

Sangue, Leite e Quarentena: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará

Soraya Fleischer
(CFEMEA)

Nos meses em que vivi em Melgaço, região marajoara do estado do Pará, por conta de minha pesquisa de doutorado, convivi intensamente com a sexagenária Dona Dinorá¹. Além de minha anfitriã, ela era uma das parteiras mais requisitadas nesta pequena cidade ribeirinha de 3.500 habitantes, tanto para matéria obstétrica, quanto para atendimentos ginecológicos e pediátricos. Todos os dias, ela caminhava pelas doze ruas da cidade atendendo chamados, passando receitas, *puxando barrigas*². Nestas *pernadas*³, como dizia, cruzávamos com vários tipos recorrentes: meninos vendendo *chopes* (i.e., sacolés) de abacate, marreteiros anunciando os novos produtos do crediário (como colchas, louças, sandálias, perfumes), crianças indo e voltando da escola, *carreteiros* entregando caixas nos *mercantis* ou malas nas casas dos viajantes recém-chegados, mulheres carregando latas d'água, homens voltando do serviço agrícola ou da pescaria, enfermeiras de branco circulando sobre suas bicicletas entre a unidade de saúde e a secretaria municipal de saúde etc. Mas causava-me estranhamento um tipo específico, duas ou três mulheres que pela cidade perambulavam solitárias e ignoradas.

Elas tinham algumas características comuns. Não calçavam chinelos, tinham os cabelos longos e desgrenhados e suas roupas eram sempre as mesmas, rotas e armafanhadas. Andar descalço, despenteado e sujo eram aspectos abominados pelos melgacenses, sobretudo pelos mais empobrecidos, para quem parecia sempre necessário demarcar fronteiras entre a pobreza e a mendicância. Ninguém dirigia a palavra a estas mulheres e elas tampouco conversavam com quem cruzavam. Olhavam para o chão, procuravam comida pelos cantos, resmungavam frases incompreensíveis para si mesmas ou dirigidas às árvores, aos pássaros, aos cachorros magrelos que eram vistos por toda a cidade. Eram motivo de chacota, eventualmente crianças as xingavam e lhes arremessavam pedras ou frutas, homens lhes jogavam gracejos desrespeitosos, adultos riam-se delas abertamente. Contudo, todos sabiam de quem eram irmãs, filhas ou cunhadas e, vez por outra, eram recolhidas pelas próprias famílias para receberem um prato de comida ou um banho. Seus filhos haviam sido distribuídos entre os parentes e seus maridos haviam-nas abandonado e se recasado.

Quando eu perguntava à D. Dinorá e sua família o que tinha acontecido às moças, ouvia em uníssono: *Ah, o sangue delas subiu pra cabeça*. Essa movimentação corporal tinha acontecido, explicavam-me, enquanto *quarentavam*, isto é, durante o resguardo puerperal destas mulheres. Foi a partir destes casos que comecei a prestar mais atenção a esta terceira etapa do ciclo gravídico, deixando que meu foco se estendesse além das outras duas etapas, a gestação e o parto. Contemplar o resguardo ajuda a ampliar as abordagens sobre a reprodução, muito focada, a meu ver, em questões gestacionais e obstétricas.

Há alguns estudos sobre o puerpério, como os comentários sobre a *couvade*, entre alguns grupos indígenas brasileiros. Motta-Maués (1993) é um bom exemplo, ao examinar esta fase entre mulheres do norte paraense. Porém, em muitas pesquisas sobre o trabalho das parteiras, por exemplo, a curiosidade investigativa e a análise recaem geralmente sobre o momento pontual do parto em si (e.g. Barroso 2001, Beltrão 1988, Bessa 1997, Chamilco 2001, Freitas 1997). Nas pesquisas mais urbanas e hospitalares sobre o ciclo reprodutivo feminino, o foco geralmente se mantém sobre a preparação para o parto (e.g. doulas, consultas de pré-natal etc.) e o parto (e.g. humanização do parto, da equipe e do hospital etc. Cf. Tornquist 2004, Diniz 2001). Há, claro, um grande legado sobre os temas da anticoncepção e do aborto, mas, a meu ver, as representações e dramas vividos no puerpério ainda merecem atenção.

Neste artigo pretendo começar apresentando este estado patológico, quando o *sangue sobe pra cabeça*, principal consequência, segundo me diziam, de um resguardo mal cuidado. Depois, comentarei como um conjunto de regras era sustentado para se evitar tal estado. Por fim, ao discutir um pouco os conflitos que surgem a partir da amamentação, importante evento que também se desenrola durante o resguardo, espero demonstrar como o cumprimento da *quarentena* é um constante desafio enfrentado pelas mulheres e famílias melgacenses.

O SANGUE QUE SOBE PARA A CABEÇA E A CIRCULAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS

Numa das vezes em que avistamos Filó, D. Dinorá me explicou: “Ih, minha filha, o marido dessa daí deu muito nela quando ela estava quarentando. Não respeitou ela. Aí, o parto subiu para a cabeça. Aí ela ficou doida”. Filó, negra, muito magra e relativamente baixa, era uma das três moças que eu via vagar pela cidade, banhar-se no rio, remexer as latas de lixo. Ela não conseguiu *quarentar*, descansar, ficar dentro de sua rede amamentando seu recém-nascido. Provavelmente, logo teve que se levantar para arrumar a casa, cozinhar, atender aos pleitos sexuais do marido. Provavelmente, à beira de dores e exaustão, em algum momento, negou-se a atender alguma dessas tarefas e recebeu safanões e pontapés como resposta.

É importante entender como acontecia, segundo me explicavam, a *subida do sangue pra cabeça*. Entendi, com D. Dinorá e as outras 21 parteiras da cidade, que a mulher tem, em seu corpo, um sangue diferente do que encontramos no homem. Não é uma diferença quantitativa, mas qualitativa. Parte do sangue feminino é destinado à menstruação e à gestação. Para que a mulher tenha saúde, este sangue específico deve sair, ser escoado para fora de seu corpo nos momentos apropriados, como no ciclo mensal da ovulação e no momento do parto. Se esse sangue se estanca ou se ele se movimenta dentro do corpo para partes “erradas”, o equilíbrio – condição

fundamental do bem-estar – altera-se e põe em risco, nos termos de Duarte (1986), a integridade físico-moral da mulher, bem como do mundo à sua volta. Outras pesquisas também já identificaram padrão semelhante a respeito da circulação das substâncias corporais, como é o caso de Leal, em sua etnografia nas *vilas* porto-alegrenses:

“Tanto as práticas de resguardo quanto as práticas abortivas são geridas por um princípio de que o sangue que está dentro tem que sair, fluir. Isto é parte do equilíbrio das coisas, do pressuposto da necessidade de circulação de fluidos concebido como ordenador do corpo. (...) [O] fluxo sanguíneo é limpo enquanto construtor da vida, é sujo quando *resto de tudo que não presta mais no corpo*, enquanto um filtro, e neste caso deve ser evacuado e daí as práticas de resguardo: como ele é sujo e deve sair, nada deve interferir em seu curso” (1995:27, grifo original).

Embora os movimentos de dentro-fora, entrada-saída, abertura-fechamento já tenham sido descritos em outros trabalhos, a exemplo deste mesmo de Leal (*ibid*), em Melgaço, a subida-descida das substâncias – no caso, o sangue puerperal – parece ser um dado novo. Quer dizer, o sangue gerado depois da gravidez e do parto, tido como “sujo”, precisa não só **sair** para **fora** do corpo feminino enquanto ele está **aberto**, mas precisa que isso aconteça num processo de **descenso**. Há um risco constante e iminente de que esse movimento se inverta.

A subida do sangue para partes superiores do corpo, como o pulmão e a cabeça, é chamada localmente de *suspensão*. Há três casos de *suspensão*, dois que se relacionam com a ovulação e um com o parto. Vejamos os primeiros dois casos. O sangue corre o risco de ficar *suspensado* quando *não desce a novidade* (como costumavam chamar a menstruação) e quando a menopausa se aproxima ou, como me diziam, quando *a mulher está a ponto de virar homem*. Nestas duas situações, é possível *tomar remédio* para *fazer baixar o sangue*. No primeiro caso, o *remédio* (geralmente *do mato*, elaborado por mães, sogras e parteiras experientes) regulariza o ciclo menstrual, provocando ou não abortos. No segundo caso, permite que a mulher engravide novamente. Se o *sangue não descer*, D. Dinorá me explicou, *a mulher fica vomitando, tem febre, dor de dente, dor de cabeça*.

Em ambos os casos, *descer o sangue* significa restabelecer a ordem num sentido muito mais amplo do que o corpo biológico. Não menstruar inquieta a mulher, deixando-a na dúvida sobre uma provável gestação. É preciso saber se se está grávida, de quem e para quando é a criança. Definir o estado de gravidez é fundamental para organizar os próximos meses desse núcleo doméstico. *Virar homem* pode ser um alívio se a mulher estiver casada com o pai de seus filhos. Porém, se ela estiver a ponto de se recasar, provavelmente o casal irá desejar começar uma nova prole e poder oferecer filhos ao novo marido é condição constitutiva do papel feminino e desta nova família. Por isso, torna-se importante reverter esse prenúncio de menopausa e fazer *o sangue circular e descer* novamente.

Vejamos o terceiro caso de *suspensão*, mais relevante para o presente artigo. Em Melgaço, observei que a palavra *parto* também é usada para designar todo o sangue envolvido na gravidez (sobretudo, o sangue tido como formador da placenta) e no momento da expulsão do feto. Se parte deste sangue não é escoada significa que parte da placenta ou, como diriam, *do parto* ou *do resto* ficou retido dentro da mulher. Este sangue não pode se acumular no corpo feminino após a saída do feto. Ele precisa ser expelido na hora ou depois, aos poucos, enquanto a paciente estiver *quarentando*. Este sangue não pode ficar parado, precisa **circular**. Mas tampouco pode circular por qualquer parte do corpo, precisa circular na parte baixa do corpo e, de preferência, **saíndo** – e não entrando, ficando ou sendo absorvido – do corpo. Se esse processo de “descida e saída do sangue”, como eu denomino, inverter-se e passar

a “subir e ficar preso ou parado no corpo”, pode chegar à cabeça, tida como a região nobre da consciência e do discernimento e a mulher *enlouquece*, a pessoa *perde a razão*, o pensamento é *encharcado de sangue*, como me explicavam ter acontecido com Filó e as outras moças que perambulavam a esmo pela cidade. O fluxo do sangue, os movimentos normais do corpo (de saída e entrada, subida e descida etc.) **não** devem ser interrompidos, invertidos, modificados. O cuidado da parteira, do marido e da parentela feminina contribuía para que, durante a *quarentena* puerperal, a normalidade corporal fosse recuperada e assim se mantivesse.

Outra idéia implicada nessas concepções corporais é a de que, durante a circulação e a saída do sangue, durante os três momentos de *suspensão* que acabo de descrever, o corpo está *aberto*. E, justamente, por isso, o corpo está vulnerável porque substâncias, eventos, coisas indesejáveis podem *entrar* nesse corpo e também contribuir para seu adoecimento. Por isso, como veremos abaixo, a casa onde esta puérpera descansa não podia ficar aberta. Esta mulher tampouco devia caminhar pela cidade, pelo trapiche, pelo mato. À beira do rio, pelas beiradas da cidade (onde havia igarapés, por exemplo) e em horários de virada (como às 6 horas da manhã ou da tarde) – momentos e lugares altamente liminares – era possível encontrar o *boto* ou a *cobra grande*, duas figuras significativas no imaginário amazônico. Uma mulher menstruada ou de resguardo, pelo fato de estar *aberta*, corria o risco de *ser emprenhada* pela cobra, de encontrar-se com animais *empanemados*, cruzar com *mizuras* ou *encantados*, todas figuras com potencial de lhes causar dano irreversível à saúde⁴. Pela mesma razão, ela não devia ir a enterros e cemitérios, como me explicou D. Edilane, outra parteira da cidade:

“D. Edilane: Semana que vem, eu venho fazer nomeação.

Soraya: O que é isso, D. Edilane?

D. Edilane: Nomeação é fazer a visita pros mortos, fazer a limpeza, acender uma vela se for católico, orar e chamar o pastor se for evangélico. **Mas o importante é fechar o corpo para não sair de lá biruta.** Mulher de resguardo, grávida ou menstruada não pode ir em cemitério. Não é bom levar criança também não. E quando voltar, tem que tomar um banho antes de entrar em casa” (Diário de campo, 30/10/2005, grifo meu).

Qualquer pessoa *com o corpo aberto* está sujeita ao perigo da *loucura*, de *ficar biruta*, de *endoidar o juízo*, como acontecera com as três melgacenses vagantes.

Todos reconheciam essa possível movimentação do *resto até a cabeça* e também os momentos em que o corpo estava *aberto* e vulnerável. O importante agora é identificar o que poderia causar tal anormalidade. Passo, a seguir, para algumas das regras e impeditivos que me explicaram ser necessário seguir para que a saúde feminina e a saúde familiar fossem mantidas.

A IMPORTÂNCIA DA QUARENTENA

Segundo apurei no cartório da cidade de Melgaço, entre 2004 e 2005, cerca de 60% dos partos aconteceram em casa e foram atendidos pelas 22 parteiras que, à época, estavam à disposição. Vejamos, portanto, como a puérpera recebia os cuidados para se recuperar no caso do parto domiciliar. Depois do parto, a parteira, possivelmente auxiliada por alguma figura feminina daquele núcleo doméstico (a mãe, irmã, sogra ou cunhada da parturiente),

certificava-se de que não havia hemorragia ou qualquer padecimento (iminência de desmaios, fraqueza etc.), que precisasse de remédios ou de ser levada para um hospital. Depois, ela limpava bem a mulher, acomodava-a em sua rede e lhe administrava um *caribé*. Este é um caldo quente feito com farinha de mandioca, galinha caipira, temperos, pimenta, com a capacidade de recuperar as forças, incrementar o leite materno e afastar possíveis estados patológicos. A prioridade é o descanso desta mulher e seu restabelecimento. Enquanto isso, o recém-nascido tinha os olhos, narinas e boca limpas com um pedacinho de tecido limpo. Seu umbigo era cortado e tratado com iodo. Geralmente, ele era envolto com uma *pense*, um pedacinho estreito de tecido muito limpo e alvejado, para que o coto umbilical ficasse numa posição firme e não estufasse. A criança era então embalada em alguma fralda ou roupinha, caso esta já tivesse sido comprada ou herdada, compondo o primeiro enxoval da criança. E, em seguida, este bebê era aconchegado nos braços de sua mãe, para mamar, aquecer-se e dormir.

A parteira terminava de assear o local do parto. Recolhia e lavava os *panos do parto* (e.g. toalhas, trapos, lençóis usados para forrar o chão, a rede ou a cama onde o parto tinha acontecido), limpava o chão daquele quarto, ajeitava as louças usadas para alimentar a moça durante o labor. Como estamos na cidade, a parteira tinha a chance de voltar para sua própria casa e continuar com seus próprios afazeres como dona-de-casa. Depois de algumas horas ou na manhã seguinte, ela retornava à casa de sua paciente. Era preciso ver como a moça e seu filho haviam dormido, se estavam se alimentando bem, se havia dores excepcionais, se o umbigo da criança estava secando e cicatrizando como o esperado.

Além de acompanhar a convalescença de sua paciente, a parteira também assumia as tarefas para as quais aquela estava indisponível, como cozinhar, limpar a casa, lavar a roupa da família, cuidar das crianças menores. Geralmente, este serviço era oferecido nos três ou quatro primeiros dias após o parto. Depois, era esperado que o marido ou uma parenta ou vizinha da moça assumisse esse lugar. O ideal aqui era permitir que a puérpera *quarentasse*, quer dizer, se resguardasse de toda a rotina doméstica e conjugal por, no mínimo, quarenta dias. Ela não devia realizar as pesadas tarefas esperadas de uma esposa em Melgaço, como lavar o chão de madeira da casa, lavar as redes de dormir, buscar água do poço para abastecer a casa e os banhos, cozinhar, carregar peso ou crianças de colo, subir escadas ou jiraus etc. A respeito disso, D. Edilane, a parteira que me ensinara sobre o perigo dos cemitérios, explicou: “Eu recomendo muito pras minhas pacientes assim: ‘Minha filha, mesmo que tiver suja a casa, deixa pra lá’” (Diário de campo, 27/10/2005). Além disso, era indicado que esta moça se abstinhasse das relações sexuais e da convivência pública. O ideal era que ficasse dentro de sua rede, amamentando seu caçula e sem *se apoquentar* com trabalho e preocupações cotidianas.

A presença da parteira nesses três primeiros dias após o parto também tinha outros dois objetivos. Além de cuidar da casa, ela *puxava* o ventre da sua paciente. Era essa massagem que lhe informava se havia alguma porção de sangue estancado, se o útero estava se retraindo normalmente, se havia alguma *infecção* ou dor inesperada. Era nesse contato terapêutico que a parteira identificava anormalidades, prescrevia *remédios do mato* ou *da farmácia*, sugeria que o hospital fosse procurado. *Puxar* também era importante para *fechar* a mulher. Seu corpo precisava voltar ao estado em que se encontrava antes da gravidez, isto é, útero, ossos, músculos, tendões deviam desinchar e se reacomodar. Para isso, depois da massagem, a parteira pedia que a moça se deitasse de lado e sentava sobre suas ancas, pressionando os ossos e músculos do quadril para a posição original (Cosminsky 1977a, 1977b, 1982; Villatoro 1996).

Durante estas visitas, a parteira também tinha a chance de observar a rotina doméstica e orientar seus integrantes. Ela notava se o marido estava assumindo as tarefas da esposa, se a família havia encontrado mão-de-obra auxiliar para os momentos em que o marido estivesse trabalhando, se as outras crianças estavam sendo alimentadas, banhadas e enviadas para a escola. No contato estreito com a puérpera, a parteira logo ficava sabendo se o marido estava desrespeitando o resguardo sexual, se algum tipo de violência havia acontecido dentro de casa, se conflitos estavam em curso entre afins e parentes na assunção das tarefas deixadas pela paciente, se esta última estava sendo pressionada a voltar a trabalhar para sustentar a casa etc. Nestes três dias, a parteira exercia uma espécie de autoridade moral, definindo e lembrando o quadro ideal de regras e comportamentos a serem seguidos para garantir a saúde daquela mulher.

Idealmente, a parteira, bem como outras figuras de respeito como a mãe, a sogra, uma irmã mais velha da paciente, também deveriam perceber se a casa estava sendo mantida fechada. Inclusive, era fácil saber em que casas havia um recém-nascido: janelas firmemente fechadas (o que me surpreendia naquele intenso calor equatorial) e dezenas de fraldas secando no varal ao fundo do quintal eram evidências irrevogáveis. Janelas e portas precisavam permanecer trancadas para evitar que *vento* ou *friagem* atingisse a puérpera, alterando bruscamente as temperaturas e humores corporais (Motta-Maués 1993). A mulher precisava ficar aquecida, alimentada, aquietada. Além dos ares frios, as janelas fechadas indicavam também a indisponibilidade daquele núcleo familiar para visitas, fofocas, demandas externas. A mulher precisava ser poupada de notícias preocupantes, de pedidos de ajuda, de demandas por trabalho. Por exemplo, se ela fosse lavadeira, a casa fechada demonstraria que não estava aceitando novas encomendas; se seu quintal contasse com uma famosa goiabeira, não deveria ser ela a autorizar que a meninada da vizinhança apanhasse alguns frutos. As visitas também deveriam ser reduzidas ao mínimo possível. Só mulheres do círculo mais contíguo se achegavam gradual e parcimoniosamente. Geralmente, irmãs, cunhadas, vizinhas mais íntimas passavam rapidamente para saber da recuperação da puérpera, para oferecer ajuda no que fosse necessário, para trazer comida caso o marido não tivesse cozinhado ou caso ele estivesse passando o dia na lida agrícola ou em alguma tarefa para o interior do município (como tirar seringa, cortar madeira etc.). Uma ou outra parenta também poderia aparecer várias vezes ao dia para servir de ama de leite. A ama de leite era necessária em algumas circunstâncias, que serão detalhadas adiante.

A alimentação da puérpera, como em outros momentos liminares, também precisava ser planejada cuidadosamente. Vários alimentos precisavam ser evitados para que esta mulher não corresse o risco de alterar sua ordem corporal. Quer dizer, como o corpo estava em franca recuperação após o drama do parto, não se podia comprometer o restabelecimento paulatino e em direção à normalidade. Peixes com escama, gordura, ovos, certos tipos de verduras e frutas (cítricas, sobretudo) eram tidos como *reimosos*, categoria já amplamente discutida nas etnografias amazônicas (Motta-Maués e Maués 1978). Uma dor extraordinária, um mal-estar repentino, uma tonteira poderiam, posteriormente, ser explicados pelo consumo de um tipo específico de peixe, classificado nessa categoria. A restrição alimentar servia também para lembrar diariamente, durante toda essa quarentena, do estado específico em que esta puérpera se encontrava, como vemos no trecho a seguir, de D. Dinorá:

“Ovo, bóia reimosa, manga, fruta azeda não pode. Essas novatas não fazem isso mais. Mas dantes, a gente fazia resguardo mesmo. Dantes, não subia em açazeiro, não carregava peso, não andava em sol quente, não pisava em sol quente. Hoje é diferente, as mulheres comem tudo. Não fazia tudo isso porque fazia mal. Eu acredito que faz mal. No tempo que eu me criei, fazia resguardo. Hoje, uma mulher de 30 anos é mais doente do que uma de 60. Ficam tomando banho no trapiche. Acaba se emprenhando de bicho. (...) Tem gente que tá de resguardo e come camarão, o peixe

mapará. O resguardo da menstruação do mesmo jeito. Eu passava três dias menstruada. Eu não passava nem do lado do limoeiro. Meu pai dizia que era perigoso para mulher. É bom pra homem o limão. Mas pra mulher não presta. Se tomar um suco de limão quando tá menstruada, [o sangue] pára na hora” (Diário de campo, 14/10/2005).

A restrição é de todo aquele alimento que deixa o sangue *suspenso*, que o impede de circular e, preferencialmente, *sair* do corpo feminino, em especial durante a menstruação e o resguardo. Ovo, limão, manga, camarão devem ser evitados para não se *ficar doente*.

UM EXEMPLO DE UMA QUARENTENA DIFÍCIL

Em meados de outubro de 2005, Teresa Lúcia tinha vindo do interior, onde morava com o marido e um dos seus dois filhos, para ter seu parto na casa da mãe, D. Binha. Foi justamente esta matriarca que convidara a moça para parir na cidade, onde contava com D. Dinorá, parteira de confiança da família, e com o *recurso*, isto é, o hospital e os profissionais de saúde, no caso de alguma emergência. O parto de Teresa Lúcia, atendido pela parteira, aconteceu com normalidade. A criança viera com saúde e bom peso.

O problema começou nos dias subseqüentes. Quando D. Dinorá e eu fomos lavar a *roupa do parto* e cuidar da casa, encontramos Teresa Lúcia se queixando de muita dor de cabeça e no abdômen. Enquanto a parteira lhe *puxava* o ventre, ouvimos os gritos de Maria Lúcia, irmã de Teresa. “Esse homem não presta pra você, Teresa! Você vai ficar a vida toda parindo filho dele. Tem que estudar, tem que usar camisinha. Onde já se viu isso?! Três filhos já, na sua idade? Você tem que se cuidar, mana. Larga desse traste, Tetê!”. E repetia os insultos a cada momento. Teresa Lúcia nos explicou que Maria Lúcia não aprovava seu marido porque ele era agricultor e pescador, não tinha estudo e fazia com que Tetê morasse *pro interior*. Mas a puérpera nos explicava: “É verdade, D. Dina, ele não tem leitura. Mas ele é muito bom comigo. Não deixa eu amassar açaí na mão, ele que faz. Ele lava a casa também, pesca. Eu só cuido da roupa, das crianças. A minha vida é muito boa pra lá. Tem muita fruta, não falta bóia, não tem tanto calor como aqui na cidade. É muito bom pra lá” (Diário, 10/10/2005).

A situação andava tão tensa que o marido de Tetê nem podia permanecer ali. Trazia-lhe comida e voltava à casa de sua própria família, do outro lado da rua. Maria Lúcia não ajudava a cozinhar ou a zelar pela irmã e seu novo rebento e tampouco deixava que o cunhado assumisse estas tarefas.

Além dos gritos de Maria e das dores de Teresa, D. Dinorá ouviu que a primeira estava reclamando que “Ah, tudo é pra Tetê”. E eu falei pra ela: ‘Mas é claro, Maria, ela acabou de ter o filho’. Eu expliquei pra ela que eu tava ali contratada, para ajudar a moça. E a mãe delas, a Binha, chamou a Teresa pra tirar o filho aqui. Foi ela que convidou a filha para parar aqui e não ficar no interior. A Maria Lúcia fica ali encostada também. Nem é a casa dela. Por que ela não vai pra casa dela? Ela tem casa. Mas aluga pros outros” (Diário, 11/10/2005). Dias depois, ouvi de minha anfitriã: “Parece ciúme da Maria, que não tem marido. Diz que ela vai pra Breves amanhã. Para vagabundar, encontrar homem” (*ibid*). E arrematou: “Eu acho que a Maria trata as irmãs dela assim porque ela estudou e se sente melhor que elas”. D. Dinorá me contextualizava melhor os demais elementos que estavam em questão neste conflito.

D. Binha não intercedia na briga entre as filhas. Pelo que entendi, a matriarca concordava com as críticas de Maria Lúcia, mas não achava ser o momento nem o tom certos para dirigi-las à Tetê. Uma única vez, vimos D. Binha dizer, em tom baixo e discreto: “A minha filha está doente, Maria Lúcia, tenha paciência, fale tudo isso depois”. No terceiro e último dia que estávamos ali, D. Binha explicou à D. Dinorá: “A Maria traz pílula e camisinha da Unidade [de saúde] o tempo todo. Mas ele [o marido de Teresa Lúcia] é homem do mato, homem bronco. Não aceita usar camisinha”.

D. Dina percebia o progressivo adoecimento de Tetê. Ela não tinha sossego para dormir e amamentar a criança. Não recebia comida quando sentia fome. Vivia chorando pelos cantos do quarto, estava sozinha sem o marido, sentia dores no ventre e um sangue muito mais *sujo* do que o normal não parava de escoar. Nas vezes em que a parteira encontrou com Maria Lúcia na casa de D. Binha lhe disse: “Se o parto subir pra cabeça e a Tetê adoecer, não vai ser culpa minha, viu Maria Lúcia? Depois, não vem colocar na mão da parteira”. Repetiu o mesmo potencial prognóstico para a matriarca. D. Dina pontuava a necessidade do resguardo de Tetê, que deveria ser valorizado acima de qualquer conflito.

Por fim, Teresa Lúcia comunicou que regressaria para o interior antes de se *quarentar* na casa da mãe. Tanto D. Binha quanto D. Dinorá tentaram desestimulá-la a viajar de resguardo e, no interior, ficar sozinha sem a ajuda da família para as tarefas mais pesadas. O pleito foi em vão. Sobre a decisão da irmã, Maria me disse, ao me encontrar num *mercantil* perto de sua casa: “Ela faz tudo que ele quer. Ela acha que ele é que sabe, que ele é um bom marido. Então, fazer o quê, né?”. Teresa Lúcia viajou *adoentada*, fraca, triste. Junto com o marido, levou o filho maior e o recém-nascido. Não soubemos mais notícias de seu restabelecimento.

Manter a casa fechada, não fazer trabalho pesado, prescindir da vida sexual, alimentar-se de forma correta e ter sossego para descansar eram algumas das principais prescrições para que a puérpera *quarentasse* com saúde e pudesse voltar normalmente, depois desse período, ao seu trabalho, ao cuidado da casa, crianças, marido e família, à sua vida sexual e reprodutiva etc. Como D. Dinorá, as parteiras eram categóricas ao alertar estes maridos e familiares que, caso estas regras não fossem cumpridas, a mulher corria o risco de *seu parto subir para a cabeça*.

O LEITE ARRUINADO: UM DRAMA PUERPERAL “BOM PARA PENSAR”

Como vimos, muitos dos interditos no puerpério se dirigiam a aspectos de comportamento, conjugalidade e dieta da mulher parida e, por parte de seu marido, parentela e vizinhança, **para** a mulher parida. Assim como na gestação e no parto, eu notava como a mulher – em contraponto à criança – configurava a prioridade do atendimento das parteiras e também da atenção de toda a família. No que dizia respeito ao trabalho das parteiras, sua principal fonte de respaldo era *não perder a mulher*, isto é, não deixar que uma paciente morresse. Muitas parteiras me contaram como *perderam alguns bebês*, mas esta situação – tão triste e pesarosa como o perecimento de uma parturiente – não chegava a abalar profundamente seu renome como atendentes. Inclusive, geralmente, diziam que *o bebê nascera morto* ao invés de assumir uma culpa direta por um bebê que nascera vivo mas, por algum

motivo, morrera durante o atendimento. Esta realocação de culpa e motivos não era desafiada pelos outros atores envolvidos no parto, o que indica, a meu ver, como a perda de um recém-nascido recebia um pouco menos de atenção frente à possibilidade de se *perder a mulher*. Este era o quadro para se definir uma *boa parteira*.

No que dizia respeito ao homem, sua principal fonte de respaldo era ser *um bom marido*, isto é, zelar pela saúde de sua esposa, alimentar, vestir e oferecer-lhe uma casa para viver, ser um pai presente e generoso com os filhos, não praticar atos violentos contra a família, não *beber o dinheiro do mês*, não ser mulherengo. Todo este ideal muito se assemelha ao que outras etnografias de grupos populares já descreveram (ver Fonseca 2004; Sarti 1996; Duarte 1986; Caldeira 1984). Tanto a parteira, quanto o marido, têm suas reputações derivadas a partir do bom relacionamento que travam com a mulher em questão.

Assim, ao final dos quarenta dias, a mulher precisava estar apta para voltar às suas tarefas na lida doméstica e agrícola, onde trabalhava a maioria das pessoas pobres da cidade. Mas havia também uma outra preocupação nesse período de recuperação que dizia respeito à saúde da mulher, mas também tangia à saúde da família como um todo. Nas visitas pós-natais prestadas por D. Dinorá, eu comecei a notar muitos comentários sobre a amamentação. *Dar o peito* parecia ser um problema para muitas mulheres. Umias lamentavam não ter *formado o peito*, isto é, o mamilo não se pronunciava para que a criança pudesse sugar o leite continuamente. Algumas diziam que *o peito havia empedrado* e o leite não conseguia sair. Outras reclamavam que *o peito doía* e, pouco a pouco, desencorajavam-se a oferecê-lo à criança. (Às vezes, estes eventos aconteciam em cadeia: *o peito não se formava, empedrava e doía*). Ouvi também que *esse primeiro leite não presta*, numa alusão ao colostro como fraco, aguado, amarelento e inútil. Também reclamavam que se cansavam de, a todo momento, estar disponíveis para o filho na forma de seio, leite, colo.

E havia mais uma modalidade de conflito referente à amamentação. *Ah, D. Dinorá, meu leite arruinou*, ouvi várias vezes ao entrarmos na casa de uma recém-parida. *O leite se arruinava* quando uma mulher estivesse amamentando seu recém-nascido e, de repente, descobrisse que já estava grávida novamente. A idéia é que o feto estaria *roubando o leite* do irmão de poucos dias ou semanas de vida. Oferecer este *leite arruinado* ao recém-nascido era correr o risco de, em pouco tempo, vê-lo definhar, perder peso e se esvair em diarreia, desidratação ou fome. Assim, quando um bebê passava a emagrecer ou a adoecer, todos suspeitavam que a mulher já *tivesse pegado uma nova barriga* e que seu *leite tivesse se arruinado*.

Era como se a mulher, em termos de seu limite biológico, só pudesse dar conta de criar e nutrir um outro ser por vez. E sobrecarregar essa mulher resultava no enfraquecimento do seu filho recém-nascido. *O leite arruinado* poderia ser interpretado como um sinal muito visível e preocupante de que havia alguma sorte de desequilíbrio nutricional e moral ali naquela unidade doméstica, como bem demarcou Farmer (1988) em sua etnografia sobre amamentação no Haiti. Inclusive, em sua pesquisa nesta região caribenha próxima ao Pará, encontrou termo correlato: *spoiled milk*.

Por isso, assim que um irmão começasse a *arruinar o leite* do anterior, a amamentação era suspensa e o recém-nascido passava a ser alimentado por uma ama de leite (geralmente outra mulher, parente ou afim) ou por leite em pó. Bom lembrar que estas duas últimas opções também entravam em cena quando qualquer tipo de problema era detectado no leite, no seio ou na nutriz, como foi detalhado acima. A ama de leite entrava no

círculo de dádivas daquela família e provavelmente sua oferta seria reconhecida num futuro próximo na forma de comida, bens, serviços ou favores. A mulher que recebia o leite da comadre ou da vizinha poderia servir como ama de leite do próximo filho desta última, perpetuando as trocas lácteas entre estas famílias. (Interessante que não se considerava *arruinado* o leite que esta ama – mesmo amamentando seu próprio filho e/ou grávida do próximo – oferecesse ao seu *filho de leite*, numa clara alusão à importância das relações de parentesco na alimentação e na configuração social do núcleo doméstico).

O leite em pó, por sua vez, abria toda uma gama de significados e conflitos. As mulheres, vendo seus filhos definharem, rapidamente apelavam à mamadeira. Porém, como muitas estavam afastadas do trabalho (remunerado ou não) por conta do puerpério, nem sempre *conseguiam o real* para comprar uma lata de leite no comércio local. Dependiam, pois, de seus maridos ou parentela para adquirir o produto. Uma gestação e a chegada de um filho mobilizavam vários novos custos na casa: era preciso comprar algumas peças de roupa para o enxoval e a parteira pedia alguns itens básicos para sua atuação (e.g. óleo de amêndoa, iodo, álcool), bem como o pagamento pelo seu serviço. Além disso, cada vez mais o serviço de saúde local vinha incentivando que as gestantes fizessem, ao menos, uma ecografia e, pelo fato de o hospital melgacense não oferecer esse serviço, era preciso viajar e pernoitar na cidade vizinha de Breves ou Portel para fazer este exame. O leite em pó entrava como mais uma despesa na fase seguinte a todos estes gastos que acabo de descrever, ou seja, provavelmente num momento de dívida e delicada depauperação. E provavelmente a compra deste leite geraria algum nível de conflito doméstico.

Quando a mulher era *deixada*, como me diziam, a dificuldade de conseguir a lata era ainda maior. Isto porque, por conta do filho, corria entre o casal separado a disputa pela pensão alimentícia. Alguns ex-casais conseguiram chegar a um acordo pacífico, mas a maioria tinha que apelar para as redes familiares e, em casos extremos mas cada vez mais recorrentes, ao fórum de justiça local para que o homem pagasse alguma *despesa* à mulher e ao filho recém-nascido. Se essa criança porventura precisasse de leite em pó, essa conta era um pouco mais cara.

O fato de não amamentar poderia ser interpretado pelos maridos como a conclusão precipitada do cumprimento do dever materno e, como consequência, esperariam que suas esposas voltassem mais cedo ao trabalho. Mulheres que se recusassem a amamentar, exigissem o leite em pó e também se recusassem a reassumir o trabalho doméstico poderiam ser acusadas de negligência. Esse cabo de guerra que se instalava dentro de casa também poderia servir como motivo de violência doméstica e simbólica e contribuir para desestabilizar o resguardo dessa mulher. Mesmo que não fossem impelidas a retomar o trabalho prematuramente, o fato de precisar negociar a amamentação do novo rebento já era um motivo significativo de instabilidade doméstica.

Mas não era só entre os maridos e ex-companheiros que o leite solúvel criava atritos. As parteiras também preferiam que o leite materno fosse priorizado ao leite em pó. Tentavam convencer as mulheres a oferecer o peito com base em algumas medidas terapêuticas como escovar o seio com um pente de dentes largos para ajudar a *desempedrá-lo* e, assim, *soltar o leite*. Também sugeriam o peito a partir da idéia de que amamentar *evitava pegar outro filho*. Acreditava-se que a amamentação servia como um anticonceptivo natural. Isso liberava as puérperas para o cotidiano sexual e, mais importante, ajudava-as a lidar com a pressão de seus maridos para

tanto. Mas, paradoxalmente, se o método falhasse, poderiam, eventualmente, *embarrigar e arruinar o leite* que vinha sendo servido ao recém-nascido. E, por mais que as parteiras exibissem esse estímulo pelo *leite de peito*, eram as primeiras a providenciar amas de leite, receitas e *chazinhos de ervas do quintal* em substituição. O *chazinho*, bem como a mamadeira, também continha o risco da água contaminada, como vi algumas enfermeiras repetirem nas consultas pré-natais.

As atendentes domiciliares sofriam uma espécie de pressão por parte das autoridades sanitárias locais e também das professoras que lhes ministravam ocasionais cursos de treinamento para que servissem de “ponte civilizatória”, levando às suas pacientes o preceito biomédico de “saúde materno-infantil”. Neste preceito, preconizava-se que, até os seis meses de idade, pelo menos, a criança deveria receber exclusivamente o leite materno. Tinha-se que o leite em pó trazia o risco das águas contaminadas, freqüentemente identificadas em Melgaço, onde não há sistema de tratamento de esgoto e o poço artesiano é a principal fonte de água potável. As enfermeiras, bem como algumas parteiras, repetiam que aderir à *amamentação natural* era uma forma de reduzir índices de desnutrição, desidratação, anemia, hepatite etc.

De certa forma, as mulheres melgacenses eram responsabilizadas exclusivamente por todos os lados pela saúde de seu recém-nascido, embora não recebessem apoio direto para que isso acontecesse. Os maridos reclamavam dos custos do leite em pó, ao mesmo tempo que pressionavam para que suas esposas encurtassem seu resguardo, sobretudo sexual. Se elas engravidassem nesse período, era provável que a nova barriga *arruinasse o leite* servido ao recém-nascido e, assim, que precisassem do leite em pó. As enfermeiras do *Postinho* recriminavam as mulheres que prescindiam de *dar o peito*, embora não lhes oferecessem incentivos ou orientação para viabilizar esta opção. A maior parte do tempo e atenção disponibilizados no *Postinho* e na *Unidade* voltavam-se para a gestação e para os partos normais, nas raras vezes em que ali aconteciam. Nem a única consulta pós-natal exigida pelo Ministério da Saúde era uma rotina oferecida pela SUS da cidade. Em todas as três fases do ciclo gravídico, a saúde do *bebezinho*, como diziam, era priorizada. No puerpério, etapa que almejo aqui, o foco continuava no bebê, com a insistência para que as mães levassem seus filhos, o mais rápido possível, para o *teste do pezinho* e as demais vacinas deste período de vida. Esta saída de casa também era tida como um problema para as mulheres e suas famílias porque expunha às puérperas ao *vento*, aos perigos do trapiche e das fronteiras da cidade, dos olhares com *quebranto* de vizinhos invejosos.

Assim, os dramas e os diversos discursos a respeito da amamentação, bem como o foco biomédico no recém-nascido, dificultavam que a *quarentena*, importante valor local, fosse respeitada apropriadamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pressão por retomar as tarefas como dona-de-casa, mãe e esposa e os conflitos que circundavam a amamentação faziam com que a *quarentena* do pós-parto fosse um período bastante dramático para estas mulheres melgacenses. Havia algumas situações em que era ainda mais difícil *quarentar* plenamente. Mulheres casadas, cujos maridos assumiam tarefas que lhes demandavam ficar dias ou semanas longe de casa (nos serviços em seringais,

madeireiras, pedreiras etc.), não podiam contar com estes últimos nos momentos de *aperreio*. A ausência do marido era um problema porque tanto ele próprio não estaria presente para ajudar, quanto porque, em sua ausência, o vínculo entre sua parentela e sua esposa se enfraquecia. E aquelas mulheres que tinham migrado para Melgaço poucos meses antes de parir não contavam com sua própria parentela para lhes ajudar durante o resguardo e provavelmente os laços com os afins deveriam ser ainda muito incipientes. Já as mulheres separadas só podiam contar com suas parentas e não mais as cunhadas, sogra, tias do ex-companheiro, especialmente quando alguma espécie de litígio estivesse em curso e quando esse litígio se devesse à pensão alimentícia para a nova criança.

Parece que o resguardo puerperal estava permanentemente em risco, como que numa berlinda frágil e instável. Mesmo sendo o foco e, ao mesmo tempo, a condição relacional que garantia a *boa parteira* e o *bom marido*, a mulher ainda precisava se esforçar para poder *quarentar* por completo. Porém, os interditos eram tantos e compreendidos dentro de tantas ordens, que cumprir essa etiqueta de comportamento, conjugalidade e dieta se tornava tarefa bastante difícil e, por vezes, solitária. Por mais que a saúde da mulher fosse reconhecida como primordial para a manutenção do núcleo doméstico, este mesmo núcleo tinha muita dificuldade em prescindir de sua presença completa. Na teoria, admitia-se que o descanso e afastamento da mulher eram importantes mas, na prática, nem sempre se conseguia coordenar todos os atores e condições para que esse afastamento fosse factível. Às vezes, a mulher precisava voltar a trabalhar para contribuir com a aquisição ou plantio da comida diária; outras vezes, temia perder o marido para outras mulheres se não voltasse à vida sexual; freqüentemente, não contava com ninguém na família ou na redondeza para *reparar* suas crianças menores.

A categoria patológica do *sangue que sobe à cabeça* explicitava, a meu ver, os personagens implicados no restabelecimento da saúde feminina e familiar. Este mal coletivizava os sintomas e as soluções dos conflitos domésticos, na contramão dos profissionais da Unidade de Saúde e de alguns maridos, parentes e afins que desconsideravam, cada um a seu modo, as regras e impeditivos aqui etnografados. Como vimos no exemplo acima, Maria Lúcia resistia muito em deixar que a *quarentena* fosse tida como momento coletivo, social, familiar. Ela atacava a irmã a despeito de sua fragilidade físico-moral; ela clamava para que Tetê se autonomizasse em relação ao marido, à prole, ao interior.

Entre estas duas irmãs, ficou claro como valores diferentes se pronunciavam e tornavam a *quarentena* um momento dramático. Maria Lúcia, que havia feito o curso do PROFAE⁵ e trabalhava como atendente de enfermagem na Unidade de Saúde, ganhava o próprio salário, tinha acesso a camisinhas, viajava para festejar em Breves. Para ela, era inconcebível que a irmã, Teresa Lúcia, se subordinasse aos gostos do marido como, por exemplo, ter filhos, não fazer uso de anticoncepção, viver no interior e privar-se do estudo. E, na etapa pós-natal, em que a reprodução é assunto central e a puérpera está dependente de outras pessoas para que a comida, a casa e a roupa sejam providenciadas, a subordinação feminina ficava ainda mais latente. Um certo individualismo de Maria Lúcia contrastava frontalmente com a prerrogativa coletiva que sustentava a *quarentena* em Melgaço.

Coletivizar as causas e conseqüências de um *sangue que sobe pra cabeça* pode ser interpretado como um processo de exculpação do indivíduo, seja a puérpera, seja a parteira. Mas, por outro lado, também pode significar uma resistência à individualização mais intensa proposta pela biomedicina, por exemplo, na forma

de programas que responsabilizam apenas a mulher pelo resguardo, pela consulta puerperal, pelas vacinas, pela amamentação etc. Como nos lembra Gottschang (2007), em artigo recente sobre amamentação nas urbes chinesas, amamentar envolve muito mais do que alimentar uma criança, muito mais do que as necessidades biológicas desse infante, muito mais do que a relação diádica entre mãe e filho. Quando D. Binha, a mãe das duas irmãs, repetia que a briga devia ser adiada para **depois que o resguardo fosse cumprido**, ela evidenciava o reconhecimento de uma série de elementos que estavam presentes naquela casa, elementos estes que envolviam valores, personagens, momentos de vida, parentesco, economia doméstica, padrões de conjugalidade e afeto etc. Conflitos entre cônjuges, parentes, afins, vizinhos e amigos deveriam ser administrados no sentido de poupar a puérpera, engordar o recém-nascido e constituir progressivamente a família – o sangue, o leite e as relações estavam, a todo tempo, em construção. Por isso, eu percebia como D. Binha, D. Dinorá, D. Edilane e tantas outras matriarcas de Melgaço insistiam para que as cizânias fossem suspensas justamente para que o sangue pudesse seguir caminho inverso, isto é, *baixar* e *sair* dos corpos femininos convalescentes.

NOTAS

- 1 Os nomes originais foram substituídos por pseudônimos. Aproveito para agradecer a generosidade e delicadeza com que D. Dinorá, sua família extensa e suas pacientes sempre me trataram. Nunca me esquecerei da disposição e disponibilidade dessas pessoas em responder minhas incessantes perguntas sobre temas absolutamente banais para eles. A etnografia que subsidia este artigo foi realizada para a elaboração de minha tese de doutoramento, entre os anos de 2004 e 2005, na cidade e região de Melgaço, Pará.
- 2 *A puxação* é uma massagem abdominal que as parteiras ofereciam durante a gestação, o parto e o puerpério. Esta massagem tem objetivos muito específicos em cada uma dessas fases. Adiante, comentarei sobre seu impacto após o parto. Para uma descrição mais densa sobre a *puxação*, ver o segundo capítulo de Fleischer (2007).
- 3 Optei por deixar em itálico as palavras e expressões usadas pelos moradores de Melgaço, entre aspas as categorias analíticas das quais lanço mão e, em negrito, as idéias às quais desejo conferir ênfase.
- 4 Um animal com *panema* significa que estivera em contato com um caçador que “turbinara” simbolicamente sua arma e munição para conseguir caçar mais e melhor. Uma árvore frutífera também poderia *estar panema* se o dono do pomar a tivesse “envenenado” para evitar que crianças se aproximassem para roubar fruta. De forma muito geral, as *mizuras* e os *encantados* são seres sobrenaturais que circulam invisíveis pela cidade e podem causar dano à saúde, engravidar mulheres *em suspensão*, assustar transeuntes etc. DaMatta (1973) tratou da *panema*, Correa e Leonel (2002) descreveram rapidamente os *encantados*.
- 5 O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) consiste num curso de curta duração oferecido nacionalmente pelo Ministério da Saúde e pelas escolas técnicas do país a alunos secundaristas para se tornarem atendentes, auxiliares e técnicos em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROSO, Iraci C. 2001. Saberes e Práticas das Parteiras Tradicionais do Amapá: histórias e memórias. Dissertação de Mestrado. Campinas: UNICAMP, Programa de Pós-Graduação em História.
- BELTRÃO, Jane. 1988. "Tradição Esquecida. Discussão sobre a importância das parteiras na saúde pública". *Cadernos do Centro de Filosofia e Ciências Humanas* 17:127-138. Belém (PA).
- BESSA, Lucineide F. 1997. Condições de Trabalho de Parteiras: algumas características no contexto domiciliar rural. Dissertação de Mestrado. Salvador: UFBA, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
- CALDEIRA, Tereza. 1984. *A Política dos Outros: o cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos*. São Paulo: Brasiliense.
- CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla. 2001. Práticas Obstétricas Adotadas pelas Parteiras Tradicionais: a assistência ao parto e nascimento domiciliar na Amazônia Legal, Santana, AP. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
- CORREA, Ivone Maria Xavier de Amorim e Maria Clarice Leonel. 2002. "Parteiras, Pajelança e Encantados: aspectos da cultura cabocla em Melgaço". In Clarice Leonel (org.) *Entre Homens, Arcanjos e Encantados: (Re)visitando Melgaço*. Belém: UNAMA.
- COSMINSKY, Sheila. 1977a. "Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca". *Medical Anthropology* 6(3):69-103.
- _____. 1977b. "El Papel de la Comadrona en Mesoamerica". *América Indígena* XXXVII(2): 305-351.
- _____. 1982. "Knowledge and Body Concepts of Guatemalan Midwives". In Kay Artschwager (org.) *Anthropology of Human Birth*. Philadelphia: Davis Company.
- DaMATTA, Roberto. 1973. "Panema: uma tentativa de análise estrutural". In *Ensaio de Antropologia Estrutural*. Petrópolis: Vozes.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. 2001. Entre a Técnica e os Direitos Humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese de Doutorado em Medicina Preventiva. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. 1986. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- FARMER, Paul. 1988. "Bad Blood, Spoiled Milk: Bodily fluids as moral barometers in rural Haiti". *American Ethnologist* 15(1):63-83.
- FLEISCHER, Soraya. 2007. Parteiras, Buchudas e Aperreios. Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.
- FREITAS, Maria do Socorro. 1997. Mãos que Aparam Vidas: As parteiras de Caruraru, PE. Dissertação de Mestrado. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Sociologia.
- FONSECA, Claudia. 2004. *Família, fofoca e honra: Etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- GOTTSCHANG, Suzanne Chang. 2007. "Maternal Bodies, Breast-feeding, and Consumer Desire in Urban China". *Medical Anthropology Quarterly* 21(1):64-80.

LEAL, Ondina Fachel. 1995. "Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas". In Ondina F. Leal (org.) *Corpo e Significado: Ensaio de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1995.

MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica. 1993. *Trabalhadeiras e Camaradas. Relações de gênero, simbolismo e ritualização numa comunidade amazônica*. Belém: UFPA.

MOTTA-MAUÉS, Maria Angélica e Raymundo Heraldo Maués. 1978. "O Modelo da 'Reima': Representações alimentares em uma comunidade amazônica". *Anuário Antropológico* 2:120-147.

SARTI, Cynthia. 1996. *A Família como Espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados.

TORNQUIST, Carmen Susana. 2004. Parto e Poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de Doutorado. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.

VILLATORO, Elba. 1996. "El Papel de la Mujer en la Atención Obstétrica-Pediátrica en Guatemala". *Tradiciones de Guatemala* 45. Universidad de San Carlos, Centro de Estudios Folklóricos.

Sangue, Leite e Quarentena: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará

RESUMO

Nos meses em que vivi em Melgaço, na porção marajoara do Pará, muito me impactaram três mulheres que perambulavam pela cidade descalças, despenteadas e sempre com as mesmas roupas, rotas e amarfanhadas. Foi-me explicado que o sangue puerperal tinha-lhes *subido para a cabeça*. Neste artigo apresento este estado patológico, principal resultado de um resguardo mal cuidado. Para tanto, descrevo um conjunto de regras de comportamento, dieta e amamentação que era sustentado para se evitar tal estado. E, ao lembrar de um conflito ilustrativo entre uma moça recém-parida e sua irmã, intento mostrar como uma complexa gama de fatores se concentram nesse período de recuperação de pós-parto tornando o cumprimento da *quarentena* um constante desafio enfrentado pelas mulheres e famílias melgacenses.

PALAVRAS-CHAVE: puerpério, amamentação, Pará.

Blood, Milk and Quarantine: Ethnographical notes on puerperium in Melgaço, Pará (Brazil)

ABSTRACT

During the months I lived in Melgaço, a small town in the marajoaran part of the State of Pará (Brazil), three women made an impact on me. They wandered around town barefeet, uncombed and always with the same clothes, thorn and wrinkled. It was explained that their puerperal blood had *gone up their heads*. In the present article, I describe this pathological state, main result of an uncared post-delivery quarantine. In this sense, I describe a set of rules related to behavior, diet and breastfeeding, which are supposed to avoid such state. An illustrative conflict between a girl who had recently given birth and her sister helps to show how a complex group of factors come together during this recovery period. This makes quarantine a constant challenge faced by women and their families in the town of Melgaço.

KEY WORDS: post-delivery period, breastfeeding, Pará (Brazil).

