

O Estado brasileiro como agente no processo reprodutivo em uma vila do Baixo-Sul Baiano

I¹ Patrícia Souza Rezende, ² Cecília McCallum I

Resumo: Este artigo explora a reprodução como fenômeno amplo, integrado à vida social e marcado por relações de poder, analisando os processos e estruturas que integram a vida dos sujeitos e destes com o Estado. Os processos reprodutivos, para além do fisiológico, conectam sujeitos, serviços de saúde e outros setores representantes do Estado. Trata-se de um estudo etnográfico realizado entre 2011 e 2015, sobre reprodução enquanto processo biossocial, com marisqueiras e pescadores, majoritariamente negros e de baixa renda, moradores de Riachão – uma vila, localizada em uma ilha, no baixo-sul da Bahia. A partir de uma análise etnográfica, demonstramos as formas de vivência do processo reprodutivo das 18 mulheres que acompanhamos ao longo da pesquisa e concluímos que o Estado exerce papel central na rede de relacionalidades que constituem a reprodução, estabelecendo uma relação oscilante e ambígua de cuidado e violência com as mulheres a cada fase: uma relação de cuidado, frágil e descontinuada, na gestação; uma relação intensa, exclusiva e marcada por violências no parto; e a ausência de cuidado para com a saúde das mulheres no puerpério, conjugada à alta vigilância nos cuidados dos bebês.

► **Palavras-chave:** reprodução estratificada; Estado; desigualdade; atenção à saúde materna; relacionalidade.

¹ Universidade de Brasília. Brasília-DF, Brasil (psrezende@gmail.com). ORCID: 0000-0001-7146-6711

² Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil (cecilia.mccallum@uol.com.br). ORCID: 0000-0003-1927-7774

Recebido em: 12/09/2019
Aprovado em: 03/03/2020
Revisado em: 19/07/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310317>

Introdução

Ao considerarem a reprodução humana como um fenômeno social inserido em esferas públicas e privadas, as antropólogas Ginsburg & Reiter (1995) reorientam o olhar sobre o fenômeno, contemplando os impactos dos processos globais de poder nas experiências reprodutivas cotidianas. Defendem que o processo reprodutivo é marcado por forças externas, mas as práticas locais expressam suas lógicas culturais que incorporam, revisam ou resistem à influência e efeitos destas forças. Assim a gravidez, o parto e o pós-parto ocorrem em contextos de desigualdade social, emergentes destas relações de forças, e isso – ao invés dos ‘fatos biológicos’ – deve ser central na análise (GINSBURG; REITER, 1995).

Estudos antropológicos sobre relacionalidade (“*relatedness*”) também ultrapassam o campo da biologia e destacam a dimensão cotidiana na constituição de parentesco e afinidades (CARSTEN, 2000; MURILLO, 2016; YANAGISAKO; COLLIER, 1987). Etnografias na Bahia demonstraram outros elementos fundamentais para conectar as pessoas, como a ‘consideração’ e ‘a casa’, na organização dos laços (MARCELIN, 1999; MCCALLUM; BUSTAMANTE, 2012; PINA-CABRAL, 2007; PINA-CABRAL; SILVA, 2013).

Inspiradas nestas abordagens, ampliamos nosso olhar sobre o processo reprodutivo, o considerando como um fenômeno constituído por/nas relações sociais. Evidenciamos que a reprodução é constituída por uma multiplicidade de atores. O Estado emerge como um sujeito neste mundo relacional e exerce um papel poderoso e ambíguo de controle, cuidado e violência com as mulheres, em diferentes níveis de interação.

O estudo se realizou em um povoado situado numa ilha, no baixo-sul da Bahia,¹ após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia (CEP – ISC/UFBA) no início de 2013 (Parecer 252.510, de 02/04/2013) e respeitou as normas éticas da Resolução 466 de 12/2012. A pesquisadora principal, Patrícia Rezende, em 2013, viveu oito meses na localidade e fez visitas desde 11/2011 a 12/2014. Nesta vivência, mapeou as instituições estatais, organizações comunitárias, igrejas e espaços de trabalho e lazer. Instalada na vila, contou com o auxílio das moradoras que a receberam e dos trabalhadores do serviço de saúde local, na busca por mulheres que estivessem vivenciando a reprodução e aceitassem participar da pesquisa (únicos critérios de inclusão). A pesquisadora

encontrou as participantes com frequência, em suas casas ou locais de trabalho. Identificou as pessoas mais próximas destas mulheres que se tornaram informantes-chave: parceiros, familiares e aquelas que seriam suas principais agentes de cuidado, como mães, irmãs, cunhadas, vizinhas. Fez várias entrevistas semiestruturadas e conversava com as mulheres, conforme o estado gravídico-puerperal mudava. Imersa no cotidiano local, a pesquisadora realizou observações, entrevistas semiestruturadas e conversas informais com as pessoas das redes relacionais de 18 mulheres. Por compromisso ético, adotamos nomes fictícios da vila, da região e das pessoas.

Das 18 participantes, nove eram marisqueiras e duas eram estudantes. Três eram donas de casa. Daniela trabalhava na casa de Maria Helena e Rosa ajudava na venda familiar. Somente duas tinham ensino superior completo: Dália que era professora da creche e Maria Helena que era diretora do colégio local. Sete recebiam Bolsa Família e cinco não tinham renda própria. Apenas Iara (18 anos, casada, 1 filho) se declarou branca. Das onze participantes autodeclaradas negras, quatro tinham entre 15 e 18 anos e eram primíparas: Bárbara (15), Isabela (17), Jussara (17) e Thalia (18). Destas, apenas Bárbara era solteira. Quatro tinham entre 24 e 26 anos, todas casadas e mães quando engravidaram: Dália (25) e Lílian (26) tinham dois filhos, Daniela (24) tinha um filho e Nina (25) três filhos. As outras tinham entre 31 e 36 anos: Rosa (31) era solteira e primípara; Ângela (36), casada, quatro filhos e Bianca (34), casada, um filho. Entre aquelas que se declararam pardas, apenas Eduarda (17) era menor de idade, solteira e primípara, ao engravidar. As outras tinham entre 25 e 30 anos: Flávia (25), Flaviane (26) e Maria Helena (27) tinham um filho; Naiara (30), tinha 3 filhos e Caroline (30) era primípara.

Analisamos os dados ao longo do trabalho de campo e depois, debruçadas sobre o material produzido, como gravações, imagens, transcrições, diários e notas de campo (NC). A relação de afeto construída com o povo de Riachão promoveu o contato contínuo e como devolutiva fizemos uma oficina com as participantes, onde discutimos e trocamos informações sobre o direito à saúde e a atenção ao parto humanizado.

O Estado na vida social local

Riachão é uma vila ilhada no baixo-sul da Bahia, compõe o município de Visconde e possui cerca de 1200 habitantes. Próxima a uma zona de intenso fluxo turístico, integra a Área de Proteção Ambiental (APA) que abrange a região. Reconhecida

como comunidade remanescente de quilombola em 1999, seus habitantes são predominantemente de baixa renda e negros. Riachão cresceu à beira da maré e do mangue. Apesar do adjetivo “rural” evocar a centralidade das relações econômicas, sociais e políticas que a população estabelece com a natureza e com a terra (VEIGA, 2002), as transformações da ilha tornam esta classificação insuficiente.

A caracterização de “tradicional” igualmente guarda limitações. Riachão tem sido considerada “comunidade tradicional” e seu povo é de pescadores e marisqueiras artesanais. Na geografia, ecologia, biologia, agronomia é usual qualificar povos em contextos semelhantes. Sem embargo, Castro et. al. (2006) alertam para o risco deste conceito ignorar a dinâmica política interna das comunidades e a sua historicidade. Os usos do termo “tradicional” contrastam com a ideia de “moderno” e carregam distinções entre o que seria 'atraso' e 'avanço'. Tais dicotomias sustentam posturas de responsabilização destes povos, resultando em discriminações e mantendo hierarquias sociais (CASTRO et al., 2006).

Ao evocar simbolicamente um modo de vida “primitivo”, a noção de “população tradicional” fortalece atitudes que visam à modernização dos comportamentos. Lembramos da gerente da unidade de saúde local dizendo ser difícil educar uma população tão “*pouco esclarecida*”. A ilha vivia mudanças como mobilidade (social e geográfica), acesso tecnológico e ampliação de conhecimentos, especulação imobiliária, incremento de infraestruturas e melhorias nas condições de habitação, aspectos que evidenciavam como o Estado, através de medidas para o desenvolvimento socioeconômico, emerge como sujeito.

Entendemos o Estado moderno, capitalista, como uma forma organizada de relações de classe, constituído por forças sociopolíticas, pelas instituições e pelos indivíduos que o representam, ocupando cargos em agências estatais. Também é um campo de poder, onde as relações de força estão em disputa, orientando o sentido de dada medida, ação, programa, política (BOURDIEU, 2014; FLEURY, 1994). Não o vemos como uma entidade abstrata e apartada da sociedade (ABRAMS, 1988), mas alinhamo-nos à corrente antropológica que pensa o Estado produzido em ações e discursos, considerando a materialidade dos efeitos de suas práticas na vida local, produzidas e reproduzidas em relações de poder (ASAD, 2004; DAS; POOLE, 2004; MALUF; DE ANDRADE, 2017; STEVENSON, 2007).

Com instituições, medidas e políticas públicas, o Estado se faz presente na ilha. Desde a exigência do IBAMA à Petrobrás pela execução do programa de

compensação socioambiental, até a cobertura do Programa Bolsa Família (PBF). Além disso Riachão possui uma unidade do Programa Saúde da Família (PSF) do Sistema Único de Saúde (SUS), uma escola, uma creche, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e a sede do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Os trabalhadores recebem o ‘defeso’ bianual, um seguro no valor de um salário-mínimo recebido na época em que a pesca é proibida. As mulheres recebem salário maternidade, via previdência social, quando registradas como profissionais da área há mais de dez meses. Entre 2006 e 2008 o governo federal substituiu as casas de barro das famílias nativas por outras de alvenaria (SANTOS; SCHOMMER; ACCIOLY, 2009).

O poder estatal atua por intermédio da biopolítica, tecnologia de poder que, segundo Foucault (2005), opera tanto no corpo coletivo quanto na disciplina dos corpos individuais. No caso de Riachão também entendemos que o biopoder controla nos domínios privados e, na medida em que se propaga, intervém para fazer viver e em como viver (FOUCAULT, 2005). Assim, os serviços e setores estatais são importantes instrumentos para a execução da biopolítica.

Os habitantes de Riachão identificavam o PBF como principal medida de transformação da vida local. O programa visa à superação da pobreza, com a transferência de renda, o reforço do acesso à educação, saúde e assistência social e a integração com ações complementares (LAVERGNE, 2012). Suas condicionalidades garantem a vinculação das pessoas com o serviço de educação e saúde, tornando-se exemplos da articulação intersetorial do Estado. Já foram demonstradas melhoras na saúde da população beneficiária, reduzindo taxas de mortalidade de menores de cinco anos à medida que crescia a cobertura do programa (RASELLA et al., 2013).

Por outro lado, vinculadas às medidas de racionalização como os Cadastros Únicos (que reúnem todas as informações das famílias para todos os programas), as políticas sociais e o PBF também produzem efeitos contraditórios como a concessão ao Estado do domínio das informações e de controle dos comportamentos (COHN, 2012).

No México, Smith-Oka (2013) observou o efeito normalizador das experiências reprodutivas dos povos indígenas, a partir do Programa Oportunidades, análogo ao PBF brasileiro. O programa impactou positivamente nas condições de vida e simultaneamente adaptou os comportamentos das mulheres às “práticas modernas”, destituindo-as de autonomia sobre seus corpos, saberes e decisões na vida reprodutiva (SMITH-OKA, 2013). Não há similitude no modo em que se

processa a medicalização das experiências do Riachão. Embora existam imposições às mulheres como a frequência nos serviços de saúde, o acompanhamento de pré-natal e a vacinação das crianças, a persistência dos conhecimentos práticos revelam uma interação dinâmica entre saberes, nos cuidados à saúde.

A importância da ampliação dos equipamentos de saúde na ilha era evidente. O PSF se expandiu após 2004 e a população contava com um espaço e uma equipe maiores. O programa foi implantado no país como estratégia de reorientação da Atenção Básica (AB) do Ministério da Saúde (MS), desde 1994, para modificar o modelo de atenção hospitalocêntrico (ESCOREL et al., 2007). A aquisição da lancha rápida e a Casa de Apoio de Visconde – localizada na cidade de Valiosa, onde está o hospital regional mais próximo – também foram cruciais. Daí decorreu a absoluta hospitalização dos partos de Riachão.

Em 2012, a Secretaria Municipal de Saúde de Visconde (SMS) tentou cadastrar as parteiras atuantes, mas constataram que o ofício estava extinto na região. De fato, as mulheres que foram parteiras no Riachão já não atuavam como tal durante o período estudado. A centralidade do Estado no processo reprodutivo já estava estabelecida, dado que se tornou um importante agente de cuidado à saúde, especialmente nos partos.

Ao identificar o Estado como sujeito, a etnografia observa diferenças de formas e níveis de atuação. Atua na forma de (1) agente promotor de medidas e políticas públicas, proporcionando as mudanças e melhorias das condições de vida; e (2) sujeito nas relações entre população usuária e os serviços de saúde – aspecto que exploramos aqui. Nesta última, em dois níveis: (2a.) da organização burocrática/institucional – o setor saúde com usuários deste sistema e (2b.) da interação interpessoal – trabalhadores dos serviços com os usuários. No segundo caso (2b.), trata-se de pessoas que interagem e manejam toda complexidade das quais são constituídas, operando conceitos e valores que carregam consigo. As vivências das mulheres em cada fase do processo confirmam nosso entendimento.

Gestação

Até divulgarem a gravidez, as mulheres do Riachão enfrentam processos de aceitação. A maternidade é vista como algo importante na construção de laços familiares, mas sempre associada à luta da criação, que incluía sustentar e cuidar

dos filhos. Na busca por apoio, os parentes e parceiros são os principais sujeitos acionados: o parceiro deve assumir a responsabilidade, e os pais/familiares devem aprovar. A participação masculina é central, pois o reconhecimento do parceiro é o principal fator para a aprovação familiar.

Segue-se um arranjo entre sujeitos a fim de garantir as “*condições para ter menino*”, referindo-se às questões econômicas e afetivas onde a casa ganha centralidade, dinâmica que detalhamos em outro texto (no prelo). O Estado é central no sustento econômico das famílias. Contudo, só depois da confirmação da gravidez é que este – personificado no serviço de saúde – se revelará sujeito nesta rede de relações. A partir desse momento, a reprodução é o principal elo entre mulheres e Estado.

As mulheres vão ao posto de saúde principalmente para levar os filhos. A assistência Pré-Natal (PN) é considerada importante meio de acompanhar o desenvolvimento dos seus bebês. Mas as primeiras consultas nem sempre eram imediatas ao início da gravidez. Das 18 mulheres, uma iniciou seu PN no 1º mês de gestação; quatro iniciaram no 2º mês; cinco no 3º mês; três no 4º mês; uma no 5º mês e quatro no 6º. Isabela ponderava que...

Tem que ir, só que às vezes acho desnecessário... Porque cada pessoa tem que se cuidar em casa! Você vai porque da pessoa te dar indicações, como vai ser no parto, o que tem que fazer, mas você sabe que não pode ficar pegando peso em casa. (NC).

Apesar de elogiarem o serviço de saúde, era difícil conseguir atendimento. Os profissionais se revezavam entre as unidades da região, atendendo apenas uma vez por semana. A sobrecarga de trabalho e as ausências da enfermeira também dificultavam a realização de consultas. Assim, as primeiras consultas de PN nem sempre refletiam a data da busca. Três gestantes – Nina, Bianca e Flaviane – acompanhadas pela pesquisadora, não foram atendidas porque a profissional faltou. Quando aconteciam, as consultas eram padronizadas, como explicou a enfermeira:

No primeiro PN, elas se cadastram, eu solicito exames, ultrassom, dá o cartão de gestante. As consultas são uma vez por mês. Mede a barriga, a altura uterina, passa suplementos [...] (NC).

As gestantes também indicavam a padronização e impessoalidade das consultas. Para Maria Helena “*Pergunta se está tomando vacina, sulfato ferroso. Foca muito na vitamina pra não dá anemia. Pesa, mede, vê seu peso, essas coisas básicas...*” (NC). Segundo Duarte e Andrade (2008), o PN deveria incluir educação em saúde, na perspectiva da Atenção Integral à Saúde das Mulheres, considerando o processo da

gestação de cada mulher em suas especificidades. As mulheres deveriam ser respeitadas e compreendidas dentro de seus contextos (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Os atendimentos padronizados e as ausências refletem a pouca disponibilidade de tempo da profissional para o PN e impedem o envolvimento com (e da) população atendida. Os acompanhamentos eram, majoritariamente, feitos pelo SUS. Apenas Rosa e Flávia fizeram consultas em médicos particulares. Na gestação, os principais exames que as mulheres faziam eram de urina e de sangue – a maioria feita pelo SUS, cuja falta de agilidade era mencionada como um grave problema. As ultrassonografias quase sempre eram pagas e muito valorizadas.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acompanhavam a gestação, buscavam gestantes não cadastradas, realizavam cadastros, avisavam sobre a presença da enfermeira, as ações do posto e possíveis demandas às mulheres. Nativos da ilha, participavam ativamente da vida das mais próximas. Osvaldo (ACS) era pai de Bárbara. Tereza (ACS) era próxima de Bianca e de Nina. As redes de relacionalidade das gestantes também envolviam os demais trabalhadores moradores da ilha, que participavam destas relações em seu duplo pertencimento – agentes do Estado e agentes locais – enunciando a interação dos saberes da ciência biomédica e da vida cotidiana e conformando discursos híbridos. No entanto, os conhecimentos de ordem biomédica se espraiam amplamente em diversas dimensões da vida de todos os sujeitos, como vemos na alta valorização dos equipamentos de saúde, do acesso ao PN e dos exames, como a ultrassonografia.

Para além do serviço de saúde, as grávidas se conectam em uma rede. A “*barriga*”, enquanto cresce, fortalece as relações sociais que cria ao seu redor: à medida que o bebê se movimenta, intensificam-se as interações das pessoas com a barriga, tornando as transformações plenas de sentido para as mulheres. Com auxílio dos mais próximos, elas organizam chás de fraldas, arrumam o quarto e as coisas do bebê, se preparando para o parto.

Parto

A hospitalização dos partos era o motivo das mulheres considerarem que a saúde melhorou “cem por cento”. Antes da introdução de transporte rápido e gratuito, acessava-se o hospital em barcos lentos ou canoas e os partos, às vezes, aconteciam no caminho. Apesar de valorizados, os partos hospitalares expressavam uma grave contradição – as experiências eram marcadas pelo sofrimento.

O Estado era o único agente de cuidado, sendo o hospital o espaço exclusivo de nascimento. Em 2013, não eram permitidos acompanhantes, a despeito de ser direito garantido desde 2005 (Lei 11.108/2005). Diferentemente da gestação, quando as mulheres podiam contar com parentes e afins, no parto só se relacionavam com a instituição e seus profissionais.

Primeiro, peregrinavam entre o hospital e suas casas ou a casa de apoio, pois “*não estava na hora*”, revelando a falta de aconselhamento adequado durante o PN e o distanciamento dos profissionais com as parturientes. O Estado, malgrado a garantia do acesso à atenção hospitalar se omitia na oferta de assistência qualificada desde a entrada destas mulheres. A ambiguidade na sua atuação enquanto sujeito e agente de cuidado ganha destaque.

Uma vez admitidas, as mulheres ficavam na sala de pré-parto junto de gestantes com intercorrências, mulheres em processo de abortamento e outras parturientes. A maioria relatou o aumento das dores com a aplicação (não dialogada) do soro e o descaso dos profissionais quando pediam ajuda. Para Jussara, poderiam melhorar:

A atenção com os pacientes... Ficar mais próximo, explicar mais as coisas. Falar mais sobre o nosso corpo. Não conversa nada. Não sabe nada. Só manda botar força.

Neste momento, a tensão cresce e a indiferença aparece como um primeiro passo na negativa de auxílio. Eduarda relatava o sofrimento:

A enfermeira que estava lá era ruim... elas só ficavam dormindo de noite, não queria saber de nada e tinha uma mulher lá que estava com muita dor, mais dor que eu, ela estava gemendo e elas falavam: “Cala a boca que na hora de fazer você não gemeu”. Eles não estão nem aí, eles viram pro lado e dormem. Quando chega uma mulher lá pra ter menino, eles levantam e ajeitam a cama e a pessoa deita, mas depois eles vão dormir e não estão nem aí. (NC)

Muitos estudos no Brasil evidenciam experiências de violência no parto, xingamentos, recusas de auxílio no alívio da dor e outros maus-tratos nos hospitais brasileiros, demonstrando uma ideologia de “*naturalização da dor do parto como um preço pelo prazer sexual ou como destino biológico*” (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011, p. 89), banalizando o sofrimento das mulheres (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011; CARNEIRO, 2011; SALGADO; NIY; DINIZ, 2013). Segue-se o momento de transferência para a sala de parto, o Centro Obstétrico, apresentado por Flávia:

[...] A gente fica ali deitada, aí quando a criança vai sair, a gente tem que descer, trancar as pernas, como elas falam e ir para a sala de parto. O que eu acho errado é assim, eles botam a gente naquela sala, com dor, aí quando vê que a criança está coroadando, aí ela quer

que a gente baixe as pernas [...] aí a gente tem que descer, e fechar as pernas bem fechadas que é pra criança não sair. E vai pra sala de parto, chega lá, amarra as pernas da gente e coloca nos ferros. (NC).

Completa-se a destituição do poder das mulheres que ficam sozinhas, fechadas na sala, amarradas e totalmente subjugadas às ordens dos profissionais. Este é o caso dos partos normais. Dez mulheres tiveram este tipo de parto, seis passaram pela episiotomia – incisão feita na região do períneo para ampliar a passagem do bebê – sem esclarecimentos prévios. O procedimento é questionado por organizações e estudos que revelam sua inadequação, devido à baixa evidência científica quanto à sua eficácia (DINIZ, 2001).

Por outro lado, quase 50% das 18 mulheres tiveram cesarianas – a maioria sem negociação. Este dado é consoante com outros estudos no Brasil e aponta para alta ocorrência de cesarianas sem indicação, o que pode ser associado a resultados maternos graves (LEAL et al., 2014; MASCARELLO et al., 2017). Os números superam o limite de 15% estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (PATAH; MALIK, 2011; TORRES et al., 2014).

Ao nascer, o bebê é mostrado à mãe e levado para limpar, pesar, “*ver se tá tudo direitinho*”. As mulheres recebem os filhos quando estão no quarto da maternidade, para onde são levadas em uma maca após receberem os curativos e esperarem o maqueiro no corredor, sozinhas.

[...] levou meu filho e eu fiquei com medo. Aí a enfermeira me falou: Se acalme, que daqui a pouco você vai ver, eu achei um absurdo porque como é que uma mãe vai ter menino e não come nada, com a criança dentro da barriga? Eu comecei a falar desesperada: Eu tô com fome, meu filho tá com fome, tem que dar leite ao meu filho. E ela: “Espere mãe, espere um pouquinho!” Aí eu sei que eles me tiraram de lá da sala de parto. Me botaram lá do lado do centro cirúrgico, eu fiquei em cima da maca um tempão, mais de uma hora de relógio mandaram eu esperar, aí depois eu fui pra sala. [...] Depois passou um tempo, umas três horas, aí Dinho veio... (Eduarda - NC).

As experiências divergem de normativas onde o Estado regulava a assistência ao parto e nascimento. Desde 2000 a Portaria n. 569/2000, o MS estimulava a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas na assistência, bem como a organização institucional para a humanização. A Lei Federal 11.108/2005 assegurava à parturiente o direito de ter um acompanhante de sua escolha. A cartilha do MS (2001) incentivava boas práticas, baseadas em evidência, bem como a Portaria do MS n. 1.459/2011 que instituiu e regulamentava a Rede Cegonha (BRASIL,

2000, 2001, 2011, 2005). Contrariamente, estudos observam intervenções médicas excessivas e desnecessárias, como práticas de rotina das instituições, no contexto brasileiro, confirmando os relatos das participantes (LEAL et al., 2014).

A atuação do Estado se fortalece e se manifesta sob a forma de violências. A violência obstétrica, ou violência na assistência ao parto, abrange violências contra as mulheres na gestação, parto, puerpério e aborto (SALGADO; NIY; DINIZ, 2013). Refere-se às violações de Direitos Humanos e práticas que carregam noções tradicionais de gênero. Engloba a apropriação do corpo e do processo parturitivo das mulheres, abuso de tecnologias e medicações desnecessárias; agressões; ação ou omissão profissional; tratamento desumanizado, patologização de processos naturais (OMS, 2014; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Uma violência institucional, promovida e sustentada sob domínio da racionalidade biomédica que consagra a autoridade do poder médico (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; AGUIAR, 2010).

A violência institucional conjuga discriminações engendradas na violência que é estrutural, fruto da desigualdade social, mantida pelo Estado, que vulnerabiliza as pessoas a partir de desigualdades de gênero, raça e classe social (FARMER, 2005). Vale destacar a importância destes marcadores, sublinhando o papel da intersecção raça, classe e gênero para o contexto estudado, dado que tratamos de mulheres majoritariamente negras, de baixa renda, oriundas de uma “comunidade tradicional”. Assim, a manutenção e acirramento da violência estrutural submete estas mulheres à violência institucional e, nesta, à violência obstétrica.

Apesar deste cenário, surpreende a preferência pelo parto hospitalizado, possivelmente explicada pela sensação de segurança que transmite quanto ao risco de mortes. Histórias antigas de desfechos trágicos confirmam a importância da institucionalização, como em outros estudos na região (MCCALLUM, ET AL, 2015). O fenômeno pode expressar a força da biopolítica e da medicalização sobre o corpo feminino (FOUCAULT, 2005; VIEIRA, 2008), além da valorização daquilo que simbolizaria a modernidade, permitindo suplantar a condição de “atraso” de seus modos de vida “tradicionais”. Convém lembrar o histórico de marginalização e exclusão social do qual este povo é oriundo e a sua inserção recente no mercado consumidor. A hospitalização dos partos associa questões de nível local e global, conforme apontado por Ginsburg & Rapp (1995).

Puerpério

No quarto da maternidade, as mulheres recebem a visita daqueles que as levarão de volta à ilha, onde ficarão sob seus cuidados, de “*resguardo*”. Nesse período o estado é pouco ativo como cuidador das mulheres, focalizando sobretudo nos bebês. A medicina divide o puerpério, o período após o parto, em três fases: a imediata (até o 10º dia), a tardia (até o 42º dia) e o remoto (a partir do 43º dia) (BRASIL, 2001). No Riachão, três meses é o ideal para o “*resguardo*”, mas há restrições que duram um semestre. Na prática, o “*resguardo*” costuma durar um mês, sendo os primeiros quinze dias os mais restritivos. Em outros contextos, o tempo de “*resguardo*” também varia: de 40 a 45 dias entre os Mundukurus (DIAS-SCOPEL, 2014) e entre parteiras no Pará (FLEISCHER, 2007); de uma semana até meses, entre Wapichana e Macuxi em Roraima (TEMPESTA, 2010).

No Riachão as restrições incluem: contato com água fria, abaixar, andar demais, pegar peso, lavar roupas, varrer, ter relações sexuais, passar nervoso, movimentar-se repetidamente ou comer alimentos (“*resguardo de boca*”) conhecidos como “*remosos*”: com propriedades inflamatórias. Estudos em outras regiões do Brasil identificaram restrições similares para as mulheres no pós-parto (DIAS-SCOPEL; SCOPEL; LANGDON, 2017; FLEISCHER, 2007; MACÊDO; BELAUNDE, 2007; MOTTA-MAUÉS, 1977; PEIRANO, 1975; TEMPESTA, 2004).

No Riachão algumas mulheres mencionavam a “*dona do corpo*” – um ente que se localiza no ventre das mulheres, como Vívian (mãe de Jussara) e Bianca detalharam:

Vívian: protege a criança e quando ela sai (a criança), ela (a dona do corpo) fica procurando o bebê. Se a pessoa se abaixa no “*resguardo*”, ela (a dona do corpo) sai e com o tempo ela fica pra fora. Aí tem que operar, aí o povo chama de rotura. Aí o povo faz a perini. Tem umas que não sai não, tem umas que dá dor nas pernas, desânimo, umas coisas assim (NC).

Bianca: Ela (dona do corpo) fica chamando a morte. Tem que tomar bastante cuidado [...] só depois de 41 dias pra viver a vida normal e também separar comida, que tem comida que não pode comer quando a gente tá de “*resguardo*”, o corpo tá aberto (NC).

Não se faz amplamente alusão à “*dona do corpo*” no Riachão, mas a maioria concorda que o “*corpo aberto*” exige cuidados para que o “*parto não suba para cabeça*”. Semelhante aos Tupinambás de Olivença (BA) (MACÊDO; BELAUNDE, 2007), o pós-parto é o período mais importante para a saúde das mulheres, conforme Roberta nos explicou:

Porque fica aberto. Depois do parto, depois do menino sair, o corpo fica aberto e é mais fácil de pegar doença, fica mais suscetível. Por isso tem que tomar muito cuidado” “Aqui no “resguardo” tem mulher que não pode pôr o pé no chão, pegar na água fria. Varrer é muito perigoso, porque mexe muito, é muito esforço. Não pode lavar roupa. Não pode tomar banho frio (NC).

Quando “*quebram o resguardo*”, as mulheres têm fortes dores de cabeça e podem “*perder o juízo*”. Como acontece entre os Tupinambás (MACÊDO; BELAUNDE, 2007), estas noções gravitam entre os discursos das mulheres mais velhas que, no Riachão, explicavam com satisfação sobre os cuidados do “*resguardo*”, sublinhando suas preocupações com as mais jovens que se cuidavam a partir de noções mais medicalizadas.

Maria Helena, por exemplo, teve seu “*resguardo de boca*”, mas uma semana após o último parto já estava trabalhando. Sua sogra estava preocupada porque Maria Helena não seguiu o “*resguardo*”, alegando não acreditar naquilo que não era cientificamente comprovado. Apesar da variabilidade, todas as mulheres viveram alguma restrição e algumas práticas eram recorrentes. Primeiro precisa-se dispor de uma rede de apoio, pois a puérpera e o recém-nascido serão cuidados por alguém desta rede – geralmente mulheres: mães ou parentes. Sem a presença de familiares, as paridas contam com a ajuda de vizinhas e amigas – como Caroline – ou, se possuem recursos, pagam pelo auxílio – como Maria Helena. Naiara programava ir à casa de sua mãe, mas suas filhas adolescentes cuidaram dela.

Quem “*segurava o resguardo*” (principal agente de cuidado) dava banho no bebê até cair o umbigo e preparava o banho da puérpera; cozinhava para as paridas; lavava as suas roupas e as dos bebês. Os cuidados também eram divididos, como no caso de Bárbara – o bebê recebia os cuidados da sua avó paterna e Bela cuidava de sua filha parida.

O aleitamento também era um fenômeno importante no pós-parto. Parte das restrições alimentares das mulheres são explicadas pelo efeito que podem causar aos bebês, através da amamentação. Todavia, poucas mulheres aderiram ao aleitamento exclusivo. A complementação alimentar era vista como uma forma de cuidado, como explica Eduarda:

[...] falaram que em seis meses o menino tinha que só mamar e não dar mais nada [...] não segui porque não acho certo. Não é correto! Como é que uma criança pequena fica sem chá, sem remédio? [...] eu dava mingau porque eu via que ele não sustentava mesmo.

Ele pedia leite! Meu peito ficou ferido [...]. No posto não disse nada. Ela (enfermeira) perguntou se tava dando leite eu disse que tava. Porque eu sei que eles íam ficar falando que é errado e tal, então não disse nada a eles (NC).

O saber e a prática médica legitimam o poder do Estado e torna os corpos femininos alvos prioritários de políticas de nascimento e de controle populacional (VIEIRA, 2008). Os efeitos destes dispositivos reconfiguram atribuições de gênero, atribuindo às mulheres não apenas o fazer nascer, mas ainda o fazer crescer, a criação e cuidado dos filhos, os novos cidadãos – assuntos de Estado (ROHDEN, 2000; VIEIRA, 2008). Mesmo assim, Eduarda fugia do controle exercido pela agente do Estado.

As mulheres estão conscientes das divergências entre o que fazem e as orientações que recebem, porém não as explicitam diante dos profissionais. A preocupação com a alimentação dos filhos recém-nascidos, tanto no estudo de Bustamante (2009) como neste, revela cuidado com a saúde e crescimento infantil. Mas, quando há uma disjunção entre o prescrito e o praticado, a ideia difundida de que a boa mãe é aquela que segue as orientações, resulta em relações conflituosas, além do distanciamento nas tomadas de decisão, como o caso de Eduarda. As orientações verticais e biomédicas para a amamentação e cuidados dos bebês, não se reverberam nas práticas locais de forma homogênea, pois comportamentos mais ou menos influenciados pelas prescrições biomédicas coexistem, durante o puerpério.

O caráter biossocial da reprodução, então, se confirma. O Estado se destituiu do lugar de sujeito agente – papel que pretendia ter com as mulheres na gestação e que teve no parto. O corpo que carregava outro corpo deixa de ser o foco da biopolítica. Raramente o serviço de saúde ofertava alguma assistência à saúde das ‘paridas’. Segundo a enfermeira local, não eram necessárias ações de atenção à saúde das mulheres no puerpério, pois *“todas as recomendações de cuidado dos bebês foram dadas no PN”* (NC).

Este dado e os relatos sobre a atenção no PN mostram que o foco da ação do Estado no processo reprodutivo não é a saúde das mulheres, mas é o monitoramento/acompanhamento do novo ser que é gerado, como sinalizara Wetterberg (2004). A ausência de atenção à saúde das mulheres no pós-parto, nos confirma que a preocupação é quase exclusivamente para com o bebê – o corpo que estava dentro do outro.

Conclusão

O processo reprodutivo no Riachão conecta uma rede de relacionalidades, onde o Estado destaca-se como um sujeito poderoso. Contribui para garantir “*as condições de ter menino*” e para a melhoria nas condições de vida deste povo, além de estar presente nas instituições. Em contrapartida, representado pelas instituições do sistema formal de saúde o Estado manifesta-se em uma relação ambígua de cuidado, controle e violência para com as mulheres. Tanto no nível organizacional/burocrático, como no interpessoal. Se, de um lado, acenou para regular a assistência à saúde reprodutiva das mulheres na esfera ampla do sistema (leis, portarias, etc), de outro, suas instituições não estão organizadas neste sentido.

O Estado, enquanto agente de cuidado na gestação, apesar de valorizado é incipiente. Carece de vínculo, mas se aproxima da vida reprodutiva. O foco dos cuidados com as mulheres nas consultas de PN acompanha a perspectiva biomédica, reduzindo-as a um corpo que carrega outro, mesma noção que subjaz o entendimento que as mulheres possuem sobre a assistência.

No parto, esta relação se intensifica e atinge o ápice da contradição. Como sujeito exclusivo no cuidado, sua atuação se caracteriza por uma assistência atravessada por violências. Na interação imediata dos profissionais com as parturientes, observa-se uma sequência de práticas discriminatórias e indevidas, baseadas em noções de gênero, raça e classe social. Mas o Estado também se apresenta, paradoxalmente, como agente de cuidado, já que é reconhecida a importância da assistência hospitalar na prevenção de agravos. Apesar dos maus-tratos, as mulheres insistem na preferência do parto hospitalar e na legitimação do saber/poder médico. A hegemonia da biopolítica do Estado ganha centralidade, refletindo o valor que é atribuído às técnicas e à ciência.

No puerpério, por outro lado, o Estado está ausente no cuidado à saúde das mulheres, apesar de se colocar como agente na atenção à saúde dos bebês. Destaca-se, nesta fase, a força das relações entre os sujeitos e a diversidade de conhecimentos em interação.

Finalmente, afirmamos que fazer nascer e crescer só se realizam com o engajamento dos sujeitos no processo reprodutivo, que não se produz localmente sem que haja, nestas relações, os efeitos da biopolítica e o Estado, no seu papel oscilante e ambíguo².

Referências

- ABRAMS, P. Notes on difficulty of studying the state. *Journal of Historical Sociology*, v. 1, n. 1, p. 58-89, 1988.
- AGUIAR, J. M. DE; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 36, p. 79-92, mar. 2011.
- AGUIAR, J. M. DE; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 11, p. 2287--2296, nov. 2013.
- AGUIAR, J. M. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ASAD, T. Where are the margins of the State? In: DAS, V.; POOLE, D. (Eds.). *Anthropology in the margins of the State*. New Delhi: Oxford University Press, 2004. p. 279-288.
- BOURDIEU, P. *Sobre o Estado: Cursos no Collège de France (1989-1992)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 31 dez. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459, de junho de 2011*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 31 dez. 2019.
- _____. Presidência da República. *Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 31 dez. 2019.
- BUSTAMANTE, V. *Cuidado infantil e construção social da pessoa: Uma etnografia em um bairro popular de Salvador*. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- CARNEIRO, R. G. *Cenas de parto e políticas do corpo : uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado*. Tese (Doutorado) - IFCH, UNICAMP, Campinas, 2011.
- CARSTEN, J. *Cultures of relatedness*. 1. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- CASTRO, F. et al. Use and misuse of the concepts of tradition and property rights in the conservation of natural resources in the Atlantic forest (Brazil). *Ambient. soc*, v. 9, n. 1, 2006.

- COHN, A. *Cartas ao presidente Lula: Bolsa Família e direitos sociais*. Rio de Janeiro: Pensamento Brasileiro, 2012.
- DAS, V.; POOLE, D. *Anthropology in the Margins of the State*. 1. ed. New Delhi: Oxford University Press, 2004.
- DIAS-SCOPEL, R. *A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku*. Tese (Doutorado) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- DIAS-SCOPEL, R. P.; SCOPEL, D.; LANGDON, E. J. Gestação, parto e pós-parto entre os Munduruku do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e práticas indígenas de autoatenção. *Ilha Revista de Antropologia*, v. 19, n. 1, p. 183-216, jun. 2017.
- DINIZ, C. S. G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 132-139, jun. 2008.
- ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, mar. 2007.
- FARMER, P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press, 2005.
- FLEISCHER, S. *Parteiras, buchudas e aperreios - uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial a cidade de Melgaço, Pará*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- FLEURY, S. *Estado sem Cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 252 p.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- GINSBURG, F. D.; REITER, R. R. *Conceiving the new world order : the global politics of reproduction*. Berkeley, University of California Press, 1995.
- LAVERGNE, R. F. Programa Bolsa Família: uma nova modalidade de biopolítica. *Serviço Social & Sociedade*, n. 110, p. 323-344, jun. 2012.
- LEAL, M. DO C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. supl 1, p. S17-S32, ago. 2014.

- MACÊDO, U.; BELAUNDE, L. E. “Resguardo” e tecnologias culturais Tupinambá de prevenção da morte materna. In: MCCALLUM, C.; BELAUNDE, L. E. (Coord.). *Relatório final: Projeto Mainba - Saúde Reprodutiva e Morte Materna entre os Tupinambá de Olivença-BA*. MUSA/ISC/UFBA, Salvador, 2007.
- MALUF, S. W.; DE ANDRADE, A. P. M. Entre políticas públicas e experiências sociais: Impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções. *Saude e Sociedade*, v. 26, n. 1, pp. 171-182, 2017.
- MARCELIN, L. H. A linguagem da casa entre os negros no recôncavo baiano. *Revista de Estudos em Antropologia Social*. Rio de Janeiro, v. 5, p. 31-60, 1999.
- MASCARELLO, K. C. et al. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 51, 105, 2017.
- MCCALLUM, C. A. et al. Experiência e conhecimento no cuidado dos corpos femininos: A “Dona do Corpo” e o “Resguardo Quebrado” Tupinambá. In: ROHDEN, F.; MCCALLUM, C. (Orgs.). *Corpo & Saúde na Mira da Antropologia: Ontologias, Práticas, Traduções Brasileiras*. Salvador: EDUFBA & ABA, 2015.
- McCALLUM, C.; BUSTAMANTE, V. N. D. Parentesco, gênero e individuação no cotidiano da casa em um bairro popular de Salvador da Bahia. *Etnográfica*, v. 16, n. 2, 2012.
- MOTTA-MAUÉS, M. A. “Trabalhadeiras” & “Camarados”: Um Estudo sobre o Status das Mulheres numa Comunidade de Pescadores. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília. Brasília, 1977.
- MURILLO, A. L. *Culture of Relatedness*. Depto. Antropologia, Universidade de São Paulo, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: WHO, 2014.
- PARTO DO PRINCÍPIO. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. *Dossiê da Violência Obstétrica: Parirás com dor*. Entregue à CPMI da Violência Contra as Mulheres, 2012.
- PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 45, n.1, p. 185-194, fev. 2011.
- PEIRANO, M. *Proibições alimentares numa comunidade de pescadores (Icarai, Ceará)*. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília. Brasília, 1975.
- PINA-CABRAL, J. Mães, pais e nomes no Baixo sul (Bahia, Brasil). In: PINA CABRAL, J.; VIEGAS, S. de M. (Eds.) *Nomes: gênero, etnicidade e família*. Lisboa: Edições Almedina, 2007. p. 63-89.
- PINA-CABRAL, J.; SILVA, V. A. da S. *Gente Livre: Consideração e Pessoa no Baixo-Sul da Bahia*. São Paulo: Terceiro Nome, 2013.

- RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, v. 382, n. 9886, p. 57-64, jul. 2013.
- ROHDEN, F. *Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- SALGADO, H. de O.; NIY, D. Y.; DINIZ, C. S. G. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, v. 23, n. 2, p. 190-197, 2013.
- SANTOS, Í. G.; SCHOMMER, P. C.; ACCIOLY, M. da C. (Orgs.). *Aprendendo com Identidades e Diversidades de Comunidades Tradicionais de Pesca e Mariscagem do Baixo Sul Baiano*. Salvador: CIAGS/UFBA; FAPESB; SECTI; CNPq, 2009.
- SMITH-OKA, V. *Shaping the motherhood of indigenous Mexico*. Nashville, Tennessee: Vanderbilt University Press, 2013.
- STEVENSON, L. Anthropology in the Margins of the State, ed. by Veena Das and Deborah Poole (Review). *PoLAR*, v. 30, n. 1, p. 140-144, 2007.
- TEMPESTA, G. *A produção continuada dos corpos. Práticas de resguardo entre os Wapichana e Macuxi em Roraima*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas, 2004.
- TEMPESTA, G. A. Os fluidos limites do corpo. Reflexões sobre saúde indígena no leste de Roraima. *Anuário Antropológico*, n. I, p. 129-148, 1 jun. 2010.
- TORRES, J. A. et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S220-S231, 2014.
- VEIGA, J. E. *Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula*. São Paulo: Autores Associados, 2002.
- VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- WETTERBERG, A. My Body, My Choice... My Responsibility:: The Pregnant Woman as Caretaker of the Fetal Person. *Berkeley Journal of Sociology: a critical review*, 2004.
- YANAGISAKO, S. J.; COLLIER, J. F. Toward a Unified Analysis of Gender and Kinship. In: COLLIER, J. F.; YANAGISAKO, S. J. (Eds.). *Gender and Kinship: Essays Toward a Unified Analysis*. California: Stanford Press, 1987.

Notas

¹ Pesquisa de Doutorado em Saúde Coletiva, finalizada e defendida em abril de 2015.

² P. S. Rezende: elaboração do texto, investigação principal, pesquisa de campo, produção e sistematização dos dados, análise bruta dos dados. C. McCallum: supervisão do trabalho de investigação, orientação na análise, revisão e edição do texto final. Agradecemos a leitura crítica e atenta da pesquisadora Romina Margarita Hamui. Este trabalho foi conduzido com o apoio e financiamento do CNPq, ao qual também sublinhamos nossos agradecimentos.

Abstract

The Brazilian State as an agent of the reproductive process in a village in the Baixo-Sul of Bahia

This article explores reproduction as a broad phenomenon that is integrated to social life and marked by power relations, in an analysis of the processes and structures that integrate subjects' lives and bind them with the State. Reproductive processes, which are more than physiological, connect subjects, health services and other sectors that represent the State. This ethnographic study, carried out between 2011 and 2015, focused on reproduction as a biosocial process among mostly black, low-income shellfish gatherers and fishermen living in Riachão – a village located on an island in the 'baixo sul' region of Bahia. Through ethnographic analysis, we explore the experiences of the reproductive process of the 18 women we followed during the research to conclude that the State plays a central role in the network of relationalities that constitute reproduction, establishing an oscillating and ambiguous relationship of care and violence with women at each stage: a fragile and discontinued care relationship during pregnancy; an intense, exclusive relationship marked by violence during childbirth; and a lack of care for the health of women in the puerperium, combined with high surveillance in the care of babies.

► **Keywords:** stratified reproduction; state; inequality; maternal healthcare; relationality.

