitivismo' dos modos de vida locais e ascender ao desenvolvimento. Mesmo assim, apesar do parto hospitalar e as suas práticas de condução biomedicalizadas alcançarem amplo consentimento da população, isto não traduz um processo simples e uniforme. O que pode ser observado nas poucas resistências de pessoas mais velhas do Riachão sobre este tipo de parto. Não obstante, também se observa resistências tanto no próprio hospital, nas interações entre

as mulheres e os profissionais (permeada por conflitos e relações de poder), como fora do hospital: desde o período gestacional – onde é possível observar, no Riachão, uma dinâmica complexa entre as ordens de conhecimento na conformação de explicações e no modo como a aceitação da biomedicina se faz reelaborada – até o puerpério – onde ver-se-á novamente o processo de elaboração local das práticas de cuidado e explicações dos fenômenos da reprodução e corporalidade, explicitado a seguir.

8. O puerpério e tudo que uma *parida* precisa

Neste capítulo, confirma-se a preponderância da constituição de relacionalidades na provisão dos cuidados para com as *paridas* e na constituição do processo reprodutivo como um todo. No puerpério o caráter biossocial da reprodução se evidencia, a partir da constatação de que para que haja reprodução é preciso que se constituam cuidados não apenas das mães, ou das mães das mães, mas de todas as pessoas colocadas em relação – cuidados que também estão voltados ao fazer crescer os filhos. O Estado, enquanto sujeito constituinte nestas relações, perde (ou enfraquece) a proeminência como agente de cuidado que pretendeu ter na gestação e que teve no processo de condução no parto. O corpo que carregava outro corpo deixa de ser o foco da biomedicina e da biopolítica – que se voltam então para os cuidados com os bebês em normatizações de práticas e comportamentos. O novo foco biomédico, nesta fase do processo reprodutivo, torna a se deparar com outras formas de elaboração do que seja o cuidado com os bebês e permeia as relações sociais novamente em interação dinâmica com os conhecimentos, de ordem prática, locais. Assim, a importância dos cuidados biomédicos na gestação e a hegemonia alcançada pelos conhecimentos técnico-científicos para o parto não são observáveis do mesmo modo no que concerne ao puerpério – quando voltamos a observar as duas formas de saber e práticas em relação uma com a outra, sendo os conhecimentos locais ainda prevaletentes aqui.

O puerpério é o período que segue após o parto. Oficialmente, segundo cartilha do MS, este período não tem prazo preciso, pois alega-se que enquanto a mulher amamentar, sofrerá mudanças corporais. Didaticamente, a cartilha divide o período em três fases: a imediata (até o décimo dia), a tardia (até o 42º dia) e o remoto que começa no 43º dia (BRASIL, 2001). Aqui, em termos práticos da pesquisa, estou considerando o primeiro mês após o parto, pois é o tempo prático padrão em que as mulheres possuem restrições e permanecem no “*resguardo*”. O “*resguardo*” é o período de restrições que as mulheres precisam cumprir após o parto, ou qualquer pessoa após uma cirurgia. É mais comum com mulheres puérperas, ou como elas mesmas costumam se chamar, as “*paridas*”.

Sobre o puerpério, discutir-se-á neste capítulo, a dimensão das concepções locais acerca do corpo, dos riscos para a saúde das mulheres “*paridas*” e as restrições que vivenciam durante este processo, tendo em vista a proteção de sua saúde como da saúde do bebê, neste momento que é chamado localmente de “*resguardo*”. Ao mesmo tempo, tais aspectos levam a refletir sobre os cuidados necessários e a forma como são praticados para com as mulheres e bebês, seja pelos agentes de cuidado de sua rede de apoio, seja pelo

sistema formal de saúde local. Na discussão do “*resguardo*” serão analisadas as noções de “*Dona do Corpo*” e “*Corpo Aberto*” que figuram nas explicações nativas, dando-nos elementos para pensar o modo como se constitui a corporalidade, no contexto local. Destacam-se descrições do que é conhecido como “*resguardo de boca*”, momento de restrições alimentares e o que chamam de “*resguardo quebrado*”. Tais noções, articuladas às concepções em torno da “*Dona do Corpo*” e “*Corpo Aberto*”, revelam o modo como se constitui o cuidado à saúde da mulher no pós-parto, esclarecendo os perigos de um “*resguardo*” mal cuidado.

Isto posto, recupera-se a reflexão sobre os múltiplos atores presentes no processo gestação-parto-puerpério, demonstrando que no pós-parto a atuação do sistema de saúde pública passa a se concentrar nos cuidados para com a saúde dos bebês, especialmente, e é retomada a preponderância das pessoas mais próximas na prática do cuidado à saúde das mulheres. Constata-se a quase inexistente prática de visitas domiciliares, por parte dos profissionais de saúde durante as primeiras semanas após o parto. As poucas consultas no posto de saúde, geralmente são para o acompanhamento da saúde dos bebês, raramente voltada para a saúde das mulheres. Também é possível observar os dilemas que permeiam a tentativa de difundir a prática do aleitamento materno exclusivo.

8.1. O “*Resguardo*”

Nos discursos nativos, três meses é o que dizem durar o “*resguardo*”, mas este período não é algo muito preciso e igual para todas as puérperas. Percebi que as restrições mais severas e seguidas pelas mulheres estão nos primeiros quinze dias que seguem depois do nascimento. Depois, até completar trinta dias (um mês) pode ser observado, principalmente no caso daquelas que passaram por uma cirurgia cesárea. Às vezes, quando o parto foi cesáreo, este tempo aumenta para 45 dias. Três meses são indicados para a liberação de quase todos os tipos de comida e atividades. Mas a liberação irrestrita de atividades e alimentação é a partir dos seis meses após o parto, ou então no caso do desmame ocorrer antes deste período.

Os seis meses figuram como tempo ideal para comer camarão e carne de porco, justamente por conta da amamentação. No entanto, mesmo as mulheres que continuam amamentando após os seis meses, estão liberadas para comer estes alimentos ao completar este período. De outro modo, se a mulher parar de amamentar antes disso, ela pode voltar a comer estes alimentos sem ter completado o semestre.

Neste momento, é muito importante a atuação da “*dona do corpo*”, uma espécie de ente que cuida e protege o bebê na barriga das mulheres. A “*Dona do Corpo*” e noções sobre o “*resguardo*” já foram apresentadas em trabalho sobre o “*resguardo*” e tecnologias culturais Tupinambá por Macêdo & Belaunde (2007). Neste estudo observa-se que a Dona do Corpo exerce as mesmas funções de proteção do bebê e localiza-se na região do ventre feminino. As atribuições da Dona do Corpo e os perigos do “*resguardo*” quebrado são mais detalhados entre os Tupinambás do que entre as mulheres da ilha. É possível observar semelhanças de gerações, pois são as mulheres mais velhas aquelas que possuem um repertório mais vasto acerca destas noções. As mulheres mais jovens ouviram falar e contam que sentiram a “*bolinha*” se mexendo, mas não sabiam explicar o que era a “*Dona do Corpo*”, enquanto que suas mães e/ou avós – geralmente suas agentes de cuidado – eram aquelas que me davam maiores explicações a respeito. Uma das participantes, de dezoito anos, chegou a me dizer: “*Ah, isso você tem que falar com mainha, que é ela que sabe.*” Estas diferenças geracionais nas explicações sobre este processo e os cuidados necessários para a saúde das mulheres puérperas na ilha é semelhante aos achados de Macêdo & Belaunde (2007) entre os Tupinambás.

A “*dona do corpo*” é, para algumas senhoras mais velhas de Riachão, “*o que hoje eles chama de útero*”, mas atua como um ente. Ela protege o bebê. Quando o bebê nasce, ela fica procurando o bebê na barriga da mãe. As mulheres narram que sentem ou sentiram “*uma bolinha assim bulindo na barriga de um lado de outro, parece que tem outro menino dentro da barriga. É a dona do corpo procurando o bebê*”. Esta entidade – que me fora explicado como o útero das mulheres – também atua no processo de recuperação das mulheres e pode prejudicar sua saúde no caso de quebra do “*resguardo*”. Como ela está procurando o bebê, se as mulheres fazem algum esforço indevido, a dona do corpo pode “*sair pra fora*” e a barriga das mulheres pode ficar caída, elas podem ter um mioma, podem vir a ter enfermidades localizadas na região da barriga, abdômen e ventre. Também dizem que fica uma “*carne morta pra fora do corpo*”⁷⁶ da mulher. Certa vez fui visitar Jussara. Estávamos conversando, ela, eu, sua irmã Eloísa e sua mãe, Vívian. Perguntei sobre o “*resguardo*” e Vívian me explicou que a mulher parida precisava se liberar aos poucos:

[...] *porque tem a dona do corpo.*

Eu: *dona do corpo? O que é isso?*

V: *é uma coisa que temos dentro de nós que quando ele (o bebê) sai, ela*

76 A “*carne morta*” que fica para fora é constantemente referida no Riachão, sendo o principal motivo para realizarem um procedimento cirúrgico, chamado de “*perine*”. Geralmente, as mulheres que não tiveram o “*resguardo*” correto, terão de fazer esta cirurgia a longo prazo, devido à quebra do *resguardo* e da “*Dona do Corpo que saiu pra fora*”.

(a dona do corpo) fica fora de posição. Fica um caroço.

Eloísa: *até hoje eu sinto um caroço aqui. Que fica andando pra lá e pra cá.* (Eloísa, tinha um filho há 1 ano e dois meses).

Insisti o resto da visita em entender o que era a Dona do corpo e em que ela influenciava.

V: *ela protege a criança e quando ela sai (a criança), ela (a dona do corpo) fica procurando o bebê. Se a pessoa se abaixa no "resguardo", ela (a dona do corpo) sai e com o tempo ela fica pra fora. Aí tem que operar, aí o povo chama de rotura. Aí o povo faz a perini. Tem umas que não sai não, tem umas que dá dor nas pernas, desânimo, umas coisas assim.* (NC)

As concepções em torno do pós-parto e dos cuidados do "resguardo" são muito variadas entre as mulheres da ilha. Embora vários relatos descrevam a "dona do corpo", outras mulheres não conheciam. As explicações também variam de acordo com a idade das mulheres e local de origem. Nem todas as mais jovens falam da "dona do corpo", não usam a expressão de "corpo aberto", não demonstram se importar com os perigos do "resguardo", nem mesmo se utilizam destas explicações. Maria Helena é o maior exemplo: muito embora estivesse seu *resguardo de boca* com muito zelo, uma semana após seu último parto fez uma visita e ela já estava no colégio em uma reunião. Sua sogra, muito preocupada, já havia me contado que, com o primeiro filho, Maria Helena não fez questão alguma de seguir o *resguardo*, pois não acreditava naquilo que não era cientificamente comprovado. Ainda assim, todas seguem algum tipo de cuidado e restrições no "resguardo", como Maria Helena fez em relação à sua alimentação.

Geralmente as mulheres não podem fazer atividades físicas como ter contato com água fria, abaixar, andar demais, pegar peso, movimentos repetitivos, lavar roupas, varrer casa, ficar em pé por muito tempo, pisar com os pés descalços no chão frio, ter relações sexuais, etc. Algumas mulheres restringem mais atividades do que outras, mas no geral, estas são as atividades que mais figuram dentre as proibições.

Com respeito às atividades, todas as mulheres que tiveram parto normal, começam a retomar suas atividades normais de trabalho doméstico aos poucos, gradualmente, a partir dos quinze dias após o parto. Várias mães de paridas contaram que começaram a dar para as suas filhas "umas pecinhas de roupa do bebê pra lavar, pra acostumar...", também "varrem uma casa, lavam uma louça", preparam o alimento do bebê, mas ainda não tomam banho frio e nem andam descalças. Depois de trinta dias já realizam suas atividades quase que normalmente. Também dizem que no primeiro filho, após quinze dias, deve-se fazer a mulher *parida* pisar com um pé na água fria, para que ela vá se acostumando e não tenha mais problemas com isso nas suas próximas gravidezes.

Para os nativos, o "resguardo" é o período mais crítico e mais importante para o futuro

da saúde das mulheres *paridas*. As mulheres estão com o “*corpo aberto*” e precisam de muito cuidado, para que o “*parto não suba para cabeça*” e assim não “*percam o juízo*”. Para que isso não aconteça é preciso que elas não passem nervoso, não façam atividades físicas, não trabalhem em casa, não peguem peso e não comam determinados alimentos – “*resguardo de boca*” – conhecidos como alimentos “*remosos*”, alimentos com propriedades inflamatórias.

Quando se “*quebra o resguardo*”, as mulheres passam a ter dores de cabeça muito forte, que em determinado grau fazem-nas *perder o juízo*. Em uma das visitas que fiz a Bianca, ela explicou sobre a “*Dona do Corpo*” e o perigo de ter o “*corpo aberto*”:

"Diz que é assim, o povo fala que fica uma bola que fica na barriga, mexe... A gente de "resguardo", ela (dona do corpo) fica chamando a morte... Tem que tomar bastante cuidado, pegar frieza, varrer casa que é o pior exercício, água fria – só o primeiro filho que é pra acostumar e mesmo assim só depois de 15 dias! Fazer as coisas mesmo, só depois de 41 dias pra viver a vida normal e também separar comida, que tem as comida que não pode comer... quando a gente tá de "resguardo" o corpo tá aberto. Aí também não sei se quando a gente tá doente... o povo diz que o corpo tá aberto, quando tá menstruada..." (NC)

Em uma noite de São João, tive uma conversa com a irmã de Nádia, Roberta, hoje habitante de Salvador, mas nativa da ilha. Ela me perguntou sobre a pesquisa e contei que estava interessada naquele momento em aprender mais sobre o “*resguardo*”. Foi então que ela me sinalizou que este era o momento mais importante na vida das mulheres da ilha:

E começou a explicar a seu namorado o porquê: “Porque fica aberto. O corpo fica aberto. Depois do parto, depois do menino sair, o corpo fica aberto e é mais fácil de pegar doença, fica mais suscetível. Por isso tem que tomar muito cuidado.” “Aqui no “resguardo” tem mulher que não pode por o pé no chão, pegar na água fria. Varrer é muito perigoso, porque mexe muito, é muito esforço. Não pode lavar roupa. Não pode tomar banho frio. É... são muitas coisas... tem que ter muito cuidado mesmo.” (NC)

O “*resguardo de boca*” e o aleitamento estão bastante associados. Muitos alimentos não podem ser ingeridos por conta do bebê. Ouvia frequentemente, nas visitas, este tipo de alerta: “*Não pode comer de tudo, porque do bebê.*” “*Porque poca tudo o bebê assim (e mostram os braços como se estivessem cheios de feridas).*” Ângela e Lena me explicaram alguns cuidados do “*resguardo*” neste trecho:

P: E os cuidados de “*resguardo*”?

A: *É comer carne de boi, macarrão e arroz... É o que eles mandam...*

P: Só pode comer carne macarrão e arroz?

A: *Pra quem pode comer, leva um mês comendo só isso, é... Não pode comer ovo... Não pode comer carne de porco... Peixe de couro não*

pode... Miroró não pode comer... Galinha a gente também não pode né?

L: Eu acho que não... Galinha pode...

A: Não pode comer não... Porque se não poca a criança toda...

P: Ah... Por causa do leite...

A: Por causa do leite... Não pode não... O mais que ele pede é isso...

L: Tipo assim, a criança nasceu, aí tudo que você for comer, você tem que pensar logo na criança... Porque do leite! não tá amamentando? Tudo que você come vai tudo pra criança...

O "resguardo" é o momento no qual as mulheres estão submetidas a um intenso cuidado, bem como os bebês, pelas pessoas ao seu redor. Talvez o momento em que tanto mulher como bebê são mais cuidados pelas outras pessoas e, então, as restrições estão mais associadas ao conhecimento destes agentes cuidadores. Bárbara, Isabela, Thalia e Jussara, todas jovens participantes da pesquisa, me disseram que os conhecimentos sobre o "resguardo" eram de suas mães, eram elas suas agentes de cuidado e aquelas que poderiam me responder o que era ou não permitido às "paridas". Assim foi que, quando fui entrevistar Thalia pela primeira vez, acabei entrevistando sua mãe, Dagmar. Ela me contou da importância do resguardo e dos cuidados para com as mulheres "paridas". Isabela e sua mãe também sinalizaram como os conhecimentos acerca do resguardo são transmitidos dos mais velhos aos mais novos:

Fui questionar Isabela, que me mandou falar com sua mãe. Ela, por sua vez, ponderou que sempre ficava reticente pra me responder essas perguntas... disse que ela não sabe bem o porquê das coisas... "o que não pode eu não comia, e nem perguntava por quê. E o que eu não comi, não deixei Isabela comer." E Isabela completou: "vai passando de geração em geração, Pati." (NC)

As mulheres mais velhas que detinham estes conhecimentos mais sólidos em seus repertórios e demonstravam grande satisfação ao explicar sobre os cuidados do resguardo, repetindo freqüentemente que as meninas mais novas não se interessavam tanto sobre estas questões, o que consideravam muito perigoso porque a longo prazo estariam mais susceptíveis a enfermidades, por conta do resguardo que não teria sido seguido adequadamente.

Depois de vivida esta fase, as mulheres que participaram da pesquisa já conheciam melhor o processo e puderam me dar, elas mesmas, melhores detalhes, como também observaram Macedo & Belaunde (2007). Mesmo com a diversidade de restrições e variabilidade do modo de se praticar o "resguardo" entre as casas, alguns cuidados e permissões são recorrentes e consensuais entre as famílias e grupos que envolvem as

puérperas. Alguns alimentos como a galinha, por exemplo, para algumas pessoas se pode comer, para outras é proibido. No geral o consenso de possíveis alimentos do puerpério concentra-se no arroz, macarrão, feijão (sem carne de porco), e carne de boi. Alguns vegetais são proibidos, porque “*espeta os pontos*”, como a abóbora, o chuchu, e outros legumes que tenham aparência espinhosa.

São proibidos: peixes de couro, peixes de mar aberto, carne de porco, caranguejo, guaiamum, siri, lambreta, arraia, miroró, ostra, camarão, farinha, pimenta, carne de caça, entre outros. Os alimentos que permanecem proibidos até o sexto mês, conforme explicado anteriormente são: carne de porco e camarão. Os alimentos proibidos ou que tenham sua ingestão limitada são conhecidos como alimentos “*reimosos*”: que significa, segundo as pessoas moradoras da ilha, que são inflamatórios, ou dificultam a recuperação, ou são “*pesados*” para a digestão. Outros estudos também identificaram os alimentos “*reimosos*” como parte das restrições para as mulheres no “*resguardo*”, como os trabalhos de Macedo & Belaunde (2007), com tupinambás na Bahia, de Peirano (1975) com pescadores no Ceará, de Motta-Maués (1977) com pescadores da Amazônia e Fleischer (2007) em Melgaço no Pará. Os três últimos, no entanto, identificaram os alimentos proibidos como “*reimosos*”, de grafia e pronuncia pouco diferente dos identificados na Bahia. Peirano (1975) encontrou ainda no dicionário Aurélio Buarque de Holanda de 1964, o significado de “*reimoso*” como “*o que tem reima, que faz mal ao sangue, que produz coceiras, de maus bofes, genioso, brigão*”. Porém, a utilização do conceito para os pescadores de seu estudo, compreendia uma precisa significação de alimento prejudicial para a saúde das mulheres menstruadas, puérperas, ou para homens e mulheres que estivessem feridos (PEIRANO, 1975: 41).

De um modo ou de outro, os três trabalhos mencionados relacionam as restrições alimentares com os cuidados para a saúde das mulheres na prevenção de agravos e até morte no pós-parto, como também se observa no Riachão. Thalia comenta, em entrevista:

P: E é muita coisa que você tem que fazer no “*resguardo*”?

T: No “*resguardo*” a pessoa não faz nada, até a comida assim, mainha que me dá... a mulher não pode fazer nada... Nem tomar chuva ela pode... Nem pegar vento na cabeça.

P: Nem vento, nem chuva... Banho frio?

T: Não...

P: Não também? Banho morno? Quem que esquenta a água pra você tomar banho?

T: Eu tenho chuveiro elétrico...

P: Ah, tá

T: Só isso que é meu “*resguardo*”...

P: O que não pode comer?

T: Comer só carne, macarrão e arroz

P: Carne de boi? Carne de boi, macarrão e arroz... É só isso que você pode comer?

T: *E verdura.*

P: Ah, é?

T: *A única verdura que você não pode comer é batatinha, mas eu não gosto...Só! Isso que pode comer... As vezes a demora pra comer... Feijão é só com um mês...*

P: Feijão?

T: *E feijão com carne de sertão demora mais ainda...*

P: Hum... Que outras coisas demora mais ainda?

T: *Camarão, essas coisas... Calabresa...*

P: Quanto tempo que demora pra você comer?

T: *Camarão demora bastante, eu acho que seis meses... Porque é cesárea, demora mais... Normal não... acho que demora dois... porque é por fora, agora por dentro* (falando dos pontos que podem inflamar).

P: E siri você pode comer?

T: *Nem pensar...*

P: É igual a camarão, vai demorar muito tempo pra você poder comer siri?

T: *Sim... Demora tempo pra comer as coisas assim...*

P: E se comer o quê que acontece?

T: *Tem umas pessoas que tem infecção... Outras que muitas vezes não teve "resguardo", aí tem caso pior: os pontos fica abertos [...] Por isso que não pode comer... As vezes a pessoa não tem complicação logo no começo, mas depois... Vai dando o tempo e a pessoa vai sentindo coisa... As vezes come e vê que não deu nada não... Que é besteira... E depois de um tempo...*

Observa-se assim, que as preocupações em torno do “*resguardo de boca*”, ou do “*resguardo*” como um todo se concentram nos riscos à saúde das mulheres e dos bebês. Partem de uma perspectiva de longo prazo, que a condução inadequada deste período pode causar danos à saúde das mulheres.

8. 2. Sobre os cuidados das mulheres e dos bebês

O processo de cuidado, nesta fase, é mais delicado e envolve, principalmente, a rede de apoio e cuidado na qual as paridas estão envolvidas. O “*resguardo*” é levado a termo sob os cuidados geralmente das mães das paridas ou irmãs, ou pessoas próximas, a quem chamo de agentes de cuidado das mulheres. Independentemente se a mulher é casada, solteira ou namora, é preciso que ela tenha uma rede de apoio referente aos cuidados necessários para este momento. Naiara, por exemplo, estava se programando de ir à casa de sua mãe para receber os cuidados pós-parto. Por fim acabou não indo, e me relatou que não ficou com sua mãe porque suas filhas já eram adolescentes e poderiam cuidar de seu “*resguardo*”. Os parceiros das mulheres puérperas também figuram neste período de cuidado, sendo eles

próprios os responsáveis pelas suas comidas e pelos cuidados de suas coisas. Assim, alguns lavam suas peças de roupas e fazem seu próprio feijão – atividades costumeiramente realizadas pelas esposas.

Quando não se tem a presença destes familiares por perto as mulheres paridas podem contar com a ajuda de vizinhas e amigas – como foi o caso de Caroline – ou, no caso de possuir condições financeiras, pagam pelo auxílio de alguma mulher – como foi com Maria Helena. Assim, a pessoa que se responsabilizou pelos cuidados é quem dava banho no bebê nos primeiros dias, até que caísse o umbigo, é quem preparava o banho da puérpera (que deve ser morno, e a maioria das casas não têm chuveiro elétrico), é quem lavava as roupas das mulheres e dos bebês e quem cozinhava a comida delas. No caso do bebê que é alimentado com mingau, esta pessoa também vai preparar o mingau do bebê. Algumas vezes estes cuidados são compartilhados entre mulheres, por exemplo, no caso de Bárbara que quem cuidou do bebê foi a mãe do pai do recém-nascido, enquanto Bela cuidava de sua filha *parida*.

Um dado relevante me foi revelado em campo: Algumas mulheres, recém paridas, na falta de alguém para ajudá-las com os cuidados do "*resguardo*", podiam contar com a ajuda de Joilda, a funcionária do posto de saúde, que era auxiliar de enfermagem. Joilda costumava ir até a casa das mulheres, dava banho nos bebês e ensinava as mulheres a fazê-lo. Cuidava dos bebês até que caísse o umbigo, e prestava os cuidados necessários com o umbigo da criança. Susan me contou que havia mulheres na ilha, que não tinham ninguém para ajudar, nem mesmo condições de pagar por uma ajuda, então Joilda ajudava nos cuidados.

Fui perguntar a Joilda como era que ela fazia e ela me explicou que fez isso durante muitos anos. Aprendeu com a outra mulher que era encarregada da saúde na ilha. Antigamente o posto de saúde era apenas uma salinha com algumas injeções e remédios de primeiros socorros. Ela foi trabalhar com a senhora que cuidava de lá e passou a ser a responsável do local. Prestava cuidados às *paridas* por anos, até que chegou a geladeira no posto e ela parou de fazer isso. Como eu não entendi, ela me explicou que, quando ela saía para dar banho nos bebês, fechava o posto, pois era a única responsável pelo local. Então, certo dia a geladeira chegou e o posto estava fechado porque ela estava dando banho em um bebê. Seus superiores chamaram-na à atenção, pois o posto não poderia ficar fechado. Ela lhes havia explicado o porquê, e me disse que acreditava ser essa uma de suas funções como enfermeira. Foi quando disseram-na que esta não era sua função, e que não deveria tê-lo feito. Joilda me contou que depois deste dia, dificilmente ajudava alguém. A não ser que fosse alguém muito próximo que lhe pedisse ajuda extra oficialmente, sem que fosse enquanto profissional da saúde. Joilda não soube precisar há quantos anos a geladeira chegou, mas disse

que já fazia mais de dez anos.

Segundo publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os serviços de saúde devem prestar assistência às mulheres e aos bebês recém-nascidos desde a primeira semana pós-parto. É a chamada “Primeira Semana de Saúde Integral”, trata-se de uma ação que figura dentro da agenda de compromissos do Ministério para saúde integral da criança e redução da mortalidade materna e infantil. Dentre as ações preconizadas nesta primeira semana, encontram-se as visitas domiciliares, orientações e também a importância de que as mulheres visitem a unidade de saúde junto de seus filhos recém-nascidos, para ambos receberem vacinações, e serem examinados.

Diferente do parto, a fase do puerpério não é um momento onde se observa tamanha presença do Sistema Formal de Saúde. Este se faz muito mais presente nos cuidados para com os bebês e crianças, enquanto os cuidados com a saúde das mulheres permanecem subsumidos. Poucas foram as referências feitas pelas mulheres sobre visitas domiciliares dos profissionais de saúde, ou consultas médicas para elas próprias. Geralmente, depois do parto, seus filhos são levados ao posto de saúde para serem consultados, fazerem o “*teste do pezinho*”, e/ou vacinados. As mulheres só levam sozinhas seus filhos ao posto, depois que saem do “*resguardo*”, pois podem caminhar e carregar seus filhos até lá, mas na maioria das vezes vão com alguém. Outras pessoas, as agentes de cuidado destas mulheres, também levavam os bebês ao posto para os primeiros exames, consultas e vacinas. Existem raras exceções de mulheres paridas que levaram elas mesmas seus filhos recém-nascidos para o posto, como Maria Helena, por exemplo, em uma campanha de vacinação. Estas possuem grande adesão da população que levam suas crianças e são controladas pelos agentes comunitários de saúde.

Não presenciei nenhuma visita domiciliar de profissionais de saúde às mulheres puérperas. Mesmo assim, conversei com muitas pessoas sobre a assistência à saúde das mulheres no puerpério, a fim de identificar as ações do serviço de saúde. As respostas foram variadas, deixando pouco claro o grau de atuação do Sistema Formal de Saúde neste ponto, ainda que seja visível a preponderância da assistência prestada pelos agentes de cuidado das redes de apoio das mulheres.

Ao ser questionada, Jussara disse que no hospital orientaram-na a ir ao posto de saúde fazer o *teste do pezinho* e vacinações. O filho foi levado junto com os exames por sua mãe para pesar e medir, mas não foi pesado nem medido. Jussara levou seu filho quatro vezes em um médico particular, pois teve complicações de saúde. Não foi ao posto porque “*lá não escuta a criança, não olha...*” Contou que dias antes do menino piorar, teria levado à

enfermeira que disse que o bebê estava bem. Jussara disse ainda que nunca foi examinada depois de parir. Apenas orientaram sua mãe a deixá-la sob sua observação, tomando vitamina, quando teve gripe.

Enquanto algumas mulheres relatavam um acompanhamento médico mais ou menos regular desde que passaram pelo parto, outras sequer mencionam o posto de saúde ou seus profissionais. Ângela e Maria Helena foram as únicas que relataram ter recebido cuidados de profissionais em visitas domiciliares. Ângela disse que a enfermeira foi visitá-la para saber se estava tudo bem e Maria Helena recebeu cuidados com o curativo do seu segundo parto, que foi também cesárea.

Também fiz alguns questionamentos à enfermeira responsável pelo posto de saúde e esta me respondeu que não havia nenhum tipo de atividade ou assistência ao período puerperal, pois todas as recomendações teriam sido dadas previamente, nas consultas de pré-natal. Por isso, as mulheres estariam aptas ao cuidado dos filhos e não precisariam ser acompanhadas pelo serviço de saúde. A fala da enfermeira expressa claramente os dois focos da ação do Estado nas relações com as mulheres no processo reprodutivo: Primeiro, os cuidados para com a gestante no sentido de acompanhar o desenvolvimento da gestação – do corpo que está dentro de outro corpo. E segundo, a ausência de atenção dispensada à saúde das mulheres no pós-parto, como se este período fosse exclusivo de cuidados com a saúde do bebê – o corpo que esteve dentro do outro.

Mesmo com foco na saúde dos bebês, algumas mulheres observam falhas do serviço de saúde, quando buscam atendimento para seus filhos. Eduarda contou sobre a atuação do serviço de saúde depois que teve seu filho e comentou que o agente de saúde teria ido em sua casa para que ela levasse o filho ao posto para refazer o *teste do pezinho*.

Eduarda diz que elas (pessoal do posto) vieram para fazer o segundo teste do pezinho que o primeiro deu errado. Não a examinaram. Não perguntaram como ela estava. “*Só vieram mesmo para eu voltar no posto pra fazer o teste de pezinho*”. Depois contou que levou o menino ao médico para ele passar vitamina e porque “*tinha que levar mesmo*”. Ela já sabia que tinha que levar ele ao médico e as pessoas falavam. Mas ninguém do posto a orientou levá-lo ao médico (NC).

Isabela também contou que foi com sua mãe ao posto de saúde levar sua filha para fazer o *teste do pezinho* e dar vacinas à filha. Explicou que queria pesar e medir a criança, mas não o fizeram. Também não perguntaram nada sobre sua saúde.

A única visita que Isabela recebeu foi do agente de saúde para falar de

vacina por duas vezes. A enfermeira nunca apareceu na sua casa. Médico também não. Perguntei se alguém a orientou em ir ao posto fazer um acompanhamento pós-parto. *“Não fiz nada disso, nem me mandaram ir. Quando eu perguntei se pesava, me disseram que não tava funcionando a máquina. E quando funcionasse chamava na porta. Mas nunca chamaram”*. Isabela levou a filha à Valiosa com um mês, em um médico particular, porque teria levado antes ao médico local que a atendeu e indicou um remédio que não fez bem. *“Ela teve uma reação horrível, minha mãe sacudiu ela e eu não quero mais levar ela pra ele.”* Pagou um médico particular, que *“deu um remédio certo e ela tá boa até hoje”*. Sua mãe e parceiro dividiram as despesas do médico (NC).

O médico local também tem sido alvo de muitas críticas pela população, não apenas no que concerne ao acompanhamento das crianças que são levadas, mas também em outros assuntos. Segundo relatos, este senhor destrata seus pacientes. Dona Paulina comentou sobre o problema:

“[...] um pedaço de cavalo! Não tem paciência. Atende uma vez por semana, das 9h às 11h. Diz que só atende quinze pessoas. Outro dia tava todo bravo porque atendeu mais de 35 pessoas, pedindo atestado para fazerem o cadastro do cheque solidário (um auxílio financeiro dado pela prefeitura que, naquela época estava suspenso para recadastramento). Disse que não ia atender mais ninguém e que não faria mais atestado nenhum porque não tem nada a ver com cheque solidário nenhum. Ele já faz as ignorância dele em Valiosa e agora vem fazer aqui. E isso é culpa de quem? Dos governantes que bota uma pessoa dessas pra atender a população! Agora é claro, num faz concurso! Quem é bom não vai querer ficar aqui, vai querer estabilidade!” Então Dona Paulina contou do caso de uma médica que era muito boa, nunca viram médica melhor do que ela. *“Mas ela passou em um concurso em outro município. O prefeito até ofereceu um salário maior, mas quem é que vai ficar sem segurança Amanhã muda o prefeito e aí? Bota ela pra fora... Claro que ela preferiu o concurso!”* Dona Paulina estava muito insatisfeita. Contou do dia que o médico não quis atendê-la e foi grosso dizendo que não atender mais porque já tinha atendido muita gente” (NC).

Em conversa com a agente administrativa da SMS, esta explicou que o médico não era da equipe do PSF: *“Só o médico que não podia mas aí, por questões operacionais, de logística, a prefeitura alocou outro profissional que deveria atender como PSF. Por uma questão operacional ele não é da equipe do PSF que atende Riachão”* (NC). Deste modo, diversos problemas que envolvem a atenção à saúde de Riachão também dizem respeito à dimensão estrutural dos serviços.

Outro assunto, relativo aos cuidados à saúde no puerpério diz respeito ao aleitamento materno. Nas falas das mulheres acentuam-se explicações que misturam conhecimentos pertencentes ou não à ordem biomédica e práticas que resultam dessa interação. Uma das práticas observadas como consensual entre as mulheres é a ingestão de mingau de café com

manteiga ou mingau de milho para “*vim o leite*”. Quase todas as mulheres tomaram o mingau para que tivessem leite. Um seguiu por um tempo tomando, outras não precisaram porque já tinham muito leite. Quanto mais se toma o mingau, mais leite a mulher produz. Seguem dois trechos ilustrativos, o primeiro da conversa com Flávia e o segundo com Thalia:

P: E você também tomou mingau pra vir leite?
 F: *Tomei, e ainda tomo de vez em quando*
 P: E você acha que dá certo? Que dá mesmo?
 F: *Dá*
 P: Mingau de que?
 F: *Mingau de café. Tem gente que bebe mingau de milho... Já me falaram também do chá de erva doce, mas isso varia de pessoa, eu mesma me dou bem com de café. Tem gente que se dá com mingau de milho. Tem uma vizinha perto da minha mãe que se dá bem com o chá da erva doce*
 P: E desde que você estava gestante você tomava o mingau ou só depois que a Renata nasceu?
 F: *Depois que a Renata nasceu*
 P: E pra Amália também? Pra amamentar a Amália também?
 F: *Sim...*

Thalia:

P: E você tomou mingau de café com manteiga e leite?
 T: *Agora eu não posso tomar por causa da cesárea*
 P: Ah é?
 T: *Pra os pontos não inflamar*
 P: Mas tem isso não é? Do mingau do café com a manteiga...
 T: *Quando é parto normal a pessoa faz... ai chega leite, mas quando é normal... Cesárea não... Por isso que eu disse, cesárea é mais complicado... Tem uma serie de recomendações. É tanta coisa, não pode fazer isso, fazer aquilo...*

Também é importante refletir sobre os limites observados na prática de promoção do aleitamento materno. Ainda que exista uma forte campanha, por parte do Ministério da Saúde, pelo aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê, e mesmo com a adesão dos profissionais de saúde, que sempre orientam e incentivam o aleitamento, dificilmente se observa esta prática no cotidiano. Há uma disjunção entre o que é preconizado e aquilo que é praticado no dia-a-dia, que merece uma reflexão cuidadosa, desprovida de julgamentos e culpabilização de comportamentos individuais. Osvaldo, o pai de Bárbara e um dos Agentes Comunitários de Saúde do Riachão, me falou um pouco sobre esta questão. No dia em que Pedro, o filho de Bárbara fazia um mês, comemoramos em sua casa, onde conversamos bastante sobre sua condição de avô/Agente de Saúde, e porque começaram, naquele dia, a introduzir mingau na alimentação do menino:

Oswaldo contou que, como Agente de Saúde, ele dava orientações para as pessoas que o bebê precisa mamar até os seis meses. *“E como é que eu não faria isso em minha própria casa? Mas o bebê tava resmungando.. só podia ser fome! Resmungava toda hora! Era fome mesmo, porque parou de reclamar.”* Perguntei como era isso, se ele esperava que as pessoas cumprissem o que ele dizia, e ele disse que sim. *“Gostaria que todos fizessem como eu oriento, que eu sei que é o correto, mas não posso obrigar ninguém. Respeito o que as pessoas decidem fazer em suas casas. Não sou polícia. Não vou amarrar ninguém e obrigar a fazer o que digo, não é?!”* Perguntei nos casos como de Pedro e ele disse saber que as pessoas fazem isso: escutam-no por educação, *“mas quando viram as costas e entram em casa, vão fazer como querem. E eu respeito a decisão de cada um.”* Comentei que ele conhecia os costumes daqui e ele complementou: *“e as condições das pessoas. Porque a mulher, para amamentar precisa estar bem, precisa se alimentar direito também.”* (NC)

Em menor proporção, algumas poucas mulheres levaram seus filhos para amamentarem com outras mulheres lactantes, vizinhas ou parentes próximas. Não há uma regra geral de quando é recomendado que o faça. Algumas mulheres levam nos primeiros dias de nascidos porque entendem que não conseguem produzir leite suficiente ou que seu bebê continua com fome, por conta de ainda terem o leite mais fraco. Outras levaram depois de alguns dias, por ainda considerarem ter pouco leite. Em uma das visitas à Eduarda, ela disse que recebera orientações sobre amamentação no hospital e *“falaram que em seis meses o menino tinha que só mamar e não dar mais nada.”* Perguntei por que ela não fez isso: *“não segui porque não acho certo. Não é correto! Como é que uma criança pequena fica sem chá, sem remédio?? Não é que eu não segui, mas eu dava mingau porque eu via que ele não sustentava mesmo. Ele pedia leite! Meu peito ficou ferido e a mulher aqui na frente tinha leite e dava pra ele e ele ficava calado, calmo. Aí eu percebi que meu leite não tava sustentando ele.”*

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde pelo aleitamento exclusivo, poucas são as mulheres que o fazem. Muitas mulheres amamentam seus filhos por menos tempo. Algumas, por outro lado, seguem à risca as recomendações médicas – como é o caso de Caroline e Flávia.

Um dos problemas de amamentar os bebês por tanto tempo e exclusivamente é o grau de dependência criado entre o bebê e a mãe e as implicações disto nas atividades cotidianas das mulheres. As mulheres podem receber auxílio maternidade, mas só recebem aquelas que têm seu cadastro regularizado na colônia. Thalia se explica dizendo o porquê de introduzir o mingau na alimentação do filho, com três meses e doze dias, apontando a questão da dependência entre ambos:

P: E aí? Você fez o teste? Botou ele pra puxar? Como é que foi essa experiência aí?

T: *Ai até o bebe puxar, não saiu nada logo... Ai depois, tem que forçar diariamente pra chegar leite. Tem que dá pra ele ir puxando pra sair leite... Ai foi chegando leite... Primeiro aquela água rala... Depois ficou fortão, agora que diminuiu... Tô com um peitão, bastante leite...*

P: E quando estava aguinha rasa, você ficou com medo de não alimentar direito ele?

T: *Não... Isso é normal... Esqueci como é que chama, é o primeiro leite dele... É esse que é o leite mesmo apropriado para o bebe*

P: Ah... Ele não chorou de fome e nada disso?

T: *Não*

P: Você não pensou em dá leite em pó em nenhum momento? Ou dá outro peito?

T: *Não... Agora que eu tô dando... Uma porque não pode...*

P: O que?

T: *Dá de outro peito... As vezes a gente dá de ousado, mas eu não vou dá não.... A mãe tem que dá leite do peito dela só, o leite apropriado*

P: E agora você tá dando mingau pra ele?

T: *Agora eu tô, é uma chuquinha assim pequena... Não pode dá muito por causa dos gases...*

P: Ah... e porque você dá mingau pra ele?

T: *Eu dou porque se deixar toda hora ele quer mama, ai é demais... ai eu fico revezando. Dei o peito de manhã, agora eu só vou dá pra dormir... Ai nas horas vagas dou o leite a ele... mas toda hora ele quer é o peito.*

P: Tem quanto tempo que você tá dando o mingau?

T: *Eu comecei assim quarta feira...*

Também é bastante comum as pessoas darem chás e água aos bebês desde seus primeiros dias de vida. Outras aderem ao costume de oferecer mingau aos bebês, pois eles dormem mais tranquilos e são mais bem sustentados. As justificativas vão desde o leite fraco, até a personalidade do bebê que é muito chorão, come demais, quer mais, etc. Em seu estudo sobre cuidado infantil, Bustamante (2009) observou um fenômeno recorrente também no Riachão – os adultos costumam referir-se às crianças e bebês já como seres singulares, reivindicando sua autonomia, donos de seus gostos e desejos, já desde que estão na barriga das mulheres.

Bustamante & McCallum (2014), discutem este fenômeno e demonstram como a oferta de outros alimentos também diz respeito ao entendimento que as pessoas possuem sobre as crianças como seres autônomos. Assim, esta prática estimula esta autonomia dos bebês, como se fosse uma resposta às preferências de sabor que os bebês possuem. A oferta de outros alimentos também é considerada o melhor para a saúde dos bebês, como Eduarda nos sugere em sua fala. Para além destas questões, as autoras sinalizam ainda que “[...] outra razão chave era estimular que o bebê participe ativamente como mais um membro do grupo

familiar”⁷⁷. Esta prática seria então mais uma parte do processo de constituir laços de parentesco (BUSTAMANTE & MCCALLUM, 2014: 431, 433). No Riachão pude observar comportamento semelhante. Este olhar para com as crianças, torna-os seres autônomos que podem querer ou não o leite materno, podem pedir outro tipo de alimentação, e precisam ser bem nutridos, mesmo quando “*não pegam o peito*” ou “*não se dão com o leite*”. Além do chá, da água e do mingau, a complementação alimentar também é feita com leite em pó próprio para recém-nascidos. A entrevista com Rosa retrata um pouco das questões apresentadas aqui:

P: Olha... E pra amamentar? Você já amamentou logo em seguida?

R: *Não... porque saia assim aquela aguinha, não veio o leite... ele não mamou...*

P: Ele não mamou?

R: *Não... quando eu cheguei aqui, eu tomei muito mingau... dizem que é bom tomar mingau de milho para o peito ficar cheio... ele ficou desde tamanho! Ai eu comprei o bico, mas ele não veio... ai eu tirava com a bomba, mas ele não gostou.*

P: E você dava o que pra ele antes?

R: *Leite, o leite dele...*

P: Hã... você dava leite em pó?

R: *É. Nestogene*

P: E aí Rosa? No hospital eles te ensinaram a amamentar?

R: *Ensinou*

P: Como foi?

R: *Como dá o peito direitinho... eles me ensinou*

P: E você tentou dá o peito lá no hospital?

R: *Lá é obrigatório fazer isso*

P: E funcionou lá?

R: *Não...*

P: E ele chorava muito?

R: *Não chorava não... Ele ficou 3 dias sem comer*

P: E não chorava?

R: *Não chorava... O choro dele, não era aquele choro de fome... era aquele choro de menino pequeno... que estava na barriga... mas não foi choro de fome... Antigamente no hospital dava soro, hoje em dia, não dá mais soro. Ele não chorou... Ele veio comer aqui...*

P: aí você dava leite?

R: *Nestogene...*

P: Nestogene até que idade?

R: *Eu dei a ele Nestogene até o terceiro mês. Ai ele já foi tomando o mingau. Eu preparava o mingau pra ele, mas ele também não gostou de tomar leite puro, tinha que dá alguma coisa mais consistente... Ai eu comprava uma farinha... comprava um arrozinho. Ele tomou até o tempo que eu quis que ele tomasse. Ele adorou a arrozina.*

P: Ele se deu bem?

R: *Só dei essa arrozina e mucilon que eu estou dando.*

77 “[...] another key reason was to stimulate the baby to participate actively as one more member of the family group”.

Observa-se que a complementação alimentar também é uma forma de cuidado para com os bebês. Ao mesmo tempo em que o fazem, as mulheres comentam sobre as orientações dadas pelos profissionais de saúde que são divergentes de suas práticas. Estão conscientes da divergência, porém não as explicitam diante dos profissionais. Eduarda, quando contou que dava chás a seu filho, porque achava errado deixá-lo apenas com o leite, explicou que não falava nada sobre isso no posto de saúde: *“No posto não disse nada a ela (enfermeira), ela perguntou se tava dando leite eu disse que tava. Porque eu sei que eles íam ficar falando que é errado e tal, então não disse nada a eles”* (NC).

Segundo Bustamante (2009: 222), *“[...] a dificuldade para revelar a não adesão ao aleitamento materno tem a ver com a associação entre o aleitamento materno e a boa maternidade. É difícil que as mulheres falem que preferem não amamentar os filhos, ainda mais para profissionais de saúde”*. Em seu trabalho, a autora identifica dois pontos de vista em torno da amamentação, aquele dos profissionais de saúde e aquele das famílias usuárias do serviço de saúde. Diante de uma condição de pobreza, as mulheres no estudo da autora diziam que com sua alimentação ruim, não poderiam ter um leite bom para sustentar a criança. Como também aqui sugeriu Osvaldo. De outro modo, os profissionais de saúde repetiam diversas vezes as orientações acerca da amamentação exclusiva, com foco principal nos benefícios que esta alimentação traria para a saúde dos bebês. Este foco no discurso, é também presente nas práticas de cuidado à saúde no período do puerpério – a saúde dos bebês. A preocupação das mulheres com a alimentação dos filhos recém-nascidos, tanto no estudo de Bustamante (2009) como neste, também revela intensa preocupação com a saúde e crescimento infantil. A ideia de que a boa mãe é aquela que segue as prescrições e orientações biomédicas, resulta, nestes casos, em uma interação conflituosa entre ordens de saberes e de poder.

Neste momento, do puerpério, é que incide sobre as mulheres fortemente o modelo ideal e normativo de maternidade, tornando-se as principais responsáveis pelo cuidado e nutrição dos filhos. Desde a gestação, durante o PN as mulheres vão sendo orientadas para cuidar dos bebês, suplantando sua própria saúde. A força da biopolítica, por meio da biomedicina, opera de tal modo a conformar, desta vez, discursos acerca da boa maternidade, a maternidade responsável. Opera no nível das subjetividades e na construção de comportamentos conformados ao modelo hegemônico. Martins (2008) ao historiografar o saber médico especializado da puericultura, identifica os primeiros sinais de uma pedagogia materna já desde o projeto colonizador, ganhando força no século XIX com a institucionalização do conhecimento médico nas faculdades de medicina. Este saber foi disseminado para a população brasileira no começo do século XX, produzindo discursos

normalizadores e disciplinatórios sobre o cuidado de crianças, colocando as mulheres em posição inferior de conhecimentos e saberes acerca das boas práticas de cuidado – necessitadas de aprendizado e orientações médicas, principalmente sobre nutrição (MARTINS, 2008).

Este discurso e prática do saber médico, mais uma vez, aliado às prerrogativas acerca do povo do Riachão pode produzir novamente (ou manter) assimetrias de poder no interior das relações estabelecidas entre as mulheres e os profissionais de saúde. O entendimento de que são pessoas pouco esclarecidas resultaria em práticas de orientação distanciadas, pressupondo uma hierarquia de saber, onde as mulheres ocupam a posição de baixo. Tomadas de decisão em contextos como estes, possivelmente são feitas a partir de constrangimentos ou pouco dialogadas, como no caso de Eduarda. A amamentação é um ponto bastante característico do que seja o processo de normatizar comportamentos maternos. Tornquist (2003) sinaliza, em seu estudo em um hospital/maternidade, uma espécie de “pedagogia da amamentação”, como define, na construção de um modelo higiênico de mãe, pedagógico e medicalizado. A autora coloca que, nem sempre a prática da amamentação resulta em uma experiência positiva ou prazerosa para as mulheres, e acabam por configurar um tormento. Segundo a autora,

Desde o século XIX, a amamentação foi vista como ponto crucial no processo de constituição da figura higiênica da mãe, e não foram poupados esforços de autoridades para viabilizar o aprendizado e o exercício deste dever cívico da mulher. No entanto, em que pese os argumentos em contrário, a amamentação não é um instinto nem um ato puramente biológico, é também um processo social. As situações de dificuldades e conflitos na amamentação remetem a uma reflexão importante: se tomado como uma norma rígida, o incentivo à amamentação deixa de ser um direito da mulher, tornando-se um dever normativo e disciplinador. Estamos diante de dois sujeitos de direitos: o bebê, que tem direito à amamentação, e a mulher, que tem direito de decidir sobre seu próprio corpo (TORNQUIST, 2003: 425).

Vemos que a problemática dos cuidados aos bebês, da amamentação e os cuidados às mulheres puérperas, coloca em questão os direitos das mulheres e os direitos dos bebês. Através de normativas, prevalecem os direitos das crianças em detrimento das mulheres. Porém, como vimos no Riachão, esta pedagogia de amamentação ostensiva não se realiza na prática, como o próprio agente de saúde sinalizou. As pessoas da vila compreendem as diversas circunstâncias em que as mulheres estão implicadas, respeitam suas decisões – e mesmo compartilham delas – em torno da amamentação. Mas esta observação só é válida quando pensamos nos cotidianos das mulheres na vila, fora das instituições de saúde. É

preciso uma análise mais criteriosa e aprofundada das práticas e organização das instituições de saúde locais para afirmar que este fenômeno se observa também nestes espaços. Ao considerar a fala de Osvaldo, algumas pistas levam a crer que as práticas pedagógicas e normativas para o puerpério – como um momento de intervenções para a instauração de práticas e transformação de comportamentos – não foram ainda patentemente incorporadas. Ainda que haja uma orientação vertical e biomédica, no caso da amamentação e dos cuidados dos bebês, isto não se reverbera nas práticas locais de forma homogênea nem uníssona. A coexistência dos comportamentos mais ou menos medicalizados no exercício da maternidade durante o puerpério, talvez se deva à esparsa ou quase inexistente atuação do serviço de saúde para com as mulheres nesta fase do período reprodutivo e das relações oscilantes e desprovidas de confiança travadas entre si: mulheres e serviços médicos, desde a gestação.

Deste modo, observa-se que a forma como as pessoas do Riachão compreendem o corpo feminino – aquele que é engravidado e carrega outro corpo – absorve as noções locais da *Dona do Corpo*, do *Corpo Aberto*, da importância do resguardo e da necessidade de se manter o equilíbrio de modo que seja possível *fazer e ter menino* adequadamente, garantindo a boa saúde das mulheres e dos bebês. As noções locais sinalizam mais: indicam ainda que a reprodução não se constitui sem que haja relacionalidade. Isto porque a reprodução no Riachão não se resume aos efeitos de uma relação sexual entre um homem e uma mulher, mas trata-se de fazer nascer e fazer crescer uma pessoa – o que só é viabilizado neste contexto, a partir das redes de relacionamentos que conformam um sistema local de entre ajudas. No período do puerpério fica claro como fazer nascer e fazer crescer só se realiza com os cuidados dos diversos sujeitos engajados nas relações em torno da reprodução. Ao mesmo tempo, este processo de fazer nascer e fazer crescer também não se produz nas práticas locais sem que haja nestas relacionalidades o Estado e os efeitos da biopolítica, atualmente. O Estado está ausente no período do puerpério para com a saúde das mulheres, porém intenta manter sua presença no que diz respeito à saúde dos bebês, ainda que mais tênue. Como resultado, afirma-se que o Estado participa de um relacionamento oscilante e ambíguo, na provisão de cuidado e controle desta população, em torno da reprodução.

Conclusão: O processo biossocial da reprodução em sua multiplicidade

A partir do conteúdo exposto ao longo deste trabalho, vemos que a população do Riachão está inserida em processos de transformação social, resultando na expansão da vila; na ampliação do acesso à tecnologia; na lancha rápida; no Bolsa Família, colonização, defeso e outros benefícios sociais; na melhoria do serviço de saúde local com o PSF e institucionalização do parto, como alguns dos exemplos de mudanças observadas nos últimos anos. Assim não pode ser considerada uma localidade essencialmente rural, tampouco urbana. Problematisa-se a classificação corrente desta população enquanto “comunidades tradicionais”, alertando para os riscos de tais noções justificarem ideologias “modernizadoras” tendo em vista a superação de modos de vida “atrasados” ou “primitivos”, o que acaba por desvalorizar e discriminar tais populações. Um processo modernizador da região já vem sendo operado, o que pode contribuir para compreender as transformações ocorridas aliadas a um projeto de desenvolvimento econômico local. Os habitantes da ilha são, em sua maioria, de baixa-renda, negros, pescadores e marisqueiras artesanais, herdeiros de um sistema de desigualdade e exploração do trabalho escravo e do sistema de clientelismo e patronagem, que deixaram suas marcas nas relações sociais atuais.

As histórias contadas no começo desta tese, somadas às descrições das dinâmicas que envolvem o processo reprodutivo em si, ilustram as desigualdades de poder e hierarquias sociais em que a população de Riachão está inserida e revelam o contexto de 'violência estrutural' (FARMER, 2005) no qual vivem – violência que está entranhada na vida cotidiana deste povo, seja nas dificuldades de exercer plenamente seus direitos, seja na vulnerabilidade diante das possibilidades de violência dos “fortes”. Tal como postulado pela antropologia médica crítica (SUSSER, 1985; BAER *et.al.*, 2003), pensar em condições de saúde significa pensar nas relações de poder e o contexto de desigualdades em que se inserem os sujeitos em foco.

Desde as dinâmicas conjugais das quais se originam os filhos, observa-se quão importante são as redes de relacionamento das pessoas e como se constitui o processo reprodutivo na concepção. As explicações nativas nos demonstram que a figura masculina é o agente que “faz o filho” e embora tenham a biologia como parte constitutiva de suas explicações, explicitam também que esta não é suficiente para constituir a reprodução como um todo. É preciso ainda “ter condições” – necessidade que fundamenta a importância de apoio social desde o processo de descoberta da gravidez, e a busca por condições materiais.

Nesta dimensão, se constitui uma rede de relações e a casa tem centralidade, uma vez que ter um filho ultrapassa o fazer nascer, mas é também fazer crescer, criar uma pessoa. É a casa o espaço fundamental para criação de pessoas no Riachão, como também observaram Marcelin (1999), Pina-Cabral (2007), Pina-Cabral *et. al.* (2013), Bustamante (2009), McCallum & Bustamante (2012). A reprodução, assim, emerge como principal elo que conecta as pessoas em torno da constituição de domesticidade, na constituição de uma casa para a criação da pessoa e nas redes mais amplas onde se envolvem famílias, parentes e afins. Na busca por “condições” o Estado começa a figurar como sujeito presente na vida das pessoas por viabilizar melhorias nas condições de vida em geral e, portanto, nas “condições de *ter menino*”, através de benefícios sociais, como o Bolsa Família, e melhorias nas substituições de casas.

Observa-se neste ponto, que embora haja o entendimento de que os homens “fazem os filhos”, isto não se reflete na preocupação com a contracepção, porém é necessário novos estudos sobre esta questão que foi pouco explorada em campo. Tampouco o serviço de saúde inclui os homens no programa de Planejamento Familiar. O tema da interrupção da gravidez também carece de investigações mais aprofundadas, uma vez que a condução da pesquisa se concentrou em gravidezes levadas a termo e não houve casos relatados de interrupção ocorridos durante a realização deste trabalho.

No Riachão a dimensão fisiológica do processo reprodutivo também aponta para a interação dinâmica entre diferentes ordens de conhecimento, que conformam uma ordem explicativa local. O processo corpóreo das mulheres vai agregando sentido, à medida que se relaciona socialmente, como também observou Bustamante (2009). As “barrigas saem para rua”, tornando-se públicas. Este processo corporal também se constitui no entrelaçamento da relacionalidade com a biopolítica: se constitui tanto pelas relações sociais mais amplas, quanto pelas explicações biomédicas e pelas práticas de atenção à saúde e acompanhamento no serviço de saúde local.

Na gestação, o Estado se tornará mais próximo, enquanto um sujeito nesta rede de relações, através do serviço de saúde – que intenta acompanhar o desenvolvimento deste processo. O foco do Estado e dos discursos biomédicos será o corpo que produz outro corpo, tendo em vista o bom desenvolvimento deste último. As relações estabelecidas com as mulheres, no entanto, configuram-se frágeis, uma vez que não conta com o fortalecimento de vínculos ou continuidade de ações. Nota-se que, problemas de planejamento no serviço de saúde local causam efeitos negativos na condução da atenção ao pré-natal, dentre outros.

As mulheres e os homens do Riachão também entendem que a gestação é o processo

da mulher carregar o outro corpo, porém nestes discursos outros elementos são agregados e é exigido dos homens que co-participem, seja na “*abertura do eixo*”, seja na “*atenção e carinho*”, ou mesmo na manutenção material das mulheres gestantes. Ainda que tenha suas especificidades, assimetrias de gênero, idade e raça também são produzidas ao longo deste processo, observadas na responsabilização das mulheres pela ocorrência da gravidez, na tutela masculina que se faz em torno da sexualidade feminina, nos julgamentos em torno da prática sexual adolescente, no processo de reconhecimento paterno da gravidez e na valorização da branquitude dos filhos.

Já durante o parto, coloca-se o imperativo do cuidado institucional, com a hospitalização absoluta. O cenário de práticas e relacionalidades se transforma. Este é o único momento em que as mulheres são assistidas exclusivamente pelo sistema de saúde, no hospital, onde o suposto cuidado é praticado, muitas vezes imposto às mulheres. As experiências relatadas durante esta fase do processo exemplificam as violências sob as quais estão submetidas. Ao irem para o hospital, fora de sua localidade, travam relações com pessoas de outra origem, status social, possuidoras de outro tipo de conhecimento e poder. Suas histórias de vida não são sequer reconhecidas. No hospital as mulheres ocupam uma posição de desvantagem diante do poder que lhes impõe. Esta relação de violências concretiza na prática as desigualdades de poder constituídas neste país, nas quais esta população ocupa a posição inferior: mulheres, negras, pobres, e algumas jovens, oriundas de uma localidade de práticas e modos de vida “tradicionalistas”.

Enquanto que, na gestação o Estado tendia à criação de vínculos, ainda que frágeis e carentes de credibilidade, apresentando-se como um sujeito presente no processo reprodutivo, durante o parto sua presença se intensifica. As violências às quais as mulheres enfrentam ocorrem dentro de um contexto mais amplo, produzidas e mantidas por meio de relações que subjagam aqueles mais vulneráveis ao poder que lhes expropria a possibilidade de diálogo e escuta. Trata-se de um resultado do processo histórico de distribuição desigual de poder sustentado pelo Estado, que se manifesta em práticas de violência (não como predisposições individuais, mas como produto de relações sociais). A própria organização institucional já informa sobre tais diferenciações: as enfermeiras são mulheres, e os médicos são homens, ambos brancos e de classe média/alta. É possível observar a existência uma escala gradativa, proporcional entre posição/cargo que se ocupa nas instituições com gênero, raça e classe social: quanto mais alto o cargo, observa-se que este será ocupado por homens, de classes mais altas e brancos (MCCALLUM, 2008).

Por outro lado, as mulheres participantes da pesquisa eram, na maioria, negras e de

baixa renda. Mesmo em posição de desvantagem de poder, no ambiente de conflitos que se torna o hospital, as mulheres parturientes geralmente acionavam algum tipo de recurso para viabilizarem sua experiência no melhor que pudessem. Uma gritaram, outras ficaram caladas. Uma pediam ajuda, outras reclamavam. Isabela contou que reclamou muito e gritou. Até que uma das enfermeiras soube de seu parentesco com algum morador influente de Valiosa e começou a tratá-la melhor. Maria Helena insistiu que ficaria no hospital. Bárbara não deixou que começassem os procedimentos do parto até que seu pai voltasse. Dália teve seu filho sozinha, sem ajuda de ninguém. Naiara insistiu até conseguir seu objetivo de esterilização.

Mesmo assim a racionalidade biomédica alcança hegemonia e a expressa sem muitas intercorrências durante os partos hospitalizados, a não ser pelas posturas de resistência das mulheres, nas micro-relações. Chama a atenção neste ponto, o processo de intensa valorização e anuência do parto hospitalizado, consolidado a partir da aquisição da lancha rápida, mesmo tendo em vista os maus tratos com os quais se constitui a atenção hospitalar. As pessoas remetem-se à memória de tempos de outrora para confirmar a importância da institucionalização absoluta do parto no Riachão – o que tem seu fundamento, na medida em que a ampliação do acesso aos cuidados hospitalares permite superar os limites geográficos de isolamento e garantir a redução de mortalidade materna para a população local. Mesmo assim, a preferência dada ao parto hospitalar também expressa outras questões, como a valorização atribuída àquilo que simbolizaria a modernidade, possibilitando que essa população suplante sua condição de “atraso”, seus modos de vida ditos “tradicionalistas”.

Esta valorização crescente do “moderno” converge com medidas políticas que têm sido implantadas no município, no mesmo sentido “modernizador” da região e que, por sua vez, influenciam no processo de ampliação do acesso à diversidade de conhecimentos e de tecnologias. O que, por um lado, é bastante positivo, tendo em vista a história de marginalização e exclusão social das quais este povo é oriundo e, por outro lado, insere a população na perspectiva de expansão de mercado consumidor. Então, a rapidez pela qual esta valorização se espalha pela vila, talvez tenha razões primeiro no histórico de exclusão social e pobreza da população, e segundo neste movimento mais amplo, de escala global, que visa o desenvolvimento local e a superação definitiva da estagnação econômica (tendo em vista a devida aplicação dos recursos oriundos da exploração do gás natural). Logo, a reprodução aparece como um processo biossocial que associa, em sua constituição, questões de nível local e de nível global, conforme apontado por Ginsburg & Rapp (1995).

Este estudo permite estabelecer ainda um paralelo com aquele empreendido por Van

Hollen (2003) no sul da Índia. Frente às observações da autora, na ilha do Riachão dois aspectos se destacam naquilo que divergem. Em primeiro lugar, ainda que tenha havido uma iniciativa no sentido de cadastramento destas no serviço de saúde, o empreendimento não ocorreu, devido à notificação de que o ofício teria se extinguido. Em segundo lugar, mesmo reconhecendo os maus tratos, as mulheres ainda preferem parir no hospital incorporando os símbolos de modernidade tecnológica. Ambos os aspectos, porém, estão inter-relacionados. O que provoca mais questionamentos. Como foi o processo de extinção deste ofício? Quais as histórias de morte em partos domiciliares na localidade? Se houvessem parteiras no Riachão e estas fossem treinadas como foram no sul da Índia, os resultados teriam se aproximado daquele estudo? As antigas práticas de parto domiciliar no Riachão não foram suficientemente exploradas aqui, sendo recomendável e necessário que se faça em vistas a aprofundar e engrandecer o debate.

Apesar de toda especificidade do Riachão, como certamente terão outros povoados, as experiências de parto hospitalar convergem com muitos outros estudos, sugerindo que a hospitalização – como uma medida de saúde pública – tende à homogeneização dos processos parturitivos, o que leva à desconsideração das especificidades das mulheres em seus contextos. Torna-se, portanto, evidente o imperativo de medidas de qualificação e adequação, estrutural e profissional, no hospital referido. Ao mesmo tempo fica o questionamento sobre os limites de uma verdadeira reorientação do modelo de assistência ao parto hospitalizado, uma vez que aspectos estruturais permeiam a problemática.

Mas o processo reprodutivo não se encerra no parto, e no Riachão, o que se observa é que esta hegemonia biomédica (tão intensa para o parto em Valiosa), nem sempre incide no cotidiano das práticas locais de tal modo ostensivo. Como vimos, nas outras fases do processo reprodutivo, outros agentes são figuras principais de cuidado e de práticas de saúde para com as mulheres, carregando consigo outros tipos de conhecimentos, empíricos. Assim, esta interação de saberes constitui diferentes formas de vivenciar o processo reprodutivo e os cuidados neste. As pessoas que não representam a instituição de saúde são ainda as principais figuras ao exercer os cuidados necessários à saúde destas mulheres, e seus repertórios explicativos muitas vezes incluem outras dimensões e saberes – como se vê nas explicações e práticas do “*resguardo*”, do “*susto*”, da “*Dona do Corpo*”, do “*Corpo Aberto*”, do “*eixo fechado/aberto*”, etc – que não são oriundos da biomedicina, revelando meios de prevenção de agravos e promoção de bem estar físico e emocional, tal qual observaram Macêdo & Belaunde (2007) entre os Tupinambás no sul da Bahia.

A relação entre as diferentes concepções em torno de práticas de cuidado e saúde, diz

respeito a uma relação de poder e as mulheres o sabem, como por exemplo nos casos apresentados acerca do aleitamento materno. As mulheres e as outras pessoas sabem manejar suas possibilidades e constroem as explicações nativas que levam em conta as diversas ordens de conhecimento e poder, que, em interação, fundamentam suas práticas de cuidado à saúde. Conhecem as “regras do jogo” e praticam, portanto, o “cuidado de si” (FOUCAULT, 2004). As condições em que vive a população do Riachão, não a tornam inferior nem mesmo incapaz de cuidar de si própria, pelo contrário, as pessoas possuem seus próprios meios de viver e sobreviver neste complexo jogo de forças. De toda sorte, as experiências reprodutivas estão intrinsecamente atreladas nestas relações de poder, tornando evidente que o Estado exerce fundamental papel na constituição do processo como um todo, seja nos momentos de ausência ou nos momentos de presença intensiva, revelando-se mais um sujeito central para compreendermos a reprodução.

Perspectivas

A realidade estudada não se trata apenas de um caso particular, mas ilustra como os avanços no sentido democratizar acesso aos serviços e direitos ainda não resultaram na superação definitiva de determinados modos de subjugar populações ou grupos humanos, ainda vulneráveis à força dos *fortes* – mesmo em permanente *luta* pela vida. No campo da saúde pública alguns desafios são observados, no sentido de reorientar práticas de atenção realmente transformadoras da realidade e emancipatórias (na medida do que lhe é possível) – de modo que sejam amplamente incorporadas estratégias de combate às desigualdades sociais na interseccionalidade de raça/etnia, gênero e classe social; de fortalecimento das populações locais e ampliação irrestrita do acesso e distribuição de serviços de qualidade. Para tanto, é possível entrever perspectivas, desde novos estudos até medidas de ordem prática no âmbito dos serviços de saúde, das quais destaco algumas:

- Novos estudos sobre contracepção e sobre o tema do aborto na região; de resgate e documentação de experiências passadas de parto domiciliar;
- Estudos centrados na organização das práticas cotidianas do setor de saúde, nas unidades locais, para contrastar as visões dos usuários do serviço e profissionais.
- Medidas de reorganização local do serviço de saúde do PSF, tendo em vista práticas integrativas, tanto nos planejamentos de ações e serviços com participação da equipe de trabalhadores locais como também na integração da própria população, tendo em vista a co-participação local e o fortalecimento de vínculos. Inclusão da participação masculina

no Planejamento Familiar, incorporando a perspectiva de raça e gênero, no sentido de buscar superar noções que culpabilizam as mulheres no exercício da reprodução.

- Mudanças de orientação da atenção pré-natal, na direção de um olhar mais aproximado das mulheres, consolidando assim a atenção integral à saúde das mulheres e dos bebês.
- Elaboração e execução de medidas educativas, capacitação profissional e adequação institucional para a humanização do parto, no hospital referido, tendo em vista o próprio desejo manifestado pelos gestores da instituição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, Janaina Marques & D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires L. *Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias*. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.
- _____. *et.al. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde*. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013.
- ABRAMOVAY, Ricardo. *Funções e medidas da Ruralidade no desenvolvimento contemporâneo*. Rio de Janeiro, IPEA: 2000.
- ALENTEJANO, Paulo Roberto R. *O que há de novo no rural brasileiro?* In: Terra Livre, n.15, São Paulo, 2000.
- ALVES, Paulo Cesar B., Souza IM. *Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico*. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: EditoraFiocruz; 1999.
- ALKIRE, B.C.; VINCENT, J.R.; BUMS, C.T., METZLER, I.S.; FARMER, Paul E.; MEARA, J.G. *Obstructed labor and caesarean delivery: the cost and benefit of surgical intervention*. April 25, PloSone, 2012.
- AMARAL, Marivaldo Cruz do. *Mulheres, imprensa e higienização: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927)*. In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.4, out.-dez. p.927-944, 2008.
- ANDRADE, Briena Padilha & AGGIO, Cristiane de Melo. *Violência obstétrica: a dor que cala*. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248, Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014.
- ANJOS, Gabriele dos. *“Maternidade, cuidados do corpo e civilização na Pastoral da Criança.”* In: Estudos Feministas, Florianópolis, 15(1): 27-44, janeiro-abril/2007.
- AYRES, J. R. C. M. *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, v. 6, n. 1, p. 63–72, 2001. CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna et al. *Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 16, 11, Nov. 2011.
- AZEVEDO, Kátia Rosa & ARRAIS, Alessandra da Rocha. *O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto*. In: Revista Psicologia: Reflexão e Crítica, 19 (2), 2006, 269-276.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO – BID. *Plano de Desenvolvimento Estratégico do Município de Cairu (Cairu 2030) / Diagnóstico*. Lisboa - Portugal: Antonio José de Sá & Associados, Agri-Pro Ambiente, 2005. [online] Disponível:<http://www.Cairu2030.com.br/snewsMU/downloads/pl.pdf>
- BARRETO, Maria Renilda Nery. *Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.4, out.-dez. 2008.
- BAER, Hanset. *al. Medical Anthropology and the world system*. Library of Congress, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. *Assistência Pré-natal: Manual técnico - 3ª edição*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática*. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1984.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.
- _____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos

- [online]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- BROWNER, Carole. H. *Situating Women's Reproductive Activities*. *American Anthropologist*, 102(4): 773-88, 2000.
- BUENO, Silveira. *Mini dicionário da língua portuguesa*. São Paulo, FTD, 2000.
- BUSTAMANTE, Vânia Nora Dejo. *Cuidado infantil e construção social da pessoa: uma etnografia em um bairro popular de Salvador*. Tese de doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2009.
- _____. & MCCALLUM, Cecília. *O cuidado de grávidas e bebês no contexto do Programa de Saúde da Família: um estudo etnográfico*. In: *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 14, núm. 34, julho-setiembre, 2010.
- _____. _____. *Feeding practices, healthcare and kinship during the first year of life*. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP. Impresso)*, v. 31, p. 425-435, 2014.
- CAIRU. Prefeitura Municipal. *Lei n. 241 de 17 de dezembro de 2008 – Define as diretrizes para o planejamento de longo prazo, no contexto territorial e tributário, integrando à administração pública municipal o Plano de Desenvolvimento Estratégico Cairu 2030, a consecução dos Objetivos do Milênio da ONU – Organização das Nações Unidas, os procedimentos legais de mediação e arbitragem e outras providências*. Gabinete do Prefeito. Cairu – Bahia, 2008.
- CAIRU. Prefeitura Municipal. *Lei Nº 165 de 10 de dezembro de 2004 – Lei do Plano Diretor Urbano Municipal*. Institui o Plano Diretor Urbano do Município de Cairu e dá outras providências. Cairu – Bahia, 2004.
- CAMPOS, Roberta B. C. & HOFFNAGEL, Judith C. (orgs) *Pensando famílias, gênero e sexualidade*. Recife: Ed. Universitária, 2006.
- CASTRO, Fabio; SIQUEIRA, Andréa; BRONDÍZIO, Eduardo; FERREIRA, Lúcia C. *Use and misuse of the concepts of tradition and property rights in the conservation of natural resources in the Atlantic forest (Brazil)*. In: *Ambient. soc.*, Campinas, v. 9, n.1, June 2006.
- CARNEIRO, Rosamaria Giatti. *Cenas de parto e políticas do corpo : uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese de Doutorado. IFCH, Unicamp, 2011.
- CARSTEN, Janet. *After kinship*. Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
- _____. *The substance of kinship and the heat of the hearth: feeding, personhood, and relatedness among Malays in Pulaou Langkawi*. In: Parkin, Robert & Stone, Linda. (Eds.) "Kinship and family: An anthropological Reader." Oxford/ USA/ Austrália. Blacwell Publishing, 2004. Pg. 294-308.
- CARVALHO, José Murilo de. *Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma Discussão Conceitual*. Dados, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, 1997.
- COELHO, Edméia. et.al. *Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional*. In: *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 13 (1) jan-mar; 2009: 154-160.
- CONNELL, Robert. *Gender and power*. Cambridge, UK, Polity Press, 1995.
- COSTA, Ana Maria *Participação Social na conquista das políticas de saúde para as mulheres no Brasil*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (4), jul/ago. 2009. p.1073- 1084.
- COHN, Amélia. *Cartas ao presidente Lula: Bolsa Família e direitos sociais*. Rio de Janeiro: Pensamento Brasileiro, 2012.
- COLEN, Shellee. "Like a Mother to Them": *Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York*. Chapter 5 In *Conceiving the New World Order*, 1995.
- COLLINS, John. *Public Health, Patronage and National Culture: The Resuscitation and Commodification of Community Origins in Neoliberal Brazil*. In: *Critique of Anthropology*, 28: 237, 2008.
- _____. *Public Health, Patronage and National Culture: The Resuscitation and Commodification of Community Origins in Neoliberal Brazil*. In: *Critique of Anthropology*, Vol 28(2) 237–255, 2011.
- CUNHA, Alexandre Mendes. *Patronagem, Clientelismo e Redes Clientelares: a aparente duração alargada de um mesmo conceito na história política brasileira*. In: *HISTÓRIA, SÃO PAULO*, v. 25, n. 1, p. 226-247, 2006.
- DALSGAARD, Anne Line. *Vida e Esperanças: Esterilização feminina no nordeste*. SP: UNESP, 2005.
- De ZORDO, Silvia. *Planejamento familiar e incorporação das desigualdades sociais, de gênero e*

- raciais em Salvador da Bahia: «escolhas» contraceptivas de mulheres «negras» de baixa renda na tensão entre a casa e a clínica. Forthcoming in: Annals of 1st International Seminar on “Gender, race, class, social identity in Brasil and in France” Federal University of Bahia, Salvador, Bahia, Brazil, December, 2009.
- DAVIS-FLOYD, Robbie E & Carolyn SARGENT (eds.). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives* Berkeley: University of California Press, 1997.
- _____. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkley: University of California, 1992.
- DIAS, Acácia B. & AQUINO, Estela. *Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil*. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(7):1447-1458, jul, 2006.
- DIEGUES, Antônio Carlos. *O mito moderno da natureza intocada*. 3ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- DINIZ, Carmen Simone G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese de Doutorado. São Paulo, UPS/MP, 2001.
- _____. *Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal*. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 19, n. 2, ago. 2009.
- DINIZ, Débora & GUERREIRO, Iara. *Ética na pesquisa social: desafios ao modelo biomédico*. Reciiis 2008; 2Suppl 1:78-91.
- DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. *O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil*. Saude soc., São Paulo, v.17, n.2, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200013&lng=en&nrm=iso>. Access on 06 Mar. 2015.
- ESCOREL, Sarah et al. *O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil*. In: Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007.
- ESTEVEZ, Uliana. *Saberes Do Mangue: Relação “Mulher - Ambiente” Na Comunidade Pesqueira De Batateira, Cairú-Ba*. Monografia de Bacharelado em Ciências Sociais. Salvador, FFCH/UFBA, 2007.
- FARMER, P.; CONNORS, M. & SIMMONS, J., *Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence*. Monroe: Common Courage Press, 1996.
- _____. *Pathologies of power – health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press, 2005.
- _____. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press, 1992.
- FAVRET-SAADA, Jeanne. *Ser Afetado*. In: Cadenos de Campo, n. 13, p.149-153, 2005.
- FERREIRA, Luciane Ouriques. *Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- FISCHER, Fernando et.al. (Org). *Baixo Sul da Bahia: uma proposta de desenvolvimento territorial*. Salvador: CIAGS/UFBA, 2007.
- FLEISCHER, Soraya Resende. *PARTEIRAS, BUCHUDAS E APERREIOS UMA ETNOGRAFIA DO ATENDIMENTO OBSTÉTRICO NÃO OFICIAL NA CIDADE DE MELGAÇO, PARÁ*. Tese de Doutorado. Antropologia Social, UFRGS, 2007.
- FLEURY, Sônia. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 252 p. ISBN 85-85676-06-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- FONSECA, Claudia. “Apresentação de família, reprodução e parentesco: algumas considerações”. Cadernos Pagu, 29: 9-35, 2007.
- FOX, Bonnie & WORTS, Diana. Revisiting the critique of medicalized childbirth: a contribution to the sociology of birth. *Gender & Society*. Vol. 13 no. 3 326-346, 1999.
- FOUCAULT, Michel. *A ética do cuidado de si como prática de liberdade*. In: _____. *Ditos & Escritos V – Ética, Sexualidade, Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- _____. *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FRANCO, Marcos Vinícius G. *Partilhando Saberes: Educação Ambiental Na Vila De Garapua, Município De Cairú-Ba*. Monografia. Salvador: IBio, UFBA, 2002

- FREIRE, Maria Martha de Luna. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p.153-171, jun. 2008.
- GROS, Frédéric. *O cuidado de si em Michel Foucault*. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo (Orgs). *Figuras de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- GRYNSZPAN, Mario. *Os Idiomas da Patronagem: Um Estudo da Trajetória de Tenório Cavalcanti*. In: *Rev. bras. Ci. Soc.* v.5 n.14, Rio de Janeiro out. 1990.
- GEERTZ, Clifford. *Obras e vidas. O antropólogo como autor*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2002.
- GEORGES, Eugenia. *Bodies of knowledge: the medicalization of reproduction in Greece*. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University Press, 2008.
- GERHARDT, Tatiana Engel. *Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, Nov. 2006.
- GINSBURG, F. and R. RAPP, (Eds). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley, University of California Press, 1995.
- GOLDMAN, Márcio. *Como Funciona a Democracia. Uma Teoria Etnográfica da Política*. Rio de Janeiro: Editora 7Letras, 2006.
- _____. & VIVEIROS DE CASTRO, 2006. *Abaeté, Rede de Antropologia Simétrica*. Entrevista para Revista *Cadernos de Campo*, São Paulo, n. 14/15, p. 177-190, 2006.
- GINSBURG, Faye and RAPP, Rayna. 'The politics of reproduction' *Annual Review of Anthropology* 20:311-43, 1991.
- GIRE, A.C.. *Omissão e indiferenciaderechosreproductivosen México. Cap. 4 – Violência Obstétrica*. México, 2013.
- GRANATO, Tania Mara Marques e AIELLO-VAISBERG, Tania Maria José. *Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto*. In: *Paideia*, Vol. 19, No. 44, set.-dez. 2009.
- HITA, Maria Gabriela. *Pobreza, composição familiar e inclusão social: arreglo matriarcal em um Brasil Negro*. Em: Maria del Carmen Zabaça Arguelles (comp). *Pobreza, excusión social y discriminación étnico-racial em América Latina y el Caribe*. Bogotá: Siglo del Hombre editores e CLACSO-CROP, v., p.157-179, 2008a.
- _____. *Posse, apropriação e o ciclo reprodutivo em casas matriarcais – Salvador, Bahia*. Paper apresentado na LASA, Nova Zelândia, 2008b.
- HOUSTON, James. *Cidadania insurgente – disjunções da democracia e da modernidade no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.
- ICÓ, Iara. *Desenvolvimento local: adaptação ou contestação? Garapuá e Barra dos Carvalhos – Ba*. Dissertação de Mestrado. Salvador, Escola de Administração, UFBA, 2007.
- JORDAN, Brigitte. 'Authoritative knowledge and its construction'. In Robbie E. Davis-Floyd & Carolyn Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press, 1997.
- _____. *Birth in Four Cultures*. (4th edition), revised and expanded by R. Davis-Floyd. Prospect Heights, Ohio: Waveland Press, 1993 (1978).
- JUÁREZ, Diana. *et.al . Violencia sobre las mujeres: herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios/ Diana Juárez y otras.; edición literaria a cargo de Ángeles Tessio. - 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012.*
- KESHAVJEE, S; FARMER, Paul E. *Tuberculosis, drug resistance, and the history of modern Medicine*. September 6, 2012. *The New England journal of medicine*.
- KITZINGER, Sheila. *The social context of Birth: some comparisons between Childbirth in Jamaica and Britain*. In: MACCORMACK, Carol. *Ethnography of fertility and Birth*. Waveland Press, 1994.
- LAVERGNE, Rémi Fernand. *Programa Bolsa Família: uma nova modalidade de biopolítica*. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 110, Jun 2012.
- LANDES, Ruth. *A cidade das mulheres*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1967.
- MACÊDO, Ulla & BELAUNDE, Luisa Elvira. "Resguardo" e tecnologias culturais Tupinambá de prevenção da morte materna. In: MCCALLUM, Cecilia & BELAUNDE, Luisa Elvira (coord). *Relatório final. Projeto Mainba - Saúde Reprodutiva e Morte Materna entre os Tupinambá de Olivença-BA 2007*. MUSA/ISC/UFBA, Salvador, 2007.
- _____. & _____. *Noções chaves da saúde reprodutiva Tupinambá*. In: BELAUNDE, Luisa

- Elvira e MCCALLUM, Cecília. Relatório final - Projeto Mainba: Saúde Reprodutiva e Morte Materna entre os Tupinambá de Olivença-BA. MUSA/ISC/UFBA, 2007
- MACCORMACK, Carol & STRATHERN, Marilyn. *Nature, Culture and Gender*. Cambridge University Press, 1980.
- MAGNANI, José Guilherme C. *Etnografia como prática e experiência*. In: Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 129-156, jul./dez. 2009.
- MARINHO, M. C. G. *A vida entre discursos: representações da sexualidade do/a adolescentes por profissionais de saúde em uma unidade de Atenção Básica*. Dissertação de mestrado, Salvador: ISC, 2006.
- MATTOS, Ruben Araujo de. *A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)*. Cad. Saúde Pública [online]. vol.20, n.5, 2004.
- MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 40, Mar, 2012.
- MARCELIN, Louis Herns. *A linguagem da casa entre os negros no recôncavo baiano*. In: Mana. Revista de Estudos em Antropologia Social, Rio de Janeiro, v.5, p.31-60, 1999.
- MARTIN, Emily. "The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance based on Stereotypical Male-Female Roles". In: KELLER, Evelyn F., e LONGINO, Helen E. (eds.). *Feminism and Science*. New York: Oxford University Press, 1996, p. 103-20.
- _____. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2006, 378p. [1ªed. *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Boston, Beacon Press, 1987];
- MARTINS, Ana Paula Vosne. "Vamos criar seu filho": os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.135-154, jan.-mar. 2008.
- MELO, Mônica Cecília Pimentel de; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. *Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, May 2011.
- MENDES, Liana Pereira. *Etnoecologia dos pescadores e marisqueiras da Vila de Garapuí/BA*. Monografia de Bacharelado. Salvador, Instituto de Biologia, UFBA, 2002.
- MONTES, Maria Jesús. *LAS CULTURAS DEL NACIMIENTO: Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tese de Doutorado. UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI, FACULTAT DE LLETRES, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Tarragona, 2007.
- MOORE, Henrietta. *Understanding sex and gender*. In: Tim Ingold (ed.), *Companion Encyclopedia of Anthropology*. Londres, Routledge, 1997, p. 813-830.
- MOREIRA, Lisandra Espíndula & NARDI, Henrique Caetano. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s). In: Estudos Feministas, Florianópolis, 17(2): 344, maio-agosto/2009.
- MOREIRA, Renata Leite C. Aguiar e RASERA, Emerson F. Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. In: Psicologia & Sociedade; 22 (3): 529-537, 2010.
- MCCALLUM, Cecília. Racialized bodies, naturalized classes: moving through the city of Salvador da Bahia. In: *American Ethnologist*, Vol.32, N.1, Febr. 2005
- _____. & REIS, Ana Paula dos. *Passagem Solitária: Parto Hospitalar como Ritual em Salvador da Bahia, Brasil*. In: MIRANDA-RIBEIRO, Paula & SIMÃO, Andréa Branco (orgs.). *Qualificando os números: estudos em sexualidade e saúde reprodutiva no Brasil*. Demografia em Debate. V.2. Belo Horizonte: ABEP, 2008.
- _____. _____. *Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil*. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(7):1483-1491, jul, 2006.
- _____. *Víctimas egoístas: Perspectivas sobre la sexualidad, raza, clase y adolescencia desde un hospital de maternidad en Salvador, Brasil*. In: WADE, Peter, et.al.(Orgs). *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales (CES), Escuela de Estudios de Género, Bogotá: 2008.

- _____. & BUSTAMANTE, Vânia Nora Dejo. *Parentesco, gênero e individuação no cotidiano da casa em um bairro popular de Salvador da Bahia*. In: Etnográfica [Online], vol. 16 (2) | 2012.
- MOTTA-MAUÉS, Maria Angelica. “Trabalhadeiras” & “Camarados”: *Um Estudo sobre o Status das Mulheres numa Comunidade de Pescadores*. Brasília, UnB (dissertação de mestrado), 1977.
- MULLINGS, Leith. *Households headed by women: the politics of race, class and gender*. In: GINSBURG, Faye & RAPP, Rayna. *Conceiving the New Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University Of California Press, 1995.
- _____. *Resistance and resilience: the Sojourner Syndrome and the social context of reproduction in Central Harlem*. In: *Transforming Anthropology*, Vol. 13, Issue 2, 2005.
- NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; PAIVA, Mirian Santos; RODRIGUES, Quessia Paz. *Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil*. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 7, n. 2, Apr. 2007.
- NETO, Manoel Altivo. *O PDDU (Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano): Instrumento Emergencial de Sustentabilidade Tributária – Cairu – 2007/2013*. LARES – Latin American Real Estate Society. 13ª Conferência Internacional da LARES - Centro Brasileiro Britânico, São Paulo - Brasil, 2013.
- NUNES, Silvia. *Maternidade na adolescência e biopoder*. In: EPOS – Genealogia, subjetivações e Violências. v. 4, n.1, Jan-Jun 2013.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Geneva: WHO; 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1.
- PATAH, Luciano Eduardo Maluf; MALIK, Ana Maria. *Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 1, Feb. 2011.
- PAIXÃO, Luis Henrique & ALENCAR, Christina Maria. *Dinâmica rural do município de Cairu – BA*. In: IV SIMPÓSIO CIDADES MÉDIAS E PEQUENAS DA BAHIA - Relação Campo-Cidade, 2014.
- PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lúcia Maria Vieira da. *Universalidade, integralidade, equidade e SUS*. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.), São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010.
- PEIRANO, Mariza. *PROIBIÇÕES ALIMENTARES NUMA COMUNIDADE DE PESCADORES (Icarai, Ceará)*. Tese de Mestrado. Antropologia Social, UnB, Brasília, 1975.
- PETROBRÁS. Consórcio MANATI. *Implantação do Sistema de Produção e Escoamento de Gás Natural do Bloco BCAM-40: Relatório de Impacto Ambiental – RIMA*. Bahia, Brasil, 2003.
- _____. *Programa Integrado de Projetos Produtivos de Desenvolvimento Socioambiental com Comunidades da Área de Influência Direta e Indireta do Projeto Manati – PIPP: Relatório*. Bahia, Brasil, 2009.
- PINA-CABRAL, João & SILVA, Vanda Ap. da Silva. *Gente Livre: Consideração e pessoa no Baixo-Sul da Bahia*. São Paulo: Terceiro Nome, 2013.
- _____. “Mães, pais e nomes no Baixo Sul (Bahia, Brasil)”, em PINA CABRAL, João e Suzana de Matos Viegas (Orgs.). *Nomes: Gênero, Etnicidade e Família*. Lisboa, Edições Almedina, SA, pp.63-89, 2007.
- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4. Ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007.
- PISCITELLI, Adriana. *Re-criando a categoria mulher?*. In: Algranti, Leila Mezan. (Org.). *A prática feminista e o conceito de gênero*. Campinas: IFCH/UNICAMP, v. 48, p. 7-42, 2002.
- PULHEZ, Mariana Marques. *A “VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA” E AS DISPUTAS EM TORNO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.
- QUEVEDO, Paula. *Violencia Obstétrica: una manifestación oculta de la Desigualdad de Género*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales; Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, 2012.
- RAGONE, Helena & TWINE, France Windance (eds.). *Ideologies and Technologies of Motherhood: Race, Class, Sexuality, Nationalism*. Routledge, 2000.
- RASELLA, Davide. *Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil*. Tese de Doutorado. ISC, UFBA, Salvador, 2013.

- RAMALHO, Cristiano Wellington Noberto. *Estado, pescadores e desenvolvimento nacional – da reserva naval à aquícola*. RURIS, Vol. 8, nº 1, março, 2014.
- RAM, Kalpana & Margaret JOLLY (orgs.). 1998. *Maternities and Modernities: Colonial and Postcolonial experiences in Asia and the Pacific*. Cambridge: Cambridge University Press.
- REDE PARTO DO PRINCÍPIO. *Dossiê da violência obstétrica - Parirás com dor*. Brasília, 2013.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- ROOT R. & BROWNER C. 'Practices of the pregnant self: Compliance with and resistance to prenatal norms'. In: *Culture Medicine and Psychiatry*. 25: (2) 195-223, 2001.
- REZENDE, Patrícia. *A Atenção à Saúde das Mulheres: integralidade e gênero - Estudo etnográfico em uma unidade de PSF em Salvador*. Dissertação de Mestrado, Salvador: ISC, 2011.
- SALGADO, Heloisa de Oliveira; NIY, Denise Yoshie; DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada*. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 23, n. 2, 2013.
- SANTOS, Íris Gomes; Schommer, Paula Chies; Accioly, Miguel da Costa (Orgs). *Aprendendo com Identidades e Diversidades de Comunidades Tradicionais de Pesca e Mariscagem do Baixo Sul Baiano*. Salvador: CIAGS/UFBA; FAPESB; SECTI; CNPq, 2009.
- SANTOS, Luciano Marques; PEREIRA, Samantha Souza da Costa. *Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo*. In: *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, 2012.
- SESLIA, Paola M. 1997. 'Women come here on their own when they need to': Prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. In Robbie E. Davis-Floyd & Carolyn Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives* Berkeley: University of California Press. pp.397-420.
- SCAVONE, Lucila. *Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 5, n. 8, Feb. 2001.
- SCHAPER-HUGHES, Nancy. *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. University of California, 1992.
- SCHRAIBER, LÍlian. *Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife*. In: VILLELA, Wilza e MONTEIRO, Simone. (orgs). *Gênero e Saúde – Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: UNFPA, 2005.
- _____. et.al. *Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens*. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(5):961-970, mai, 2010.
- SCHNEIDER, D.A *Critique of the Study of Kinship*, Ann Arbor: University of Michigan Press. 1984.
- SCOTT, Parry. *Gênero, Família e Comunidades: Observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família*. In: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (Orgs). *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ BRASÍLIA: UNFPA, 2005. p. 73-98.
- SIQUEIRA, Paula. *Zambiapunga: Cultura e Política no Baixo Sul da Bahia*. Dissertação de Mestrado. UFRJ, Museu Nacional, Rio de Janeiro, 2006.
- SMITH-OKA, Vania. *Shaping the motherhood of indigenous Mexico*. Nashville, Tennessee: Vanderbilt Univ. Press, 2013.
- STOLCKE, Verena. *La mujeres puro cuento: La cultura del género*. In: *Revista Estudos Feministas*, v, 12, n. 2, p.77-105, 2004.
- STRATHERN, Marilyn. *Displacing Knowledge: Technology and consequences for kinship*. In.: GINSBURG, Faye & RAPP, Rayna. *Conveiving the new order: The global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press, 1995.
- SUSSER, Ida. *Union Carbide and the community surrounding it: the case of a community in Puerto Rico*. In: *International Journal of Health Services* 15(4):561–583, 1985.
- TAVOLARO, Lília Gonçalves M. *Raça, classe e cultura no contexto das políticas de ação afirmativa: um esforço teórico- crítico a respeito da raça*. Soc. e Cult., Goiânia, v. 13, n. 2, p. 287-298, jul./dez. 2010.
- TORNQUIST, Carmen Susana. *Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto*. In. *Rev Estudos Feministas*, ano 10, n 2, 2002.

- _____. *Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil*. In: Cad. Saúde Pública, [online] vol.19, (supl.2) Rio de Janeiro, 2003.
- _____. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Universidade Federal de Santa Catarina. Tese de doutoramento. 2004
- TORRES, Jaqueline Alves, et.al. *Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal*. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S220-S231, 2014.
- TREMAYNE, Soraya. (ed.). *Managing Reproductive Life: Cross-cultural Themes in fertility and sexuality*. Oxford, Berghahn, 2001.
- VAN HOLLEN, Cecilia. *Birth on the threshold: childbirth and modernity in South India*. University of California Press, 2003.
- _____. *Perspectives on the anthropology of birth*. In: Culture, Medicine and Psychiatry. 18: 501-512, 1994.
- VEIGA, José Eli. *Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula*. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 2002.
- VENTURI, Gustavo; AGUIAR, Janaina Marques, HOTIMSKY, Sonia N. *A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – 2010*. Trabalho apresentado em VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), Belo Horizonte, 2011.
- VIANNA, Lucila Pinsard. *De invisíveis a protagonistas.: populações tradicionais e unidades de conservação*. São Paulo: FAPESP, 2008.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. In: GIFFIN, K., and COSTA, SH., orgs. *Questões da saúde reprodutiva* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.
- VIELLAS, et.al. *Assistência pré-natal no Brasil*. In: Cadernos de Saúde Pública. Vol. 30, Suplem. 2014.
- VILLELA, Wilza & MONTEIRO, Simone. *Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas*. In: VILLELA, Wilza e MONTEIRO, Simone. (Orgs.) *Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Brasília: UNFPA, 2005.
- VIEGAS, Susana Matos. *Eating With Your Favourite Mother: Time And Sociality In A Brazilian Amerindian Community*. In: Journal of the Royal Anthropological Institute. Vol.9, Issue 1, 21-37, March, 2003.
- WADE, Peter. *Race, nature and culture. An Anthropological perspective*. London: Pluto Press, 2002.
- WANDERLEY, Maria de Nazaré. *A ruralidade no Brasil moderno. Por um pacto social pelo desenvolvimento rural*. In: Giarraca, Norma (org.). *Una nuevauralidades América Latina ?* Buenos Aires: Clacso-ASDI, 2001.
- WOORTMANN, Ellen F. *Da complementaridade à dependência: a mulher e o ambiente em comunidades "pesqueiras" do Nordeste*. In: Série Antropologia, 111. Brasília: UnB, 1991.
- WOORTMANN, Klaas. *A Família das Mulheres*. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1987.
- YANAGISAKO, Sylvia Junko e COLLIER, Jane Fishburne. *Toward a Unified Analysis of Gender and Kinship*. In: Collier, Jane Fishburne e Yanagisako, Sylvia Junko. *Gender and Kinship: Essays Toward a Unified Analysis*. California, Stanford Press: 1987.
- _____. & Carol DELANEY. *Naturalizing Power?* In: YANAGISAKO, Sylvia and Carol DELANEY (Ed.s), *Naturalizing Power. Essays in Feminist Cultural Analysis*. London, New York, Routledge, 1995.

Sites consultados

IBGE. Portal Cidades@ do IBGE. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=290540&idtema=5&search=bahia|Cairu|servicos-de-saude-2009>.

IBGE. Resultados do universo – Censo 2010. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_resultados_universo.shtm

CGU. Portal da transparência. Disponível em:

<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaListaAcoes.asp?Exercicio=2013&SelecaoUF=1&SiglaUF=BA&NomeUF=BAHIA&CodMun=3407&NomeMun=CAIRU&ValorMun=35.660.699,05&Pagina=2>

Projeto MarSol: Maricultura familiar Solidária. Disponível em:

<http://marsol-ufba.blogspot.com.br/search/label/Gale%C3%A3o>

MDS. Bolsa Família. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>

MPA. Seguro Defeso. Disponível em:

<http://www.mpa.gov.br/index.php/pescampa/seguro-defeso>

MTE. Cadastro Especial de Colônia de Pescadores. Disponível em:

<http://portal.mte.gov.br/cecp/>

MDS. Bolsa Família. Condições. Disponível em:

<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/bolsa-familia/condicoes/beneficiario/condicoes>

MS. Portal da Saúde. Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/profissional-e-gestor/vigilancia/links-vigilancia?start=30>

MS. Departamento da Atenção Básica. Rede Cegonha. Disponível em:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php

VIOMUNDO. Entrevista Rede Feminista de Saúde – Rede Cegonha. Disponível em:

<http://www.viomundo.com.br/entrevistas/rede-feminista-de-saude-rede-cegonha-e-um-retrocesso-de-30-anos-nas-politicas-de-genero-saude-da-mulher-direitos-reprodutivos-e-sexuais.html>

CGU. Portal da Transparência. Lista de Ações. Disponível em:

<http://www.portaltransparencia.gov.br/PortalTransparenciaListaAcoes.asp?Exercicio=2012&SelecaoUF=1&SiglaUF=BA&NomeUF=BAHIA&CodMun=3407&NomeMun=CAIRU&ValorMun=27.230.120,06&Pagina=2>

Glossário de siglas

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APA – Área de Proteção Ambiental

UC – Unidade de Conservação

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PIB – Produto Interno Bruto

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

ONU – Organização das Nações Unidas

CGU – Controladoria Geral da União

PBF – Programa Bolsa Família

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CAPAC – Casa de Apoio ao Paciente de Visconde

PN – Pré-Natal

HE – Hospital do Estado

PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

TOPA – Todos Pela Alfabetização

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

BF – Bolsa Família

MS – Ministério da Saúde

NC – Notas de Campo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

MUSA -

CO – Centro Obstétrico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ANEXOS

Quadro 1. Mulheres participantes ao engravidar: idade, estado conjugal, paridade (número de filhos), raça/cor (auto-declarado), escolaridade, ocupação, fonte de renda própria.

Mulheres participantes (nomes fictícios)	Idade que engravidou	Estado conjugal na gravidez	Paridade (número de filhos ao engravidar)	Raça/cor (auto-declarado)	Escolaridade ao engravidar	Ocupação ao engravidar	Fonte de Renda própria ao engravidar
Rosa	31	Solteira	Primípara	Negra	Cursando E. Superior	Ajuda a mãe na venda	Não tem. Vive com os pais.
Ângela	36	Casada	4	Negra	E. Fundamental	Marisqueira	Bolsa Família e Marisco
Caroline	30	Casada	Primípara	Parda	E. Médio	Dona de casa	Não tem. Recebe ajuda da mãe.
Bárbara	15	Solteira	Primípara	Negra	Cursando E. Médio	Estudante	Não tem. Vive com os pais
Isabela	17	Namora	Primípara	Negra	Cursando E. Médio	Estudante	Não tem. Vive com os pais.
Dália	25	Casada	2	Negra	E. Superior	Professora creche	Trabalho
Flávia	25	Casada	1	Parda	E. Médio (Magistério)	Dona de casa	Vende produtos em casa
Jussara	17	Casada	Primípara	Negra	Cursando E. Médio	Marisqueira	Marisco
Eduarda	17	Solteira	Primípara	Parda	Cursando E. Médio	Marisqueira	Marisco
Lilian	26	Casada	2	Negra	E. Fundamental incompleto	Marisqueira	Bolsa Família e Marisco
Maria Helena	27	Casada	1	Parda	E. Superior	Diretora colégio	Trabalho
Thalia	18	Casada	Primípara	Negra	E. Médio	Marisqueira	Marisco
Iara	18	Casada	1	Branca	E. Fundamental	Marisqueira	Bolsa Família e Marisco
Daniela	24	Casada	1	Negra	E. Médio	Ajudante de M. Helena	Bolsa Família e trabalho
Naiara	30	Casada	3	Parda	E. Médio	Marisqueira	Bolsa Família e Marisco
Bianca	34	Casada	1	Negra	E. Fundamental	Marisqueira	Bolsa Família e Marisco
Nina	25	Casada	3	Preta	E. Médio	Marisqueira	Bolsa Família e Marisco
Flaviane	26	Casada	1	Parda	E. Médio (Magistério)	Dona de casa	Não tem.

Quadro 2: Mulheres participantes e os apoios e cuidados que receberam no processo reprodutivo

Mulheres participantes	Apoios e cuidados recebidos
Rosa	O ex-namorado reconheceu a paternidade; teve o apoio da família: mãe, irmã e pai de consideração;
Ângela	Amigas e vizinhas; marido aceitou, mas não pôde ajudar muito materialmente; filha ajudou no pós-parto;
Caroline	Família de Salvador; marido queria filhos, mas não pôde ajudar muito materialmente; Diná, que é vizinha, e suas filhas cuidaram de seu pós-parto;
Bárbara	Mãe e pai em todo o processo; pai do bebê reconheceu a paternidade e esteve mais presente depois do parto; família do pai do bebê ajudou depois do parto;
Isabela	Namorado reconheceu a paternidade, aceitou e participou do processo; Mãe, cuidou do pós-parto pai e família deram apoio;
Dália	Marido queria ser pai; reconheceu a paternidade, participou do processo e ajudou no cuidado com os filhos; Mãe cuidou do pós-parto e irmãs ajudaram nos cuidados dela e com os filhos;
Flávia	Marido reconheceu a paternidade, participou do processo e ajudou no cuidado das filhas; Mãe ajudou nos cuidados com Flávia e sua família participou;
Jussara	Marido reconheceu a paternidade e participou do processo; Mãe e irmãs cuidaram do resguardo; família do marido ajudou nos cuidados com o bebê;
Eduarda	Irmãs e comadre; pai do bebê não queria reconhecer a paternidade, reconheceu perto do bebê nascer; irmã cuidou do pós-parto; comadre ajudou materialmente e nos fins de semana ficava com Eduarda e o bebê.
Lilian	Marido reconheceu a paternidade e participou do processo; irmãs e madrastra cuidaram de Lilian e ajudaram nos cuidados com os filhos; mãe de Lilian foi a Riachão ajudá-la no pós-parto;
Maria Helena	Marido reconheceu a paternidade e participou do processo, ajudou a cuidar dos filhos; Contratou uma pessoa para cuidar da casa, da comida, da parida e do bebê; Mãe e sogra também ajudaram;
Thalia	Marido reconheceu a paternidade e participou do processo; Mãe cuidou do bebê e de Thalia no pós-parto; irmãs participaram dos cuidados; Sogra e família do pai do bebê;
Iara	Marido não queria ter filhos, mas reconheceu a paternidade e participou do processo; Mãe cuidou de Iara no pós-parto; Ângela e outras amigas e vizinhas ajudaram nos cuidados;
Daniela	Marido reconheceu a paternidade e participou do processo; Mãe foi a Riachão para cuidar de seu pós-parto; amigas e pessoas próximas ajudaram nos cuidados; comadre também ajudou;
Naiara	Marido reconheceu a paternidade e participou do processo; Naiara iria para a casa de sua mãe para cuidar do pós-parto, porém decidiu ficar no Riachão, pois suas filhas puderam cuidar dela e do bebê;
Bianca	Marido reconheceu a paternidade e participou do processo; Teve a ajuda de sua filha que já era adolescente no pós-parto; sua mãe também ajudou e muitas outras pessoas ao redor; vizinhas, familiares do marido e irmãs;
Nina	Marido reconheceu a paternidade e participou do processo; Sua mãe cuidou dela no pós-parto e suas tias também;
Flaviane	Marido reconheceu a paternidade e participou do processo; sua mãe ajudou, porém não possui informações detalhadas, uma vez que teve seu filho em Salvador.

Quadro 3. Mulheres participantes e suas relações com o serviço de saúde na gestação: Tempo de gestação no início do Pré-Natal no posto de saúde; Tipo de assistência Pré-Natal; Paridade nesta gestação.

Mulheres participantes	Tempo de gestação no início do PN no posto de saúde	Quantidade de consultas PN	Tipo Assistência Pré-Natal (SUS ou Plano de saúde)	Paridade nesta gestação
Rosa	6 meses	5	SUS e particular	primípara
Ângela	6 meses	4	SUS	4
Caroline	6 meses	4	SUS	primípara
Bárbara	3 meses	4	SUS	primípara
Isabela	2 meses	4	SUS	primípara
Dália	2 meses	8	SUS	2
Flávia	3 meses	3	SUS e particular	1
Jussara	4 meses	5	SUS	primípara
Eduarda	4 meses	5	SUS	primípara
Lilian	2 meses	5	SUS	2
Maria Helena	3 meses	3	SUS	1
Thalia	1 mês	6	SUS	primípara
Iara	6 meses	-	SUS	1
Daniela	2 meses	-	SUS	1
Naiara	3 meses	-	SUS	3
Bianca	3 meses	5	SUS	1
Nina	5 meses *	4	SUS	3
Flaviane**	4 meses	-	SUS	1

* Nina teve sua primeira consulta sem saber se estava de 4 ou 5 meses.

** Flaviane é irmã gêmea de Flávia, mora em Salvador, mas passou uma temporada de dois meses no Riachão. Tentou fazer sua primeira consulta PN no primeiro mês, quando estava de três meses de gestação, mas só conseguiu fazê-la no mês seguinte.

Quadro 4. Mulheres: idade, estado conjugal, paridade (número de filhos), raça/cor (auto-declarado), escolaridade, tipo de parto/local.

Mulheres	Idade que engravidou	Estado conjugal na gravidez	Paridade (número de filhos ao engravidar)	Raça/cor (auto-declarado)	Escolaridade ao engravidar	Tipo de Parto/local
Rosa	31	Solteira	primípara	Negra	Cursando E. Superior	Cesárea/hospital
Ângela	36	Casada	4	Negra	E. Fundamental incompleto	Normal/hospital
Caroline	30	Casada	primípara	Parda	E. Médio	Cesárea/hospital
Bárbara	15	Solteira	primípara	Negra	Cursando E. Médio	Cesárea/hospital
Isabela	17	Namora	primípara	Negra	Cursando E. Médio	Normal/hospital
Dália	25	Casada	2	Negra	E. Superior	Normal/hospital
Flávia	25	Casada	1	Parda	E. Médio (Magistério)	Normal/hospital
Jussara	17	Casada	primípara	Negra	Cursando E. Médio	Normal/hospital
Eduarda	17	Solteira	primípara	Parda	Cursando E. Médio	Normal/hospital
Lilian	26	Casada	2	Negra	E. Fundamental incompleto	Normal/hospital
Maria Helena 2º parto*	27	Casada	1	Parda	E. Superior	Cesárea/hospital
Thalia	18	Casada	primípara	Negra	E. Médio	Cesárea/hospital
Iara	18	Casada	1	Branca	E. Fundamental incompleto	Cesárea/hospital
Daniela	24	Casada	1	Negra	E. Médio	Normal/hospital
Naiara	30	Casada	3	Parda	E. Médio	Cesárea/hospital
Bianca	34	Casada	1	Negra	E. Fundamental incompleto	Normal/hospital
Nina	25	Casada	3	Preta	E. Médio	Normal/hospital
Flaviane	26	Casada	1	Parda	E. Médio (Magistério)	Cesárea/hospital Salvador

* Aqui, conto apenas com o segundo caso de Maria Helena que fora o processo acompanhado em campo.

Quadro 5. Informações das mulheres participantes, seus dados gerais, relatos de parto: Se teve acompanhante, se teve idas e vindas, para onde foram enquanto esperavam a hora, se se tiveram aplicação de soro com ocitocina, se sentiram dor e qual a resposta do profissional, procedimentos de rotina e restrições que tiveram, se foi feita episiotomia.

Mulheres	Tipo de Parto/local	Idade da gravidez	Estado conjugal na gravidez	Paridade (número de filhos ao engravidar)	Raça/cor (auto-declarado)	Escolaridade ao engravidar	Acompanhante no parto?	Teve idas e vindas do hospital?	Para onde foram enquanto esperavam a hora?	Soro "pra dor aumentar"	Dor? Resposta do profissional	Procedimentos de rotina e Restrições	Episiotomia
Rosa	Cesárea/hospital	31	Solteira	primípara	Negra	Cursando E. Superior	Não	Não	Não se aplica	Não	Não	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de comer. Proibida de beber líquido.	Não se aplica
Ângela	Normal/hospital	36	Casada	4	Negra	E. Fundamental	Não	Sim	Casa de apoio e volta para Riachão	Sim	Sim. Negou auxílio: "quem tá sofrendo é você, é você que tem que botar força."	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de comer. Proibida de beber líquido.	Não
Caroline	Cesárea/hospital	30	Casada	primípara	Parda	E. Médio	Não	Não	Não se aplica	Não	Não	Entrou no hospital em cadeira de rodas. Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de beber líquido. Proibida de andar.	Não se aplica
Bárbara	Cesárea/hospital	15	Solteira	primípara	Negra	Cursando E. Médio	Não	Não	Não se aplica	Sim "Mas só que as dor não aumentou"	Não	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de comer. Proibida de beber líquido.	Não
Isabela	Normal/hospital	17	Namora	primípara	Negra	Cursando E. Médio	Não	Sim	Caminhando por Valiosa e Casa de Apoio	Sim	Sim. Negou auxílio: "Quem tem que te ajudar é você. Você tem que botar força. Se você colocar força você vai conseguir"	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de comer. Proibida de beber líquido. Pôde andar.	Sim
Dália	Normal/hospital	25	Casada	2	Negra	E. Superior	Não	Sim	Voltou para Riachão	Sim	Sim. Não mencionou pedido de auxílio. "ela me colocou no soro e saiu"	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de comer. Pôde beber água.	Não

											<i>pensando que ia demorar..." "Parí sozinha."</i>		
Flávia	Normal/hospital	25	Casada	1	Parda	E. Médio (Magistério)	Não	Não	Não se aplica	Sim	Sim. Não mencionou pedido de auxílio. <i>"ai as dores aumentaram ai foi a hora que resolveram fazer a ficha, perguntar coisas, olhar meu exame, ai ela mandou eu fazer força, ai eu fiz força, a bolsa pouco"</i>	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de comer. Proibida de beber líquido.	Sim
Jussara	Normal/hospital	17	Casada	primípara	Negra	Cursando E. Médio	Não	Sim	Voltou para Riachão	Sim	Sim. Não mencionou pedido de auxílio. <i>"Ficam conversando, bulindo em remédio, preenchendo ficha..."</i>	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de comer. Pôde beber água. Pôde andar.	Sim
Eduarda	Normal/hospital	17	Solteira	primípara	Parda	Cursando E. Médio	Não	Não	Não se aplica	Sim	Sim. Não mencionou pedido de auxílio. <i>"fiquei lá a mulher mandavabotar força, botar força... senti muita dor. Uma dorzinha chata vinha e parava, vinha e parava..."</i>	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de comer. Proibida de beber líquido. Pôde andar.	Sim
Maria Helena 1º parto*	Cesárea/hospital	26	Casada	primípara	Parda	E. Superior	Não	Sim	Voltou para Riachão e depois Casa de Apoio	Sim	Sim. Negou auxílio. <i>"Comecei a gritar... Ai já tinha ido minha mãe... Todo mundo pra ver a minha situação... perguntava porque tinha gente que tinha parido e</i>	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de comer. Proibida de beber líquido. Pôde andar.	Não se aplica

											<p><i>porque eu não tinha... ai começou a apelar, todo mundo começou a falar... Eu falei: Doutor, o senhor vai esperar eu morrer pra eu ter o meu neném é? Ai passou oito, passou nove passou dez... passou 12 e eu com tudo que você imaginar de dor... Passou uma... Quando deu uma e meia foi a hora que ele decidiu fazer a cesareana... Porque dès que amanheceu, eu pedi a cesariana... Pedindo... Porque se meu caso não evoluía? Ia lá, fazia exame de toque e nada, não coroava, não aparecia? Porque não era pra ter normal... Era uma coisa pra ele identificar logo.”</i></p>		
Thalia	Cesárea/hospital	18	Casada	primípara	Negra	E. Médio	Não	Sim	Casa de apoio e Riachão	Não mencionou	<p>Sim. Não mencionou pedido de auxílio. “Até que eu não estava mais aguentando... Ai eu fui, cheguei lá e fiquei na sala de espera... Ai o médico foi, ficou lá fazendo o exame de toque... Ai ficou lá pra saber se ia ser normal ou cesárea... Chegou</p>	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de andar.	Não se aplica

											<i>lá, eu não tive normal não..</i>		
Maria Helena 2º parto *	Cesárea/hospital	27	Casada	1	Parda	E. Superior	Não	Não	Não se aplica	Não	Não. Teve seu parto com data e hora marcados.	Tirou a roupa e colocou roupão. Proibida de andar.	Não se aplica

* Aqui, para efeitos de ilustração dos processos parturitivos, dos quais tive conhecimento entre as participantes, estão incluídas as informações fornecidas por Maria Helena em seu primeiro e segundo parto.