

Escapando à vida. Em torno das experiências de maternidade na comunidade de Boa Vista

Ana Gretel Echazú Böschemeier
Mestranda em Antropologia Social
gretigre@gmail.com

Trabalho apresentado na XVI Semana de Humanidades, Junho 2009.
Universidade Federal de Rio Grande do Norte

Imagens da maternidade

Enquanto pesquisadora, e em termos reflexivos, foi preciso definir e trabalhar com as próprias concepções da sociedade dominante sobre a maternidade durante o processo da pesquisa. Para facilitar a análise dessas noções difusas, impressas no senso comum, resolvi definir duas imagens. Uma dessas imagens é aquela da “*maternidade moderna*”. A outra, a da “*maternidade medicalizada*”.

Posso defini-la como uma imagem recorrente que tem se transformado em senso comum a partir de meados do século XX: A mãe é representada por uma mulher de mediana idade, que fica cozinhando em casa e espera aos filhos chegarem da escola e ao marido vir do trabalho. Essa imagem, a pesar de parecermos trans histórica, tem uma origem definida, nos Estados Unidos na década dos ´50, em virtude das transformações impostas nas famílias e no mercado de trabalho. Castilla (2005: 198) descreve à “boa mãe” como uma construção “*da sociedade norte americana (...) [que retrata a uma] mulher de classe meia, casada, protestante, heterossexual e branca, completamente dedicada a seus filhos e amorosa com eles*”.



Por outra parte, é comum para nós lidar com imagens medicalizadas da maternidade, pensadas a través de uma configuração discursiva que tem na medicina sua principal fonte de significações. Os modelos médicos, como conjuntos de saber – poder historicamente localizados, não agem diretamente sobre os corpos, mas através de representações. O modelo da Atenção Primária em Saúde, estabelecido na maioria dos países latino americanos em torno da década dos ´80, opera na base de uma idéia de família altamente biologizada, cuja célula se constitui ao redor da *díada mãe-filho* (Badinter, 1981). Longe de representar uma realidade atemporal, a *díada mãe – filho* constituiu-se como objeto na Europa de meados do século XIX (Donzelot, 1990), e é fortemente ressignificada no contexto de todo o século XX.

Já a finais do século XIX, as políticas asilares decaem, e são elaboradas fortes campanhas de treinamento de mães em cuidado e alimentação da criança (nesse momento, a chamada puericultura) no marco de um fortalecimento do processo de privatização da vida familiar. Toda uma pedagogia é produto desse projeto civilizatório, no qual as mães resultam alvo de fortes intervenções orientadas ao controle do próprio corpo e do corpo da sua descendência. Com o estabelecimento do higienismo nas primeiras décadas do século XX no Brasil, toda uma série de dispositivos foram estabelecidos com o fim de fixar as práticas relativas à reprodução dentro do modelo da *díada mãe-filho*, por uma parte, e das instituições sanitárias, por outra. Um momento chave, relativamente recente, no estabelecimento desses esquemas de intervenção é representado pelo surgimento da Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Nas políticas de saúde internacionais criadas sobretudo depois da segunda pós – guerra, no marco do *discurso do desenvolvimento* (Escobar, 1996) o aleitamento materno encontrou - se como voz autorizada em agendas crescentemente tendentes a apoiar o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, a atenção primária e às soluções tecnológicas simples aos “*problemas da pobreza*” mundial. Desde a conferência de Alma-Ata em 1978, até nossos dias, a medição da prática do aleitamento materno é parâmetro chave nas intervenções tendentes à redução da morbi – mortalidade infantil, sobretudo em países do “*terceiro mundo*” (Schuftan, 1990; Scheper – Hughes e Sargent, 1998; Ollila, 2005). Esses estudos formam parte de uma série de práticas e políticas dirigidas à *população materno infantil*, categoria que vem designar aos grupos mais vulneráveis do mundo pobre, crescentemente empobrecido depois do processo de ajuste e reconversão estrutural dos anos ´80 (Scheper – Hughes e Sargent, 1998). A unidade indissociável entre mãe e filho, dentro de uma visão reducionista das relações sociais, é a pedra de toque destas intervenções. O espaço no qual elas penetram é, basicamente, aquele das periferias do mundo (Echazú, 2007).

Porém, se olharmos para as experiências de “maternidade” na comunidade em estudo, percebemos múltiplos *desvios e irregularidades* respeito do modelo estabelecido no espaço doméstico, medicalizado e sob a organização da diada mãe - filho. Existem múltiplos casos de mulheres que trabalham ou trabalharam fora das suas casas, no roçado. De mulheres que passaram a primeira parte da sua juventude trabalhando e morando em casas de família. De mulheres que criaram seus filhos sem o seu pai biológico, por causa de nunca ter tido reconhecimento, por separação, ou por morte. De mulheres que criaram só indiretamente seus filhos, enquanto era a avó quem criava e era chamada de mãe. Nessa complexidade de situações vitais e mutáveis descobrimos que existiam na comunidade da Boa Vista uma multiplicidade de idéias sobre a maternidade, expressada no uso nativo de diferentes noções de *mãe*. A mãe de leite, a mãe de criação, a mãe de nascimento (é dizer, a parteira), a avó biológica que é chamada de mãe; também não podem ser esquecidas as figuras próximas àquela, como a madrinha, a tia, a babá.

Assim, encontramos-nos diante de um universo no qual *mãe* não era representada por uma só pessoa. Da mesma forma, a *maternagem* não se encontra fixa dentro dos limites do espaço domiciliário. A família nuclear é uma unidade respeitada em termos do

discurso (todo mundo reconhece esses laços), mas tal construção convive com uma série de relações de pertença e dependência com as gerações anteriores. Tais diferenças podem-se expressar no espaço. A análise do uso da rede de espaços domésticos das pessoas da comunidade permite uma maior compreensão dos esquemas e idéias que estão operando nos relacionamentos que constituem a vida cotidiana dessas pessoas.

Família e gerações

É interessante o fato que comenta Louis Marcelin, sobre a concepção dominante de família que tem marcado as pesquisas sobre família e parentesco do meio popular em América Latina. Uma abordagem presa de *juridismo* teórico e com uma concepção *miserabilista* das classes populares faz com que os agentes familiares sejam concebidos como produto da estrutura da organização familiar, fazendo com que esses agentes pareçam incapazes de produzir um mundo e habitá-lo simbolicamente (Marcelin, 1999). É preciso reconsiderar as dicotomias tradição – modernidade, que conjugavam os espaços rurais à tradição e à família, enquanto os urbanos estavam constituídos por laços individuais. É interessante pensar alguns usos do corpo no contexto do quilombo da Boa Vista dos Negros como formando parte desses projetos de subjetivação pelos quais os sujeitos se constituem como únicos e diferenciados dos outros –sobretudo em termos generacionais. Assim, o impacto de novas políticas de saúde como a atenção do parto nos hospitais pode ser interpretada em função dessas variáveis, como resposta das gerações mais novas às mais velhas, em termos de uma afirmação identitária que, no contexto do capitalismo moderno, pressupõe uma quebra entre as gerações.

A casa e a circulação de pessoas

Por suas características básicas para a reprodução da vida, a casa é pensada em termos da junção entre as ordens natural e social. Para Marcelin (1999), “*um estudo da construção social e os modos de habitar dos agentes no meio popular (ou seja, da casa) é determinante para apreendemos os sentidos das relações sociais, investidas na experiência familiar e do parentesco, em sua complexidade*” (p. 33).

A respeito da composição das famílias, em alguns casos podemos encontrar aquela associação que tem sido chamada pela socioantropologia de *matrifocalidade*. São matrifocais as unidades domésticas organizadas ao redor da figura materna, encontrando-se o pai ausente, temporal ou definitivamente.

A respeito do modelo de família nuclear fixado na casa, a minha própria concepção teve que ser redefinida. Na minha pergunta do *survey*, *com quem você mora?*, trouxe a questão da circulação permanente que muitas pessoas tem dentro e fora da comunidade, dentre as casas. P, de 50 anos, me disse “*morar, moro só eu... mas dessa casa entra e sai muita gente*”. M, de 30 anos, falou no momento da entrevista:

“Aqui eu estou passando um tempo. Lá [ainda no sítio da Boa Vista] sou eu, minhas filhas, meu marido. Aqui é mais gente... Márcia [irmã], José [sobrinho], Francisco [avô], Maria Fernanda [filha], Fláviana [filha]”

Em geral, as pessoas que moram mais perto da casa são os próprios familiares. Assim, as relações familiares e de vizinhança encontram-se, em algum ponto, superpostas. Em termos de observação, foi possível definir a entrada e saída de diversas pessoas na casa onde eu fico sempre. Irmãs e irmãos de Preta, a dona de casa, primos e primas das crianças, cunhadas, vizinhas e vizinhos, vão e voltam, entram e saem em muitos momentos do dia, e com diferentes objetivos. Em alguns casos, é para levar algum alimento (podem ser ovos ou frutos de umbú). Em outros, é para olhar as novidades (Preta vende calçados desde o ano passado). Em época de festa, as pessoas, sobre tudo mulheres, entram e saem levando e trazendo roupas, acessórios e cosméticos. Também têm várias pessoas que vão na sala da casa, acendem o DVD e assistem recitais (religiosos em alguns casos, de forró em outros).

Existe o caso de pessoas que moram *na rua*, que é a categoria local para se referir ao espaço urbano mais próximo, a cidade de Parelhas. Essas pessoas, muitas delas empregadas domésticas que trabalham em “*casas de família*”, voltam para suas casas durante o final de semana.

As estrutura das casas apresenta uma configuração similar. Geralmente, elas não tem cerca exterior de nenhum tipo, e nem sempre eles batem a porta exterior da casa, que se encontra quase aberta quase o dia inteiro. As portas dentro dos domicílios quase não existem, existem panos pendurados, e as janelas, que são de madeira, não tem cortinas. Existe uma alta circulação dentro dos espaços da casa, inclusive os quartos.





Com o fim de conhecer as percepções de crianças e jovens da comunidade sobre seu próprio espaço, tanto material quanto imaginário, e das relações que sobre ele se constroem, montei o esquema de uma série de oficinas de expressão plástica. Já foram realizadas três delas na comunidade, uma em Agosto de 2008 e duas em Maio de 2009. Na oficina de Agosto de 2008, eu pedi para eles desenharem às pessoas que fazem parte das suas famílias. Isabel, de três anos, desenhou a família, composta pela mãe, pai e irmão, e a **casa** da vovó. Eu fiquei surpresa pelo elemento diferente que aparecia no desenho. Quando eu pedi para ela descrever que tinha no desenho, Isabel falou: “*a casa da vovó é [da] vovó... mas eu vou*”. De fato, Isabel mora a menos de 50 metros da casa da sua avó paterna, e não existem cercas que dividam o território de uma casa do território da outra. Ela passa parte do dia sendo cuidada e alimentada na casa da avó.

É comum ver às crianças irem almoçar ou assistir televisão na casa de alguma das duas avós, materna e paterna. Inclusive nós, Preta¹ e eu, fomos várias vezes para as casas dessas mulheres (a mãe de Preta, que mora a uns 200 metros, e a sua sogra, que mora a uns 70 metros). Seja para conversar, assar milho ou levar algum objeto, nós fazíamos parte dessa grande circulação de pessoas entre as casas. Várias vezes pensei na importância do conceito de intimidade deve ser revisado em virtude dessas circulações efetivas entre pessoas. Também assim, o conceito de família e de maternidade.

É comum o convívio entre pessoas de várias gerações no mesmo espaço doméstico. Existe também uma familiaridade em relação à convivência entre gerações num quarto só, coisa que foi perseguida pelo pensamento social e higiênico europeu de finais do século XIX (Donzelot, 1990). Assim, a ruptura propiciada pelo processo de “nuclearização” das famílias, é dizer, o deslocamento da nova família para um novo lugar, e o convívio entre só duas gerações, *mãe – pai e filho*, não acontece na maioria dos casos estudados. Nas casas onde fiz as entrevistas, moravam três e até quatro gerações, como no caso de duas mulheres com bisnetos. Também há muitos casos nos quais tios-as e sobrinhas-as convivem sob um mesmo teto.

Diversas maternidades na comunidade da Boa Vista

Em dissidência com a observação unívoca da maternidade proposta pelas políticas sanitárias ao longo do século XX, existem na comunidade da Boa Vista traços que nos falam de outro tipo de relações sociais. Eles referem a outras formas de conceber a maternidade e a feminidade, outros registros a partir dos quais se estabelecem laços, alianças e responsabilidades entre *mães e filhos*. Isto não quer dizer que não existam correspondências com esse modelo “*medico ocidental*”. Tais pontos em tensão entre os dois modelos serão analisados numa etapa mais avançada da pesquisa. No momento, é preciso tentar sistematizar todas essas expressões esparsas que podem abrir a

¹ Preta é a primeira pessoa que conheci da comunidade, indicada pela minha orientadora, Julie Cavignac. Ela tem 33 anos, e dois filhos. É a atual presidenta da Associação Comunitária. Quando eu vou na Boa Vista, é ali que deixo as minhas bagagens, y onde a maioria das vezes me alimento e durmo. Considero Preta não só a minha “informante” principal, mas também uma pessoa com a qual converso e discuto uma diversidade de questões referentes à comunidade. Em nossas conversas cotidianas, temos criado um laço de amizade que, como ela me disse, “*não tem a ver só com o teu trabalho*”.

problematização sobre a maternidade no nível local desde a concepção reducionista do modelo mãe – filho e da família nuclear para o espaço das relações sociais mais amplas, dos afetos, das motivações. Assim, tentaremos inventariar os diversos usos do termo “mãe”.

Nos relatos, aparece freqüentemente a figura de parteiras domiciliárias que eram chamadas de “mãe” pelas crianças que eles pegaram. Tal nomeação se mantinha durante toda a vida. Elas são referidas também como “*mães de umbigo*”. Segundo M. F; de 78 anos, “*não foi uma parteira só [quem pegou seus filhos]. Cada um dos meus filhos têm uma **mãe de imbigão.***”

Por outra parte, tinha mulheres que, por diversas causas, amamentaram com seu leite a crianças de outra mulher. Elas eram chamadas de “*mãe de leite*”. Até o momento, só escutei um caso referente a essa categoria: “*a minha tia me amamentou... ela é a minha mãe de leite*” (M; 58).

Tem, ainda hoje, as avós que criaram os netos, e elas são chamadas também de “*mãe*”, enquanto a mãe biológica é chamada pelo nome. Tal é o caso de J. P; que chama de mãe a sua avó materna. Segundo ela, todos os netos a chamam de vovó, com a exceção de um:

“Tudo vovó. João Paulo só me chama de mamãe. Quando ele nasceu, as meninas chamavam de mamãe, e ele veio copiar o que as meninas diziam, tadinho. Aí chama de Teca, à mamãe Teca.” (G; 78 anos).

No caso de outra entrevistada que tem a mesma idade da anterior, todos os netos a chamam de vovó, com exceção de uma: “*Bárbara, que foi criada junto comigo, me chama de mãe*” (M.F; 78 anos).

Uma bisavó de 81 anos, ante a pergunta de se algum dos seus netos a chama de “*avó*”, ela responde:

“Tadinho chama! Só dos bisnetos me chamam de vó. Tem quatro que me chama de “mãe mesmo”, porque fui eu que criei. Todo resto me chama de mãe Quintina”.

Existe uma interessante diferenciação entre essas duas categorias que a entrevistada estabelece no depoimento anterior. Uma, “*mãe mesmo*”. A outra, “*mãe + nome próprio*”. No primeiro caso, parece referir-se à uma categoria que se adquire através do cuidado da criança durante a infância cumprindo o papel de mãe com todas as responsabilidades inerentes à criação².

No caso da categoria “*mãe + nome próprio*”, ela já parece ser uma categoria que dota de autoridade à figura feminina. Autoridade em termos de idade, e em termos de ter construído toda uma linha de pessoas mais novas a partir das relações mãe – filha – neta. Um termo transmitido só em virtude da descendência feminina.

Existem também “*mães de criação*”, que se diferenciam das mães biológicas, e cuja identidade não parece permanecer oculta para as crianças. Nos vários casos que encontrei, elas sabem que foram criadas por pessoas que não eram as suas mães biológicas, e mostram-se agradecidas por isso. Tal é o caso de F. I., de 15 anos, com a sua mãe de criação, M.F (69): “*Uma sobrinha minha de Currais Novos trouxe ela com menos de vinte e quatro horas de vida*”.

Segundo Marcelin (1999), quem trabalha com comunidades *negras rurais* do Nordeste, é importante considerar não simplesmente o laço de sangue, mas também “*a consideração*”. O sangue, por si só, não basta: o parente só é parente enquanto ele é “reconhecido” enquanto tal (Marcelin 1999: 45). Consideração sugere um conjunto de proposições partilhadas pelos agentes sobre o que eles entendem como obrigações morais contidas nas noções de parente e família. O uso da família é, neste contexto, seletivo: os agentes selecionam aos seus parentes, ou aderem a eles de acordo com seus interesses específicos.

Já saindo do contexto literal do termo “*mãe*”, e explorando categorias com significados próximos, é interessante nos deter na categoria de *madrinha*. Em alguns casos, as mulheres parteiras, ou as que *pegaram* as crianças ao nascer, não são chamadas de *mães*, mas de *madrinhas*. F; 59 anos, afirmou: “*a parteira era madrinha minha*”.

² Acredito que a noção de “*responsabilidades inerentes à criação*” deve ser problematizada e contextualizada. Imagino que ela não se mantém igual a través do tempo, quando são tão diferentes os discursos a partir dos quais opera a significação da instituição da maternidade.

Também existe uma alta probabilidade que mulheres que não tiveram filhos sejam escolhidas como madrinhas. O caso de M., uma mulher de 50 anos definida por si mesma e pelos outros como *galega*, que mora na periferia da comunidade e que não teve filhos, relata com detalhe os vários afiliados que ela já tem. Nesse contexto, ser madrinha parece representar um símbolo de honorabilidade acumulada através da diversidade de possibilidades de instâncias rituais que habilitam o ser *madrinha*:

“Não, não tenho netos nem filhos, mas tenho afiliados. 1 de batismo, 2 de apresentação, 4 de crisma Só não tenho de consagração.... Também tenho dois de fogueira de São João
“ (M; 58).

A polissemia do termo *mãe* nos traz material para refletir sobre a diversidade de significados elaborados ao redor de uma categoria, e, por trás disso, de uma experiência subjetiva como a da maternidade. Como vivenciam essas mulheres a maternidade hoje? Como a vivenciaram ontem? Sentem-se satisfeitas com a criação dos filhos? Sentem-se acompanhadas? Quais são seus medos? Quais valores norteiam a codificação de suas próprias experiências subjetivas em termos de uma experiência socialmente constituída? Como é criada e reinterpretada essa identidade materna? Ela é única, ou se encontra em relação com outras identidades? As idéias sobre a morte infantil podem trazer alguns elementos para a reflexão sobre a construção social da experiência da maternidade no caso das mulheres – mães da Boa Vista.

Como nascer, aonde nascer

Segundo N; uma entrevistada da geração dos ´50, “ *todos nós somos nascidos na casa*”. Mas tarde, abriram a maternidade na cidade próxima de Parelhas, e “*muitas mulheres não davam valor, ir aí... mesmo estando a ajuda aí, a gente tinha que andar atrás*”. O caso dessa mulher é particularmente interessante, pois ela é formada na área das ciências da saúde, na profissão de enfermagem. Assim, seus comentários possuem uma dúplici perspectiva, tanto interior às concepções culturais sobre a maternidade, quanto exterior, estabelecida pela sua formação nas ciências da saúde. É por causa da influência da sua formação que ela se considera uma daquelas pessoas que “*tinham que andar atrás*” para que as mulheres acessem a dar à luz seus filhos na maternidade.

A partir dos dados das entrevistas, cotejados com a data de nascimento dessas mulheres foi possível definir que na década do ´30 do século XX as mulheres nasciam, por definição, nas próprias casas. Casas bem precárias “*casas de palha*”, ou casas cedidas pelo patrão na terra dele, mas casas próprias, onde elas moravam e transitavam a sua cotidianidade. Já nos anos ´50 e ´60, existe uma mudança significativa. Em alguns casos, nas histórias de parto dos irmãos que as mulheres narravam, existia um irmão que tinha sido o primeiro em nascer em maternidade. Para o caso das mulheres da faixa etária média de nossa amostra (entre 48 e 59 anos), cinco foram os casos de nascimento hospitalar e dois os casos de nascimento em maternidade. Uma das entrevistadas foi a primeira dos irmãos em nascer em maternidade, no ano 1959. Outra mulher entrevistada foi a primeira dentre os irmãos em nascer em maternidade, no ano 1956. Já no caso das mulheres mais novas, dentre 20 e 34 anos, três delas nasceram em maternidade e duas delas em casa. Isto sugere que ainda entre fins dos ´70 e inícios dos ´80 as mulheres não recorriam massivamente à maternidade para dar a luz seus filhos. Já no caso dos filhos dessas mulheres mais novas, que nasceram entre os anos ´90 e 2000, a sua totalidade nasceu na maternidade Dr. Graciliano Lordão, da cidade de Parelhas.



³ Fonte: www.prefeituradeparelhas.net. Acessado em: 27-05-09.

“Doulas” e parteiras

Mesmo que a maternidade seja considerada atualmente, pelo menos no nível explícito do discurso, o *melhor lugar* para dar à luz, pude recolher muitas impressões sobre as parteiras e outras familiares envolvidas nos processos de parto e pós - parto. Elas são lembradas em um tom muito positivo: eram pessoas queridas. A referência a um espaço de intimidade e compromisso social e afetivo vá tornando-se mais definida na medida em que as entrevistas avançam. Há algumas referências específicas a mulheres que assistiam à mulher parturiente e atendiam às necessidades derivadas do pós – parto:

“[A minha irmã] era quem se encarregava de me ajudar com as coisas da casa... [hoje] eles têm o carinho maior por ela... ela é aquela coisa que tem aquele cuidado... aquela coisa demais!” (P; 36).

Em outro caso:

“[Quem ia em casa era] a minha cunhada, Juliana, **quando mamãe morreu**, eu estava de resguardo, era tão boazinha, cuidava de mim, lavava os panos dos meninos” (G; 78).

Assim, temos o caso de uma irmã e uma cunhada que se encarregavam do cuidado da mulher - mãe durante o pós – parto. No mundo urbano moderno, há organizações que tentam resgatar essa figura da mulher que acompanha à mãe durante o pós – parto. Internacionalmente, ela é chamada de *doula*. A palavra provém do grego, e significa *mulher de serviço*. Nas redes atuais de acompanhamento às mulheres – mães, elas são definidas como “acompanhantes de parto, responsáveis pelo conforto físico e emocional da parturiente durante o pré-parto, nascimento e pós-parto”⁴. No contexto atual, o que a *doula* faz é considerado um serviço profissionalizante, e pago com dinheiro. No contexto da Boa Vista, parece existir certa responsabilidade feminina em acompanhar a parturiente em virtude de laços de consangüinidade (caso da irmã, e das mães) e de aliança (caso da cunhada).

As parteiras eram pessoas que, por determinados motivos que ainda não cheguei a conhecer, prestavam um *serviço* para essas mulheres. Aqui devo fazer uma ressalva. O

⁴ Fonte: www.doulas.com.br. Acessado em 25-05-09.

uso da mesma categoria de *serviço* parece-me um pouco desconfortável aqui, pois uma prática que envolve rezas e outras questões espirituais deve ser diferenciada das práticas racionais de intercâmbio de força de trabalho por algum benefício material desenvolvidas pela lógica das relações capitalistas.

Já temos dito que muitas das crianças que essas parteiras *pegavam* foram chamadas por eles de *mãe* ao longo da vida. Podemos imaginar, então, um mundo de dádiva, aonde as parteiras devem ter sido pessoas consideradas como muito especiais, que prestavam seu serviço como um ato de doação que transcendia barreiras sociais:

“[A parteira que me pegou foi]... Mãe Gardina Maria de Jesus; era a parteira daqui. De todo mundo, brancos e pretos” (Q; 81).

“Ela pegava todas as criancinhas que nasciam” (F; 59).

*“Minha mãe dizia que tinha sido a Mãe **Gardina**. Agente chamava ela de mãe. Ela pegou menino até que não podia mais. Ela rezava uma oração que só ela sabia”* (G; 78).

“Elas rezavam. Tinha duas que rezavam, as outras não” (M. F; 78).

Em contrapartida, o que recebiam essas mulheres? Ao longo das entrevistas, ficava muito claro que não era em dinheiro o pagamento pelo serviço de dar à luz:

“Não cobrava nada, eu não dava nada, também não tinha!” (Q; 81).

“Aí agente dava vestido, dava coisa para ela” (G; 81).

“A gente dava presente, às vezes elas queriam, às vezes nem queriam” (M.F; 78).

Segundo a fala das entrevistadas, não existia pressão econômica nenhuma sobre elas a respeito da contraprestação pela assistência da parteira. Pode ajudar na explicação desse interessante detalhe o fato de que as parteiras encontravam-se vinculadas à rede social mais ou menos próxima das mulheres parturientes. Algumas delas eram “*tias*” das mulheres (como no caso M; de 58 anos). Porém, não era necessário que façam parte da família ou mesmo da comunidade:

“Dona Sivirina [foi quem me pegou]... Morava no olho d’ água seco. Não era família, era uma galega” (T; 48).

“...Ela morava no Aldeagar Seco, e vinha para a Boa Vista quando a mulher adoecia” (G; 78).

De fato, as parteiras podiam morar relativamente longe das casas das mulheres. Foram vários os casos que relatavam a apresada procura, pela parte do esposo da mulher, dessas parteiras:

*“Todo mundo vinha buscar ela, de cavalo, de cela. **Ai o dono da mulher trazia dois burros, um pra ele, um pra ela**” (G; 78).*

O esposo da mulher é aqui chamado de *dono* dela. Podia ir caminhando ou de burro. Voltava com a parteira. Já no caso da transição para o atendimento em instituições hospitalares, a mesma entrevistada relata a procura do marido não na famosa maternidade de Parelhas, mas na de Carnaúba dos Dantas, um pouco mais distante:

“José botava um chapéu na cabeça, ia na carreira para Carnaúbas, e voltava de carro com a enfermeira” (G; 78).

A parteira chega dentro de um contexto familiar onde estão estabelecidas certas relações de gênero. Nesse marco, as relações de gênero condicionam o estado psicológico das mulheres grávidas, e parecem ser importantes marcas na definição de doenças e mal-estares durante a gravidez e o pós-parto. No caso das narrativas referentes à mortalidade infantil, aparece fortemente a figura do *esposo* em diferentes instâncias.

Filhos que morreram

*“Esse filho morreu porque tive ele em casa...
com medo de chamar porque o marido
estava durmindo” (F. S; 59)*

É freqüente a alusão as mortes infantis na narração da própria história vital. Podem ser as mortes de irmãos ou filhos. Essas histórias são narradas com dor, mas com certeza elas não pertencem ao campo do indizível. Elas parecem muito elaboradas, e são contadas em forma detalhada pelas mulheres entrevistadas. Aparecem nos relatos aspectos da relação entre as mulheres e seus parceiros, com o sistema de saúde, com o perigo, com as concepções sobre o destino e sobre a inevitabilidade. Segundo as minhas entrevistadas, existiram casos de filhos que morreram por causa do medo da mãe durante a gravidez:

*“Um bico doce tocou as minhas costas e me deu um **medo grande**. Eu falei para meu marido ‘eu estou sintindo uma tremura que só, é um negócio nas minhas pernas’. Aí [o marido] falou que eu tinha medo. Aí o menino morreu. Aí era o primeiro macho. Aí a gente chorou que só” (G; 78).*

É interessante perceber a afirmação da entrevistada sobre o marido, *ele falou que eu tinha medo*. O medo não aparece aqui como uma mera sensação subjetiva, mas como um estado particular, um tipo de doença, que gera efeitos físicos muito concretos. No caso de outro depoimento:

*“Mamãe quase morre, adoeceu, ficou **inchadona**. Quando se deu conta, a cobra estava no ombro dela. Papai foi quem primeiro viu, mas ele ficou calado. Ela olhou, deu o grito, a cobra caiu. Na mesma hora que ela deu o grito e caiu, aí ela melhorou, já foi detrás de assistente. O bebê nasceu logo, mas nasceu morto. Tudo roxo” (M; 78).*

A morte das crianças é percebida com muita aflição. Porém, não parece trazer o peso social que envolve no contexto urbano- de classe média- contemporâneo a morte de uma criança para a família inteira, e sobretudo para as mães, que podem sentir a impossibilidade de reconstruir suas vidas a partir desse acontecimento.

A loucura parece estar relacionada com elementos exteriores, e não psicológicos. Segundo contam as mulheres da comunidade, S. enloqueceu durante o primeiro *resguardo*, quando o marido levou uma briga com ela. O *resguardo*, termo local utilizado em lugar do termo médico pós-parto, parece-me como um momento *de risco*. Mas não risco em termos da epidemiologia médica, senão em termos daqueles espaços

nos quais a divisão sagrada entre pureza e perigo pode vê-se afetada (Douglas, 1976). A categoria nativa para parto é *descanso*. A categoria nativa para entrar em trabalho de parto é *adoecer*. Segundo G, de 78 anos, “[a parteira morava em outro local, e] vinha para a Boa Vista quando a mulher **adoecia**”.

Existe uma relação entre o aleitamento e a morte das crianças que de fato deve ter acontecido várias vezes, de acordo com as recorrentes mortes infantis. Uma entrevistada o expressa: “*Adrian foi quem amamentou mais, porque os que morriam deixavam o leite, que ficava tomando o mais velho*” (Q; 81).

Outra das minhas entrevistadas falou, a respeito da morte de um de seus irmãos: “*Um deles nasceu sem cérebro, ainda viveu dias, mas não escapou não!*” (S; 34). Nessa expressão se confirma a metáfora de *escapar à vida* que outra das mulheres entrevistadas utilizou. A fome limitou significativamente os comportamentos alimentares, e significou para essas mulheres a vivência da maternidade como uma luta, onde as estratégias cotidianas representam um permanente “*escapar à vida*” (Q; 81 anos). A vida parece ser concebida aqui como uma entidade que arrasa a existência das pessoas, e da qual elas devem fugir. A idéia de vida se recupera como um cenário um tanto inóspito em termos de significado: “*antes, a gente não tinha nada*” (idem). A doença faz parte daquelas forças da vida que atingem às pessoas: “*tive cólera... passei sete dias acamada... mas escapei... sempre escapando, sempre escapando*” (idem). Também a idéia de “*escapar à vida*” é utilizada para dar sentido às mortes infantis: “*tive 13 [filhos], escapou 7, 6 foram embora*” (idem). Nesse contexto, o aleitamento materno aparece não como sendo um direito, nem como obrigação das mulheres – mães, mas como estratégia de supervivência que pouco se discute.

Porém, não seria adequado reduzir a significação da amamentação à mera supervivência. Ele está vinculado a outras sensações vitais, convertendo-se numa experiência com forte significação social no contexto estudado.

A amamentação

- A senhora sabe se foi amamentada?

- Ah, mamei tanto!

M; 50 anos.

As percepções sobre a amamentação são quase sempre cheias de alegria e abundância. Em contraposição aos discursos sobre a *fome* no passado. Como já relatei em outra parte, a *fome* na comunidade da Boa Vista parece ser um eixo significativo ao redor do qual se organizam as memórias e as experiências cotidianas. E não só as experiências de alimentação, aleitamento e criação dos filhos, mas também outras como as de relacionamento com os maridos, com os pais, e com o mundo de fora da comunidade.

A diferença daquele espaço da *fome*, à qual todas as mulheres referiram-se em algum momento, os discursos sobre a amamentação são sempre de abundância e prodigalidade, o qual não acontece em outras culturas (Echazú, 2007). O leite, em termos gerais, é muito, e dele pode-se alimentar o filho até uma idade relativamente avançada. De fato, das quinze mulheres visitadas na primeira instância do *survey*, dez afirmaram explicitamente ter mamado “até ficar grandes”, o qual se considera que é dois, três, ou mais anos. Quatro alegam ter mamado “pouco” por diferentes motivos: por conta do *bico* da mãe (mamilo, segundo o dicionário da língua portuguesa), por causa de um afastamento físico da mãe (teve que ir morar na cidade de Natal) e, em um caso, por conta da rapidez com que a mulher engravidava. Só uma afirmou nunca ter sido amamentada.

A respeito dos próprios filhos das mulheres, as respostas foram similares. Das quinze mulheres entrevistadas no primeiro *survey*, sete amamentaram a maioria de seus filhos “até ficar grandes”. Outras cinco os amamentaram “pouco” (em faixas de idade definidas entre os 5 e 9 meses), uma se encontrava amamentando a sua filha de um ano e outra nunca tinha tido filhos.

Ser amamentado é considerado um privilégio, um plus afetivo que não deve ser negado às crianças. Assim, a possibilidade de não amamentar só se justifica em termos de

prescrição médica ou impossibilidade orgânica (como no caso do mamilo retraído ao qual se referiu uma entrevistada).

“A gente vive em casa, vai amamentando quanto pode! (olhando para a filha menor) Ô bichinha para gostar de mamar! To pensando já em tirar...” (S; 34).

Outra entrevistada comenta, a respeito da sua própria experiência como criança:

“Fui [amamentada] dois anos. Ela [minha mãe] dizia que eu era muito desenganada, não podia ir no chão, nem na rede. Eu era muito querida, eram oito homens, mulher era só eu” (M. F; 80).

Ser amamentado significa, nesse contexto, ser querido, valorizado e bem recebido no contexto familiar. Muitas mulheres não sabem dizer por quanto tempo elas foram amamentadas, mas indicam determinados fatos importantes que organizam a sua memória. E acho que não é por conta da falta de lembrança, mas porque em outras épocas o tempo cronológico não era determinante em certos processos, como amamentar. Como marcadores temporais eram, sim, determinantes, o estado da mãe e da criança.

A respeito do desmame, é dizer, do cese no processo de aleitamento, em alguns casos é a mulher quem decide que a criança deve parar de tomar, em outros é o médico, em outros e segundo os depoimentos das mulheres, é a criança mesma:

“A primeira foram 5 meses, parou porque ela não quis mais” (M; 33).

“Todos os onze. Até dois anos, três anos. Aí eu tirava. Dava trabalho demais” (I; 52).

“Eu engravidava, tem essa história que o leite fica ruim, aí eles abusavam” (I, 52.)

Era recomendada uma erva chamada *babosa* para aquelas mulheres que queriam efetuar o desmame:

“[A minha mãe] passava uma erva, “babosa”, no peito. Eu sentia o amargor, então não queria tomar mais” (M; 50 anos).

A planta existe na comunidade, há alguns exemplares em determinadas casas, e se usa também para tratar a pele e o cabelo.



O seguinte depoimento dá uma imagem interessante e complexa de uma experiência de amamentação:

"[Amamentei meu filho] Três anos e onze meses. Pata tirar... eu estava fraca. Fui para o médico, mas ele falava que não tirasse de uma vez só. Aos poucos fui diminuindo... Até três anos, ele não comia NADA. Era só mamar. E não era magro! Era gordão. Aí ele começou comer, mas já comida de panela mesma. Nada de mingau. Não quis saber de mamadeira" (F; 50).

No presente depoimento, se nota a incidência da prescrição médica no comportamento da mulher. Porém, segundo as categorias da medicina atual, três e quatro anos são considerados períodos de amamentação "prolongado", e, segundo a opinião de diversos médicos, desnecessários quando não indesejáveis. Porém, a experiência de desmame dessa criança representa, segundo meu ponto de vista, uma experiência de mínima intervenção médica (quem recomenda o aleitamento entre 6 meses e um ano). Também difere das recomendações dos médicos pois não recorre à série de alimentos "complementares" especialmente feitos para bebês, que segundo a opinião médica

⁵ Planta de babosa do quintal da casa de Damiana. Boa Vista. Junho 2009.

facilitariam a transição entre o leite de peito e a comida "normal", "de panela mesma", da casa.

Apesar de existir uma sensação muito positiva por parte das mulheres das suas próprias experiências de amamentação das crianças, existem casos nos quais não pareceria ter sido assim:

“Uns mamaram, outros não. Não pegavam o peito porque o bico estava muito dentro. Não tinha o bico. [em compensação] dava leite de lata, ou de gado. “araruta”, para fazer mingau. Em mamadeira de plástico” (F; 59).

Não fica claro se a experiência de não amamentar para essa mulher teria sido ruim, num contexto onde a amamentação parece ser um valor tão bem ponderado socialmente. Por outra parte, os elementos passíveis de serem consumidos, como a mamadeira, podem ter um impacto positivo como fornecedores de um certo "capital simbólico" entre essas mulheres. O conhecimento e acesso à informação médica podem representar um adicional similar em termos de capital simbólico. Enquanto as mulheres colocam em prática, o dizem fazê-lo, as prescrições médicas, podem ser consideradas como merecedoras de um corpo sadio e de uma categoria de cidadãs responsáveis, em termos da civilidade que o comportamento médico prescreve.

Daí que seja interessante analisar em termos contextuais a fala de uma entrevistada da comunidade, formada em ciências da saúde, que atualmente trabalha e mora em Natal. Diante da pergunta sobre a frequência do aleitamento entre as mulheres da comunidade, ela afirma: *“elas foram muito bem conscientizadas nisso. Isso não foi difícil, sabe? Não é difícil porque elas tinham consciência... até demais, sabe? Do limite... todo mundo ali mamou muito tempo. O essencial era 6 meses, mas ali as crianças mamam até grande, grande...”* (N, 46). De acordo com as expressões de todas as entrevistadas, a amamentação parece ter sido uma prática social altamente valorizada. Assim, é possível pensar que perante as prescrições das políticas de saúde, a amamentação não representou um conflito entre “novos” e “velhos” interesses. Porém, mesmo que exista uma convergência respeito ao valor do aleitamento, os motivos pelos quais ele é valorizado em um e outro contexto são bem diferentes.

As mudanças nas práticas alimentares e corporais

Nas entrevistas realizadas com mulheres da comunidade, é possível ver que a partir de certo momento existe uma quebra. Deixam-se de explicar as doenças, a loucura, a morte a partir de processos como o susto. Deixa-se de falar do desmame como processo no qual a criança e a mulher tomam decisões inerentes à dinâmica de cada caso. Deixa-se de chamar às parteiras tradicionais às suas casas. Deixa-se de alimentar às crianças com “comida normal”, e começam-se a comprar produtos específicos de alimentação infantil processados na indústria.

As mulheres começam a chegar até a maternidade da cidade de Parelhas a partir da década do '60. Esse deslocamento espacial tem como consequência a explicação dos mesmos processos a partir de parâmetros de saber diferentes. As doenças começam a ser chamadas com outros nomes, e tratadas a partir de outros procedimentos. A amamentação começa a ser chamada de *aleitamento materno*, com o qual tende a desaparecer a categoria “*mãe de leite*” e a sua exclusividade ser fixada na díada mãe – filho biologicamente relacionados. Com a desaparecimento das parteiras tradicionais, tende a desaparecer a categoria “*mãe de umbigo*”. Os circuitos de dom, a ritualização e sacralização do espaço domiciliar que a parteira favorecia são abandonados em favor da assistência em instituições hospitalares. As crianças deixam de passar do desmame tardio para a comida “*normal*” e “*de panela mesmo*” e tomam alimentos considerados “de transição” pelo modelo médico, como mingau e “*arrozinho*”. O uso da mamadeira tende a marginalizar o uso do dedo e da colher na alimentação das crianças.

Assim, as políticas de saúde tiveram um impacto, cuja especificidade ainda é preciso definir, nas práticas alimentares e corporais das pessoas da comunidade, especialmente das mulheres - mães e as crianças. Desde as políticas de saúde reprodutiva, até o parto em estabelecimentos hospitalares, predominante só a partir da década de '80, tais disposições geraram mudanças no imaginário das pessoas da Boa Vista. A promoção do

aleitamento-materno com o estabelecimento de regras para amamentar começou a entrar em diálogo com os usos vernáculos de amamentação, transmitidos a partir da observação e dos conselhos das gerações mais velhas às mais novas. Tempos e modos diferentes de amamentar, acrescentados à possibilidade de aceder a leites comerciais, por conta própria ou por meio do governo, configuram um complexo panorama de idéias e práticas a respeito da amamentação. Na atualidade, a maternidade na Boa Vista constitui-se pela expressão dessas múltiplas concepções significadas a partir das experiências vividas dessas mulheres. Maternidade e feminilidade observam-se como conjuntos de símbolos e práticas que vinculam, de forma particular, o passado e o presente, o local e o global, o que é imposto e o que pode ser escolhido dentro de uma configuração particular de opções culturalmente prescritas.

Criado (2004), na sua pesquisa na Espanha sobre discursos e práticas de alimentação infantil desde a perspectiva das mulheres – mães, propõe dois *tipos ideais de autoidentificação*: um que ele chama de “distinção ascética”, e outro, que chama de “tradicional”. Recorrendo aos elementos valorativos de um esquema e outro, as mulheres – mães tomariam diferentes decisões no que faz à alimentação de seus filhos. O primeiro modelo de identificação estaria relacionado com a pose de *cultura e informação*, e o segundo, com uma interpretação familiar – popular de aqueles alimentos que são considerados saudáveis, normais e significativos. Os dois tipos ideais se manifestam na prática como uma luta de legitimidades discursivas em diferentes espaços, que terão diferentes resultados em virtude dos interlocutores e da constituição do campo em jogo.

No caso das mulheres – mães da Boa Vista, poderíamos reproduzir a lógica desse esquema, colocando, em um extremo, às mulheres guiadas pelos conhecimentos “vernáculos”, ou tradicionais – populares” a respeito do parto, pós – parto, amamentação, alimentação e criação dos filhos. No outro, colocaríamos àquelas mulheres que possuiriam certa *cultura e informação*, muitas vezes influenciados por ideologias médicas mais ou menos difusas, o qual as habilitaria a fazerem “escolhas” diferentes das outras mulheres no que faz às mesmas questões. Dentro desse continuum, cuja simplificação permite uma compreensão dos valores em jogo no campo simbólico da maternidade e dos cuidados sobre a infância, pretendo posicionar às mulheres da Boa Vista.

Em termos de gerações, é mais freqüente achar mulheres jovens engajadas no pólo “*informado*”, e às mulheres mais velhas explicitando em detalhe sua própria prática a partir das noções estabelecidas no pólo “*vernáculo*”. Porém, são interessantes os matizes nos depoimentos, cuja especificidade analisaremos depois.

Em termos de diferenciação social, as condições de vida das pessoas que ali moram são relativamente homogêneas: as pessoas partilham a terra, o trabalho e as casas de forma mais ou menos equânime. Porém, não deve obvia-se a existência de uma série de diacríticos, elementos que funcionam como marcadores de distinção social, sobretudo no nível simbólico. É aqui que posicionaríamos os depoimentos das mulheres – mães que *possuem* uma cultura nova e diferente sobre a maternidade e as práticas de criação, porque foram direcionadas por forças mais amplas (o Estado, as organizações não governamentais, a televisão...). Mas essa cultura não se *possui* simplesmente, ela é *utilizada* estrategicamente em determinados contextos de significação social. Por exemplo, em um contexto altamente normativo como é o caso de uma entrevista no marco de uma pesquisa, é esperável que as mulheres – mães sobre dimensionem, a nível subjetivo, a importância desse discurso como um “*dever-ser*” que se atualiza e confirma no ato da elocução. É, portanto, esperável que as mulheres falem de determinadas experiências a partir do conhecimento das regras da atenção primária a respeito da higiene e alimentação das crianças, por exemplo. Porém, é possível encontrar resquícios por onde se enxerga, ainda solida, a rede de significações do pólo “*vernáculo*”, sobretudo no caso de mulheres idosas, ou que se encontram marginalizadas dos circuitos de acesso a benefícios estatais.

O registro da medicina e o registro da cultura

Assim, a partir de diferentes práticas sociais e políticas de Estado projetadas nas mulheres da comunidade da Boa Vista, ressaltamos dois registros que *falam* dos corpos dessas mulheres: o registro da medicina e o registro da cultura. Tais registros configuram, por sua vez, dois espaços simbólicos que têm pouca relação entre si. Assim, a medicina ocupa-se do espaço da materialidade do corpo, reduzindo-o a variáveis, índices e taxas. Tal espaço, que se preconiza como basicamente *físico* é, em

termos discursivos, oposto ao espaço do simbólico. Mas isso é uma ilusão produzida pelos esquemas hegemônicos de classificação da realidade: como se não existisse materialidade nas práticas culturais, como se não existisse simbolismo nas práticas médicas. Um mesmo corpo se desdobra em virtude de dois imaginários dominantes. Mas qual é a antiguidade dessas realidades instituídas pelas que transitam os corpos?

Uma hipótese é que tais concepções binárias (medicina e o físico, cultura e o imaterial) sejam produto de um processo de diferenciação preconizado por instituições estatais. Em primeiro lugar, e de acordo com processos históricos complexos, o corpo tem sido progressivamente “*limpado*” de todo resto de cultura, por considerar isso atrasado em relação à ideologia médica dominante. No caso das práticas materno infantis, a puericultura constituiu-se no decorrer do século XIX em saber especializado destinado a combater os saberes vernáculos (Donzelot, 1990). Em termos mais recentes, a pedagogia da APS é a pedra de toque desse processo de combate às crenças chamadas “*tradicionais*” e que escapam aos valores preconizados pela medicina de Estado. Assim, no registro das instituições médicas estatais, temos um corpo *nu*, cuja diversidade e variabilidade se entende em termos de basicamente duas variáveis: sexo e idade.

A realização de entrevistas focadas nas experiências e concepções locais sobre gravidez, parto, amamentação e morte infantil traz alguns elementos que complexificam o modelo binário proposto pelo Estado. Em última instância, resulta de especial interesse organizar o percurso histórico de desenvolvimento de políticas *em saúde*, por uma parte, e de políticas *de ações afirmativas*, por outra parte na comunidade local. Tais considerações deverão ser comparadas com os depoimentos de mulheres de diferentes gerações. Quando e como é que se estabeleceram as políticas de saúde enquanto tais na comunidade? E as políticas de ações afirmativas? Existe um “*antes*” da influência das duas? E, se existir, como é *lido* hoje aquele tempo pelas mulheres entrevistadas? Existiram espaços de significação nos quais *cultura* e *saúde* se entrecruzaram? A amamentação, como prática com certa profundidade histórica, será considerada o elemento a partir do qual analisar a conjunção entre os registros da *cultura* e da *saúde*. Considerando-a como um elemento de *somatização* mais do que uma técnica corporal (De Almeida, 1996), tentaremos refletir sobre a amamentação como elemento chave a partir do qual podem ser interpretadas as relações ente corpo, natureza e cultura.

As políticas de saúde

Para conhecer quais são as concepções sobre o corpo a partir das quais as instituições estatais trabalham, é interessante conhecer os espaços físicos nos quais essas instituições materializam as suas ações, e analisar os discursos dos agentes de Estado, tanto locais quanto estaduais ou nacionais.

Uma definição restrita de políticas de saúde dirigidas a populações afro brasileiras a nível estatal foi realizada no I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, que teve lugar em Brasília, em Agosto de 2004. Ele foi organizado com a dupla finalidade de “*avançar no diagnóstico das condições de saúde da **população negra** e formular propostas para combater as desigualdades em saúde que atingem esse segmento da população brasileira*” (Relatório Seminário, 2007). Nesse seminário, aparece uma referência especial à problemática da **saúde da mulher negra**, e duas associações que trabalham com isso: Crioula (ONG – RJ) e ACMUN (Associação Cultural de Mulheres Negras – Porto Alegre). No ítem “*mortalidade precoce da população negra*”, propõe – se “*capacitar e acompanhar o trabalho das parteiras quilombolas*” e “*inserir o recorte étnico – racial nas investigações sobre mortalidade materno infantil*”.

Na II Conferência da Igualdade Racial, organizada em Natal no mês de maio de 2009, discutiram-se uma série de propostas relativas à “*saúde da população negra*”, a serem discutidas num encontro federal, a II Conferência Nacional de Promoção de Políticas da Igualdade Racial.

O grupo que iria a elaborar as demandas específicas em saúde das comunidades “*tradicionais*” de Rio Grande do Norte constituiu-se por 22 pessoas, a maioria delas representantes de comunidades quilombolas. Também havia pessoas vinculadas à área da saúde, sobretudo enfermeiros e agentes de saúde. As propostas que eles elaboraram, após uma discussão coordenada por Moema Brito, representante da ONG Kilombo, são as seguintes⁶:

⁶ O grupo estava conformado, em sua grande maioria, por representantes e técnicos vinculados a comunidades quilombolas. Porém, a representação das outras “*comunidades tradicionais*” nas demandas apresentava-se como um “*dever ético*”.

- 1- Criação de um comitê técnico estadual e municipal de atenção à saúde da população negra;
- 2- Melhoramento das estradas e saúde bucal;
- 3- Que o poder publico promova as condições para que as casas de terreiro prestem atendimento básico à população;
- 4- Construção ou ampliação de unidades de saúde;
- 5- Atenção exclusiva do PSF à famílias quilombolas, indígenas, ciganas, judias e palestinas;
- 6- Criação de políticas específicas de saúde para os indígenas.

Vemos que as propostas possuem um *bias* universalista em alguns pontos (2,3 e 4), enquanto em outros casos se fala em atenção *eticamente* diferenciada (pontos 1, 5 e 6). É possível observar que a questão da “saúde da mulher negra” não aparece entre as prioridades da proposta e quase não apareceu como um aspecto diferenciável dentro das discussões do grupo.



No nível local, as questões relativas à saúde focam-se ainda mais claramente sob esse *bias* universalista. Em uma das viagens a Parelhas⁸, tive a oportunidade de conhecer a Secretaria de Saúde desta localidade, dependente da Prefeitura de Parelhas. Ali, É interessante analisar a questão do dever ético e das criação de categorias por parte do Estado, como é o caso das recentemente constituídas “comunidades tradicionais”

⁷ Todo mundo muito cansado. Encontro para a elaboração das propostas de políticas prioritárias em saúde. II Conferência da Igualdade Racial, Natal, maio 2009.

⁸ Mês de maio, 2009.

conversei com a atual auditora desta secretaria, quem comentou que atualmente a situação sanitária do município melhorou significativamente, por conta dos investimentos que o município vêm fazendo faz um tempo na área de saneamento básico. Na área materno infantil, a auditora reconhece que “*é difícil trabalhar com a população de baixa renda, sobretudo na questão da prevenção*”. Ela continua:

Por exemplo no pré natal, quando é a adolescente que engravida, fica mais difícil para elas procurarem o posto de saúde... mas assim, como tem aquele agente comunitário que anda de casa em casa, né? Porque assim, têm umas que até escondem da família... não querem que ninguém saiba, né? Aí fica difícil (...) quando elas procuram o serviço, o pré natal, às vezes já estão com três, quatro meses... e o ministério da saúde, ele preconiza que a gestante procure no mínimo três meses... porque aí tem aquela coisa... o pré natal, ele já vai garantindo a saúde da criança também, porque ele é acompanhado mês à mês, crescimento uterino, aquela coisa toda...”

Segundo a auditora, a qualidade do serviço é satisfatória, mas a demanda é pouca. A mortalidade infantil teve uma importante redução nos últimos anos, “*justamente por causa deste investimento na promoção da saúde*”. São várias as instituições envolvidas, empenhadas em “*melhorar a qualidade de vida das pessoas*”. De acordo com a entrevistada, “*as políticas públicas em saúde foram mais acirradas de cinco anos pra cá*”, configurando um panorama satisfatório da atenção à saúde em termos de cobertura da demanda. No momento atual, estão sendo implantados os *Núcleos de Apoio à Saúde da Família*, nos quais vão ser inseridos novos profissionais, tais como assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos e professores de educação física.

A prefeitura de Parelhas conta na atualidade com o incentivo a saúde para comunidades quilombolas. É uma iniciativa do Ministério da Saúde, que aumenta em um 50% o valor atual ao repasse relativo às equipes de saúde da família e saúde bucal para os municípios que atuam na área de comunidades remanescentes de quilombos. Essa é, atualmente, a única política específica de saúde destinada às populações quilombolas. E também não parece ficar muito clara a forma em que ela se materializa na comunidade local. É necessário voltar e fazer mais entrevistas a respeito disso.

Na minha viagem de maio desse ano, tive a oportunidade de entrevistar a Cristiane, a agente de saúde da comunidade da Boa Vista, na sua residência. Ela visita faz 7 anos 92 famílias por mês, tanto da Boa Vista quanto de povoados próximos. Ela conhece bem às

famílias da comunidade e o *estado de saúde* de cada uma delas, pois realiza visitas periódicas em cada uma das unidades domésticas e, ao mesmo tempo que administra conselhos e vacinas, pesa e toma as medidas das crianças e administra cuidados para pacientes adultos *em risco*, como diabéticos ou hipertensos. Em termos de saúde, os problemas maiores da comunidade têm a ver com o saneamento ambiental, sobretudo a questão da falta de controle dos animais domésticos: “*tudo demais é veneno*”. Também, segundo a opinião de Cristiane, quando as crianças adoecem, as pessoas procuram primeiro que nada às rezadeiras. Assim, muitas das vezes ela acaba sabendo depois delas sobre algum problema de saúde de alguma dessas pessoas. Cristiane até pensou que conversar com as rezadeiras pode ser uma fonte de apoio que “*favoreça a relação*” entre as famílias e o sistema de saúde.

Em termos de indicadores de saúde, Cristiane não encontra diferenças entre a comunidade da Boa Vista e as regiões próximas. Encontra sim diferenças em termos de cultura, por exemplo no caso do recurso às rezadeiras: “*pessoal daqui vai pra lá em procura de rezadeiras*”. Em termos de questões sociais, o que é diferente são as festas, “*mais animadas*”, e o jeito de rezar, com danças e brincadeiras, ao contrário do povoado de Juazeiro, onde “*as coisas são mais calmas, mais espirituais*”. É interessante observar até que ponto a cultura negra é relacionada às questões corporais diferenciais, mas só no âmbito da Cultura. No âmbito da saúde, os corpos são tratados sob o *bias* universalista da Atenção Primária da Saúde. A agente de saúde não reconhece preconceito: “*eu não vejo*”. Mas, por outra parte, reconhece que algo “*deve ter*”, as pessoas da Boa Vista devem senti-lo. No próximo capítulo, exploraremos as complexidades das categorias de ascrição étnica e preconceito, a partir da análise de situações vivenciadas localmente na comunidade.

Bibliografia

- **Badinter, E.** (1981): Existe el amor maternal? Barcelona: Paidós.
- **Castilla, M.** (2005): “*Ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad*”. Revista Electrónica La Ventana, N° 22. En: [http://: www.publicaciones.cucsh.udg.mx](http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx)
- **Donzelot, J.** (1990): La policía de las familias. Madrid: Pretextos.
- **Echazú, G.** (2007): *Lactancia - materna* y políticas de salud: el caso del Nuevo Hospital del Milagro. Monografía apresentada na graduação em Licenciatura em Antropologia – Universidade Nacional de Salta, Salta – Argentina.

- **Escobar, A.** (1996): *“La dispersión del poder: Fábulas de hambre y alimento”*. Em: La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del Desarrollo Bogotá: Norma.
- **Foucault, M.** (2003): *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- **Marcelin, L.** (1999): *A linguagem da casa entre os negros do Recôncavo baiano*. Em: Revista Mana, vol.5, no.2, p.31-60.
- **Scheper – Hughes, N. y M. Sargent** [comps.] (1998): *Small Wars. The cultural politics of childhood*. Berkeley: University of California Press.
- **Schuftan, C.** (1990): *“The Child Survival Revolution: A Critique”*. Family Practice, Vol.7, No.4. Em: <http://humaninfo.org>
- **Ollila, E.** (2005): *“Global Health Priorities – Priorities of the Wealthy?”* Forum of Globalization and Health. Em: <http://www.globalizationandhealth.com/>
- **Criado, E.** (2004): *“El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares”*. RES N°4. 93-118. Em: <http://www.dialnet.unirioja.es>