

**Mitos e tabus da maternidade:
um enfoque sobre o processo saúde-doença**

Myths and taboos of motherhood: focusing on the health-disease process

Mitos y tabús de la maternidad: un enfoque sobre el proceso salud-enfermedad

Anna Maria Hecker Luz

Doutora em Educação. Docente do Curso de Pós-Graduação, Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo, RS.

Endereço para contato:

*Rua Felicíssimo de Azevedo 1290
CEP: 90540-110. Porto Alegre, RS.
familialuz@cpovo.net*

Neiva Iolanda de Oliveira Berni

Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, RS.

Lucilda Selli

Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Pós-Graduação, Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, RS.

RESUMO

Objetivo: conhecer mitos e tabus relativos à maternidade e suas implicações no processo saúde/doença. **Método:** pesquisa desenvolvida na abordagem qualitativa, no ambiente natural, com mulheres de classes populares que vivenciaram a maternidade. A seleção dos sujeitos foi intencional e a coleta de dados realizada por meio de entrevistas e observação participante durante a prestação de cuidados à saúde dessas mulheres. A análise dos dados seguiu a orientação da análise de conteúdo. Constatou-se que o tema em estudo permeia, como uma ideologia, o viver das mulheres. Mitos e tabus são relacionados à saúde/doença: higiene no pós-parto; proteção da integridade do recém-nascido; menstruação; alternativas para solucionar problemas de saúde; questões de gênero: condutas que seguem para evitar tornarem-se “mulheres fáceis”. Há elementos que traduzem os valores culturais do cotidiano das mulheres e a necessidade da junção entre o conhecimento científico e as práticas populares.

Descritores: Cultura; Processo saúde-doença; Saúde coletiva.

ABSTRACT

Objective: To learn about myths and taboos related with motherhood and their implications in the health/disease process. **Method:** Study carried out using a qualitative approach, in a natural setting, with women of poor classes who experienced motherhood. The selection of subjects was performed intentionally, and data collection was made by means of semi-structured interviews and participant observation at the moment those women were given healthcare attention. Data analysis followed the content analysis. **Results:** The topic under study permeates, as an ideology, the women's lives. The myths and taboos are related to health/disease: postpartum hygiene; protection of the newborn's integrity; menses; alternatives for a solution of health problems; and gender issues, the conducts the women follow to avoid becoming “saucy” being evidenced. In the research, it was possible to capture elements that translate the cultural values of the women's daily lives and the need for associating scientific knowledge with popular practices.

Descriptors: Culture; Health-disease process; Public health.

RESUMEN

Objetivo: Conocer mitos y tabúes relativos a la maternidad y sus implicaciones en el proceso salud/enfermedad. **Método:** Investigación desarrollada en el abordaje cualitativo, en el ambiente natural, con mujeres de clases sociales populares que experimentaron la maternidad. La selección de los sujetos fue intencional y la recolección de datos realizada por medio de entrevistas y observación participante durante la prestación de atención a la salud de estas mujeres. El análisis de los datos siguió la orientación del análisis de contenidos. **Resultados:** se constató que el tema en estudio penetra, como una ideología, en el vivir de las mujeres. Mitos y tabúes son relacionados a la salud/enfermedad: higiene en el pos-parto; protección de la integridad del recién-nacido; menstruación; alternativas para solucionar problemas de salud; cuestiones de género; conductas que siguen para evitar que se quedan “mujeres fáciles”. Hay elementos que traducen los valores culturales del cotidiano de las mujeres y la necesidad de la combinación del conocimiento científico con las prácticas populares.

Descriptores: Cultura; Proceso salud-enfermedad; Salud pública.

Luz AMH, Berni NIO, Selli L. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. Rev Bras Enferm 2007 jan-fev; 60(1):42-8.

1. INTRODUÇÃO

O artigo trata de algumas questões da antropologia no campo da saúde, destacando caminhos para estudar a concepção e práticas acerca da saúde e maternidade em mulheres de classes populares de Porto Alegre, RS, Brasil. O interesse sobre o tema partiu da convivência das pesquisadoras com estas

mulheres ao constatar as implicações dos mitos e tabus no seguimento de ações de saúde para elas planejadas.

A investigação busca valorizar o saber feminino que as autoras promovem na sua área de atuação - Saúde da Mulher. O argumento que embasa esta pesquisa é a continuidade no tempo de práticas de saúde e do conceito de doença presentes na vida dessas mulheres, porque elas são, certamente, depositárias das formas tradicionais de encarar a saúde e estão à mercê de poderes socialmente constituídos. Por exemplo a revisão pós-parto, no bebê recomendada quando ele completa uma semana de vida, não acontece, porque, de acordo com certos tabus, essa data pode coincidir com o dia proibido de expor a criança à luz do dia. Portanto, o resgate da memória social é fundamental para o entendimento dos interesses, dos conflitos de poder para a cooperação dinâmica do universo de produção com o mundo relacional, inclusive o leigo, na construção da ciência⁽¹⁾.

Existem justificativas culturais para a posição de poder de alguns indivíduos sobre os demais, expressas na ideologia em forma de racionalização que, frequentemente, a sociedade humana tende a produzir: sistemas de crenças, mitologias e magias, construções que não passam de formas de controle da realidade histórica produzida e interpretada por meio de mensagens e discursos de caráter conservador. Não é nas realidades pensadas, mas nas vividas que os mitos e tabus deixam suas marcas⁽²⁾. Dentre as formas de cultura tradicional que manifestam o consenso de valores e atitudes sobre o comportamento sexual e reprodutivo, cuidados relativos à maternidade e aos filhos, destacam-se os tabus e os mitos.

O conceito de tabu, na literatura antropológica, refere-se a indivíduos, coisas ou palavras cuja qualidade são objeto de temor ou suscetíveis à proibição e, em qualquer circunstância, os tabus são mais restritivos a respeito do comportamento interativo da mulher⁽³⁾. Para algumas delas, por exemplo, é tabu lavar a cabeça no puerpério, enquanto eliminam lóquios. A perda sanguínea é considerada perigosa, e a mulher se resguarda de lavar a cabeça para não reverter este sangramento vaginal para a cabeça. Caso isso ocorra, a mulher poderá, conseqüentemente, ficar louca.

Durante a gravidez e puerpério, as proibições e instruções deste tipo têm a força de *tabu*, termo derivado da palavra polinésica que significa – proibir, conceito existente de várias formas em todas as culturas, e negligenciar um tabu gera punição *automática* por parte das forças espirituais ou dos deuses⁽⁴⁾.

Os mitos, por sua vez, fazem parte das interpretações que cada sociedade tem sobre sua realidade. A *elaboração mítica* tem por objetivo justificar, racionalizar e legitimar realidades socioculturais⁽⁵⁾. No caso da maternidade, a elaboração mítica se prende às diferenças do papel social entre os dois sexos – o que é apropriado para homens ou para as mulheres.

O mito⁽⁶⁾ representa um modelo de ação por meio do qual o grupo dominante estabelece os conteúdos simbólicos e de dominação para garantir seus interesses. Nas racionalizações míticas da sociedade, a mulher e sua natureza costumam ser símbolos negativos, menores em relação ao homem. Esses mitos, com simbologia negativa existem desde o início da era cristã, ligados à imagem bíblica da criação, na qual a mulher desafia a ordem universal existente e, em conseqüência, merece o castigo de “parir sob efeito da dor”. Porém, na modernidade, a Eva pecadora cede lugar à Maria santificada: não mais identificada com a serpente, sábia, astuta e diabólica, transforma-se em um ser doce e sensato, de quem se espera modéstia e ponderação⁽⁶⁾.

No mundo científico, a ciência é o valor fundamental e a prática popular uma experiência “primitiva”, sem embasamento, ancorada na magia e em crenças supersticiosas. “O pensamento científico é uma etapa superior do conhecimento e está baseado na investigação sistemática e metódica, seguindo regras preestabelecidas que permitem sua replicabilidade”⁽⁶⁾. A política de saúde reforça a cientificidade do conhecimento. Mas toda vez que se pergunta a razão da permanência dos saberes populares, a resposta os relega ao folclore, qualifica-os de resíduo, fragmento pouco relevante, próprio das pessoas simples. No entanto, acredita-se que olhar o fenômeno só na perspectiva do universo vivido anula sua riqueza e escamoteia suas múltiplas vertentes. Além disso, o problema não é opor-se à ciência, mas

entender que, na pluralidade da sociedade, há distintas maneiras de respeitar o outro, diferentes modos de organizar o sensível. Não se trata de conceder superioridade ou inferioridade a uma ou outra forma de conhecimento, porque são apenas modos diferentes de encarar e enfrentar a realidade.

Saúde e doença expressam uma relação que “perpassa o corpo individual e social, confrontando-se com turbulências do ser humano enquanto ser total”⁽⁷⁾. São fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimentam, cristalizam e simbolizam a maneira de enfrentá-los. É preciso entender que, ao ampliar as bases conceituais, as ciências sociais da saúde, não se tornam “menos científicas” mas, aproximam-se dos contornos reais dos fenômenos em estudo⁽⁷⁾. Enfatiza-se que, se a ciência é uma forma de abordagem dominante, nem por isso é exclusiva e conclusiva, pois, para as questões humanas, além das ciências, buscam-se soluções concomitantes aos mitos, diferentes formas religiosas e sistemas filosóficos.

Mitos são pistas para as potencialidades espirituais da vida humana, o valor genuíno, o prodígio de estar vivo é o que realmente importa⁽⁸⁾. Pode-se alcançar essa experiência conhecendo os mitos, porque ensinam a voltar-se para dentro e a captar a mensagem dos símbolos. Portanto, os objetivos do estudo são: conhecer os mitos e os tabus relativos à maternidade e suas implicações no processo saúde/doença.

2. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Utilizou-se, a abordagem qualitativa⁽⁷⁾, desenvolvida no ambiente natural em que as mulheres viviam sua experiência de mães, por se mostrar a mais adequada para a compreensão do objeto em estudo. A maioria dessas mulheres, com idade entre 18 e 34 anos e primeiro grau incompleto, vive com o companheiro, não possuem atividade remunerada e ocupam-se do lar e do cuidado dos filhos. Duas são domésticas e outras duas realizam esporádicas atividades de serviços gerais e limpeza de residências particulares. Essas mulheres têm de um a quatro filhos e, são residentes em uma comunidade de classes populares de Porto Alegre/RS, Brasil.

Na antropologia da saúde, em que se trabalha com indivíduos, atores sociais e grupos específicos, pretendendo-se descobrir como as pessoas dão sentido às suas atividades cotidianas no mundo social de modo a serem aceitas⁽¹⁾, a interação entre os pesquisadores e os pesquisados (neste caso, as mulheres) é essencial. A seleção de 15 mulheres foi intencional, porque as pesquisadoras desenvolviam atividade assistencial na comunidade, em consultas de enfermagem às gestantes, puérperas e mulheres em contracepção. O objeto de estudo emergiu dessa interação.

Os componentes do trabalho de campo foram: *observação participante* – com ênfase nas relações do pesquisador no campo⁽¹⁾, quando surgiu espontaneamente o tema de estudo, por comentários, comportamentos, atitudes. As mulheres convidadas a fazer parte do estudo foram informadas sobre os aspectos éticos de sua participação (tema e objetivo da pesquisa, seus direitos e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). O projeto teve a aprovação do Comitê Científico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para a execução do estudo.

Após a participação acordada com a mulher partiu-se para a *entrevista individual* aberta para o registro das falas. As informações coletadas, submetidas à análise de conteúdo, foram desdobradas em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽¹⁾. Com base nos registros (gravados ou anotados em campo) realizou-se a análise processada manualmente em que foram codificadas as categorias e recortadas do texto transcrito, analisadas e discutidas no item subseqüente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cuidado para o viver saudável

Apresenta-se aqui o lugar das experiências femininas na conformação

de um outro olhar - construção social mítica. Os resultados da análise apresentam uma realidade composta tanto de idéias que permeiam os discursos de vivência da maternidade quanto de realidades que atestam as crenças de saúde dos indivíduos, desveladas nos temas: *A mulher grávida; O resguardo pós-parto; Educação para a saúde; Saúde e doença no processo de criação dos filhos: revendo concepções; Relação homem/mulher não é brincadeira.*

A mulher grávida

A gravidez é vista com um misto de sagrado e profano e, ao constatá-la, a mulher é envolvida por uma aura de mistério que, de certa maneira, revela o esforço para recriar o mundo, remodelá-lo⁽⁹⁾. Quando o sagrado se manifesta, revelam-se no espaço sagrado - do corpo da mulher grávida - as relações místicas com o universo. A possibilidade de dar à luz é uma variante, na escala humana, da fertilidade da Terra. Entretanto, a gravidez está vinculada ao profano, a um ato fisiológico que remete ao relacionamento sexual, uma impureza mundana. Estar grávida gera na mulher sentimentos vinculados à possibilidade de experimentar os objetos e as circunstâncias da vida como ameaçadoras, e sua sensibilidade incita-lhe medo. Assim, compreende-se porque, muitas vezes, não infringem os tabus: coisas sagradas devem ser protegidas da profanação.

Durante a gravidez, a mulher percebe o filho como presença concreta dentro de si, o que lhe provoca certos cuidados que lhe impõem moderação e limites como medidas de preservação da saúde do feto. A gravidez é vista como um risco, um evento que pode ocorrer ou que está sujeito a inúmeras possibilidades aleatórias⁽¹⁰⁾.

Eu sei de várias coisas que a gente não pode fazer, principalmente no começo da gestação: não pode levar susto. Aconteceu comigo, parece mentira, mas é verdade, é a única explicação que tenho. Eu levei dois sustos: de um rato que passou correndo e eu dei aquele grito, e o outro... Um gafanhoto eu tive de novo aquele susto. Dali três dias o feto veio e já era de quatro meses (D2).

Os cuidados com o corpo incluem a proteção do abdome contra traumatismos, alterando até o relacionamento sexual em função dos riscos a que a atividade sexual pode expor o feto e pelos desconfortos físicos decorrentes do estado gravídico. As relações sexuais, durante a gravidez, são proibidas – entendidas como respeito do homem pela mulher-, ou podem ser mantidas, mas com moderação.

O que tu achas quase quatro meses fazendo mal, com aquela barrigona. Cuida do nenê, dói as costas, não dá direito, medo de machucar o bebê. Tudo isso não dá. Agora pra dizer que não, o homem fica doído, 15 dias depois dela nascer já comecei a tomar os comprimidos porque já comecei a brincar (D3).

Quando eu fico de barriga, meu marido me respeita (D6).

Não pode bater com a barriga, pra não... aquelas coisas... o resto pode. Não tem problema porque, como a gente viu no vídeo, o nenê fica ali dentro, protegido. Tudo tem que ser mais moderado, ter um pouco mais de carinho. Não tem por que não ter relação com o marido, claro assim se fizer demais... (D1).

Para outras mulheres, por ser considerada evento normal na vida da mulher, a gestação é percebida saudável, sem maiores problemas de saúde, e seu transcurso, de acordo com suas memórias, é vivido como qualquer outro período da vida. Portanto, não há necessidade de proibições:

Eu faço de tudo na gravidez. Não tem esse negócio de proibir tudo é normal (D13).

O resguardo no pós-parto

O período de resguardo refere-se às ações de guardar, cuidar com proteção em que a mulher permanece em repouso de três a trinta dias, aproximadamente. Esta proteção é feita por cuidados pós-parto em uma experiência que implica no envolvimento tanto de fatores maternos quanto dos relacionados ao recém-nascido. Os tabus referentes a esse tema são apresentados nas falas das mulheres: recaída; o mal-dos-sete-dias e a proteção do quebrante. Com a prática da hospitalização para o parto, muitos dos tabus relativos ao pós-parto passaram a ser questionados ou caíram em desuso pelas mulheres.

Olha, eu já não sei mais. Os antigos diziam que a mulher não pode lavar a cabeça, não podia isso e aquilo. Agora nos hospitais a gente já faz tudo isso. Eu acho que não tem problema, mas tem que ter um certo cuidado. Quando a mãe era viva, eu dizia assim: “Mãe, depois que eu ganhei o nenê, eu sinto um movimento, parece que é um nenê se mexendo”. A mãe fazia esfrega e botava gemada no umbigo que alimentava a “mãe do corpo” que ficava trabalhando, procurando o nenê, e o organismo ia voltando pro normal. Agora se é verdade, não sei... (D7).

A gente era bem cuidada - no primeiro mês não lavava roupa, não podia lavar a cabeça que fazia mal. Eu digo que no meu tempo era assim. Agora está tudo moderno. Minhas filhas lavaram e não aconteceu nada (4).

O corpo feminino é visto como algo “pleno de movimentos internos”, uma dinâmica de fluidos determinantes do estar vivo, em oposição ao estar morto – circulação de fluidos inexistentes¹⁰. Por isso, é preciso tomar certos cuidados. No entanto, algumas mulheres, logo após o nascimento do filho, retornam às atividades domésticas.

Eu não lembro de nada que não se pode fazer depois de ter filho. Eu só atirava o filho ali e ia pro tanque. Não sou mulher de ganhar filho e ficar de molho na cama. Já tomo meu banho, lavo a cabeça. Esse negócio de recaída, eu não tinha nada disso (D14).

A recaída dá quando a pessoa molha muito os pés ou molha a cabeça e fica uma pessoa doente. Mas eu nunca tive isso (D6).

Em relação aos tabus - proibições das mães em relação ao cuidado de saúde com seu corpo -, apesar de serem difundidos e mencionados pelas mulheres do estudo, percebe-se maior permissividade de condutas prescritas no passado. Essa realidade promove o desmoronamento da ordem social prevalente, expulsando simbolicamente o poder dos homens sobre as mulheres e, sobretudo, instaura uma nova ordem. Já, quanto aos cuidados com a saúde do recém-nascido, essa realidade mantém-se quase inalterada. Os resultados indicam que, em função das crenças e valores, apesar de toda tecnologia disponível, a criação dos filhos, hoje, mostra-se ainda como uma tarefa árdua. A mulher tem sido considerada capaz de influenciar o nível de saúde de sua família e, conseqüentemente, dos filhos⁽¹¹⁾.

O medo do mal-dos-sete-dias, mesmo desacreditado por algumas mulheres, leva outras a permanecerem reclusas ao domicílio e a realizarem o batismo da criança em casa, como proteção contra as forças sobrenaturais.

Até pouco tempo eu acreditava nisso, mas não existe mais, é uma lenda, uma história que nem da bruxa. Tem pessoas que acreditam, mas meu neto nem foi batizado (D4).

Durante os sete dias não pode molhar os pés e não pode forcejar pra não rebentar os pontos. A gente pode sair de casa, só o nenê que não. Diz que antes dos sete dias não presta sem ser batizado e um monte

de coisa... Eu não saí com nenhum deles. Só sei que é perigoso, coisa de bruxa, a criança pode ficar embruxada (D1).

As mulheres dizem não acreditar nessas histórias, mas tomam cuidado com a exposição das roupas dos filhos.

A fralda no sereno não! Não se deixa! A lua não pode pegar. Acho que é uma superstição. Não sei o que acontece. Quando uma criança fica doente, ela emagrece, fica com gripe é porque a lua tomou conta da fralda, é o mal-da-lua. Daí tem que benzer. O mal-da-lua só benzendo (D15).

Não se pode mostrar a criança para a lua, nem botar a roupa dela na rua. Não pode pegar sereno e a fralda não pode ser torcida, só exprimida para não dar cólica (D11).

O batismo em casa protege do quebrante. A gente benze de manhã e à tardinha (D6).

A magia da Lua é antiga. Graças às fases da Lua – “nascimento, morte, ressurreição” –, os homens tomaram consciência de seu próprio poder no Cosmos e de suas possibilidades de sobrevivência ou renascimento⁽⁹⁾. Daí, sua tecelagem, o símbolo do “fio da vida”, e para se purificar só com o batismo. Com este argumento, tudo o que se diz para explicar o papel revivificante da água no simbolismo religioso pode também se aplicar à pureza⁽¹²⁾.

Educação para a saúde

A educação para a saúde inicia na família - instituição que centraliza e ordena a socialização -, transmissora de crenças, de valores e de sistemas de significação. No interjogo de formas concretas de contato e relações são transmitidas as mensagens explícitas e modalidades de troca que se constituem em conteúdo de mensagem subliminar, porém muito eficaz⁽¹³⁾.

Neste estudo, identifica-se o terreno fértil em que o conhecimento herdado se prolifera por meio das mulheres. Esse conhecimento é favorecido, também, por sua própria busca sobre práticas de saúde, pois são elas que assumem o cuidado da família, chamado cuidado popular e que reflete as crenças/valores e recursos locais na maioria das vezes desenvolvidos na vivência cotidiana⁽¹⁴⁾.

A educação para a saúde, além de estar fortemente ligada aos *modos de organização social*, é direcionada para determinado papel de *gênero*, com base em gestos simples da família e do círculo social⁽¹⁵⁾. Desde a infância, homens e mulheres são condicionados, por diversas experiências sociais, a assumirem padrões de comportamento de maneira tão sutil que facilmente integram o cotidiano como algo “da natureza” do sexo feminino ou masculino. Portanto, tem-se uma categoria biológica determinante, e outra importante que é a do *gênero*, relativa a um conceito sociológico que se refere à construção social do sexo - o que é próprio para o feminino e o que é próprio para o masculino.

No ambiente social estudado, evidencia-se que, no processo de aprendizagem sobre os aspectos de saúde, as mulheres crescem e criam seus filhos reproduzindo o modelo estabelecido, sem avaliar, com a clareza necessária, as repercussões desses determinantes em suas vidas.

É a gente que tem o cuidado dos filhos. Eu cuido dos meus filhos como a mãe me ensinou. Se com ela deu certo, tem que dar certo neles também (D14).

Eu não saio de casa nos primeiros sete dias com ele (filho). Nem meu marido vai trabalhar nos sete dias. Não sei por que... Dizem que não é bom sair (D2).

Tu viu, né? Aquele tava doente, quente de febre. Corri levá ele lá no

posto. É uma demora pra atendê e os outros em casa... quem cuida? O médico deu receita de antibiótico, mas cadê dinheiro pra comprá? Daí eu botei o dente de alho pendurado no pescoço até secar e cair. Ai ele ficou bom. A mãe sempre nos tratou assim. Não sei como, mas cura (D1).

Apesar de conhecerem sua importância no cuidado da família como responsáveis pela saúde, constata-se que elas recebem conselhos que não sabem explicar: idéias que se difundem como verdade, mas cuja única base é o fato de serem repetidas de geração a geração. A questão mais delicada é aquela em que há a procura do serviço e existe um “faz de conta” da assistência prestada. Até onde vai a responsabilidade profissional, qual é a validade de uma proposta de tratamento se nem ao menos é questionada sua possibilidade? Trata-se de uma “futilidade normativa” que inclui aspectos éticos. Como enfrentar a situação? Recorrer ao que é possível. A crença na magia permite manter a ilusão de que se possui algum tipo de controle sobre o destino e não se é um ser tão indefeso cuja vida é resultado de inúmeros acasos⁽¹⁶⁾. Nesse caso, como única alternativa que lhe resta, nesse universo de infortúnios, do imponderável, a mãe recorre à magia (dente de alho) para conter os sintomas da doença do filho. É preciso considerar o caráter multifacetário dos processos educativos na prática, pois eles são mais dinâmicos e complexos do que se pode admitir⁽¹⁷⁾.

Saúde e doença no processo de criação dos filhos: revendo concepções

Acredita-se que o conceito de saúde/doença para os profissionais que atuam no campo da saúde coletiva precisa ser revisto tanto na literatura que aborda os saberes populares quanto nas comunidades. Diferentes axiomas têm norteado as práticas de educação em saúde⁽¹⁷⁾. Não se está procurando uma verdade a ser alcançada, mas significados a serem compreendidos. Para as mulheres do estudo, fica-se doente por dois motivos: o primeiro é por causa natural. O indivíduo adoece por razões relativas ao ambiente externo que atinge o interior do seu corpo - “pegou no vento; ficou no sereno; ficou no sol; comeu alguma coisa estragada; foi picada; pegou coisa do chão sujo”; o segundo, por fator sobrenatural, provocado por espíritos que atuam sobre o corpo - “está tomado; botaram quebrante; foi mau olhado”.

Ele tá bem, levei na benzedeira pra tirá o mau olhado (D3).

Eu dando antibiótico que o médico mandou, e o guri não ficava bom. Agarrei e levei pra benzê. Foi duas vezes e ele já tava curado. Quando não cura com o tratamento dos médicos, só com benzedura resolve (D7).

Em caso de enfermidades produzidas por agente sobrenatural, a cura do mal não ocorre no tempo esperado. É preciso recorrer à “benzedeira”, mulher da comunidade que possui poderes especiais e que afasta o mal por meio de orações e rituais de desencantamento do feitiço ou simpatia (benze o local do desequilíbrio ou todo o corpo da pessoa atingida).

Da análise das relações entre prática médica e práticas populares, se estabelece uma clivagem forçada: do lado da medicina está o empírico, a farmacopéia, o racional e o orgânico e, nas práticas populares, há o simbólico, o ritual, o irracional, o psicológico, o social⁽¹⁶⁾ e o cultural. Não existe prática puramente científica ou puramente mágico-religiosa.

Relação homem/mulher não é brincadeira

No relacionamento homem/mulher, muitas vezes as mulheres percebem-se em um processo mágico que inclui, conseqüentemente, responsabilidade. Esse processo é resultante da interpretação que fazem das atitudes e comportamentos do companheiro, principalmente nos encontros íntimos. A percepção dessa experiência não se restringe às interações estabelecidas nesses momentos, mas incide na expectativa das interações de estabilidade futuras: ser protegida e sustentada, constituir um lar e uma família.

Ele é muito legal. A gente já se conhece há uns seis meses. Ele foi lá falar com o pai no sábado e disse que quer casar. Ele me aceitou com os meus dois filhos e ele gosta das crianças (D5).

Quando tá com a gente fala uma coisa... Ele disse que não queria que eu tomasse remédio porque ele tinha feito uma operação e ele não fazia filho, não tinha perigo nenhum. Aí se a gente engravida que nem aconteceu comigo, vão embora. Aí, se sabe se era verdade o que falavam ou se era mentira (D8).

Eu pra mim é aquele papo cheio de amor, e aí ela cai. Já não era pra ela cair mais, porque ela não é mais criança. Pra mim, doutora, eles não querem é ter responsabilidade, porque enquanto não vem nenê tão tudo muito bem. Quando a Samanta diz que tá grávida, esperando nenê, some o pai. Então é não ter responsabilidade, porque isso não é brincadeira (mãe de uma gestante) (D4).

Os sentimentos de raiva que as mulheres desenvolvem com base nessa interação inicial, quando foram ingênuas e enganadas, para a descoberta da transformação gerada pela gravidez e suas responsabilidades leva-as à reformulação de suas expectativas e atitudes acerca da vida futura.

A gente sente raiva, tristeza, tudo na mesma hora porque sabe que ele mentiu para gente. Quando parecia que era tão sincero. Desse aí por exemplo (referindo-se ao filho), até alegre ficou. Quer dizer... fez que ficou, né, mas depois não apareceu mais (D8).

O problema é que, quando a gente conhece bem eles, já tá de quatro meses. No início tudo são uns doces. Depois até não quero nem vê (D5).

A vivência desses sentimentos é determinada pela percepção das interações com o companheiro e familiares, somados à avaliação da condição social e, para essas mulheres, implica assumir uma gravidez sozinha⁽¹⁹⁾. O futuro que as espera após o nascimento do filho e as situações que terão de enfrentar para cuidar da criança e garantir sua sobrevivência, leva-as a se verem como as únicas responsáveis possíveis pelo filho.

Tem muita mulher que tem aquele bico assim...foi pai pra fazer, mas vou assumir sozinha. Na verdade, isso não é justo. Se teve pai pra fazer, tem que ter pai pra assumir, né. Tem que ter o pai no papel (D9).

Tive oito filhos no total, só quatro vivo. Todos tá no papel, cada um com seu pai. Mas dei um duro, briguei, xinguei, joguei pedra... mas registraram. O Paulinho, o do meio, também foi uma briga porque eu não sabia que ele era casado. Ele mentiu pra mim que não era. Assim que fiquei grávida ele quis negar. Entremos na justiça aí ele resolveu registrar (D10).

Ah! eu consigo criar. Eu corro atrás dos direito pra pedi tudo pra eles (filhos), mas não adianta. Eles não dão bola, não dão nada mesmo. Não é que a mulher que tem que assumir, mas não tenho coragem de deixar com o pai (D14).

Nessas falas, percebe-se a incorporação das questões de gênero na criação e saúde dos filhos. Dizem a não conseguir deixar os filhos sozinhos com o pai deles, por considerar que a mulher cuida melhor, tem mais jeito, mais amor. Ao mesmo tempo, tecem críticas ao companheiro quanto ao seu papel na paternidade e assumem a responsabilidade sobre seus filhos. Há uma cumplicidade materna⁽¹⁹⁾ que se manifesta na atitude de aconchego, no gesto de debruçar-se sobre o filho. A figura paterna cumpre sua parte contemplando a cena e o que nela se passa, o que atesta o interesse que

lhe é dedicado. A verbalização feminina enseja mudança de atitude, na desnaturalização de papéis e atribuições dos figurantes.

As determinações sociais interferem na sexualidade de homens e mulheres e estabelecem atitudes próprias (e diferentes) para ambos os sexos: cabe à mulher a responsabilidade do cuidado e da saúde dos filhos. Mesmo dizendo que o cuidado dos filhos não é só dever da mulher, fica evidente nas suas palavras - "não tenho coragem de deixar com o pai" - a auto-suficiência e responsabilidade por se considerar mais capaz que o homem para a realização dessa tarefa. Essas mulheres, mesmo sem muitos recursos, principalmente os financeiros, vêm-se obrigadas a assumir responsabilidades sem a participação do homem.

Não tenho coragem por amor, não sei... porque eu gosto. Porque vou sentir falta. Não é assim que eu quero dizer, mas sei que não consigo deixar meus filhos com o pai deles sozinhos. Eu acho que depende do homem também. Mas eu acho que mulher cuida melhor, tem mais jeito e mãe tem mais amor (D14).

Eu não sei por que eles conseguem se livrar mais fácil dos filhos. Quem sabe não tem amor na criança, alguma coisa... não querem responsabilidade. Deve ser isso, o que eles pensam na cabeça deles, a gente nunca sabe (D4).

A ideologia que acompanha o mito da "mãe perfeita" só pode conceber uma maneira de ser mãe: a completamente devotada não só aos filhos, mas ao seu papel de mãe que compreende os filhos, que dá amor e se entrega em tempo integral⁽²⁰⁾. Aquelas que são consideradas desviantes (grávidas que não fazem o pré-natal, largam os filhos, deixam para outros criá-los) "inspiram ódio moral que nunca é endereçado aos milhares de homens" - pais, que fazem o mesmo⁽²⁰⁾.

Não é só pelo pesado criar filho sozinho, mas porque depois vem a cobrança das crianças: "Cadê meu pai? Por que meu pai não tá comigo? Por que meu pai nunca me olhou?" Se pelo menos tem o nome do pai... Não vão ter problema. Pode existir ex-mulher ou ex-marido, mas nunca ex-pai. Pai é pai (D10).

Constatam-se os mitos criados sobre a maternidade e como eles se desvelam na vivência dessas mulheres em sua cultura: responsabilidade única da mulher; não apenas dever, mas tarefa altamente idealizada, cercada de emoções por todos os lados. O amor materno é apenas sentimento humano e, como tal, incerto, frágil e imperfeito⁽²¹⁾. Essas mulheres, mesmo ao viverem e assumirem a maternidade, tomam para si o que lhes é socialmente cobrado e manifestam atitudes de exigência do papel masculino. Com base nessas experiências, passam a preocupar-se com a anticoncepção, e embora em condições socioeconômicas precárias, elas têm acesso a serviços médicos, a programas de planejamento familiar, a diferentes métodos contraceptivos gratuitos.

A análise das questões sociais a respeito da saúde reprodutiva peculiar a esse grupo leva-nos a entender melhor os muitos casos de gravidez apesar do uso de anticoncepcionais. Nos seus depoimentos, evidencia-se a preocupação relacionada à eficácia do método indicado e ao relacionamento sexual do casal. Os métodos anticoncepcionais e a anticoncepção oral são mencionados como de dois tipos: os "comprimidos fracos" que não previnem a gravidez e os "comprimidos fortes" que, ao contrário, são seguros para preveni-la. E a laqueadura tubária só é segura se realizada com técnica convencional: por laparotomia. Ao se perguntar a uma puérpera que amamenta exclusivamente com leite materno o filho de dois meses, sobre qual o tipo de anticoncepcional que usa no momento, ela respondeu que decidiu trocá-lo por conta própria.

Eu já comecei a tomar a pilula comum, a outra é "fraca". A Maria tá

tomando o "Micronor" e tá enlouquecida porque não menstruou ainda. Ela tá apavorada. Já pensou se tá grávida? O nenê dela tá só com um mês! Eu não quero nem saber já tô tomando da "forte". Não vou ter outro agora (D3).

Antes eu me cuidava só quando eu amamentava. Ai eu tomava "Micronor" por um tempo. Mas depois passou o efeito, o comprimido foi ficando fraco, aí fiquei grávida (D15).

Evidencia-se o desconhecimento sobre a minipílula – a finalidade e indicação de seu uso (anticoncepção durante a amamentação) e fisiologia da amamentação – pois, bebês amamentados, em média, quatro vezes ao dia provocam amenorréia. Na laqueadura tubária, apesar de ser um método anticoncepcional seguro para as mulheres que não querem mais ter filhos, também são mencionadas modalidades de maior ou menor eficácia.

O encaminhamento para a laqueadura já está feito, mas a médica disse que é do tipo pelo umbigo e eu não quero fazer desse tipo. Eu conheci umas três mulheres que engravidaram com este tipo de ligadura. Tem uma vizinha que fez assim, a criança tá com 10 meses e ela já tá ganhando outra.

Eu tô com os papéis prontos pra cirurgia, só falta o marido assinar. Só que ele não quer assinar. Então eu não vou fazer (D12).

Não basta apenas o atendimento à necessidade identificada ou solicitada. É preciso aprofundar o conhecimento das redes de relações que definem as articulações entre indivíduos, núcleos e instituições, criando conexões por onde circulam informações, e los e focos de concepções, práticas de referências⁽¹⁾. Nas falas desses sujeitos evidencia-se a interatividade leiga, técnica e transdisciplinar que permeia as relações entre os saberes antropológicos e os da saúde coletiva.

Constata-se passividade e submissão da mulher ao poder de decisão do marido. Na sociedade brasileira, a igualdade entre homens e mulheres na união conjugal é garantida pela Constituição, mas a mulher precisa da autorização do marido ou companheiro para consolidar sua decisão de não querer mais filhos. A recíproca será verdadeira? Nesse relato, os tabus da saúde reprodutiva apresentam-se intimamente relacionados às questões de gênero - a relação de poder homem/mulher expõe a mulher à gravidez. Outro exemplo, uma das mulheres do estudo alega que a contracepção é facilitadora da liberdade sexual.

Eu tava tomando a injeção (anticoncepção). Ai era muito fácil. Eu saía demais. Ai eu parei de usar e aí me tornei mais difícil. Foi aí, eu acho que ele gostou. Eu fiquei difícil porque tinha medo. Tá louca, eu morria de medo de engravidar. Agora que nós estamos pensando em morar junto, eu já tomei a injeção mês passado (D5).

No relacionamento conjugal, existem situações tabus que indicam a

relação direta entre fluxo menstrual e prática de saúde. A prática de resguardo menstrual difundida entre as mulheres de classes populares é a de que a menstruação é uma "forma de eliminar as impurezas, uma válvula de escape". Faz parte do equilíbrio das coisas, o sangue que está dentro tem que sair, fluir⁽¹⁰⁾.

Claro que não pode transar menstruada. Tu vai ficar toda machucada por dentro, é um respeito que nós mulheres temos que ter. Tu tá arriscando ficar com ferida no útero, uma cicatriz de sangue por dentro, pode arrebentar uma veia e dar hemorragia. Nesse ponto meu marido me respeita (D12).

Portanto, a noção de evitar as relações sexuais durante o período menstrual apresentada pelas mulheres, manifesta-se como uma prática de saúde para elas. A condição feminina no enfoque sobre a saúde e doença⁽²²⁾ passa pelo corpo da mulher em um projeto que limita e dá uma função para esses corpos, levando a tradição e a sabedoria popular, nos dias atuais, a se pronunciarem sobre a maternidade com imagens antagônicas (risos e lágrimas).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações obtidas nesta pesquisa indicam que, no campo da saúde reprodutiva e maternidade, tanto os indícios do desempenho de uma atividade biológica como os mitos e tabus permeiam, como uma ideologia, o viver das mulheres, não sendo possível captá-los mediante perguntas diretas.

A maternidade, idéia abstrata, não-realidade, é uma construção cultural e social de como a mãe deve cuidar dos filhos, e esta estrutura promove e sustenta o mito. As mulheres do estudo são biológica e socioeconomicamente impelidas a ter filhos e, se resistem à sedução ou ao apelo da confirmação da masculinidade do homem, pagam com a própria felicidade, pois deixam de exercer a única possibilidade que lhes é oferecida. Ao aceitarem o desafio, são coagidas a serem mães dentro de um estilo predeterminado: a mulher tem a responsabilidade total do cuidado dos filhos.

O maior de todos os mitos, para essas mulheres, é a crença da auto-suficiência materna, na noção de que tudo o que a criança precisa está contido no binômio mãe/filho e, principalmente, na comunidade matricêntrica do estudo em que a criação de filhos torna o pai um ser biológico essencial, mas supérfluo social, o que contribui para criar situações de paternidade de difícil resolução para a comunidade. O que a mulher espera é tão somente o apoio financeiro do homem, colaborando com a perda do contato pai/filho, perpetuando e reproduzindo essa realidade.

Ao enfrentar a indagação sobre as práticas de saúde, constata-se que não se pode deixar de lado o contexto em que se desenvolvem as evidências de um novo conhecimento e a continuidade, por parte de algumas mulheres, da manutenção de uma ordem que não separa o "mítico" do "científico" e que conecta indissolavelmente as mulheres com essa esfera.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. Construção da Identidade da Antropologia na área de Saúde: o caso brasileiro. In: Alves PC, Rabelo MC, org. Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 1998. p. 29-46.
2. Souza TR. Ainda além do medo: filosofia e antropologia do preconceito. Porto Alegre (RS): Palmarinca; 2002.
3. Buxó MJR. Antropologia de la mujer: cognição, lengua e ideologia cultural. Barcelona (ESP): Anthropos; 1988.
4. Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa (POR): Presença; 1978.
5. Rocha-Coutinho ML. Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro (RJ): Rocco; 1994.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec; 2004
8. Campbell J. O poder do mito. 16ª ed. São Paulo (SP): Palas Athena; 1998.
9. Eliade M. O sagrado e o profano: a essência das religiões. São Paulo (SP): Martins Fontes; 1992.
10. Leal OF. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: Leal OF, org. Corpo e significado: ensaios de antropologia social. Porto Alegre (RS): UFRGS; 1995. p.13-35.

11. Souza CF, Vargas MA. Saúde da família & saúde, doença, família e criança saudável. Rev Bras Enferm 2000; ;53(esp):123-6.
 12. Douglas M. Pureza e perigo. São Paulo (SP): Perspectiva; 1976.
 13. Parisi A, Acevedo P, Bracaccini J, Cipolloni, Peralta MI. Nuevos sujetos sociales: identidad y cultura. Buenos Aires (ARG): Espacio; 1996.
 14. Patricio ZM. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. Texto & Contexto Enferm 1992;1(1):80-100.
 15. Luz AMH, Berni NIO. Feminino e Masculino: Repercussões na saúde dos adolescentes. In: Ramos FR, Nitschke RG, org. Projeto Acolher: um encontro da Enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília (DF): ABEn; 2000. p. 37-47.
 16. Quintana AM. A Ciência da Benzedura. Baurú (SP): EDUSC; 1999.
 17. Gazzenelli MF. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad Saúde Pública 2005;21(1):200-6.
 18. Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo (SP): Robe; 1997.
 19. Gélis J. A individualização da Criança. In: Áries P, Chartier R, organizadores. História da vida privada: da renascença ao século das luzes. São Paulo (SP): Companhia das Letras; 1997. p.311-29.
 20. Forna A. Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro (RJ): Ediouro, 1999.
 21. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. 5. ed. Rio de Janeiro (RJ): Nova Fronteira; 1985.
 22. Priori MD. Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): José Olímpio; 1995.
-