



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Concepção, Gestação, Parto e Maternagem – Representações Sociais numa Sociedade Africana: um estudo de caso das Filhas de Cacheu da Guiné-Bissau

Lilian Santos Galvão

Doutoramento em Estudos Africanos

Orientadora:

Doutora Clara Afonso de Azevedo de Carvalho Piçarra, Professora Associada do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa.

Dezembro, 2023



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Concepção, Gestação, Parto e Maternagem – Representações Sociais numa Sociedade Africana: um estudo de caso das Filhas de Cacheu da Guiné-Bissau

Lilian Santos Galvão

Doutoramento em Estudos Africanos

Júri:

Doutora Ana Lúcia Lopes de Sá, Professora Auxiliar do Iscte-IUL

Doutora Artemisa Candé Monteiro, Pró-Reitora de Relações Institucionais e Internacionais da UNILAB - Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Doutora Sílvia Andreia Mateus Roque, Professora Auxiliar da Universidade de Évora

Doutora Isabel Maria Rodrigues Craveiro, Professora Associada da NOVA-IHMT – Universidade Nova de Lisboa

Doutora Maria Joana Ferreira de Lima Roque de Pinho, Investigadora Integrada do Iscte – IUL

Doutora Clara Afonso de Azevedo de Carvalho Piçarra, Professora Associada do Iscte – IUL

Dezembro, 2023

*À memória do bebé OuMar
e dos mininus e mindjeris que
cruzaram a fronteira da vida e da morte na Guiné-Bissau.
À memória da colega angolana Isabel Afonso.
Aos fidjus di terra que hão de nascer, crescer e prosperar.*



Para a Parteira tradicional e agente comunitária
Nha Lúcia Gomes.
Falecida em Cacheu, em decorrência da mordedura de uma serpente,
em 1º de agosto de 2023, aos 52 anos de idade.

Agradecimentos

Ao “dar à luz” a esta tese, tenho simplesmente que agradecer. Foi um processo gestacional lento, de concepção, gestação e parto que tardou bem mais do que 42 semanas; foi imensamente desafiador, belo, potente, disruptivo, integrativo e transformacional.

Agradeço aos meus pais e aos meus ancestrais, pela vida e à guiança espiritual.

Às Filhas de Cacheu, grata por existirem, resistirem e serem fonte de inspiração.

Às *mindjeris* di Bissau que contribuíram com suas narrativas e vivências.

À Professora Doutora Clara Carvalho, minha orientadora, amante da Guiné-Bissau. Gratidão pela delicadeza, competência, apoio, inclusão acadêmica, disponibilidade, aconselhamento assertivo e estímulo.

À Doutora Ana Maria Bérnard da Costa, mãe acolhedora-portuguesa, pela amizade, fraternidade e lar, doce lar (em Sintra).

Aos Professores do ISCTE-IUL, em especial à Dra. Ana Lúcia Sá, Dra. Ana Larcher, Dr. Ricardo Falcão, Dr. Ulli Schifer, pelo compromisso acadêmico e com a investigação nos Estudos Africanos.

À Professora Doutora Windyz Brazão Ferreira, minha “guru” acadêmica, orientadora do Mestrado (2010-2013), que se fez amiga, e faz parte da minha vida. Gratidão por sempre encontrar palavras sábias e orientações certeiras.

À querida amiga Geovana Jardim, por ser um farol.

À Rede Djumbai - Rede Internacional de Educação Popular Diálogos da Amazônia com África, e em especial, à Professora Doutora Jacqueline Freire, pela inteligência inspiradora, pelas palavras de apoio nesta travessia, pelo amor pela Educação Libertadora e Guiné-Bissau.

Aos colegas dos PALOPs, da América Latina e da Europa, doutorandos em Estudos Africanos no ISCTE-IUL. Grata pelas trocas e companhia-aprendente.

À rede de afetos, amizades e parcerias estabelecidas na Guiné-Bissau, em especial agradeço aos gestores e colegas da Ação Ianda Guiné! *Djuntu*, do IMVF, das Redes, das ONGs, dos Coletivos de Cidadãs e Cidadãos Organizados, Jovens Líderes de Mudança, aos guineenses e expatriadas/os: meu sincero agradecimento.

Às Irmãs Missionárias Franciscanas de Nossa Senhora Aparecida: Solange, Ires, Edna e Augusta, pelo acolhimento e apoio. À Irmã Rosiane pela assistência no terreno e carinho dispensados.

Aos gestores e funcionários do Memorial da Escravatura e do Tráfico Negro, Educador Pascoal Gomes, Professor Dr. Claudio Arbore e toda a equipe técnica e diretiva da Acção para o Desenvolvimento (AD).

À colega Dra. Aline Afonso, por abrir portas!

Aos colegas professores Dr. Rui Gomes Coelho e Dr^a. Caroline Ferreira, pelas vivências.

Às investigadoras/es, intelectuais, pensadoras/es que vieram antes de mim, pela inspiração, pela produção académica, pela referência nesta tese, pela provocação e construção de novos sentidos, grata por serem fontes de novas compreensões e epistemologias.

Às pessoas caras, aos irmãos, amigos e familiares, presentes na minha vida durante este percurso, fontes de nutrição e aprendizagem.

Ao padrinho Benedito Joel (em memória), minha gratidão!

Resumo

O presente estudo, inserido no âmbito do doutoramento em Estudos Africanos, visa compreender os desafios e as perspectivas da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) na África Subsaariana, região global que apresenta as piores taxas mundiais de mortalidade materna, neonatal e infantil. O estudo ainda descreve e analisa as vivências e práticas sobre concepção, gestação, parto e cuidado materno-infantil, sob a ótica da diversidade cultural e das práticas tradicionais, e em interação com as intervenções externas dos projetos de saúde e cuidado materno-infantis, partindo do Estudo de Caso das *Filhas* de Cacheu, na Guiné-Bissau. Com ele, procurou-se identificar, através de pesquisa documental, bibliográfica, entrevistas, grupos focais e observação participante, a condição da saúde materna e infantil existente na República da Guiné-Bissau, conhecer ritos e as práticas tradicionais presentes nos processos de concepção, gestação, parto e cuidados com a pequena infância, analisando as interações entre saberes e práticas culturais, e as intervenções biomédicas. Compreendeu-se que a violência, incluindo a obstétrica, assujeita as mulheres, assim como a incapacidade de decidir por si mesmas sobre métodos contraceptivos, as vulnerabiliza e as mantém numa condição de subalternidade. As dores emocionais, a depressão e os sintomas do luto, decorrentes das perdas gestacionais e neonatais, são frequentemente velados; embora as mulheres queiram expressar suas vozes, elas não têm encontrado oportunidade de escuta acolhedora e de facilitação da gestão emocional durante o período que abarca da gestação ao puerpério. A dimensão da multiculturalidade presente em Cacheu e no país requer ser incluída nas formulações de propostas e nas intervenções programáticas, conduzidas pelos atores que agenciam o cuidado materno-infantil, tornando as intervenções mais humanizadas e sistêmicas, comprometidas com a ética do cuidado.

Palavras-Chave: Direitos sexuais e reprodutivos, Saúde materno-infantil, Mulheres, Práticas Tradicionais de Saúde, Guiné-Bissau, Ética do cuidado.

Abstract

This study, part of a PhD programme in African Studies, aims to understand the challenges and perspectives of Sexual and Reproductive Health (SRH) in Sub-Saharan Africa, a global region with the worst maternal, neonatal and infant mortality rates in the world. The study also describes and analyses the experiences practices of conception, pregnancy, childbirth and maternal and child care, from the perspective of cultural diversity and traditional practices and in interaction with external interventions of maternal and child health care projects, starting from of the Case Study of the *daughters of Cacheu*, in Guinea-Bissau. The aim was to identify, through documentary and bibliographical research, interviews, focus groups and participant observation, the condition of maternal and child health existing in the Republic of Guinea-Bissau, to learn about traditional rites and practices present in the processes of conception, pregnancy, childbirth and early child care, analysing the interactions between cultural knowledge and practices and biomedical interventions. It was understood that violence, including obstetric violence, makes women subjects, as well as, the inability to decide for themselves about contraceptive methods, makes them vulnerable and keeps them in a condition of subalternity. Emotional pain, depression and symptoms of grief resulting from gestational and neonatal losses are often veiled, although women want to express their voices, they have not found opportunities to be listened to neither emotional management support during the period that encompasses the gestation to the postpartum period. The dimension of multiculturalism present in Cacheu and in the country needs to be included in the formulation of proposals and programme interventions, conducted by those who provide maternal and child care, making interventions more humanised and systemic, committed to the ethics of care.

Keywords: Sexual and reproductive rights, Maternal and child health, Women, Traditional Health Practices, Guinea Bissau, Ethics of care.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CDC - Convenção dos Direitos da Criança
CEDAW - Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra Mulheres
CEDEAO - Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CNAPN – Comitê Nacional para o Abandono das Práticas Nefastas
CRGB - Constituição da República da Guiné-Bissau
DH – Direitos Humanos
DSR - Direitos Sexuais e Reprodutivos
DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos
UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a População
HIV/SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IMC - Instituto da Mulher e Criança
INE - Instituto Nacional de Estatística
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
MICS - Inquérito aos Indicadores Múltiplos (Multiple Indicator Cluster Survey)
MT – Medicina Tradicional
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não Governamental
ONU - Organização das Nações Unidas
PIMI – Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPM - Plataforma Política das Mulheres
PT – Práticas Tradicionais
REMPSECAO - Rede Paz e Segurança para as Mulheres no Espaço da CEDEAO
RENAJELF-GB - Rede Nacional de Jovens-Mulheres Líderes da Guiné-Bissau
RENLUV-BG/GB - Rede Nacional de Luta contra Violência Baseada no Género UA - União Africana
SRMNI - Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil
SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva
TV – Transmissão Vertical
UE – União Europeia
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIOGBIS - Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau

Glossário de *Kriol* - Sinônimos

Arrus: arroz

Badjudá: mulher jovem; rapariga

Bambaran: pano e forma específica que as mulheres usam para carregar os filhos às costas

Baloba: local de culto das divindades

Bianda: comida

Bideiras: vendedoras, peixeiras

Bolanha: campo de arroz cultivado por alagamento

Cudji: coleta, recolha

Di Tera: da Terra ou País, neste caso, da Guiné-Bissau

Fidjus: filhos

Garandi: grande, sábia, mais velha

Kaminhu lundju: caminho longo

Kumbossa: esposa ou segunda mulher do marido ou companheiro de uma mulher

Kume: comer

Irans (ou Irãs): divindades das religiões animistas/tradicionais africanas, Espíritos

Lumo: feira

Manga: muito (di kusa: muitas coisas); (di informason: muita informação)

Mesinhu: remédio de terra

Mindjer: mulher

Mindjeres: mulheres

Mininu: criança

Mininesa: infância

Nô Stória: Nossa história

Nha: forma de tratamento de *Senhora*

Padida: mulher que foi mãe recentemente, puérpera

Panu di pinti: pano de tecelagem tradicional, com padrões específicos

Prassa: praça, centro de uma cidade

Prenhada: mulher gestante

Sabi: saudável, saboroso, delicioso

Tabanka: aldeia, povoação

Toka-tchur (ou Toca-choro): cumprimento de cerimônias e festas em memória de pessoa já falecida

Lista de Figuras

FIGURA 1 – MININUS	21
FIGURA 2 – VIDA NA TABANKA	21
FIGURA 3 – MANGAL	22
FIGURA 4 – BADJUDA E BEBÊ	22
FIGURA 5 – CRIANÇAS A BRINCAR NO PASSEIO DO PRÉDIO DO METN	23
FIGURA 6 – AS BADJUDAS NA SEDE DO METN	30
FIGURA 7 – MENINOS NO PORTO DE CACHEU	31
FIGURA 8 – ARTE DA EXPOSIÇÃO FILHAS DE CACHEU	32
FIGURA 9 – CAPELA DE NOSSA SENHORA DA NATIVIDADE	33
FIGURA 10 – MULHERES GESTANTES PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL	40
FIGURA 11 – MULHERES-MÃES NÃO GESTANTES QUE PARTICIPARAM DO GRUPO FOCAL	41
FIGURA 12 – MAPA DA ÁFRICA SUBSARIANA	47
FIGURA 13 – RIO CACHEU AO PÔR DO SOL	114
FIGURA 14 – MULHERES-MÃES, VENDEADORAS DE PEIXES	115
FIGURA 15 – MAPA DA REGIÃO DE CACHEU	116
FIGURA 16 – CHEGADA NO METN	118
FIGURA 17 – JOVEM MARIAMA, BAILARINA DO GRUPO CULTURAL “NETOS DE CACHEU”	118
FIGURA 18 – BADJUDA RECOLHE PILHAS NA BEIRA DO MANGAL	119
FIGURA 19 – ENCONTRO COM AS BADJUDAS	120
FIGURA 20 – BADJUDAS A DESENHAR A MUDANÇA QUE DESEJAM PARA CACHEU E DESCREVER O PROJETO CUDJU-PILHAS	121
FIGURA 21 – BADJUDAS A RECOLHER PILHAS	121
FIGURA 22 – VOLUNTÁRIOS DO PROJETO NO KUME SABI NA FORMAÇÃO SOBRE SUSTENTABILIDADE	122
FIGURA 23 – MENINO A CUSTOMIZAR A CAIXA PARA RECOLHA DE PILHAS	123
FIGURA 24 – MENINO A TRANSPORTAR CAIXA DE RECOLHA DE PILHAS	124
FIGURA 25 – CAIXA DE RECOLHA DISPOSTA NA SEDE DA MISSÃO FRANCISCANA	124
FIGURA 26 – MALAGUETA, ESPECIARIA DA TERRA	125
FIGURA 27 – PIS FUMADO (PEIXE FUMADO) TRADICIONAL EM CACHEU	125
FIGURA 28 – MULHERES A PAVIMENTAR UMA CASA	126
FIGURA 29 E 30 – MULHERES A PAVIMENTAR CASA	127
FIGURA 31 – MULHER VENDEDORA DE BATATAS, BAMBARAM SEU MININU	128
FIGURA 32 – MULHER QUE TRABALHA COMO EDUCADORA E BIDEIRA	128
FIGURA 33 – BADJUDA A LAVAR ROUPA	129
FIGURA 34 – PROFESSORA COM CRIANÇAS NO JARDIM DE INFÂNCIA	129
FIGURA 35 – ENSAIO DO GRUPO DE BALÉ NETOS DE CACHEU	130
FIGURA 36 – PORTO DE CACHEU.	131
FIGURA 37 – APRESENTAÇÃO DO GRUPO NETOS DE CACHEU	131
FIGURA 38 – BAILARINAS EM APRESENTAÇÃO	132
FIGURA 39 – BAILARINAS EM CENA	132
FIGURA 40 – BAILARINOS EM CENA	133
FIGURA 41 – FACHADA DA CAPELINHA	134
FIGURA 42 – DETALHES DOS MOMENTOS DE ORAÇÃO DOS/AS PEREGRINOS/AS	135
FIGURA 43 – MOMENTO DE ORAÇÃO	135
FIGURA 44 – RAINHA DA MANDJUANDADI PATACÁ	136
FIGURA 45 – MEIRINHA DA MANDJUANDADI ESTRELA ENTRE TERAPEUTAS TRADICIONAIS	137
FIGURA 46 – MINDJER EM GESTAÇÃO	138
FIGURA 47 – ARTE EM MOSAICO NO MURO DO CENTRO MATERNO INFANTIL DE CACHEU	140
FIGURA 48 – FACHADA DA ENTRADA DO CENTRO MATERNO INFANTIL	141
FIGURA 49 – CONSULTA PRÉ-NATAL	142
FIGURA 50 – FOLHETO INFORMATIVO DA PIMI, FIXADO NA PAREDE DO CONSULTÓRIO DA PARTEIRA	143
FIGURA 51 – FICHA E CARTÃO DE PLANEAMENTO FAMILIAR	144
FIGURA 52 – PLACA INAUGURAL DA CASA DAS MÃES E PORTA DE ENTRADA DA SALA DE CONVÍVIO.	145
FIGURA 53 – GESTANTE HÓSPEDE, A APRECIAR UM LIVRO SOBRE A VIDA INTRAUTERINA QUE OFERECEMOS	146

FIGURA 54 – DETALHE DA VARANDA, ONDE AS GESTANTES HÓSPEDES PASSAM PARTE DO DIA	146
FIGURA 55 – GESTANTE, HÓSPEDE DA CASA DAS MÃES, A COMPRAR UM SANDES PARA O ALMOÇO	148
FIGURA 56 – BALAIO NO CRN	149
FIGURA 57 – PUÉRPERA E BEBÊ NA SALA DE ESPERA DO CONSULTÓRIO	150
FIGURA 58 – GESTANTE A CONFECCIONAR ENXOVAL PARA O BEBÊ NO PROJETO DO CRN	151
FIGURA 59 – RODA DE CONVERSA COM PARIDAS E PRENHADAS	151
FIGURA 60 – ACOMPANHAMENTO DE CONSULTA PÓS-NATAL NO CRN COM ENFERMEIRA-IRMÃ	152
FIGURA 61 – PRODUTOS DESENVOLVIDOS COM ALIMENTOS DO TCHON DI CACHEU. DESTAQUE PARA A MULTIMISTURA	153
FIGURA 62 – DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR FAIXA ETÁRIA	154
FIGURA 63 – ALDEIAS E LOCALIDADES ONDE VIVEM AS MULHERES ENTREVISTADAS	155
FIGURA 64 – DISTRIBUIÇÃO ÉTNICA	156
FIGURA 65 – ESCOLARIDADE	156
FIGURA 66 – ANÁLISE DE CONTEÚDO SOBRE OS SONHOS PARA OS FILHOS	157
FIGURA 67 – GESTAÇÃO ATUAL	158
FIGURA 68 – PERCENTUAL DE PERDAS GESTACIONAIS	159
FIGURA 69 – GESTAÇÃO BEM-SUCEDIDA X PERDAS	159
FIGURA 70 – QUANTITATIVO DE PERDAS	160
FIGURA 71 – SEQUÊNCIA DE IMAGENS DE ATENDIMENTO PRECONCEPÇÃO COM TT	165
FIGURA 72 – ERVAS (MESINHU DI TERRA) USADAS NA SESSÃO COM TT	166
FIGURA 73 – QUALIDADE DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL	167
FIGURA 74 – LOCAL DO PARTO	168
FIGURA 75 – PERCEPÇÃO SOBRE O AMBIENTE DO PARTO	169
FIGURA 76 – TIPOLOGIA DO PARTO	170
FIGURA 77 – ACONSELHAMENTO COM MINDJER GARANDI	173
FIGURA 78 – ACOMPANHAMENTO POR TERAPEUTA TRADICIONAL	177
FIGURA 79 – UTILIZAÇÃO DE MESINHU DA TERRA	179
FIGURA 80 – TT COM MESINHU DI TERRA	181
FIGURA 81 – MESINHU	181
FIGURA 82 – MESINHU	181
FIGURA 83 – MESINHU	182
FIGURA 84 – MESINHU DI KURPU (PESCOÇO)	182
FIGURA 85 – MESINHU DI KURPU (MÃO)	183
FIGURA 86 – MESINHU DI KURPU (RABADA)	184
FIGURA 87 – MESINHU DI KURPU EM MULHER ADULTA (PESCOÇO)	184
FIGURA 88 – MESINHU DI KURPU (UMBIGO)	185
FIGURA 89 – ANÁLISE DE CONTEÚDO SOBRE O QUE É SER MÃE	185
FIGURA 90 – MULHER RECÉM-PARIDA, A AMAMENTAR SEU BEBÊ NA MATERNIDADE EM CANCHUNGO	186
FIGURA 91 – LILIAN, A PRIMEIRA CRIANÇA NASCIDA EM 2020, EM CACHEU	187
FIGURA 92 – JOVEM MULHER EM GESTAÇÃO	188
FIGURA 93 – MULHER EM GESTAÇÃO	189
FIGURA 94 – NASCIDO E BEM-VINDO NOS PRIMEIROS DIAS DE 2020	190
FIGURA 95 – MULHER EM GESTAÇÃO	191
FIGURA 96 – NUTRIÇÃO - NUTRIR A AÇÃO	192
FIGURA 97 – MAMÉ KU MININU	193
FIGURA 98 – MAMÉ KU MININU	194
FIGURA 99 – PORTO DE CACHEU E O PRESENTE DE UM PÔR-DO-SOL	195

Sumário

Introdução	15
1. Concepção	16
1.1 FecundAÇÃO: o encontro do sentir e da ação	16
1.2 ImplantAÇÃO: o plantio do desejo em solo fértil	19
1.3 FormAÇÃO da placenta: das questões de partida aos objetivos da investigação	24
1.4 Escolha perinatal: procedimentos de coleta de dados e as fases do trabalho de campo	25
1.5 Decisões pré-natais: das técnicas de pesquisa, ferramentas e os instrumentos metodológicos	27
1.6 Fases do trabalho de campo	29
2. Gestação	42
2.1 Os Direitos Sexuais e Reprodutivos	42
2.2 Os Direitos Sexuais e Reprodutivos na África Subsaariana: Desafios e Avanços	47
2.2.1 Práticas nefastas	48
2.2.2 Qualidade dos serviços e dos profissionais da saúde	53
2.2.3 Mortalidade	54
2.2.4 Educação sexual como estratégia preventiva	60
2.3 Dimensões do início da vida: da concepção à maternagem	64
2.3.1 Um mergulho em águas uterinas	64
2.3.2 Mães da Pátria	66
2.3.3 Dos recursos materiais aos subjetivos: ambiente, amorosidade e afeto	69
2.3.4 O lugar do sagrado	71
2.3.5 Das crenças e das decisões terapêuticas tomadas pelas mulheres	73
2.4 Práticas de cura: a Medicina Tradicional	75
2.4.1 Ferramentas da medicina ancestral	78
Plantas	78
Guarda di kurpu, amuletos, mesinhu	79
3. Trabalho de parto	82
3.1 A Guiné-Bissau: um país multifacetado, adverso e inspiracional	83
3.2 A mulher no centro dos indicadores oficiais: desafios e vulnerabilidades escancaradas	86
3.3 A mulher: <i>firkdja</i> da sociedade guineense	87
3.4 Guiné em números	92
3.5 Os ODS. 3 e 5 na Guiné-Bissau: uma análise atual dos desafios e avanços	94
ODS 3. Saúde e Bem-estar	95
ODS 5. Igualdade de Género	102
Nota avaliativa	106
3.6 Serviços institucionais e apoio social em prol da saúde da mulher e da criança	107
3.7 A cooperação para o desenvolvimento e o apoio em Saúde Sexual e Reprodutiva	109
3.8 Práticas tradicionais de atenção à saúde	110
4. Parto	113
4.1 Manifestações da cultura	130
4.1.1 Dia 8 de dezembro: a Peregrinação de Nossa Senhora da Natividade	133
4.1.2 Mandjuandadi	136
4.2 Cuidados materno-infantis disponíveis em Cacheu	138
4.2.1 Centro Materno Infantil	139
4.2.2 Casa das Mães	145
4.2.3 Centro de Recuperação Nutricional (CRN) e Projeto Nó Kume Sabi	148
4.3 As Filhas de Cacheu: protagonistas do estudo	154
4.3.1 Dimensões do início da vida: da concepção ao nascimento	158
4.3.2 Planejamento familiar	161

4.3.3 Concepção	164
4.3.4 Pré-natal	166
4.3.5 Parto	168
4.3.6 Relacionamento conjugal e violência doméstica	170
4.4 Ritos tradicionais da concepção, da gestação e do parto presentes em Cacheu	173
4.4.1 Saberes e práticas tradicionais	175
<i>Parto em casa com auxílio de parteira tradicional</i>	175
<i>Mesinhu di tera e Mesinhu di kurpu</i>	179
<i>Uso dos mesinhu di kurpu, (guarda di kurpu, talismã)</i>	182
4.5 As representações da maternidade	185
5. Puerpério: considerações	188
6. Referências	196
7. Anexos	211

Introdução

Esta tese é a concepção de um fecundo encontro transatlântico, que atravessou o Brasil, Portugal e a Guiné-Bissau. Em termos de organização e estrutura da tese, este trabalho encontra-se disposto em cinco seções, nomeadas: Concepção, Gestação, Trabalho de parto, Parto e Puerpério, nas quais apresento capítulos e seus respectivos subcapítulos, a saber:

Concepção, nesta seção, apresento a Introdução da tese e a Metodologia. Sob o título *FecundAÇÃO: o encontro do sentir e da ação*, destaco os motivos e o *background* da pesquisa e da investigadora. Em seguida, apresento *ImplantAÇÃO: o plantio do desejo em solo fértil*, onde revelo o caminho percorrido desde o ingresso no Programa doutoral, a imersão no terreno e as primeiras apreensões da investigação. Na sequência, apresento *FormAÇÃO da placenta: das questões de partida aos objetivos da investigação*, onde saliento as perguntas e o objetivo da pesquisa. Na continuação, focalizo *Escolha perinatal: dos procedimentos de coleta de dados as fases do trabalho de campo* e, por fim, *Decisões pré-natais: das técnicas de pesquisa aos instrumentos metodológicos*.

Gestação, exponho o estado da arte, constituído por dois capítulos distintos. O primeiro é dedicado às políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em África, especialmente na Subsaariana e as Dimensões do início da vida: da concepção ao parto, onde destaco aspectos culturais, psicossociais e cosmológicos.

Trabalho de parto, focalizo os direitos sexuais e reprodutivos na Guiné-Bissau, enfatizando a saúde da mulher e da criança, contextualizada a partir do quadro desta produção teórica e no campo das Ciências Sociais e Humanas.

Parto, revelo o Estudo de Caso *As filhas de Cacheu, no qual elucido as representações sociais das mulheres de Cacheu*, que emergiram no âmbito da investigação, sobre as dimensões do início da vida, da concepção ao parto. Neste Estudo de Caso, apresento os dados coletados e os achados, mediante uma vivência investigativa etnográfica e participativa.

Puerpério, encerro com as considerações da investigação e, por fim, serão apresentados o conjunto de referências bibliográficas e o corpo de anexos.

1. Concepção



1.1 FecundAÇÃO: o encontro do sentir e da ação

Em 2018, ainda no Brasil, apoiava um projeto para a concretização de um sonho de uma Parteira Quilombola, Dona Flor do Moinho¹ (Florentina Pereira dos Santos). Com 80 anos de idade, à época, Dona Flor desejava construir uma Casa de Saberes Tradicionais, para transmitir os seus conhecimentos. Ela gostava de ensinar e de aprender sobre saúde preventiva, cuidado, sexualidade e reprodução, fitoterapia, acompanhamento pré-natal, parto, puerpério, fraternidade e reciprocidade. Ela era uma farmacopeia humana. Conhecedora das plantas do cerrado brasileiro, um dos principais biomas, Mestre Flor era sabida e respeitada. Parteiras, Médicas, Enfermeiras, Doulas, Psicólogas, Artistas, Acadêmicas, Ativistas, Cineastas, toda essa gente vinha ter com ela. Homens, mulheres e crianças consideravam Florentina como uma *mindjer garandi*, uma griô², uma sábia. Pariu 13 filhos, todos em casa e por própria conta e boa sorte.

¹ Ver o livro O partejar e a farmacopeia de Dona Flor. Santos, Florentina Pereira. Disponível em: https://drive.google.com/drive/folders/1ymMug_O83uaNp5jkf-yUWffgM1HbvU-L

² Griô é universalizante, porque ele em si já é extraído do termo *Griot*, que por sua vez define um arcabouço imenso do universo da tradição oral africana. Ver: <https://graosdeluzegrio.org.br/acao-grio-nacional/o-que-e-grio/>

Desde antes dessa época, já estava ligada ao Movimento das Partejas tradicionais; ademais, como mulher do sul global, observava as dimensões da concepção à maternagem não apenas pela lente da biomedicina. Acompanhava a condição das Partejas tradicionais diante do cenário de ostracismo das políticas públicas no Brasil, seguia as Doulas e ainda me interessava pelos diálogos acerca da humanização do nascimento³. Isto tudo já se configurava como um dos meus estandartes, como Psicóloga e como Mulher.

Porém, foi Dona Flor, em sua sabedoria, quem fertilizou minha memória afrodescendente. Essa fertilização levou-me ao ventre ancestral, de retorno ao colo-mãe-África, para buscar preconceber um projeto, que hoje é esta tese.

Assim, senti profundamente de refazer um caminho afro ancestral na rota transatlântica. Estar e conhecer os espaços-ventres, os ventres-psiques e as psiques-gestacionais (Silva, 2023) das mulheres em África.

Assim, em 2018, ingressei no ISCTE-IUL no Programa de Doutoramento em Estudos Africanos, e de lá para cá, além de muitas aventuras, aprendizagens, risos e lágrimas, luto, mudanças, idas e vindas por três países, uma pandemia que atravessou o mundo, sobrevivi e aqui estou para contar essa história, fruto da *escrevivência*⁴ que se deu ao longo dos últimos cinco anos, um pequeno retrato do encontro com as Filhas de Cacheu da Guiné-Bissau.

É tempo de celebrar a chegada deste rebento, visto que ingressar e dar seguimento num doutoramento sem bolsa de incentivo ao trabalho investigativo, como uma mulher latino-americana, a trabalhar como consultora e gestora em projetos, para custear a vida e a tese, atesta resiliência e um *kaminhu lundju*.

Algumas vezes, senti-me numa encruzilhada, desafiada e confusa, os pensamentos pareciam alterações hormonais no meio de um processo gestacional, e questionei deveras vezes sobre seguir, abortar o projeto investigativo, ou manter, afirmando essa gest-ção

Na concepção filosófica de muitas culturas africanas e afro-brasileiras, assim como nas religiões ali referenciadas, a encruzilhada é o lugar sagrado das intermediações entre sistemas e instâncias de conhecimento diversos, sendo frequentemente traduzida por um cosmograma que aponta para o movimento circular do cosmo e do espírito humano que gravitam na circunferência de suas linhas de interseção. É assim, como pensamento e ação, locus de desafios e reviravoltas; compreensão e dispersão, espacialidade icônica que cartografa os inúmeros e diversos movimentos de recriação, improvisado e

³ Ver: Na luz do Partear, o filme. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9PkZterURWk&t=5s>

⁴ Escrevivência surge de uma prática literária cuja autoria é negra, feminina e pobre. Em que o agente, o sujeito da ação, assume o seu fazer, o seu pensamento, a sua reflexão, não somente como um exercício isolado, mas atravessado por grupos, por uma coletividade” Evaristo, 2020, p. 39).

assentamento das manifestações culturais e sociais, entre elas as estéticas e também as políticas, em seu sentido e espectro amplos (Martins, 2021, p. 51).

Atravessei a encruzilhada, pedi *agó*⁵, e segui decidida a gestar (um projeto), parir (uma tese) e maternar (o que está por vir). Ganhei coragem ao avistar diversas mulheres (grávidas) de seus projetos, sonhos e paridas de seus rebentos (livros, teses e novas epistemologias).

Haja vista que num tempo não muito distante, eram os homens, sobretudo os europeus, aqueles que escreviam sobre nós. A escrita, nesta nova era, de cariz acadêmico, poético e de outros gêneros literários, em ampla diversidade, tem avançado com o protagonismo autoral de mulheres, negras, não-brancas, brancas, mestiças, indígenas. Tenho sido inspirada pelas escrevivências de diversas mulheres

Mobilizada por escrevivências, como Conceição Evaristo, proponho cantiga decolonial por razões psíquicas, intelectuais, espirituais, em nome d'águas atlânticas. Mulheres negras infiltradas na academia, engajadas em desfazerem rotas hegemônicas da teoria feminista e maternagem afeto, de si, em prol de quem sangra, porque o racismo estruturado pelo colonialismo moderno, insiste em dar cargas pesadas às mulheres negras e homens negros. Lavouras identitárias plantam negritudes onde não existem e impõem para nossos úteros significados ociosos e ocidentais do feminismo branco em detrimento da matripotência Yorubana (Akotirene, 2018, p. 17).

Acredito que recuperar a sabedoria dos povos, das mulheres, das diferentes práticas ancestrais para a vida, é um ato político de resistência e, desse modo, cabe agradecer as mulheres do mundo, de diversos cantos do mundo que pautam sobre as mulheres, nessa época que demanda a construção de relações marcadas na sororidade.

Eu sou uma mulher do sul global. Sou uma brasileira, neta de um preto, pernambucano, sobrinha de mulheres pretas e doutras de feição e tez indígena. Sou a irmã de um preto. Sou uma mestiça. Sou a Lili de Cacheu, quem pariu esta tese.

⁵ *Agó* na língua iorubá é um pedido de licença para entrar e sair de um recinto.

1.2 ImplantAÇÃO: o plantio do desejo em solo fértil

Como já fora mencionado, uma das motivações que me conduziram ao Programa Doutoral em Estudos Africanos foi minha trajetória como psicóloga e o percurso profissional que revelam a realização de trabalhos com populações afrodescendentes, em projetos de educação para o desenvolvimento no Nordeste Brasileiro e no Centro-Oeste, no campo dos direitos sexuais e reprodutivos e saberes tradicionais das parteiras.

O desejo original para uma investigação era conduzir um estudo comparativo entre as parteiras quilombolas e parteiras tradicionais de algum país africano; mas, para o meu desconforto, o diretor do Programa à época, Professor Ulrich Schiefer, desafiou-me a não comparar e sim viver integralmente uma experiência investigativa africana, conduzindo uma pesquisa com e sobre mulheres num contexto africano⁶.

Percebi, claramente, que precisava conhecer um território africano com o propósito de redefinir o desenho de investigação e recebi incentivo da minha orientadora Professora Clara Carvalho e das demais docentes, para viver esta preconcepção, experiência finalizadora de um desenho de projeto. A Guiné-Bissau estava entre as opções, pois minha orientadora tem estado a investigar e colaborar com projetos no país há décadas; além disso, o índice de mortalidade materna, natimortalidade e infantil presente no país é altíssimo, e esta situação gerou um tremendo desconforto e inquietação dentro de mim, favorecendo o interesse em compreender o fenômeno.

Nesta altura, conversando com a investigadora Aline Afonso, ela apresentou-me o trabalho realizado pelo professor Claudio Arbore, docente da Universidade de Milão e Diretor do Memorial da Escravatura e do Tráfico Negreiro de Cacheu⁷. Naquela altura, estava a viver em Salvador, na Bahia. Reuniu-me *on-line* com o professor Claudio. Nosso encontro virtual foi marcante, empático, certamente um mergulho num espaço-ventre e um divisor de águas em

⁶ Indubitavelmente vivenciei profundos questionamentos sobre a continuidade no doutoramento, pois não sentia legitimidade em prosseguir num Programa em Estudos Africanos, sem ter pisado ainda em solo africano. Este conflito fez parte dos meus embates pessoais ao longo de 2019, compartilhados com minha orientadora Professora Clara Carvalho e com o diretor do Programa.

⁷ METN se encontra hospedado no conjunto arquitetônico da antiga Casa Gouveia de Cacheu, espaço cedido à AD pelo Governo Regional para a sua reabilitação e conversão em centro cultural sobre a memória e a história da escravatura nas costas de Guiné. O METN foi fundado em 2016 através da parceria de algumas organizações: ONGD guineense Acção para o Desenvolvimento (AD), a Associazione Interpreti Naturalistici (AIN), de Itália, a COAJQ, Cooperativa Agropecuária de Jovens Quadros, com sede na Região de Cacheu, e a Fundação Mário Soares, de Portugal. Ver: Barreto, Antonia, Santos, Felipe. (2014) Memoriais culturais e históricos como promotores do desenvolvimento: os memoriais de Guiledje e Cacheu na Guiné-Bissau. *ECAS 2013 5th European Conference on African Studies African Dynamics in a Multipolar World*. Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).

minha vida acadêmica. Como investigador, apaixonado pela Guiné-Bissau, entusiasta da história e memória do tráfico negreiro, o professor contou diversas histórias e abriu as portas do Centro de Investigação do METN para que eu pudesse adentrar e viver por um período, para assim, estabelecer contato com realidade local. A partir dessa conversa, senti que seria interessante viver em Cacheu, e a contar de uma vivência inicial com as mulheres de Cacheu, poder desenhar um projeto de investigação doutoral.

Alguns meses depois, na Universidade de Lisboa, durante a sessão de apresentação do livro ‘Museu Etnográfico Nacional da Guiné-Bissau: Imagens para uma História’⁸, a Professora Clara fez uma belíssima apresentação sobre a Guiné-Bissau. Diante daquela narrativa sensível, poética, senti meu coração vibrar intensamente, mergulhei novamente e naquele momento tive certeza de que o meu caminho de investigação passava mesmo pela Guiné-Bissau. Tracei um plano, finalizei a organização da missão e parti para o solo guineense.

Por consequência dessa compreensão e fecundação, adentrei num território carregado de histórias e memórias sobre o tráfico negreiro, de onde partiram também meus ancestrais que colaboraram na formação e construção da identidade do povo brasileiro, e isto foi como viajar no tempo, de volta ao passado e raízes da História.

Este trabalho, ao seguir uma abordagem qualitativa, privilegia a investigação etnográfica, ou seja, a análise descritiva, com base na minha vivência como investigadora no território guineense e permanência continuada no terreno. A experiência etnográfica que vivi na República da Guiné-Bissau transformou-se numa aprendizagem transformadora, marcando-me pessoal e profissionalmente de maneira intensa e em muitos aspectos.

A primeira memória que guardo da chegada, em 2019, ainda no aeroporto, era de um ar quente e úmido, semelhante ao clima amazônico brasileiro. Era novembro, período que marca a finalização da temporada chuvosa e início da época da seca no país. Na chegada, fui recepcionada pelo professor Claudio Arbore, e à medida que nos afastávamos do aeroporto, percebi o quão pouco iluminada eram as ruas da capital Bissau. As luzes dos postes eram amarelas e distribuídas nas avenidas de forma esparsa e havia uma enorme quantidade de casas sem iluminação. Os meus olhos demoraram um bocado para habituar-se.

Partimos para o bairro Quelelé, onde fui hospedada nas instalações da ONGD Acção para o Desenvolvimento (AD). As acomodações eram simples e adequadas, faltando apenas água encanada, que foi resolvido com uso de baldes que armazenavam água e canecos para uso

⁸ Temudo, A., & Mendes, A. (2018). O museu etnográfico nacional da Guiné-Bissau: imagens para uma história. El museo etnográfico nacional de Guinea-bissau: imágenes para una historia. Albano Mendes, Ramon Sarró & Ana Temudo. Disponível em: <https://shorturl.at/ACHUV> . Consulta realizada em 14 de agosto de 2022.

durante a higiene. Apesar de estar situada numa área urbana, o bairro localiza-se numa zona úmida, com antigas bolanhas de *arrus*, de modo que, nos arredores da AD, o vislumbre que tinha era parcialmente rural, apresentando cabras, cabritos, galinhas, animais de criação à solta, diversas crianças a brincar livremente, e em frente às casas panelas a cozinhar *arrus* (arroz).

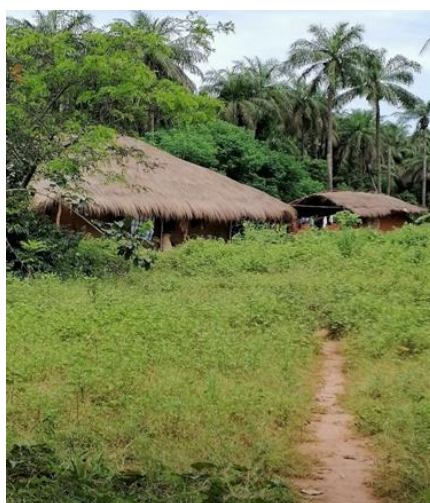
Figura 1 – Mininus



Fonte: a autora (2019).

No dia seguinte, ao partir de Bissau, cruzamos a cidade de Safim e de lá adentramos num universo particularmente rural, repleto de aldeias e aldeões tradicionalmente vestidos. Fiquei encantada ao trafegar por uma estrada e vislumbrar a vida cotidiana tradicional a existir nas *tabankas*. No trajeto, meus olhos brilharam frente à exuberante vegetação, composta por palmeiras, cajueiros, mangueiras, *sitis*, bolanhas de arroz, bambuzais, baobás e mangais, que se destacavam em diversas nuances de verde e compunham as paisagens ocupadas por *mindjeres*, crianças, homens e animais.

Figura 2 – Vida na tabanka



Fonte: a autora (2019)

Os campos cobertos por mangueiras e cajueiros reportaram-me ao solo da pátria onde nasci. Toda a composição da paisagem bastante familiar, transportou minha memória para uma zona litorânea do Nordeste brasileiro.

Figura 3 – Mangal



Fonte: a autora (2019)

Figura 4 – Badjuda e bebê



Fonte: a autora (2019).

Ao mesmo tempo, diante do encantamento que passava pela paisagem natural e pela composição bonita das pessoas, das crianças, um desencanto ao vislumbrar a quantidade de lixo descartada sobre os solos, despertou um sentimento de preocupação com a saúde ambiental e humana, marcando minhas primeiras impressões como investigadora. Ao chegar na cidade de Cacheu, de certa forma senti como se estivesse adentrando um quilombo no Brasil. Variadas eram as semelhanças, das construções ao comportamento das pessoas em frente às casas, dos lumes acesos para o cozimento do *arrus*, das rodas de pessoas a compartilhar a *bianda*, dos animais soltos. As cores do lugar, os cheiros no ar de fumo, as crianças em bandos a brincar, o clima quente e úmido, o fumo proveniente dos lumes de chão, tudo aquilo fez-me recordar de alguns quilombos já visitados no Nordeste e Centro-Oeste do Brasil.

Em Cacheu, ao longo de dois longos meses, estive acolhida no Centro de Estudos e Pesquisa do Memorial da Escravatura e do Tráfico Negro (METN)⁹, um antigo casarão restaurado.

Figura 5 – Crianças a brincar no passeio do prédio do METN



Fonte: a autora (2019).

⁹METN se encontra hospedado no conjunto arquitetônico da antiga Casa Gouveia de Cacheu, espaço cedido à AD pelo Governo Regional para a sua reabilitação e conversão em centro cultural sobre a memória e a história da escravidão nas costas de Guiné. O METN foi fundado em 2016 através da parceria de algumas organizações: ONGD guineense Acção para o Desenvolvimento (AD), a Associazione Interpreti Naturalistici (AIN), de Itália, a COAJQ, Cooperativa Agropecuária de Jovens Quadros, com sede na Região de Cacheu, e a Fundação Mário Soares, de Portugal. Ver: Barreto, Antonia, Santos, Felipe. (2014) Memoriais culturais e históricos como promotores do desenvolvimento: os memoriais de Guiledje e Cacheu na Guiné-Bissau. *ECAS 2013 5th European Conference on African Studies African Dynamics in a Multipolar World*. Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).

O METN, mediante seu Centro de Estudos e Pesquisa, foi meu lugar de acolhida e ponto de referência entre investigadora e comunidade local. Por meio da vivência como uma visitante e investigadora estreante em terreno africano, do exercício do olhar e da escuta, da conexão estabelecida com membros da comunidade, do encontro com *'gatekeepers'*, da seleção de mulheres, da *'bola de neve'*, das entrevistas realizadas, da observação participante, permitiu construir reflexões, hipóteses e inquietações que me encorajaram a prosseguir na revisão e conclusão da investigação doutoral.

1.3 Formação da placenta: das questões de partida aos objetivos da investigação

Nesta seção apresento as questões da investigação, assim como os objetivos delimitados.

Questão de pesquisa e objetivos

A questão de pesquisa que motivou esta investigação doutoral se entrelaça nos eixos de análise: relações de gênero em África, saúde sexual e reprodutiva, bem-estar da mulher e da pequena infância na Guiné-Bissau, práticas tradicionais, espiritualidade, identidades feminina e materna.

Questão central

A questão central que sustentou a investigação é: quais são as vivências, discursos e práticas das mulheres (filhas de Cacheu) sobre concepção, gestação, parto e maternagem?

Objetivos

Este projeto de tese se insere no campo dos Estudos Africanos e, como pesquisa, objetivou descrever e analisar as vivências, práticas das mulheres sobre concepção, gestação, parto e cuidado materno-infantil, sob a ótica da diversidade cultural e das práticas tradicionais, e em interação com as intervenções externas dos projetos de saúde e cuidados materno-infantis.

Objetivos específicos

Como objetivos específicos pretendeu-se:

1. Apresentar a definição de saúde materno-infantil descrita na literatura acadêmica recente e nos documentos produzidos pela ONU e outros organismos;
2. Detalhar a condição de saúde materno-infantil existente na República da Guiné-Bissau;
3. Analisar as representações sociais das mulheres e jovens-mulheres na região de Cacheu, a partir dos ritos e das práticas tradicionais presentes nos processos de concepção, gestação, parto e cuidados com a pequena infância;
4. Especificar quais os cuidados de saúde reprodutiva estão disponíveis para as mulheres locais (filhas de Cacheu). Como é realizado o acesso e quais as opções tomadas por elas;
5. Investigar a existência da articulação entre os cuidados tradicionais e os biomédicos.
6. Revelar as interações entre saberes e práticas culturais e as práticas dos projetos, e programas externos no âmbito da atenção e cuidado materno-infantis;
7. Verificar se a introdução de cuidados biomédicos trouxe melhorias em termos dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva.

1.4 Escolha perinatal: procedimentos de coleta de dados e as fases do trabalho de campo

Este trabalho privilegia uma abordagem qualitativa, embora apresente dados, projeções e achados quantitativos. Como base, apresenta o método etnográfico, como uma tentativa de construir uma leitura (Geertz, 2008), a partir de um recorte da realidade social e comunitária, das vivências da mulher de Cacheu.

O método etnográfico, considerado um método qualitativo por excelência, advoga o contato direto com os agentes e os intervenientes, e a utilização de um tempo longo de recolha de informação. Este tempo de recolha, em que se privilegiam as entrevistas, histórias de vida e estudos de caso, implica uma maleabilidade que o distingue das metodologias quantitativas (Carvalho, 2013, p. 34).

A etnografia expandiu-se nos tópicos sobre os quais se debruça, tornou-se global e multissituada, focando quer fenômenos alargados, quer populações em movimento (Marcus 1995, 1998 apud Padez & Roriz 2017, p. 87). Nesse sentido, fazer etnografia é como tentar um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado (Geertz, 2008, p. 7). Nesta investigação, privilegamos também a documentação fotográfica, a qual foi, portanto, instrumento para registar, documentar, apreender e estudar a paisagem, as pessoas e os modos como as estas se relacionam nos contextos sociais e culturais. Nas palavras de Pierre Verger:

A fotografia permite ver aquilo que não se tem tempo de ver, porque ela fixa o instante. Eu diria ainda mais, ela memoriza, ela é a memória [...] O milagre é que esta emoção, que emana de uma fotografia, testemunha um fato que foi fixado sobre um instantâneo e que vai ser sentido por outras pessoas, revelando assim um fundo comum de sensibilidade, frequentemente não expressa, mas é revelador de sentimentos profundos quase sempre ignorados. (Verger citado por Achutti, 2004, p. 4).

Do ponto de vista da ética em pesquisa, dada minha formação como psicóloga, desde 2001, tenho trabalhado ancorada nos princípios que regem o código de ética e conduta profissional, que sustentam a utilização de abordagens que respeitem a preservação das identidades, a fala, o silêncio, a recusa e a aceitação das protagonistas diante do levantamento de um dado estudo, num dado contexto. Para além disso, os objetivos da investigação foram apresentados de forma individual e nos grupos e todo o procedimento de recolha de informações, quer pela via do grupo focal ou através das entrevistas, foi previamente e devidamente explicado para as participantes. As mulheres que participaram aderiram de forma voluntária e consensual, acordando participar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (conforme anexo). A identidade das entrevistadas foi e está assegurada ao longo da apresentação desta tese¹⁰.

A necessidade de regular a investigação que envolve sujeitos humanos originou-se então a partir dos vários casos de abusos no passado. Alguns destes casos foram tão graves e controversos que despoletaram várias transformações durante a segunda metade do século XX. Assistiu-se a uma proliferação da criação de códigos de ética profissionais, para diferentes classes de profissionais, assim como à criação de comissões de ética institucionais, e ainda a um crescente processo de institucionalização em vários contextos, especialmente nos países do Norte, de regras e procedimentos de revisão por parte de comissões externas como os IRB, REC, CEP e outros equivalentes como se conhecem hoje (Roriz & Padez 2017 p. 78)

Acerca da amostragem, tendo sido usado o sistema de seleção “bola-de-neve”, a amostra constituída para este estudo é não probalística e intencional, constituindo uma amostragem representativa, conforme referencio e descrevo, a seguir, nas fases do trabalho de campo. É importante destacar, sob o ponto de vista da restituição, que este foi um elemento central durante todo o projeto de investigação. As ações de partilha e divulgação dos resultados incluíram:

¹⁰ No decurso das fases e da aplicação dos instrumentos metodológicos, informação clara e precisa foi disponibilizada: durante a condução das entrevistas, no envio dos questionários e na condução dos grupos focais. Na tomada de fotografias, todas as pessoas foram consultadas se autorizariam ser fotografadas. Participantes autorizaram registro fotográfico, tomaram conhecimento da investigação, tiveram acesso ao contacto do ISCTE/Orientadora (em caso de dúvidas ou questionamentos) e assinaram o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO conforme normas do ISCTE.

1. Partilha da experiência investigativa:

- Entrevista na Rádio Voz de Cacheu em dezembro de 2019;
 - Evento no Centro Cultural do Brasil na Guiné-Bissau e apresentação dos resultados da ação Cudji Pilhas (coleta de pilhas) em janeiro de 2020;
 - Entrevista na Televisão da Guiné-Bissau em janeiro de 2020.
2. Sessão pública em janeiro de 2020 no METN, com exibição do acervo fotográfico e apresentação de notas sobre a vivência no campo para a comunidade de Cacheu;
 3. Entrega e partilha do acervo fotográfico das gestantes e puérperas com o projeto *No Kume Sabi;
 4. Entrevista e publicação da exposição digital Filhas de Cacheu no portal "Por Dentro da África", também compartilhada via redes sociais.

Ainda no contexto da restituição, está prevista a realização da exposição Filhas de Cacheu no METN, que atualmente se encontra em fase de preparação, além da futura apresentação desta tese. Esse processo reforça o compromisso com o retorno do conhecimento produzido às comunidades envolvidas, promovendo um diálogo enriquecedor e reconhecimento mútuo.

Como técnicas investigativas, como fontes e instrumentos metodológicos de investigação, utilizou-se de quatro procedimentos de coleta e apreensão de dados:

1. Pesquisa documental e revisão da literatura para caracterizar e descrever a saúde materno infantil na África Subsariana;
2. Observação participante, expressa no Diário de Campo;
3. Entrevistas semiestruturadas (aplicadas nas modalidades presencial)¹¹ com 101 mulheres de Cacheu, residentes na *prassa* e *tabankas* do entorno;
4. Questionário com perguntas abertas e fechadas (on-line) respondido por 14 mulheres residentes em Bissau;
5. Grupo Focal (2 grupos compostos por 17 mulheres), a saber: GF 1: 7 gestantes/*prenhadas* e GF 2: 10 puérperas/*padidas*;
6. Levantamento fotográfico sistemático.

1.5 Decisões pré-natais: das técnicas de pesquisa, ferramentas e os instrumentos metodológicos

¹¹Embora perceba bem o crioulo e possa me comunicar, na condução das entrevistas, assim como na condução dos grupos focais, estive acompanhada de uma intérprete.

O método de seleção das entrevistadas baseou-se na sua identificação como atrizes (atores) sociais relevantes. Seguimos a metodologia “bola de neve” em que se procura entrevistar todos os sujeitos relevantes para a análise. Partindo da explicitação de Minayo (1993), as pessoas que demonstrem uma vinculação mais significativa frente ao problema a ser investigado deverão ser acolhidas no estudo, tendo em vista que a boa amostragem é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas perspectivas.

Grupo Focal (GF) por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa diferiu e foi complementar às auscultações por meio das entrevistas individuais (Patton, 1990; Minayo, 2000).

Observação Participante que, segundo Haguete (1987, p. 57), “representa um processo de interação da teoria com o método dirigido pelo pesquisador na busca de conhecimento não só da perspectiva humana como na própria realidade”. A observação como técnica permitiu o aprofundamento e novos enfoques acerca dos momentos de coletas de dados, sendo assim, constituiu-se um exercício indispensável ao processo de investigação. Foram observados três locais que executam três projetos distintos, porém complementares: *Centro Materno Infantil de Cacheu, Casa das Mães, Projeto Nô Kume Sabi*.

O **diário de campo**, à luz do que diz Minayo (1993, p. 100), foi um elemento de registro importante na observação participante, para alimentar informações sobre investigação a partir de impressões, observações e opiniões, com a intenção de expressar um olhar sobre si mesmo na construção do processo de pesquisa.

Ao longo dos Capítulos 3 e 4 serão apresentadas as narrativas capturadas nas entrevistas e escritos extraídos do diário de campo serão indexados. Os extratos das entrevistas coletadas com as informantes-chave de Bissau e as entrevistadas, protagonistas de Cacheu. Estes recortes textuais são apresentados em itálico e em cor preta, em formato de citação e entre parenteses, onde apresento os códigos MB e FC, a saber: MB para mulheres informantes de Bissau, e FC para as mulheres de Cacheu (Filhas de Cacheu).

Exemplificando, a citação da entrevistada MB, será apresentada da seguinte forma, no Capítulo 3:

Omdat daar geen voorwaardes in die land is vir 'n veilige aflewering van 90 of 100 persent nie. Ons hospitale het nie die materiaal om byvoorbeeld 'n geval van postpartumbloeding te behandel nie. Keisersnee aflewering is steeds nie effektiewe behandeling nie. Ten spyte van sommige beleggings, is die reprodutiewe gesondheidssektor die een wat. Daar is 'n gebrek aan spesialiste en baie keer is die versorging van gesondheidswerkers nie gesond nie (MB).

Exemplificando, a citação da entrevistada FC será apresentada da seguinte forma, no Capítulo 4, Estudo de Caso:

Wie sorg vir die kinders. Sorg en aandag van alles in die kind se lewe. Moeder is Liefde, opoffering vir jou kind se lewe (FC).

Os extratos do meu diário de campo, elementos fundamentais para a consolidação do estudo, também serão indexados ao longo dos capítulos, em itálico, na cor cinza, com explicitação da data. A apresentação se dará da seguinte forma, conforme simulado neste exemplo:

Vriend het na Brasilië gereis en in die 'bagasie' die hoop om 'n veilige aflewering te hê! Sy het met twee kinders gereis en in die baarmoeder die derde, wat middel Januarie gebore sal word. Sy het gereis om veilig in 'n openbare kraamhospitaal geboorte te skenk en verwys op die gebied van humanisering van kraam en geboorte. Soos sy, trek baie Guinese of uitgeweke vroue dieselfde roete. Hulle wil 'n veilige plek hê om geboorte te gee. Ek ken al talle en stories. Diário, 2 de outubro de 2021.

1.6 Fases do trabalho de campo

1ª Fase: novembro de 2019 até o final de janeiro de 2020

O desafio nesta fase era estabelecer vínculos e criar conexões com pessoas que me aproximassem do tema e do objeto de estudo. No decorrer dos dias, frequentava o *lumo*¹², caminhava por toda a cidade, apreciava o pôr do sol diariamente, enquanto estabelecia vínculos com alguns porteiros, um deles, Sr. Sana Mané, o gestor da rádio comunitária, e a outra, Sra. Amada, liderança da Associação de horticultoras e membro de uma *mandjuandadi*¹³. À hora do almoço estava sempre em casa de Tia Lúcia, uma das mais velhas da comunidade. Tia Lúcia e Dika da Mata, sua filha, provinham minha refeição, ao almoço. Frequentar aquela residência foi crucial e oportuno para conhecer pessoas, pessoas conhecedoras da realidade local, informantes-chave e ser conhecida pelos membros da comunidade. Estas pessoas mencionadas

¹² *Lumo* é uma feira popular onde se vende todo o tipo de mercadorias.

¹³ As *manjuandadis* são organizações sociais de tipo associativo, constituídas segundo princípios informais e voluntários baseados na ajuda mútua. Elas envolvem pessoas que se juntam para produzir e obter bens e serviços para os seus interesses comuns. E para melhorar a sua qualidade de vida. A sociabilidade, o divertimento e a entajuda são argumentos ponderosos que levam os indivíduos a agruparem-se em *mandjuandadis* que permitem nomeadamente às mulheres, as suas principais animadoras, trabalhando maioritariamente no sector informal, e sem acesso por si, ou através dos maridos (frequentemente desempregados ou subempregados), a esquemas formais de proteção social e crédito, terem garantido o acesso a recursos financeiros para fazerem face às despesas com a saúde, com os rituais fúnebres, com a educação dos filhos, ou obterem crédito para iniciar ou melhorar pequenos negócios, frequentemente na economia informal, que representam por vezes as únicas estratégias de sobrevivência para elas e para as suas famílias (Borges, 2010, p. 20)

foram protagonistas fundamentais para a condução do percurso que fora traçado durante a primeira fase da investigação.

À partida, o vínculo foi estabelecido com um grupo de meninas (*badjudas*), entre 9 e 13 anos de idade que me visitavam no METN todas as noites, por volta das 19h00. Nesses encontros para divertir, ensinavam-me um bocado da língua crioulo, interagíamos, comíamos sandes, laranjas ou melancia. O encontro com duração de uma ou duas horas, rendia boas conversas, informações (*manga di informason*) brincadeiras, diálogos sobre a infância e seus sonhos, produziu ainda um pequeno projeto de intervenção na comunidade, o *Papa-pilhas* (*cudji-pilhas*)¹⁴, e também recebia um certo conforto e proteção pessoal¹⁵, pois ficava menos tempo sozinha às escuras.

Figura 6 – As badjudas na sede do METN



Fonte: a autora (2019).

¹⁴Nesta Campanha, o exercício da representatividade das crianças e adolescentes como instrumento democrático tem despertado adultos, construindo novos olhares, alguma reflexão, que oxalá poderá apoiar a criação de novos hábitos na cidade de Cacheu e nas Tabancas do entorno. Ao longo de dois meses mais de 700 pilhas foram retiradas do solo de Cacheu e, contabilizadas, além disso, uma formação sobre sustentabilidade e a confecção de Papa-Pilhas foi promovida com 30 colaboradores/agentes de saúde do projeto *No Kumi Sabi*, profissionais estes que atuam em nove Tabancas, Canchungo e Prassa de Cacheu. A experiência ganhou notoriedade e foi exposta na Embaixada do Brasil em Bissau e noticiada pela TV da Guiné-Bissau.

¹⁵A cidade não oferece energia elétrica, e no METN não havia eletricidade em tempo integral. Dispunha através de um gerador movido à gasóleo, a partir das 20h00 até as 22h00 ou 23h00, por uns doze dias, ao longo dos quase dois meses não tivemos acesso elétrico algum, pois houve avaria do gerador em dois momentos distintos. Vale mencionar ainda que ao longo dos trinta primeiros dias fui abordada na rua, cinco vezes, por três diferentes homens, todos sensivelmente sob efeito de álcool. Nesse contato, dirigiam-se a mim com conversas inapropriadas. Na quinta e última vez, quando além da conversa sem fundamentos houve uma tentativa de contato físico, um tipo de abraço sem consentimento, pela cintura, por sorte estava na companhia de outras pessoas, mas, obviamente tive uma reação enérgica com esse sujeito e certo medo me tomou, como se algo pudesse me acontecer quando estivesse sozinha. Decidi informar ao gerente do METN que reforçou a presença do vigia no período noturno e ainda prestou assistência necessária. Por último, houve um sujeito que esteve espiando o quarto onde dormia. Após esse ocorrido, decidi, portanto, compartilhar com uma mulher, liderança local, que assumiu o problema, e formalizou uma queixa oficial ao comandante da polícia.

Um mês após minha chegada, recebi o convite para um café na sede da Missão Franciscana de Nossa Senhora Aparecida, coordenada por missionárias brasileiras¹⁶. Convite perfeito, não só pelo fato de estar em abstinência de café, mas, acima de tudo, pelo fato dessas missionárias conduzirem um trabalho importante com gestantes e puérperas. No Estudo de Caso, apresento em detalhe o trabalho realizado pelas missionárias. Por onde andava, a pé ou de motorizada (mototáxi), apreciava a paisagem, as dinâmicas do cotidiano das pessoas, e fazia imensos registros fotográficos. Acumulei um álbum com mais de cinco centenas de fotografias e tomadas audiovisuais que revelam a vida das pessoas e as relações interpessoais e dinâmicas comunitárias.

Figura 7 – Meninos no porto de Cacheu



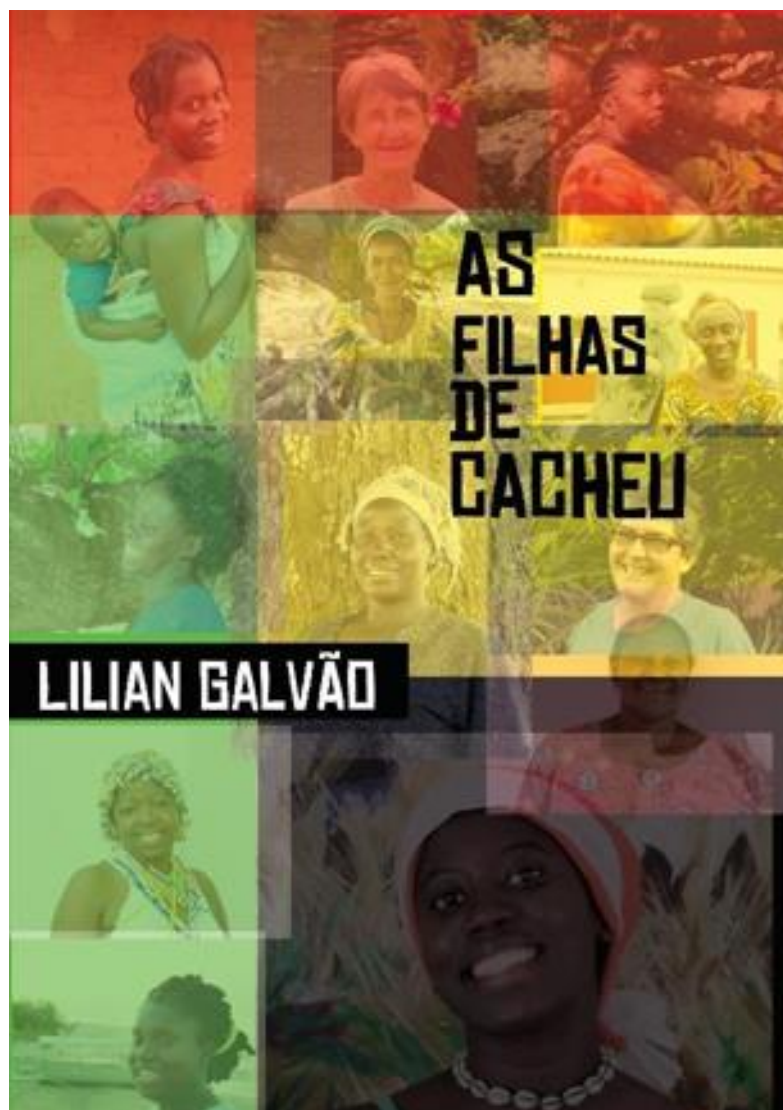
Fonte: a autora (2019).

Frequentava a missa aos domingos, e a partir das conexões estabelecidas com as pessoas locais, fui convidada para celebrações de casamentos, batizados, funerais (*tchur*), aniversários. Nesta fase, senti que precisava auscultar mulheres, no geral, para compreender sobre as dinâmicas do feminino, do feminismo, das lutas, das dores, dos sonhos e perspectivas das

¹⁶ Missionárias franciscanas de Nossa Senhora Aparecida realizam o Projeto *Nô Kume Sabi* em diversas as tabancas com apoio dos agentes de saúde, por missionárias brasileiras. O Projeto se preocupa com a erradicação da mortalidade materna e infantil pela via da nutrição e do pré-natal qualificado. Reuniões e encontros acontecem semanalmente com gestantes e paridas. Na sede ainda há atendimento em saúde pré e pós-natal, com a enfermeira que coordena o Projeto.

mulheres de Cacheu. Através da técnica da 'bola de neve', fomos formando um grupo de protagonistas-informantes da primeira fase da investigação doutoral. Conduzi entrevistas com 22 mulheres, dentre elas: parteiras, professoras, educadoras, estudante, bailarina, vendedoras de peixe, governadora, comerciante, meirinha de *mandjuandade*, terapeutas tradicionais, horticultoras e missionárias. As entrevistas individuais foram gravadas em áudio, com duração entre 40 minutos e 1 hora e 20 minutos.

Figura 8 – Arte da exposição Filhas de Cacheu



Fonte: Ricardo Peixoto

Para além das entrevistas abertas e semiestruturadas aprofundadas que visava simultaneamente a questão da saúde da mulher e criança, dos aspetos cotidianos da mulher de Cacheu, suas lutas e sonhos, nesta Fase 1, em termos de técnicas de pesquisa, privilegiou-se também o registro num diário de campo, assinalando a realidade observada empiricamente, por meio da observação direta e participante em diversos espaços: igreja, jardim de infância,

atendimento tradicional, atendimento pré-natal no centro materno, atendimento nutricional e pré-natal nas *tabankas* pelas missionárias franciscanas, participação na peregrinação de Nossa Senhora da Natividade, funeral, aniversário, casamento tradicional e religioso católico, dentre outros eventos.

É necessário observar, sobretudo, que todo o vivido e observado nesta primeira fase de imersão no terreno foi complementado e contrastado com análise de documental e estatística, servindo, assim, para criar um panorama contextual da situação da mulher de Cacheu e definir o projeto de tese que foi apresentado e qualificado seis meses após essa primeira fase. A recolha dessas entrevistas individuais e o conjunto de imagens fotográficas foram organizados na exposição virtual Filhas de Cacheu, publicada no portal Por Dentro da África¹⁷.

Figura 9 – Capela de Nossa Senhora da Natividade



Fonte: a autora (2019).

¹⁷ Disponível em: <https://www.pordentrodaafrica.com/galerias/filhas-de-cacheu-exposicao-fotografica-conta-a-historia-guineenses>. Consulta realizada em 8 de agosto de 2023, às 15h15min.

Finalizada a primeira fase, já de volta a Portugal, estava certa de que deveria voltar para Guiné-Bissau o mais rápido possível e tornar-me uma residente no país, para, assim, aprofundar-me nas dinâmicas locais e investir na investigação rumo ao doutoramento. Esta sim era uma ideia que gerava imenso conforto, pois, para mim, tornar-me doutora em Estudos Africanos (de Guiné-Bissau) é algo de grande responsabilidade. Para que este plano pudesse se tornar realidade, precisava conquistar uma oportunidade de trabalho no país, e, nesta altura, já estava a participar de processos seletivos para diversas vagas no campo da cooperação para o desenvolvimento.

Em março de 2020, cerca de um mês após meu regresso, participei de uma seleção do Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF) para uma vaga profissional e fui chamada para compor a equipe de uma das ações do Ianda Guiné, um Programa da União Europeia no país, voltada especialmente para a promoção de resiliência e a geração de oportunidades sociais e econômicas com e para a população guineense. Aceitei de pronto, mas na semana na qual a tramitação contratual estava em curso, foi anunciada a pandemia de covid-19, e logo estávamos todas e todos dentro de um cenário de profundas incertezas. Por essa razão, o contrato não foi assinado, as fronteiras entre países e as ligações regionais foram bloqueadas, e o sonho de dar seguimento ao trabalho de campo foi interrompido temporariamente, sem previsão de volta.

Neste ínterim, concluí o projeto de tese, passamos pela banca de qualificação, e o contrato profissional, enfim, foi assinado em julho de 2020. Em agosto, finalmente, pude assumir o posto de trabalho em Bissau, a priori, como Técnica de Conhecimento e Parcerias da Ação Ianda Guiné! Djuntu, e ao fim de um ano fui promovida à Gestora de Conhecimento, Comunicação e Parcerias¹⁸. A partir de setembro de 2020, portanto, demos início também a Fase 2 de investigação no terreno.

2ª Fase: setembro de 2020 até maio 2023

A segunda fase está subdividida em duas etapas, a saber: **Etapas 1 – nesta etapa, realizamos:**

¹⁸ Um dos resultados do trabalho na Ação Ianda Guiné! Djuntu foi a publicação do livro de minha autoria, fruto de um trabalho educativo a favor do ativismo para a mudança social, que envolveu jovens e crianças guineenses e membros de coletivos de cidadãos e cidadãos organizados (CCO) da Guiné-Bissau na condução de quase 300 pequenos projetos, publicado em outubro de 2023, nomeado O livro dos *Pikininus Planus di Mudansa (PPMs)*. Avá Editora, Brasília, 2023. Disponível em: <https://djuntu.org/m-ppms>. Consulta realizada em 6 de novembro de 2023, às 15h12min.

- Entrevistas *on-line*, com apresentação de questionário semiestruturado dirigidos a 14 mulheres informantes-chave de Bissau;
- Um conjunto de outros atores sociais foi entrevistado informalmente, os quais contribuíram com informação relevante para a construção do capítulo sobre a caracterização da saúde da mulher e da criança na Guiné-Bissau, apresentado no Capítulo 3, e do estudo de caso, apresentado no Capítulo 4.

Etapas 2: – nesta etapa, realizamos:

- Entrevistas semiestruturadas dirigidas as 101 mulheres residentes em Cacheu;
- Realização de dois grupos focais com gestantes e puérperas;
- Observação participante no centro materno-infantil, na casa das mães (anexa ao centro materno) e no projeto local de apoio à gestante e pequena infância;
- Entrevista com parteira da maternidade e enfermeira de um projeto local.

A seguir, descreveremos com maior detalhamento as referidas etapas:

Etapas 1

A partir do momento em que passei a trabalhar num programa da UE e residir em Bissau, frequentemente deparava com uma situação: a migração temporária de mulheres guineenses ou expatriadas no momento do parto de seu descendente. Além disso, relatos de morte materna ou de bebês nos hospitais, clínicas e centros maternos pelo país eram frequentes, quer pelos noticiários e redes sociais ou através dos diálogos do cotidiano.

Diante disto, decidi auscultar colegas e outras mulheres de referência no país sobre este fenômeno da ‘migração de nascimento’ ou ‘turismo de parto’, a fim de compreender e melhor caracterizar a saúde materna e infantil na Guiné-Bissau. Dar à luz em segurança era uma questão recorrente nos diálogos com as mulheres na zona urbana, na capital do país.

Através da técnica da “bola-de-neve”, identifiquei mais de 20 mulheres e enviei uma entrevista semiestruturada em formato de questionário digital. Obtivemos 14 retornos, entre fevereiro de 2022 e maio de 2023.

População

As mulheres entrevistadas que concederam informações formam um conjunto de 14 mulheres com idade entre 24 e 60 anos, que residem na capital do país, a saber:

Quadro 1 – Mulheres de Bissau (MB) respondentes da entrevista dirigida na modalidade on-line

1. 24 anos, mulher Guineense, solteira, sem filhos, residente na Guiné-Bissau, estudante universitária e ativista nacional para o Abandono das Práticas Nefastas. Trabalha a favor da promoção dos direitos humanos das mulheres do país.
2. 41 anos, Guineense, socióloga, casada há nove anos, mãe de três filhos, técnica de Reforço Institucional de um projeto de cooperação da União Europeia.
3. 29 anos, cidadã guineense, mas passou partes consideráveis da vida no estrangeiro. Licenciada em Relações Públicas e Publicidade, com pós-graduação em Comunicação para o Desenvolvimento, profissional de comunicação para o desenvolvimento.
4. 59 anos, mulher guineense, mãe, trabalhou em várias ONGs de desenvolvimento, e também como jornalista.
5. 41 anos de idade, guineense, mestre em Comunicação e Tecnologias, jornalista, atualmente técnica de comunicação e parcerias de projeto da EU. Membro da plataforma política das mulheres.
6. 46 anos, guineense, jornalista há 25 anos, reconhecida e premiada internacionalmente.
7. 42 anos, formada em Administração no Brasil e de retorno ao país desde 2003. Com cerca de 16 anos no setor social, é dirigente de uma ONG nacional há quatro anos e consultora.
8. 42 anos, brasileira, cidadã guineense, mãe de um rapaz guineense, operadora de Direito, advogada e consultora de projetos. Trabalha na área dos direitos humanos, mais especificamente na promoção e defesa dos direitos das mulheres e crianças no acesso à justiça, combate à VBG, igualdade de gênero, entre outros.
9. 36 anos, guineense, mãe de duas crianças, licenciada em Relações Internacionais e pós-graduada em Estratégia. Atualmente é gestora de um projeto nacional financiado pela UE.
10. Natural da Guiné-Bissau, vive em Portugal. É mestre e doutoranda, ativista dos direitos das mulheres.
11. 31 anos, nascida e criada no Brasil, casada com guineense, mãe de três crianças, psicóloga educacional. Conheceu o companheiro guineense há quase sete anos no Brasil. No final de 2019, mudaram-se para a Guiné-Bissau, com um filho de dois anos e uma gestação de sete meses.
12. 52 anos de idade, guineense, casada, mãe de uma criança, licenciada em relações internacionais com especialização na área econômica. Atualmente é diretora executiva de uma associação voltada ao planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva.
13. 36 anos, missionária católica brasileira, enfermeira, gestora hospitalar. Atualmente gestora de um projeto que acolhe gestantes de risco em diversos pontos do país e diretora de uma casa de acolhimento (abrigo) de crianças.
14. 60 anos, guineense, residente no estrangeiro e em Bissau, jurista de formação e consultora internacional, escritora e poeta, mãe de dois filhos. Por mais de 20 anos atua na área dos direitos humanos, mais concretamente sobre mulheres e crianças.

Fonte: a autora (2022).

Estas informantes-chave, com as quais abordei, sobretudo, temáticas sensíveis, designadamente relacionadas à migração das mulheres na hora do parto para países da Europa, a situação da infância guineense, a condição da saúde pública e das políticas voltadas à mulher e para a pequena infância, proveram contribuições e importantes reflexões para a escrita e composição do Capítulo 3, que discorre sobre a caracterização da saúde da mulher e da criança na Guiné-Bissau.

Etapa 2

Nesta etapa, que culminou de outubro 2022 até dezembro 2022, foram auscultadas 101 mulheres, através de entrevistas semi-dirigidas. As entrevistadas foram contactadas no seu local de residência, em suas tabankas, ou na sede do Projeto *Nô Kume Sabi*. As entrevistas foram feitas em português e em crioulo. Estas mulheres foram convidadas e aceitaram voluntariamente o convite à participação; dessa forma, estiveram presentes no dia e local onde foram realizadas as entrevistas, nas *tabankas* mencionadas e na *prassa* de Cacheu, na sede da Missão franciscana/Projeto *Nô Kume Sabi*.

O trabalho de terreno decorreu com alguns constrangimentos logísticos, dada a pandemia de covid-19 e a sazonalidade, assim como a temporada das chuvas que afeta drasticamente o acesso aos locais mais distantes, de modo que fui impedida e não pude adentrar e ter mobilidade e acesso a certas tabankas.

População

Quadro 2 – Mulheres de Cacheu entrevistadas (FC), residentes na prassa e tabankas de Cacheu

<i>Mindjer</i>	Idade	Etnia	Tabanka	Escolaridade	Quantos descendentes?
1	30	Felupe	Campo	Professora em formação	4
2	33	Manjaco	Barrigal	Superior professora formada	1
3	28	Manjaco	Barrigal	Analfabeta	0 (está gestando)
4	32	Papel	Barrigal	Sexta Classe	5
5	25	Manjaco	Barrigal	Oitava Classe	2
6	22	Manjaco	Barrigal	Sexta Classe	2
7	22	Manjaco	Barrigal	Décima Classe	1
8	33	Manjaco	Barrigal	Quarta Classe	3
9	52	Manjaco	Barrigal	Quinta Classe	3
10	29	Manjaco	Barrigal	Sétima Classe	2
11	19	Manjaco	Barrigal	Sétima Classe	0 (está gestando)
12	32	Manjaco	Barrigal	Sexta Classe	3
13	24	Manjaco	Barrigal	Décima Classe	2
14	19	Manjaco	Barrigal	Nona Classe	1
15	23	Manjaco	Barrigal	Nona Classe	1
16	37	Papel	Barrigal	Quarta Classe	5
17	23	Manjaco	Barrigal	Oitava Classe	1
18	40	Manjaco	Barrigal	Sétima Classe	7
19	28	Manjaco	Mata	Sexta Classe	1
20	23	Manjaco	Mata	Oitava Classe	3

21	25	Manjaco	Mata	Quinta Classe	4
22	19	Felupe	Mata	Sétima Classe	1
23	41	Manjaco	Mata	Quinta Classe	6
24	32	Manjaco	Mata	Sexta Classe	3
25	25	Manjaco	Mata	Décima Primeira Classe	1
26	17	Manjaco	Mata	Sétima Classe	1
27	28	Manjaco	Mata	Primeira Classe	3
28	29	Manjaco	Mata	Décima segunda Classe	2
29	35	Manjaco	Mata	Quarta Classe	4
30	35	Manjaco	Mata	Quinta Classe	4
31	17	Manjaco	Bachil	Oitava Classe	0 (está gestando)
32	27	Manjaco	Bachil	Sexta Classe	4
33	25	Manjaco	Bachil	Décima Primeira Classe	1
34	35	Manjaco	Bachil	Décima Segunda Classe	1
35	28	Manjaco	Bachil	Sexta Classe	3
36	33	Manjaco	Bachil	Analfabeta	5
37	30	Manjaco	Bachil	Quarta Classe	3
38	25	Fula	Bachil	Sexta Classe	6
39	25	Fula	Bachil	Analfabeta	5
40	27	Fula	Bachil	Analfabeta	4
41	38	Manjaco	Bachil	Analfabeta	3
42	30	Manjaco	Bachil	Nona Classe	2
43	37	Manjaco	Bachil	Quarta Classe	4
44	24	Manjaco	Bachil	Décima Classe	2
45	26	Manjaco	Bachil	Oitava Classe	1
46	30	Manjaco	Bachil	Décima Segunda Classe	3
47	24	Manjaco	Bachil	Sétima Classe	2
48	32	Fula	Bachil	Quinta Classe	5
49	25	Manjaco	Bachil	Sexta Classe	2
50	24	Manjaco	Bachil	Décima Classe	1
51	33	Fula	Bachil	Analfabeta	4
52	36	Balanta	Kapó	Décima Classe	2
53	36	Balanta	Kapó	Décima Segunda Classe	2
54	20	Balanta	Kapó	Décima Classe	0 (está gestando)
55	36	Mansonca	Kapó	Sexta Classe	1
56	23	Felupe	Kapó	Sexta Classe	2
57	30	Manjaco	Kapó	Nona Classe	2
58	28	Felupe	Kapó	Décima Segunda Classe	1
59	28	Manjaco	Kapó	Sétima Classe	2
60	33	Manjaco	Kapó	Nona Classe	3
61	27	Papel	Kapó	Nona Classe	2
62	24	Felupe	Kapó	Sétima Classe	3
63	30	Balanta	Kapó	Oitava Classe	3
64	27	Manjaco	Kapó	Sexta Classe	3
65	32	Manjaco	Kapó	Décima Segunda Classe	2

66	32	Manjaco	Kapó	Décima Classe	2
67	30	Manjaco	Mata	Quarta Classe	5
68	26	Manjaco	Mata	Oitava Classe	3
69	27	Manjaco	Mata	Sétima Classe	2
70	37	Felupe	Morcunda	Terceira Classe	5
71	24	Felupe	Morcunda	Nona Classe	1
72	22	Felupe	Morcunda	Sétima Classe	1
73	36	Felupe	Morcunda	Analfabeta	5
74	29	Felupe	Morcunda	Sexta Classe	4
75	40	Manjaco	Prassa	Décima Segunda Classe	2
76	37	Fula	Prassa	Décima Primeira Classe	4
77	20	Papel	Prassa	Oitava Classe	1
78	34	Papel	Morcunda	Sexta Classe	4
79	32	Manjaco	Prassa	Professora em formação (3)	2
80	29	Manjaco	Prassa	Professora em formação (2)	2
81	39	Papel e Caboverdiana	Prassa	Professora em formação (3)	4
82	24	Felupe	Morcunda	Décima Segunda Classe	1
83	27	Papel	Morcunda	Sétima Classe	3
84	22	Papel	Morcunda	Décima Classe	1
85	18	Papel	Morcunda	Sexta Classe	1
86	28	Fula	Prassa	Oitava Classe	4
87	25	Felupe	Morcunda	Sétima Classe	1
88	27	Felupe	Morcunda	Quinta Classe	4
89	27	Felupe	Morcunda	Décima Segunda Classe	2
90	36	Fula	Prassa	Quarta Classe	6
91	17	Balanta	Prassa	Décima Classe	1
92	31	Manjaco	Prassa	Décima Segunda Classe	3
93	39	Manjaco	Prassa	Analfabeta	6
94	30	Felupe	Prassa	Professora em formação (3)	1
95	34	Felupe	Prassa	Terceira Classe	5
96	20	Fula	Prassa	Sétima Classe	2
97	28	Manjaco	Prassa	Décima Segunda Classe	1
98	33	Felupe	Prassa	Oitava Classe	3
99	25	Nhumica	Morcunda	Quinta Classe	2
100	23	Felupe	Morcunda	Sétima Classe	2
101	27	Manjaco	Barrigal	Nona Classe	2

Fonte: a autora (2022).

Além das entrevistas individuais, realizamos dois grupos focais, em outubro de 2022, na sala de reunião, na sede da Missão Franciscana, com gestantes e com puérperas, todas acompanhadas ou que foram acompanhadas no âmbito do Centro de Recuperação Nutricional

(CRN). O conjunto formado contou com 17 mulheres que já participaram ou participam das ações do projeto *Nô kume Sabi*.

A seleção das mulheres deu-se por meio de convite aberto, com divulgação de dia e hora e chamada para a participação em caráter voluntário. Todas que estiveram presentes contaram com uma apresentação sobre a pesquisa. Algumas delas já conheciam minha pessoa, dada minha presença um tanto constante na *prassa* de Cacheu, desde 2019. Todas concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa com pessoas. O primeiro grupo aconteceu das 8h30min às 9h40min e foi constituído por sete gestantes.

Nos grupos focais, a ênfase esteve em levantar informações sobre os ritos e as práticas tradicionais presentes nos processos de concepção, gestação, parto e cuidados com a pequena infância.

Figura 10 – Mulheres gestantes participantes do grupo focal



Fonte: Lilian Galvão (2022).

A reunião do segundo grupo teve início às 10h00 e término às 11h15min. Foi formado por 10 mulheres que já passaram pela experiência de gestar e parir, ou seja, este era o grupo das paridas.

Figura 11 – Mulheres-mães não gestantes que participaram do grupo focal



Fonte: Lilian Galvão (2022).

Ao longo do período, realizamos diversos momentos de observação participante em diferentes espaços disponíveis na cidade, a saber: Centro Materno Infantil, durante consultas pré-natais, na Casa das Mães (anexa ao Centro Materno), onde realizamos conversas e diálogos, assim como entrevistas informais com as mães hospedadas, pelas ruas, no porto e na sede do projeto local de apoio à gestante e pequena infância, registrados no diário de campo e por meio de fotografias.

Efetuamos, ainda, entrevistas informais com avós e mães, com a parteira da maternidade, e uma entrevista semiestruturada com a enfermeira do projeto local de apoio à gestante e pequena infância do Centro de Recuperação Nutricional - CRN.

Todo o conjunto dessas ações e ferramentas metodológicas empregadas, contribuiu para a escrita e a composição do capítulo Estudo de Caso.

2. Gestação



2.1 Os Direitos Sexuais e Reprodutivos

Este capítulo tem como principal objetivo contribuir para uma melhor compreensão acerca dos Direitos Humanos (DH), particularmente dos direitos sexuais e reprodutivos (DSR). Pretende-se destacar os desafios e as perspectivas presentes na África Subsaariana neste campo, através de achados em pesquisas, contribuições teóricas e um conjunto de dados sistematizados em documentos e relatórios.

A redação deste capítulo revisa a literatura no campo dos direitos sexuais, reprodutivos, da saúde reprodutiva e elucida as dimensões do início da vida: concepção, gestação, parto, maternagem. Traduzido como um conjunto de direitos fundamentais da pessoa humana, os Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR) são reconhecidos internacionalmente como os direitos relacionados à sexualidade, à reprodução e à saúde sexual e reprodutiva.

Foi apenas nas últimas décadas do século XX que os direitos sexuais e reprodutivos começaram a ser formalmente reconhecidos no âmbito dos direitos humanos, à medida que a comunidade internacional e as organizações em defesa dos DH das mulheres reconheceram a importância de garantir que as pessoas tenham autonomia sobre suas vidas sexuais e reprodutivas. Sob este aspecto, alguns marcos significativos foram promulgados com o intuito de promover os direitos sexuais e reprodutivos, a saber:

Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD - 1994)¹⁹

Realizada no Cairo, no Egito, em 1994, a CIPD foi um marco fundamental na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos em nível internacional. O Programa de Ação adotado nesta Conferência reconheceu a importância do acesso a serviços de saúde reprodutiva, planejamento familiar e educação sexual de forma abrangente.

Plataforma de Ação de Pequim (1995)²⁰

A Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, China, em 1995, resultou na Plataforma de Ação de Pequim, que enfatizou a igualdade de gênero e incluiu questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva como parte dos direitos das mulheres.

Protocolo de Maputo (2003)²¹

O Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres na África, também conhecido como Protocolo de Maputo, adotado em 2003, reconheceu explicitamente os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres africanas.

¹⁹Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) da ONU, em 1994, 179 países concordaram que a escolha sobre a gravidez e sobre o parto é direito básico de todas as mulheres. Sendo o aborto um direito relacionado a outros direitos humanos já estabelecidos, incluindo o direito à autonomia e à integridade corporal. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relat%C3%B3rio-da-confer%C3%A2ncia-internacional-sobre-popula%C3%A7%C3%A3o-e-desenvolvimento-confer%C3%A2ncia-do>

²⁰ A Declaração e a Plataforma de Pequim afirmam que “os direitos humanos das mulheres incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerção, discriminação e violência” (parágrafo 96). Nessa mesma linha, a Declaração e a Plataforma de Pequim consignou que o aborto deve ser tratado como uma questão de saúde pública e, em nenhum caso, deve ser promovido como método de planejamento familiar; bem como “recomenda aos Estados que revisem suas leis internas sobre questão do aborto ilegal, visando evitar que as mulheres sejam punidas pela sua prática”. NAÇÕES UNIDAS. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher [em linha]. Pequim, 1995. Disponível em WWW:<URL:<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>.

²¹ O Artigo 14 do Protocolo à Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos (o Protocolo de Maputo) que contempla a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos (SSR&DR) de mulheres e homens como um direito humano, tomando em consideração a abordagem do ciclo de vida. Os elementos da SSR&DR incluem a saúde sexual e reprodutiva da adolescente (SSRA); saúde materna e cuidados do recém-nascido; o planejamento familiar; a prevenção e a gestão de infecções de transmissão sexual incluindo o VIH&SIDA; cuidados do aborto seguro¹; a prevenção e a gestão da infertilidade; a prevenção e a gestão de cânceros do sistema reprodutivo; a abordagem das preocupações da vida intermédia de homens e mulheres; a saúde e o desenvolvimento; a redução da violência baseada no gênero; a comunicação e o aconselhamento interpessoais; e a educação na saúde. https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-maputo_plan_of_action_portuguese.pdf

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS - 2015)²²

Os ODS, adotados em 2015 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, incluem a meta de garantir o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva, bem como a igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e todas as meninas.

Convém destacar que os marcos e protocolos, assim como as diversas outras Conferências em torno dos direitos das mulheres, por exemplo, situam-se como instrumentos fundamentais para o cumprimento de uma agenda que garanta a efetivação dos DH, a formulação e a implementação de políticas públicas.

[...] observa-se o relevante papel das Conferências Mundiais sobre a Mulher no processo de empoderamento feminino, na eliminação da violência contra a mulher e na garantia do controle feminino da sua própria fecundidade mediante o acesso à saúde reprodutiva, à saúde sexual e ao planejamento familiar. Ainda, pode-se mencionar a criação da ONU Mulheres (2010), a aprovação de diversas declarações e convenções a respeito do combate da violência contra a mulher, e a adoção da Agenda de 2030 para o desenvolvimento sustentável. A Agenda está alicerçada na Plataforma de Ação de Pequim, aduzindo em seu terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS3) a imprescindibilidade do acesso à educação como um fator decisivo para promover o empoderamento feminino, no sentido da redução da pobreza feminina e da tomada de consciência a respeito do direito à autonomia sobre o seu próprio corpo, em especial quanto à decisão da maternidade. (Gurman, 2022 p. 18).

Os DSR referidos anteriormente estão inerentemente relacionados à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR)²³ e ao acesso aos cuidados de saúde que dependem para sua efetivação e garantia, da implementação e disponibilização de serviços adequados.

No campo do acesso aos serviços primários de saúde sexual e reprodutiva²⁴, incluem-se:

- Prevenção, gestão e tratamento da infertilidade;

²² Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Estes são os objetivos para os quais as Nações Unidas estão contribuindo a fim de que possamos atingir a Agenda 2030 no Brasil. <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

²³ Saúde sexual, direitos humanos e a lei [e-book] / Organização Mundial da Saúde; tradução realizada por projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná, coordenadores do projeto: Daniel Canavese de Oliveira e Maurício Polidoro - Porto Alegre: UFRGS, 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>

²⁴ Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica. Disponível em https://brasil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/guia_para_saude_sexual_e_reprodutiva_e_atencao_obstetrica_1.pdf. Trabalho produzido pelo Projeto Enlace, uma iniciativa do Fundo de População da ONU (UNFPA) e da Johnson & Johnson Foundation

- Prevenção, detecção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis;
- Oferta e escolha de métodos contraceptivos seguros e eficazes;
- Informação e aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva, incluindo educação sexual abrangente e baseada em evidências;
- Cuidados pré-natais, de parto e pós-natais seguros e eficazes;
- Prevenção, detecção, assistência e gestão da violência sexual e baseada no gênero
- Preservação da integridade corporal, privacidade e autonomia pessoal respeitadas;
- Liberdade para definir a sua própria sexualidade, incluindo orientação sexual e identidade de gênero;
- Decisão sobre se e quando ser sexualmente ativo, e expressão;
- Acesso, ao longo da vida, à informação, aos recursos, aos serviços e ao apoio necessários para alcançar todos os objetivos acima, livres de discriminação, coerção, exploração e violência.

Estes serviços, devem, portanto, cumprir as normas de saúde pública e de direitos humanos, concernente ao Direito à Saúde no Âmbito Internacional dos Direitos Humanos, assegurando o que está preconizado no quadro de “Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade e Qualidade” do direito à saúde, fixado pela ONU, em 2003.²⁵

Acrescenta-se ainda que os direitos sexuais e reprodutivos devem permanentemente contar com a promoção e a defesa, em todo o mundo, por parte dos governos, organizações não governamentais, ativistas e defensores dos direitos, tendo em conta que os direitos sexuais e reprodutivos representam um campo em constante evolução na busca pela igualdade, dignidade, autonomia e bem-estar de todas as pessoas em relação à sua sexualidade e a reprodução humana.

Diante desta perspectiva, vimos que

O direito sexual e reprodutivo feminino atualmente é reconhecido e compreendido como parte integrante do movimento dialético que baliza a democracia; no entanto, as mulheres ainda enfrentam lutas para apagar o histórico cultural de subordinação ao qual estão inseridas, em especial no uso do próprio corpo, uma vez que todas as regras e os

²⁵ ONU fixou em 2003 um entendimento comum sobre a abordagem baseada nos direitos humanos, com vista ao desenvolvimento e um conjunto de ferramentas que constituem a base do direito à saúde que gira em torno de 4 critérios: o da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (DAAQ). Reafirmada pelo Secretário Geral da ONU em 2008, através da Policy Decision 2008/18 que recomendou a OMS e as Agências da ONU que trabalham na área da saúde para continuarem a reforçar a sua capacidade para integrar a abordagem baseada nos direitos humanos e advogar para os direitos humanos relacionados com a saúde. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/ESCR/Health/HRBA_HealthInformationSheet.pdf26DESC

tabus, que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução, foram historicamente determinados pelos homens²⁶. É nesse cenário que as relações desiguais de gênero e poder tornam as mulheres ainda mais vulneráveis. (Moura et al. 2023, p. 2)

Neste sentido, “women’s health movements exist today in a global context of inequalities between men and women and between countries of the North and South” (Turshen, 2007, p. 20).

Portanto, é sobre essas contendas e as diversas formas de opressão que marcam vidas humanas, sobretudo das meninas e das mulheres em nível mundial, que o engajamento político e social a favor da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos deve ser travado, em especial, na África Subsaariana e em algumas regiões do mundo onde residem colossais vulnerabilidades.

²⁶ Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. Lancet. 2016; 387(10036):2423-78. doi: [https:// doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1).

2.2 Os Direitos Sexuais e Reprodutivos na África Subsaariana: Desafios e Avanços

A África Subsaariana²⁷ é uma região diversificada e complexa, composta por 47 países e caracterizada por um mosaico de culturas, tradições e realidades socioeconômicas. Primordialmente, uma questão que transcende essas fronteiras culturais e geográficas é a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, que enfrenta desafios significativos, embora, nos últimos anos, tem testemunhado avanços consideráveis.

Figura 12 – Mapa da África Subsariana



Fonte: Mundo Educação - UOL

Em termos histórico e cultural, focalizando alguns dos desafios que incidem, sobretudo, na vida das meninas e mulheres africanas mais vulneráveis, vimos que:

Muitas culturas são diferentes, mas todas as africanas sofrem pelos efeitos do colonialismo, pobreza, doenças, analfabetismo e má nutrição. Além disso, a maioria das mulheres na África enfrentam os mesmos valores socioculturais e parâmetros que impactam negativamente sobre seus direitos reprodutivos e sexuais. Os costumes podem, de alguma maneira, diferir de país para país, mas as raízes em crenças culturais e sociais e a pressão para que as mulheres se submetam a estas crenças são as mesmas. Ademais, todas as mulheres na África são afetadas pelo direito consuetudinário, que governa assuntos de reprodução e sexualidade. Embora os países africanos tenham também a tradição do direito civil, a lei dos costumes prevalece. Finalmente, a religião

²⁷ Denomina-se África Subsaariana a região que incluem os países africanos situados ao sul do deserto do Saara. Ver: <https://www.infoescola.com/geografia/africa-subsaariana/>

ou os sistemas de crenças têm um importante papel em todos os aspetos da vida, especialmente na reprodução. Os aspetos religiosos estão tão profundamente enraizados na África que foram integrados aos costumes sociais e culturais (Musoke, 2013, p. 5)

Mulheres precisam tomar suas decisões terapêuticas e, em África, estas escolhas perpassam por um conjunto de crenças e de valores e pelas interferências sociais e familiares.

Across sub-Saharan Africa, strong beliefs in the supernatural translate into MCS from religious leaders to ward off complications caused by spiritual powers. Religious teachings influence a woman's desire to have children, often holding prayer meetings to bless childbearing women (Wilkinson & Callister, 2010). Religion also supports the social goal of achieving vaginal delivery; however, this spiritual advice may be medically unsafe. Still these alternative providers continue to hold substantial power (Kwagala, 2013; Ugwu & de Kok, 2015). Chapman (2006) found beliefs and practices embedded in kinship relations, in effect the reproductive expectations and obligations between the living and spiritual worlds. Pregnancy fears affect both mother and child, especially from harm cast by evil words (gossip, rumors, and curses) or silent, unspoken gestures; thus, crediting complications to supernatural causes. Divine intervention, or "God's medicine," is viewed as the primary protection. When defined as "illnesses provoked by bad spirits," even with known negative consequences, women are more apt to reject biomedical MCS (Farnes et al., 2011; Mogawane et al., 2015; Roberts et al., 2016). Finally, issues of trust and power in MCS are another culturally defined aspect of pregnancy and birth. Significant others (e.g., spouses, extended family, and religious leaders) can overrule health worker suggestions; their legitimacy playing an integral role in the decision for MCS (Kwagala, 2013; Lori & Boyle, 2011). (Lang-Baldé & Amerson, 2018 p. 2)

As crenças, portanto, podem ingerir na tomada de decisão no que diz respeito ao cuidado materno-infantil e aos procedimentos em relação aos cuidados na gestação no parto.

Chapman (2004) observou que, no contexto moçambicano, o atendimento de CPN revelava socialmente a condição de gestante e, por causa disso, a mulher podia ficar exposta à inveja, mau-olhado e ao capricho das forças sobrenaturais ao desvendar publicamente uma condição que se deveria manter secreta. A assunção prematura de uma gravidez pode conduzir à sua inviabilização e, conseqüentemente, a perda de capital social e económico por parte da mulher. A descapitalização social relacionada com a utilização dos serviços de saúde públicos foi assinalada por várias antropólogas, designadamente Sargent (1982) e Jordan (1990). (Morgado, 2018, p. 121)

2.2.1 Práticas nefastas

Algumas práticas tradicionais, com raízes em tradições sociais e culturais, podem incidir drasticamente sobre os direitos sexuais de meninas e mulheres quando se revelam nefastas à saúde e à proteção da vida.

É evidente que práticas danosas²⁸, tais como: o casamento precoce, o casamento forçado e/ou arranjado, fanado/mutilação genital feminina (MGF) e o infanticídio das crianças com deficiências impactam de forma drástica e diretamente sobre a vida e os direitos das meninas e mulheres em África, e são consideradas pela ONU como uma violação do princípio da liberdade e autonomia do ser humano.

Como sustenta o professor Abdoulaye Doro Sow:

“(...) todas estas práticas tradicionais nefastas giram à volta das principais razões: a fidelidade conjugal, o cumprimento da oração, a preservação da virgindade, a defesa da honra do grupo familiar e a procura da pureza genealógica do sangue” (Sow, 2018, p. 42).

Na África Ocidental, a CEDEAO, composta atualmente por quinze Estados-membros²⁹ é a instituição incumbida de promover o desenvolvimento sustentável na região, como almejado pela Agenda 2030/ODS, ou seja, tratar e dar conta da agenda da saúde sexual e reprodutiva.³⁰

Acerca das intervenções da CEDEAO no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, elucida a investigadora Isaete Jabula:

Em termos de mecanismos comunitários de combate às “práticas nefastas” à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, a CEDEAO tem elaborado instrumentos jurídicos e desenvolvido encontros para a sua disseminação. Entre os instrumentos, constam: Declaração dos Chefes de Estado e de Governo da CEDEAO sobre a Tolerância Zero à Violência Sexual e de Género e sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência

²⁸ A OMS observa que, sendo uma manifestação de desigualdade e violência de género, as práticas de casamento precoce, assim como o casamento forçado e da MGF ainda persistem porque estão no cerne ds estruturas da ordem social, económica e política, sustentadas pelas estruturas de poder que incluem líderes tradicionais e religiosos, as excisadoras e os mais velhos e velhas (anciãos), assim como o Poder local. (Organização Mundial da Saúde, 2008, pp. 7–9).

²⁹ A Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) é composta por 15 países membros, a saber: Benim, Burquina Fasso, Cabo Verde, Costa do Marfim, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Serra Leoa e Togo. Estes países estão situados na região da África Ocidental e têm simultaneamente laços culturais e geopolíticos e partilham interesses económicos comuns. A região da África Ocidental situa-se a oeste do eixo norte-sul perto dos 10º da longitude leste. O oceano atlântico constitui a fronteira oeste e sul da região da África Ocidental. A fronteira norte é o Deserto do Saara, com a curva de Ranishanu considerada, geralmente, o lugar mais a norte da região. A fronteira leste situa-se entre a vala de Benue, e uma linha que vai do Monte Camarões ao Lago Chade. As fronteiras coloniais correspondem às atuais fronteiras dos estados da África Ocidental, separando culturas e etnias, dividindo muitas vezes grupos étnico entre dois ou mais estados.

³⁰ Redes feministas para a promoção da paz foram criadas em nível da África Ocidental. Uma delas é o Centro da CEDEAO para o Desenvolvimento de Género (CCDG), estrutura dedicada à igualdade de género e ao empoderamento sociopolítico e económico das mulheres. Até 2030 a União Africana deseja expandir o uso de contraceptivos, reduzir os níveis do aborto inseguro, o fim do casamento prematuro e infantil, a erradicação da mutilação genital feminina e a prevenção da violência baseada no género, bem como a garantia do acesso de adolescentes e jovens à saúde sexual e reprodutiva, (Comissão Da União Africana, 2016, p. 15).

contra as Mulheres e as Meninas no espaço CEDEAO; Política de Género da CEDEAO (2004), Sistema de Gestão de Género, Quadro do Plano Estratégico de Género, das políticas da juventude e da criança e Ato Adicional sobre a Igualdade de Direitos entre Mulheres e Homens para o Desenvolvimento Sustentável no espaço CEDEAO; Estratégia Regional para o VIH, Tuberculose, Hepatite B&C e Saúde Reprodutiva e Sexual e Direitos entre as populações-chave³¹ na Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (2020) (Jabula, 2022, p. 41).

De acordo com o detalhamento dos dados obtidos no Relatório Anual do UNFPA³² intitulado *Contra Minha vontade – desafiando práticas que prejudicam meninas e mulheres* e impedem a igualdade, publicado em 2020, é destacado que a prática de mutilação genital, afeta 45% das mulheres, embora essa prática tenha sido criminalizada e adotada medidas legais de proteção desde 2011. Estima-se que cerca de 200 milhões de mulheres e meninas em 30 países diferentes tenham sido sujeitas a MGF. Ademais, cada dia, 8.000 meninas encontram-se em risco– 3 milhões de meninas e mulheres por ano (UNICEF 2016; UEFGM 2019b).

Os procedimentos de MGF são conduzidos frequentemente por mulheres da comunidade, especialmente designadas para o efeito. Por vezes, parteiras tradicionais ou pessoas com poderes mágicos e curativos ou mesmo barbeiros da aldeia desempenham estas funções. A MGF é também praticada em hospitais e clínicas por profissionais de saúde que utilizam anestésias e antissépticos. A OMS expressa a sua oposição inequívoca à medicalização da mutilação genital feminina, alertando para que, em nenhuma circunstância, seja praticada por profissionais ou instituições de saúde. A MGF tem impactos muito negativos na saúde e bem-estar da mulher. A título de exemplo, algumas dessas consequências são hemorragias grave, dores intensas, febre, problemas de micção, cicatrização de feridas, problemas menstruais, infeções, tétano, infertilidade, insuficiência renal, fístula, VIH/SIDA, ansiedade, perda de memória, stress pós-traumático, complicações sexuais, bem como complicações no parto, aumento do risco de morte de recém-nascidos, nascimentos prematuros, etc. (Guerreiro & Pires citado por UNFPA, 2019, p. 4).

O matrimônio infantil, prática comum à humanidade desde muitos séculos passados, perdura ao redor mundo como consequência do patriarcado que persiste nas sociedades

³¹ Segundo a CEDEAO, as populações-chave são os homoafetivos e outros homens que fazem sexo com homens; transgêneros, pessoas que injetam drogas; trabalhadores do sexo e seus clientes; e prisioneiros e outras pessoas encarceradas. Ver: file:///ECOWAS%20Final%20KP%20HIV-TB-Hep-SRH_PT.pdf, p.9

³² O Relatório sobre a Situação da População Mundial é publicado anualmente pelo UNFPA desde 1978. A cada ano, o relatório enfoca questões de interesse da atualidade relacionadas a população e desenvolvimento. Em 2020, o relatório aborda sobre práticas nocivas que prejudicam mulheres e meninas e, impedem a igualdade. Intitulado *Contra minha vontade: desafiando as práticas que prejudicam mulheres e meninas*, e impedem a igualdade, o estudo se concentra nas três práticas mais prevalentes: mutilação genital feminina, casamento infantil e preferência por filhos homens. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications>

contemporâneas. Tendo em vista o reconhecimento internacional do casamento precoce como ato violador de direitos humanos, é um artifício de controle de corpo e psiquismo das meninas; é portanto, o casamento infantil gerador de danos psicológicos duradouros, as violências – física, sexual, emocional e a gravidez precoce têm efeitos duradouros na saúde mental e emocional das meninas³³. Entretanto, o tema é ainda bastante invisível aos olhos dos atores governamentais de muitos países, assim como aos olhos de muitos agentes da cooperação internacional³⁴.

[...] o ato núbil infantil se demonstra um grande violador dos direitos humanos das crianças submetidas à prática. Estudos apontam que as consequências para as noivas mirins estão relacionadas à maior propensão de serem controladas por seus maridos, à tendência a desenvolverem problemas de saúde, abandono dos estudos e se tornarem hipossuficientes, propiciando um cenário de violência doméstica [...] é evidente que o matrimônio infantil aduz uma violação do direito de liberdade das noivas precoces em diversas perspectivas. Seja ao serem forçadas à sua prática, ao serem controladas pelos seus cônjuges, por terem a liberdade de ir e vir reduzida, ou na redução do contato com as demais pessoas da sociedade. Assim, evitá-la garante a diminuição do cerceamento da autonomia feminina, tão estimada na sociedade contemporânea (Zaganelli et al, 2000 pags. 20 e 21).

O empoderamento das mulheres e das meninas debate-se com os fatores culturais, sociais e mesmo políticos, que limitam a sua afirmação plena. Na investigação da Professora Sílvia Roque sobre um retrato da violência contra as mulheres na Guiné-Bissau, a autora reconhece que:

As justificações encontradas para continuação destas práticas foram: a manutenção do grupo e da sua identidade; o controle da sexualidade e das mulheres; a manutenção econômica e de um sistema econômico; o rejuvenescimento e valorização do homem; e a manutenção da autoridade e da ordem (Roque, 2011, p. 60).

³³ Ver: resources produced by UNICEF in the region and globally. The list is regularly updated to include the latest information <https://www.unicef.org/rosa/what-we-do/child-protection/child-marriage>

³⁴ O Unicef destaca que as consequências dessa prática são arrasadoras para a vida e o desenvolvimento das noivas-mirins. A maioria das mulheres que se casaram durante a infância também teve filhos antes dos 18 anos. Mais de 80% delas deram à luz antes do aniversário de 20 anos. Em novembro de 2019, o UNFPA divulgou um estudo em parceria com as Universidades Johns Hopkins, Victoria, Washington e Avenir Health sobre quanto custaria para erradicar o casamento infantil em 68 países que somam 90% dos casos globais. Para pôr fim à prática entre 2020 e 2030 seria preciso investir US\$ 35 bilhões. O relatório diz que o custo para evitar o casamento de crianças é US\$ 600, o mesmo valor cobrado por um par de tênis de luxo. Os US\$ 35 bilhões em intervenções educativas, iniciativas de autonomia das meninas ou empoderamento, treinamentos de habilidades para a vida e programas que mudem normas sociais ajudariam a evitar 58 milhões de casos de casamento infantil. <https://news.un.org/pt/story/2022/02/1779632>

Ademais, a pobreza, a desigualdade de gênero, os casamentos abusivos e forçados na infância e na adolescência, arranjos ou negociados financeiramente, minam a eficácia do discurso e das políticas de desenvolvimento de várias maneiras relevantes.

A esse respeito, a investigadora Iadira Impanta problematiza a incúria do Estado:

(...) a relutância dos decisores políticos em lidar com esta questão advém do facto dela afetar as normas sociais, as tradições culturais ou regionais. Por outro lado, essa relutância advém da negligência e ignorância, real ou dissimulada, da natureza das disparidades de gênero, se não mesmo da diferença relativa à importância do bem-estar das mulheres nas perspetivas de desenvolvimento dos países (Impanta, 2015, p. 34).

Acerca do bem-estar e da proteção das mulheres na perspectiva do desenvolvimento, no campo dos direitos humanos, a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, em Pequim (UNESCO, 1995)³⁵ estabelece no seu artigo 29 que:

[...] as mulheres desempenham uma função decisiva na família. A família é o núcleo básico da sociedade e como tal deve ser fortalecido. A família precisa receber proteção e apoio amplos. [Assim como determina que] em diferentes sistemas culturais, políticos e sociais, existem diversas formas de família. Os direitos, capacidades e responsabilidades dos membros da família devem ser respeitados (p. 09).

Entretanto, as desigualdades de gênero se baseiam na desvalorização das atividades das mulheres, realizadas no contexto do lar, trabalho doméstico e maternidade, o que, segundo Green (2009, p. 117), se traduz em um grande erro a ser superado pelas sociedades modernas e pela economia. Quanto mais pobres, mais vulneráveis e menos empoderadas estarão as meninas e mulheres frente ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, e mais sujeitas aos abusos e às diversas práticas nocivas e nefastas.

É indiscutível que a violência contra as mulheres e meninas, que inclui estupro sexual, abuso emocional, assédio moral, violência psicológica, violência doméstica, assédio sexual e as poucas ferramentas de proteção legal adequadas e de serviços de apoio colaboram para que as vítimas permaneçam num círculo de vitimização, opressão e violência.

Embora o panorama atual dos desafios revele a urgência de tomadas de medidas e ação permanentes por parte dos Estados, devemos destacar que no aspecto dos avanços as Organizações Não Governamentais (ONGs) desempenham um papel crucial na defesa dos

³⁵ Ver Conferências da ONU <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>

direitos sexuais e reprodutivos na região, ao passo que são as ONGs que, no geral, ofertam serviços de saúde, educação e *advocacy* para comunidades marginalizadas e em situação de vulnerabilidade³⁶.

2.2.2 Qualidade dos serviços e dos profissionais da saúde

Outro fator fundamental a destacar e que se constitui como um dos principais desafios da biomedicina e de seus serviços na África Subsaariana, é a carência expressiva de equipamentos, quadros profissionais qualificados e estruturas sanitárias disponíveis.

A antropóloga da saúde e investigadora Professora Rachel Chapman realizou um grande estudo em Moçambique e conhece particularmente realidades da SSR em África, que problematiza os desafios nos serviços públicos de saúde:

A vital research question in medical anthropology for the 21st century is then how do we change the behaviour of health economists and donor culture to invest more in African public sector health systems? Without nurses, health posts, laboratories, cars with petrol and tyres, and supply systems, innovations simply cannot be delivered (Chapman & Pfeifer 2015, p. 214).

Sob esse viés, a antropóloga da saúde Ruth Prince, no livro *Situating Health and the Public in Africa Historical and Anthropological Perspectives*, amplia a discussão dessa problemática e destaca a luta dos profissionais em África para fornecer atendimento digno em instalações de saúde com poucos e precários recursos:

Since the 1980s, many African countries have witnessed the decay of government-controlled health services and a corresponding proliferation of nongovernmental, transnational, private, and humanitarian organizations that target specific health-care needs, treat diseases, support service provision, or combine research with provision of health care—often through geographically and temporally limited projects. Since the turn of the twenty-first century, the language of health “emergencies” in Africa has gained increasing purchase in international concerns about security, conflict, and the spread of disease and is being linked to moral agendas and discourses of human rights. Africa has emerged as a prime arena of “global health” interventions focusing on the control of particular diseases. These high-profile interventions are reshaping social and political landscapes as well as infrastructures of health. Yet they exist alongside more mundane and persistent conditions and concerns. While global attention is focused on HIV activism and the terrain of antiretroviral provision, most African doctors, nurses, and health-care workers struggle with the day-to-day challenge of providing a reasonable standard of care in underresourced public health facilities (Prince, 2013, p. 1).

³⁶ Vide *Silence, Power, and Inequality: An Intersectional Approach to Sexual Violence* Elizabeth A. Armstrong, Miriam Gleckman-Krut, and Lanora Johnson *Annual Review of Sociology* 2018 44:1, 99-122. Disponível em <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-soc-073117-041410>. Consulta realizada em 11 de setembro de 2022

Igualmente, na revisão sistemática da literatura conduzida pelos investigadores da saúde Gunawardena, Bishwajit, & Yaya (2018), numa ampla revisão com base em 13 estudos científicos promovidos na Nigéria, Burkina Faso, Gâmbia, Guiné-Bissau, Senegal e Serra Leoa sobre *Facility-Based Maternal Death in Western Africa*⁵, identificaram 30 barreiras e as agruparam em seis temas (recursos humanos, suprimentos e equipamentos, encaminhamentos, infraestrutura, custos, pacientes). As barreiras mais citadas foram as relacionadas aos recursos humanos, especialmente à escassez de equipe e pessoal qualificado, em seguida, à escassez de serviços e de procedimentos de saúde materna oferecidos aos pacientes e falta de equipamentos e suprimentos médicos necessários para o atendimento prestado nas unidades de saúde.

One of the most common barriers addressed in the reviewed articles included staff shortages. Allowing part-time work, more flexible work schedules, contracting retired staff, and offering financial incentives for working on holidays or for overtime work are just some of the ways that local hospitals and healthcare facilities can maintain steady staff numbers. These methods proved successful in Gambia and Ghana. Not only do the number of maternal health professionals in health-care facilities need to increase, but the quality of care provided by these healthcare workers needs to as well. Quality of care received by mothers and babies in developing countries is often reported as poor, yet this important factor is often overlooked compared to barriers to access to care (Gunawadana et al. 2018, p. 4).

Como recomendações, neste artigo, os investigadores discorrem sobre o investimento em recursos humanos, sobretudo, nas parteiras e enfermeiras obstetrícias³⁷, como meio para garantir a melhoria dos resultados de saúde materna.

Fica evidente que a melhoria da atenção em saúde materno-infantil nos serviços públicos passa por uma intervenção e pela necessária ampliação dos quadros profissionais que neles atuam. Esta evidência é também demonstrada pela Organização Mundial de Saúde, que estima a necessidade de um aumento substancial no número de profissionais de saúde com habilidades de obstetrícia para atender à cobertura universal da saúde materna na África Subsaariana.

2.2.3 Mortalidade

No tocante à mortalidade na África Subsaariana, os dados e o cenário também se revelam reveses acerca da mortalidade materna, da natimortalidade e da mortalidade infantil

³⁷ O ano 2020 foi declarado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) o ano internacional de profissionais de enfermagem e obstetrícia.

(mortes de crianças com menos de 5 anos de idade). Para além da mortalidade materna e infantil há que se destacar a morbilidade e outras consequências, tais como as deficiências, enfermidades, adquiridas em decorrência dos erros dos atos em saúde materno-infantil, da ingerência dos serviços e das crenças e práticas culturais que moldam comportamentos.

A esse respeito, demonstram as investigadoras Rachel Lang-Baldé e Roxanne Amerrson, na revisão de literatura *Culture and Birth Outcomes in Sub-Saharan Africa*:

Certainly, maternal death is not the only criterion of consideration in childbirth; nonfatal disabilities and complications resulting from pregnancy are also prevalent. The United Nations Population Fund (WHO et al., 2015) reports that for every woman who dies in childbirth, 20 to 30 encounter complications with serious and/ or long-lasting consequences. These complications of pregnancy continue to be one of the leading causes of death for women of reproductive age, 15 to 49 years, alongside HIV/AIDS, in the world's poorest countries (WHO, 2016). Therefore, altering the trajectory of current research to focus on identifying the cultural beliefs and practices shaping the course of maternal mortality and morbidity, while simultaneously addressing the systemic root causes (such as gender, poverty, or socioeconomic barriers), is essential to improving birth outcomes for sub-Saharan women (Lang-Baldé & Anderson, 2018 p. 1)

No Sumário publicado pela LANCET³⁸, nomeado *Pelo fim da natimortalidade evitável*, apresentam-se duas definições da natimortalidade, que a expressa como: *flagelo mundial e fardo pesado para a sociedade*. Convém ressaltar que esta publicação elucida que o expressivo número de mortes são evitáveis e devem ser extinguidas, através de ações e da gestão em saúde adequada para efetivar melhorias nos Sistemas de Saúde.

Isto quer dizer que alcançar melhorias nos Sistemas de Saúde requer considerar os aspetos ambientais, os recursos físicos, os equipamentos adequados, o corpo profissional, a

³⁸ Como mensagens principais, o Sumário Executivo da LANCET (2018) destaca que a maioria das mortes são evitáveis com melhorias no Sistema de Saúde: A natimortalidade é evitável pela assistência pré-natal e intraparto de qualidade, em um continuum de assistência a mães e crianças. Estas ações resultam em um retorno quádruplo no investimento com a prevenção da morte materna, neonatal e da natimortalidade, e ainda na melhoria do desenvolvimento infantil. A taxa de natimortalidade é um marcador muito sensível da qualidade e equidade na atenção à saúde. Em todas as regiões, há países que estão fazendo progressos rápidos na prevenção da natimortalidade. Oportunidades para incluir a natimortalidade nos programas de saúde materna e infantil: Estas oportunidades devem ser aproveitadas de forma sistemática. Algumas iniciativas como o Plano de Ação multilateral Every Newborn, integrado ao Every Woman Every Child (EWEC), incluíram, por exemplo, a natimortalidade nas metas para 2030. Os dados para monitoramento de natimortos têm aumentado. Ainda assim, a menção à natimortalidade é muito limitada nas políticas, pesquisas e programas de financiamento relevantes, o que demonstra a perda de oportunidades de integrar e de agir para assegurar o avanço necessário. Ações prioritárias para acelerar a redução da natimortalidade: Estas ações incluem (1) a liderança intencional, especialmente pelas políticas/gestores de saúde, que é considerada o maior desafio; (2) dar voz, em especial às mulheres; (3) a implementação de intervenções integradas com investimento proporcional; (4) indicadores para medir o efeito das intervenções e, especialmente, para monitorar o progresso dos programas e da qualidade da assistência; (5) a investigação das lacunas de conhecimento cruciais.

formação continuada em serviço, o financiamento, a acessibilidade, a qualidade e, obviamente, as dinâmicas interrelacionais e subjetivas, que sinalizam a qualidade da atenção em saúde, o cuidado e a experiência humanizada.

Quando se fala de experiência humanizada, concordo que a prestação de cuidado humanizado relaciona-se com as condições de trabalho, profissionais de saúde capacitados com pagamento em dia e remuneração justa, equipes compostas, ou seja o quantitativo satisfatório de profissionais no local de trabalho, a relação ética entre a ação humanizada e a ética no trabalho, bem como o ato de colocar a ação humanizadora como centro da ética profissional, a disposição para as relações humanas, ter o conhecimento técnico e científico, além do desenvolvimento de atividades de educação continuada (Da Silva et al., 2021).

Nesse viés, adotar normas que preceituam as boas práticas apoiadas nos princípios da humanização da assistência e da qualidade na prestação dos serviços e do atendimento pode gerar o melhoramento dos cuidados às mulheres parturientes.

Outro elemento elencado no documento estabelece recomendações, assim como prioridades para a melhoria e o aperfeiçoamento de dados³⁹ que devem registrar com fidedignidade todos os nascimentos, natimortos, óbitos maternos e neonatais para informar a quem de direito, com vistas ao alcance dos ODS até 2030. Adicionalmente, assinala que a OMS vem colaborando para o progresso da vigilância perinatal, através de ferramentas e guias, por meio da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres e das Crianças⁴⁰.

E, nesta direção, no âmbito da sobrevivência pré-natal, o estigma, o tabu e a noção de fatalismo que rodam este tema devem ser desafiados para dar espaço ao atendimento ao luto e ao sofrimento decorrente deste. É preciso encarar as mudanças necessárias, sobretudo nas

³⁹O registro de todos os nascimentos, natimortos, óbitos maternos e neonatais deve ser aprimorado. A taxa de natimortalidade deve ser usada como marcador da qualidade do atendimento durante a gravidez e o parto e como um marcador sensível da força do sistema de saúde. A taxa de natimortalidade durante o parto, uma medida direta do acesso a cuidados de qualidade durante o parto deve ser registrada e relatada para aumentar a confiabilidade local. É urgente a implementação de um sistema global de classificação e de vigilância dos óbitos, para se compreender as causas e se concentrar os esforços na prevenção. O aperfeiçoamento dos dados é essencial para permitir o acompanhamento do conteúdo e da qualidade da assistência pré-natal e intraparto. Sumário da LANCET (2018 p. 5).

⁴⁰ A nova Estratégia Global visa atingir o mais alto padrão de saúde atingível para todas as mulheres, crianças e adolescentes, transformar o futuro e garantir que cada recém-nascido, mãe e criança não apenas sobreviva, mas prospere. Atualizada através de um processo de colaboração com as partes interessadas liderado pela OMS, a Estratégia se baseia no sucesso da Estratégia 2010 e seu movimento Every Woman Every Child, que ajudou a acelerar a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde e atuará como uma plataforma para colocar mulheres, crianças e adolescentes no centro dos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. <https://www.paho.org/pt/documentos/global-strategy-womens-childrens-and-adolescents-health-2016-2030-disponivel-somente-em>

localidades mais vulneráveis, onde os serviços são precarizados e sob este prisma está a ausência da humanização.

Centrado na humanização do nascimento, de acordo com Eliana Cordeiro et al. (2018), o parto humanizado abarca o respeito aos processos fisiológicos, a dinâmica e a duração de cada nascimento, no qual deve ser considerada a progressão natural, evitando a utilização excessiva de práticas e recursos tecnológicos desnecessários. Nessa perspectiva, o conceito e a busca pelo parto humanizado é o que deve ser rotineiro nas práticas hospitalares, bem como o debate de ações de forma conjunta entre os integrantes das equipes, com objetivo de aprimorar os cuidados durante o período do parto, a fim de promover nascimentos saudáveis e prevenir a morbimortalidade materna e infantil (Cordeiro et al., 2018)⁴¹.

Evidentemente que os gestores de saúde precisam lançar mão de uma abordagem integrada para direcionar a natimortalidade e redesenhar este cenário, que tem sido de flagelo e pesar social, pois

O fardo da natimortalidade afeta mulheres, famílias, profissionais de saúde, comunidades e a sociedade. Os pais experienciam vários sintomas psicológicos que muitas vezes persistem por muito tempo após a morte de seu bebê, mas que poderiam ser atenuados por atendimento respeitoso à maternidade, incluindo a assistência ao luto. Estima-se que 4,2 milhões de mulheres vivem com depressão associada à perda prévia de um natimorto (LANCET, 2018 p. 2).

Visto sob uma compreensão psicodinâmica, as sequelas emocionais e psicológicas decorrentes das perdas gestacionais, da morbidade e da natimortalidade, bem como da morte materna, geram sofrimento psíquico para quem cruza a travessia da perda, da morte e do morrer. Nesta compreensão, Elisabeth Kubler-Ross (1987) aponta em seus estudos sobre a morte e o luto, que o processo de morrer é composto por cinco etapas, são elas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.

Embora diversos estudos (Kovács, 1992; Parkes, 1998; Franco, 2010; Worden, 2013) investigam a relação do luto, da morte e do morrer, no campo da descrição dos processos e de enfrentamento de luto perinatal, por exemplo, é ainda bastante invisibilizado (Muza et al., 2013). Igualmente, morte e luto acabam por serem silenciados, inclusive a dimensão do “luto não autorizado”. A esse exemplo, em muitos contextos, o luto dos pais, após a morte de um

⁴¹ Cordeiro, E. L., Silva, T. M. da, Silva, L. S. R. da, Veloso, A. C. F., Pimentel, R. V. T., Cabral, M. M. de O., & Silva, C. M. da. (2018). Practice of obstetric nurses in humanized childbirth care in a high-risk maternity. *Rev. Enferm. UFPE on Line*, 12(8), 2154–2162.

filho não é legitimado, acolhido e muitas vezes aceito pelos profissionais de saúde, pelas famílias ou pela sociedade.

O estudo *Exploring the impact of healthcare workers communication with women who have experienced stillbirth in Malawi, Tanzania and Zambia. A grounded theory study*, conduzido por Danna et al., enfatiza:

The death of a stillborn baby constitutes a traumatic event for women, but in many settings grief remains disenfranchised. Uniquely, in this study we have identified that women who suppress emotions, after stillbirth, engage in a considerable amount of emotion work to conform with cultural and societal expectations. As a result of this, women's suffering becomes invisible and their ability to voice their needs and seek care might be hindered with potential negative consequences for their physical and mental health. Women's discreet attempt to bridge the culture, through seeing, holding and asking questions about their stillborn baby, should be seen as an opportunity for healthcare workers to create more parent-focussed services. Healthcare workers and community members have a key role in recognising grief and supporting women's individual unmet needs for bereavement and compassionate care. It is only then that stigma and secrecy will be reduced and women's healing after perinatal loss optimised (Danna et al., 2023 p. 9).

Assim sendo, os gestores da saúde, a academia, os centros de formação dos profissionais da saúde têm papel fundamental na formação e reciclagem profissional, preparando equipes sensibilizadas e empáticas para a abordagem humanizada dessa temática silenciada.

Ao focalizarmos os fatores principais que incidem sobre a mortalidade das crianças⁴² na África Subsaariana (OMS, UNICEF, UNFPA), podemos destacar: a pobreza generalizada em muitas áreas da região dificulta o acesso a alimentos nutritivos, mães mais desnutridas também não podem aleitar seus bebês com qualidade, pouco ou nenhum acesso à água adequada para o consumo humano e cuidados de saúde, afetando negativamente a saúde infantil; doenças infecciosas como malária (paludismo), pneumonia, diarreia e HIV/AIDS são causas significativas de mortalidade infantil na região; a desnutrição, tornando-as mais suscetíveis a doenças e complicações que podem levar à morte; falta de acesso a serviços de saúde, com instalações de saúde adequadas, equipes qualificadas e medicamentos contribuem para altas taxas de mortalidade infantil; falta de educação em saúde nas comunidades contribui para a

⁴² A mortalidade infantil reflete sobremaneira o acesso limitado de crianças e comunidades a serviços essenciais de saúde, tais como, protocolos de vacinação, acesso a medicamentos, consultas preventivas, tratamento medicamentoso e acompanhamento de saúde materno-infantil garantia nutricional e de alimentação adequadas, acesso a água própria para o consumo humano, saneamento básico (UN IGME, 2018). Ver: <https://childmortality.org/about>.

ampliação das vulnerabilidades e baixa conscientização sobre práticas de saúde infantil adequadas⁴³. A mortalidade materna refere-se às mortes de mulheres durante a gravidez, o parto ou no período pós-parto.

A África Subsaariana tem algumas das taxas mais altas de mortalidade materna do mundo. Recentemente publicado consta importante documento, *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*⁴⁴, que revela que a cada dois minutos uma mulher morre durante a gravidez ou no parto no mundo. O relatório acompanha as mortes maternas nacionais, regionais e globais de 2000 a 2020, estimando 287.000 mortes maternas globalmente em 2020, sendo cerca de 70% de todas os óbitos maternos ocorreram na África Subsaariana. Isso é pouco menos de 309.000, em 2016, quando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas entraram em vigor. Embora o relatório mostre algum progresso significativo na redução da mortalidade materna entre 2000 e 2015, o progresso estagnou e, em alguns casos, invertidos após este período. De acordo com o documento, a pandemia de covid-19⁴⁵ pode ter corroborado com a inversão e estagnação dos avanços.

No relatório são apresentados os retrocessos para a saúde da mulher ocorridos nos últimos anos. As mortalidades maternas aumentaram ou estagnaram em quase todas as regiões

⁴³ Neste contexto, a rede CHAMPS (Child Health and Mortality Prevention Surveillance) estabelecida em 2016 para conduzir uma vigilância padronizada e abrangente das causas de mortalidade infantil em locais com alta mortalidade na África subsaariana e na Ásia. Uma das principais inovações introduzidas pela CHAMPS foi o uso da abordagem MITS (minimally invasive tissue sampling) pós-morte para investigar as causas da morte. Esta técnica tem se mostrado mais confiável do que as autópsias verbais e os registros clínicos, além de ser mais aceitável culturalmente. A análise das principais causas de mortalidade infantil revelou que a desnutrição foi a causa subjacente mais comum, presente em 16,5% das mortes. Além disso, 45,5% de todas as mortes estudadas apresentavam critérios para desnutrição grave. Outras causas relevantes incluíram HIV/AIDS, infecções do trato respiratório inferior, septicemia, malária e doenças diarreicas. Significativamente, patógenos como *Klebsiella pneumoniae* e citomegalovírus também emergiram como importantes contribuintes para a mortalidade infantil, apesar de anteriormente não serem amplamente reconhecidos neste contexto. Saiba mais em: <https://academiamedica.com.br/blog/mortalidade-infantil-em-paises-de-baixa-e-media-renda>

⁴⁴ O relatório foi produzido pela OMS em nome do Grupo Inter-Agências de Estimativa da Mortalidade Materna das Nações Unidas, composto pela OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo do Banco Mundial e Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. O grupo utiliza os dados nacionais para estimar os níveis e tendências da mortalidade materna de 2000-2020. Os dados desta nova publicação substituem todas as estimativas anteriores publicadas pela OMS e pelo Grupo Interagências para a Estimativa da Mortalidade Materna das Nações Unidas. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759> Consulta realizada em 25 de abril de 2023.

⁴⁵ O relatório sugere que a pandemia da covid-19 pode ter dificultado ainda mais o progresso na saúde materna. Notando que a atual série de dados termina em 2020, e serão necessários mais dados para mostrar os verdadeiros impactos da pandemia sobre a mortalidade materna. Contudo, as infecções por covid-19 podem aumentar os riscos durante a gravidez, pelo que os países devem tomar medidas para assegurar que as mulheres grávidas e aqueles que planeiam uma gravidez tenham acesso às vacinas da covid-19 e os cuidados pré-natais eficientes.

do mundo e, em geral, as mortes maternas continuam em sua esmagadora maioria concentradas nas zonas mais pobres do mundo e nos países afetados por conflitos.

A mortalidade materna na África Subsaariana é uma preocupação crítica de saúde pública que reflete desafios significativos em relação ao cuidado materno e infantil na região. Os fatores que corroboram para o efeito, descritos em diversos relatórios (UNFPA, UNICEF, OMS, ONU) compreendem:

- 1. Acesso limitado a cuidados de saúde: muitas mulheres na África Subsaariana enfrentam barreiras no acesso a cuidados de saúde pré-natais, assistência qualificada durante o parto e cuidados pós-parto, o que aumenta o risco de complicações fatais durante o parto;*
- 2. Desnutrição e saúde frágil das mulheres: em algumas áreas da região aumentam a probabilidade de complicações durante a gravidez e o parto;*
- 3. Falta de informação: pode impedir que as mulheres tomem decisões informadas sobre sua gravidez e cuidados;*
- 4. Casamento precoce e gravidez na adolescência: são práticas comuns em algumas partes da região e estão associados a riscos mais altos de complicações durante o parto.*
- 5. Violência de gênero: incluindo o abuso doméstico e o casamento forçado, também pode contribuir para a mortalidade materna, pois muitas vezes limita a capacidade das mulheres de procurar apoio psicológico e cuidados de saúde integral.*

Abordar e confrontar a mortalidade materna e infantil em África Subsaariana requer esforços multifacetados, incluindo investimentos em infraestrutura de saúde, educação em saúde, planejamento familiar, prevenção de doenças, promoção de práticas nutricionais adequadas e empoderamento das mulheres. Organizações internacionais, governos locais e ONGs têm trabalhado para enfrentar esses desafios e melhorar a saúde materna e infantil na região, mas os desafios persistem em muitas áreas.

2.2.4 Educação sexual como estratégia preventiva

O aborto⁴⁶ é apenas um elemento da política de direitos reprodutivos, mas dada a controvérsia que gera, acaba apanhando a atenção e torna invisível outros debates importantes.

⁴⁶ O aborto induzido é aquele provocado pela mulher ou por profissional da saúde, a interrupção voluntária da gestação; o aborto espontâneo ocorre de maneira natural, sem a vontade da mulher; e a gestação ectópica é

Para bell hooks⁴⁷,

Enquanto a questão do aborto foi e permanece relevante para todas as mulheres, houve outras questões reprodutivas que eram tão vitais quanto, que precisavam de atenção e poderiam ter servido para incentivar multidões. Essas questões iam desde educação sexual básica, controle pré-natal, medicina preventiva – que ajudassem mulheres a compreender como o corpo funciona – à esterilização forçada, cesarianas desnecessárias e/ou histerectomias e as complicações médicas que esses procedimentos causavam (2019, p. 50).

Neste sentido, a ONU⁴⁸ esclarece:

Sabe-se que a saúde reprodutiva implica a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco de procriar, bem como implica a liberdade para escolher entre fazê-lo ou não, no período e na frequência desejada (ONU, 1996, p. 77).

Nesta perspectiva, a educação sexual se constitui um elemento importante e crucial para o alcance e exercício da sexualidade, da saúde e do empoderamento das meninas e mulheres.

O conceito de empoderamento – *empowerment*, que emerge na década de 70 nos Estados Unidos, tem suas raízes no movimento feminista associado a outros grupos comprometidos com a luta pelos direitos civis e contra os mecanismos de opressão, preconceito, discriminação e desigualdade sociais (Silva, 2009), isto é, mecanismos de assujeitamento. Nas palavras de Lisboa, “empoderamento é o mecanismo pelo qual as pessoas, as organizações e as comunidades tomam controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida, de seu destino, tomam consciência da sua habilidade e competência para produzir, criar e gerir” (Lisboa, 2008, p. 7).

Importante destacar que a falta de educação sexual abrangente e de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, a baixa oferta de insumos de contracepção que amplia as gravidezes não planejadas e desejadas, e a incidência ao aborto, assim como contribui para a

caracterizada pela implantação do óvulo fora do útero, inviabilizando o seguimento da gravidez.

⁴⁷ bell hooks, assim mesmo, em minúsculas, é o pseudônimo escolhido por Gloria Jean Watkins em homenagem à sua avó. O nome escolhido, grafado em minúscula, é um posicionamento político que revela recusa egóica intelectual da autora.

⁴⁸ Vide os conceitos e as conferências da ONU década de 90 (Rio, Viena, Cairo e Pequim); o deslocamento da questão do planejamento familiar para além do problema da suposta explosão demográfica (Rio, 1992); o marco dos Direitos Humanos das Mulheres: direitos reprodutivos e direitos sexuais. Violência de gênero e direitos humanos e questão de saúde (Viena, 1993); institucionalização dos direitos reprodutivos: saúde reprodutiva no marcos desses direitos. (Cairo, 1994); o advento dos direitos sexuais, legitimados na Conferência de Pequim. Saúde, gênero e sexualidade. (Beijing, 1995). Disponível <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>

disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo o HIV/AIDS e a alta prevalência das infecções é um grande desafio na região.

Os dados do UNAIDS revelam que na África Ocidental e Central, cinco milhões de pessoas vivem com HIV e, destas, 3,9 milhões acedem ao tratamento com medicação antirretroviral. Seis em cada sete novas infecções entre adolescentes com idade de 15 a 24 anos são entre meninas. Meninas e mulheres jovens de 15 a 24 anos têm duas vezes mais probabilidade de viver com HIV do que os homens jovens. Na África Subsaariana, mulheres e meninas correspondem a 63% de todas as pessoas recém-infectadas por HIV, em 2021 (UNAIDS, 2022).⁴⁹

Os dados são preocupantes e ainda denotam que a transmissão vertical do HIV (TV) da mãe para o bebê persiste. Mazuze (2021), em seu estudo, atesta que do ponto de vista psicológico e de atenção educativa, a atenção à saúde da mulher que vive com HIV carece de cuidados e um exercício humanizado, centrado na pessoa.

As mulheres HIV positivas gestantes ou lactantes podem passar por um sofrimento psíquico caracterizado pelo medo de infectar a criança durante a gestação, no parto ou durante a amamentação; referem ainda o receio de partilhar o diagnóstico de HIV positiva enquanto gestantes ou lactantes à família e amigos para evitar a discriminação e estigmatização perante a sociedade que, no geral, ainda não aceita que a mulher HIV positiva também tem o direito de ser mãe como qualquer mulher. Existe ainda o reconhecimento dos profissionais de saúde sobre a fraca abordagem de assuntos relacionados à saúde mental da mulher HIV positiva nos serviços de atendimento básico de saúde. Dessa forma, é importante pensarmos na promoção da saúde a mulheres HIV positivo gestantes e em amamentação, de forma mais ampla, que considere as discussões em relação a prevenção da Transmissão Vertical do HIV, levando em consideração que o tema perpassa múltiplos fatores, como as características socioculturais e históricas da população, e os atores envolvidos no suporte as mulheres vivendo com HIV. (Mazuze et al., 2021, p. 7).

2.2.5 Avanços no campo da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos

Como resultado dos achados e dos dados explicitados ao largo da seção, disponíveis em relatórios e nas investigações, acerca dos avanços, embora países da África Subsaariana enfrentem desafios bastante significativos em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, ao longo da última década, um movimento contínuo em direção ao progresso pode ser constatado.

Noto ainda que a consequência de ações afirmativas que as pressões das ONGs, das redes de proteção e defesa dos direitos das mulheres e das meninas, e de alguns marcos

⁴⁹ UNAIDS Fact Sheet. Disponível em: https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2022/07/2022_07_27_Factsheet_PT.pdf

regulatórios, assim como à adoção de legislações e políticas mais progressistas que promovam os direitos sexuais e reprodutivos, têm lançado sobre os Estados pressão e ampliado o controle social.

O controle social é, portanto, fundamental na exigência da efetivação dos compromissos globais, regionais e locais, assumidos pelos atores governamentais.

Evidente que a expansão da comunicação pela via da internet e das redes sociais também marca essa nova era, que sinaliza a expansibilidade de um tipo de educação (não formal), e abre espaços e canais de relações mais democráticos para a efetivação de denúncia e o estabelecimento de novos debates, algo estritamente necessário nestes novos tempos. [...] a utilização do discurso enquanto um mecanismo de biopoder e de biopolítica é um dos caminhos para uma luta à consolidação da democracia e das liberdades sexuais e identitárias. Para tanto, a inflexão entre nacional e global resta como o percurso a ser percorrido em uma dialética entre particularidades culturais, morais religiosas, autoridade política, Estado e garantias (Corrêa, 2021 p. 33). É o novo ativismo, o digital, que marca essa nova era, como um território das organizações da sociedade civil.

Destarte, graças ao ativismo, as Redes transnacionais⁵⁰, o engajamento político-social exercido pelas Associações e Coletivos de cidadãs e cidadãos organizados que promovem *advocacy* e colaboram para o debate no campo, a tomada de consciência individual e comunitária sobre a importância da participação das mulheres na tomada de decisões sobre sua saúde reprodutiva, mudanças culturais estão em curso.

Quiçá, até 2030, possa se avistar um cenário menos fragilizado, com nuances de esperança na concretização de mudanças. Esperança do verbo esperar⁵¹, de Paulo Freire (1992), que fala sobre quem se levanta e, junto com outras pessoas, age em favor do novo, da renovação.

⁵⁰ Para um debate mais aprofundado sobre governança e sociedade civil global, ver Soguk e James (2014) e Ballestrin (2010)

⁵¹ “É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo.” FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

2.3 Dimensões do início da vida: da concepção à maternagem

Nessa seção, objetivo examinar as dimensões materiais e simbólicas que envolvem a saúde sexual e reprodutiva, da concepção à maternagem, com enfoque nas pesquisas, relatos e argumentos que dialogam sobre a promoção do bem-estar da mulher e da criança pequena. Com isso, pretendo refletir sobre as práticas biomédicas e as práticas tradicionais em saúde, e as dinâmicas de cariz espiritual e da cosmologia africana.

2.3.1 Um mergulho em águas uterinas

Conceber, gestar, parir e maternar, dinâmicas humanas, outrora atravessadas pelos saberes tradicionais e pelas sabedorias ancestrais. Os ensinamentos, as trocas e partilhas eram transmitidos pela via da oralidade e pela vivência em grupo, onde mulheres e meninas aprendiam juntas, nas conversas entre comadres e avós, nas ensinanças facilitadas pelas parteiras. A esse exemplo, meninas presenciavam suas mães e tias menstruarem e parirem e, quando chegava sua vez, já sabiam o que tinham a fazer (Von Koss, 2004).

Este arcabouço de sabedoria carregava ensinanças para a vida e era tido como conhecimento sagrado e ancestral.

Na tese *Maternidade: uma releitura na perspectiva da Espiritualidade*, a médica, parteira⁵² e professora-formadora Lia Haikal Simon elucida:

Os assuntos referentes à maternidade eram, até poucos séculos atrás, circunscritos a um universo feminino e familiar. A gestação, o parto e o cuidado com as crianças ocorriam cotidianamente no ambiente da casa e da família e envolviam o uso de rezas, rituais e instrumentos domésticos. As mulheres eram, então, as atrizes principais desse processo (DEL PRIORE, 1993). Com a crescente medicalização da vida particular dos

⁵²As parteiras tradicionais do Brasil, por exemplo, preservam parte da *cultura africana brasileira* e parte da cultura ameríndia porque esta é a origem da parteira tradicional brasileira, resultado da fusão dessas duas culturas, a parteira indígena que já habitava a Nação Indígena que era todo o Brasil, e a cultura das parteiras negras escravas trazidas da África contra sua vontade. Toda sociedade brasileira tem um dever de gratidão e reconhecimento à Parteira Tradicional do Brasil. Além de preservar um saber milenar histórico anterior à obstetrícia da medicina ocidental, a parteira tradicional preserva nossas raízes mais originais e nossa identidade cultural. E, ainda além, foram responsáveis por todos, absolutamente todos os partos e nascimentos no País até cem anos atrás, quando a medicina alopata começou a entrar neste lugar com a obstetrícia, invadindo o espaço feminino e natural das parteiras tradicionais. Mesmo quando hospitais começaram a ser construídos no Brasil e eram apenas nas capitais consideradas cidades grandes, o parto continuava sendo atendido por parteiras porque os médicos não entendiam muito bem dessa matéria e causava espanto um homem, mesmo médico, estar junto da mulher nesse evento tão familiar e íntimo. Depois, alguns médicos de famílias que iam às casas para atender partos, (ainda não existia parto hospitalar), a mulher não se desnudava, apenas descobria as partes necessárias para que o médico – sem olhar – pudesse por a mão e examinar. Mas somente as famílias nobres tinham seu médico de família nesta época (Tenderine, 2020 p. 12). TENDERINI, Helena [Org.]. *Mestras do Nascer: Parteiras Indígenas Pankararu*. Pernambuco: [s.n.], 2020. 93 p. Disponível online: <https://api.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/api/core/bitstreams/a265d060-92e0-4997-9aac-a4bf371bda5b/content>

indivíduos e das famílias, os fenômenos relativos ao ser mãe vêm se tornando assuntos médicos, transferindo-se da casa para o hospital e dependentes de orientação científica especializada para que ocorram de maneira satisfatória e “saudável” (Simon, 2010 p. 20).

Como uma referência mundial⁵³ e um dos principais ideólogos na atenção e pesquisa sobre humanização do nascimento se situa o médico francês, Michel Odent – cuja inspiração sobre o nascer de forma plena e o partear de forma humanizada, se deu em África, conforme mencionado pelo Dr. Nilson Secches⁵⁴, durante uma comunicação numa conferência mundial, onde relatou os primeiros passos de Odent quando esteve a acompanhar grávidas africanas, descreveu:

[...] essas mulheres insistiam em dar à luz à sua maneira, dentro da tradição da sua cultura, agachadas, de cócoras – enquanto as parteiras francesas queriam impor-lhes a posição tradicional obstétrica: deitadas em mesas obstétricas, contra o que elas se rebelavam. Esta posição natural da mulher africana fê-lo perceber que quando entregue a si mesma, a mulher mergulhava num banho de hormônios liberados pelo seu organismo – um banho de endorfinas – que lhe conferia condições mais propícias para o seu bebê. Quando em 1962 (Odent) foi designado a dirigir a maternidade do hospital de Pithiviers no norte da França, procurou lá recriar o que tinha observado e aprendido com as mulheres africanas. Conseguiu assim implantar, em Pithiviers, um sistema de assistência à gestante e ao recém-nascido que revolucionou a obstetrícia na Europa, e é hoje um modelo para todos nós que temos um interesse neste assunto (Busnel; Yakasu; Cunha, 2002 p. 144).

Indubitavelmente é preciso, nestes tempos, revisitar os saberes de África, assim como o fez Odent.

Esse feminino que esteve envolvido, desde sempre, na cena dos cuidados pré-natais, no momento do parto e no puerpério tinha como pilar de sustentação as parteiras⁵⁵, as matronas, até o momento que o reducionismo decidiu que poderia fazer melhor⁵⁶.

⁵³ Ver <https://www.institutomichelodent.com.br/>

⁵⁴ Dr. Nilson Secches proferiu essas palavras no VI Encontro do Psiquismo Pré e Perinatal, em São Paulo, Brasil em 2000. A narrativa foi sistematizada no livro *Relação mãe-feto: Visão atual das neurociências* de BUSNEL, M. C., YASAKU, S., & CUNHA, I. (2002). São Paulo: Casa do Psicólogo.

⁵⁵ Há diversas denominações para as parteiras ao redor do mundo. Matrona e/ou Parteira na Guiné-Bissau, Parteiras no México, Comadronas em Porto rico, Nanas na Jamaica, Daias na Índia e as Dayas no Egito. No Brasil, registram-se denominações de Curiosa, Comadre, Leiga, Domiciliar, Aparadeira, Capoteira, Habilidosa, Entendida e Assistente.

⁵⁶ A partir da última metade do século XIX, no ocidente, as parteiras foram gradualmente sendo incorporadas ao sistema médico, mesmo havendo oposição por alguns destes profissionais, cabendo às parteiras, porém, a execução do parto normal. Segundo Helman(2003), grande parte do conhecimento das parteiras era adquirido por meio da própria experiência de gravidez e parto. Para o autor, a maioria dos bebês veio ao mundo por meio das mãos das “assistentes tradicionais de parto”, do sexo feminino, especialmente nas zonas rurais dos países em desenvolvimento. Além de ajudar no parto, elas prestavam cuidados antes e após o nascimento, cumprindo rituais importantes de acordo com a cultura local.

O parto e o nascimento, que sempre foram considerados como “coisas de mulher”, abriram suas portas aos homens em meados do século XVII. Ao entrar neste espaço absolutamente feminino o homem o fez pela porta da patologia, cada vez ocupando mais espaços. (Lessa, 2003, p. 4)

O não-reconhecimento do papel desempenhado pelas parteiras no campo da saúde pública pode ser visto como um desprezo pelas atividades do *cuidar e da ética do cuidado* habitualmente desempenhadas por mulheres.

A Ética do Cuidado é oriunda da relação, comunhão coletiva de modo circular, horizontal. Onde todas as pessoas estão inseridas e todas são importantes, aprendendo / ensinando, trocando, fortalecendo e o horizonte é o bem-viver. Nosso ensinamento / aprendizado é o ser / cuidar! A filosofia africana é compreendida como uma ética do cuidado, por ser uma filosofia da ação, uma prática comunitária em torno do bem-viver, da relação com a natureza, da sacralização do corpo, das nossas sabedorias ancestrais e da escuta sensível, ou seja, relação ancestral com a vida, com o mundo. (Machado, 2019, p. 15)

Nessa perspectiva é que *cosmopercepção* africana se assenta, em relações centradas na dimensão constitutiva ontológica do cuidado. Entende-se por dimensão constitutiva ontológica do cuidado, na tradução mais conhecida do seu conceito central UBUNTU⁵⁷, citado por Cunha et al., citando Drucilla Cornell (2009) no Dicionário Alice em 2019.

Eu sou, porque nós somos. Não se trata apenas de uma conexão social entre o ser que cada pessoa é e a sua interdependência com a comunidade que habita. É bastante mais do que isso; é a armação de que, sem cuidar e ser cuidada, a pessoa, prescinde da sua humanidade. Aliás, isso torna-se ainda mais claro quando ao uBuntu é atribuído o sentido primordial da transcendência em três sentidos: sair de si em direção à sua ancestralidade; sair de si em direção à comunidade e, finalmente transcender-se a si mesma/o em direção às potenciais idades que cada uma e cada um de nós tem (Cornell, 2009, p. 47).

2.3.2 Mães da Pátria⁵⁸

⁵⁷ Ver Cunha, Teresa; Valle, Luísa de Pinho; Villar-Toribio, Cristina del (2019), "Cuidado", Dicionário Alice. Consultado em 21 abr. 2020. Disponível em https://alice.ces.uc.pt/dictionary/?id=23838&pag=23918&id_lingua=1&entry=25288. ISBN: 978-989-8847-08-9

⁵⁸Em alusão ao projeto fotográfico que destaca a motivação de ser parteira. De autoria da investigadora brasileira Bia Fioretti é o registo de mais de mil mulheres em 63 países ao redor do mundo. Disponível em: <https://www.biafioretti.com.br/portfolio/projeto-pessoal/662862-https-maesdapatria-wordpress-com-pelo-mundo-afora>

As parteiras são as mais antigas “mães” de uma nação, de uma Pátria, de muitas tribos e aldeias, e ainda hoje são referências em alguns contextos comunitários, sendo reconhecidas e legitimadas pelos membros das comunidades.

Parteiras são guardiãs de registros, de histórias e memórias:

As parteiras detêm nas suas memórias um imenso patrimônio cultural e ancestral imaterial que não pode ser ignorado. Como Halbwachs (2013) explica, esquecer determinados elementos da vida é também perder o contato com aqueles que nos rodeavam. A ruptura da continuidade da transmissão desses saberes é preocupante. Elas são uma espécie de semente de rememoração para que todos esses conjuntos de testemunhos exteriores se transformem numa massa consistente de lembranças (Zúñiga, 2017, p. 136)

A figura dessas mulheres e de alguns homens (parteiros) tem sido, ao longo do tempo, associada à vida, numa perspectiva ética-inclusiva, de cuidado, de horizontalidade. O ofício da parteira vai além dos cuidados médicos das mulheres grávidas e seus partos, sendo elas “conselheiras, curadoras da família e dos necessitados” (Nascimento et al., 2009).

Inquestionavelmente a companhia, a segurança e o apoio emocional que as parteiras oferecem às parturientes é de fundamental importância, como demonstra a investigadora Jónína Einarsdóttir, no seu livro *Tired of weeping : mother love, child death, and poverty in Guinea-Bissau*

Midwifery has been given notable attention in the anthropological literature on childbirth, and knowledge needed for birth assistance is explained as either acquired, instinctive, or evolutionarily adapted (Davis-Floyd and Sargent 1997b, Jordan 1983, MacCormack 1982, Trevathan 1997). Research on midwifery emphasizes the role of traditional birth attendants in giving emotional support to women during labor. The physical anthropologist Wenda R. Trevathan (1997) suggests that emotions related to childbirth, such as fear, anxiety, and uncertainty, have led women to seek company from other women during childbirth as an adaptive survival strategy; thus, she argues, only in a few cultures do women give birth alone. According to the anthropologists Robbie E. Davis-Floyd and Carolyn F. Sargent, Trevathan's research “shows the benefits to mother and child of continuous woman-to-woman contact, of safeguarding—rather than regulating—the process of birth as it unfolds, of providing a supportive environment, and of allowing uninterrupted time after birth for the formation of a strong mother-infant bond(1997b:9)” (Einarsdóttir, 2004 p. 61) (grifo meu)

No que tange às dimensões da participação e apoio social na concepção, gestação e no parto, a figura da parteira aparece, para além dos saberes tradicionais, influenciando o campo. No estudo sobre os novos mercados de saúde em África em países como Nigéria, Guiné-Bissau

e Angola, conduzido pela antropóloga Clara Carvalho e colaboradoras, a pesquisadora Maria de Fátima (2013) identificou que as *nadjali*⁷ não cobram bens ou dinheiro, e que por vezes recebem simples gratificações. Entre os seus domínios percebeu-se que entre as *nadjali*⁵⁹ também há quem identifique e trate doenças venéreas e/ou encaminhe para especialistas (Carvalho et al., 2013, p. 304).

Note que as ações desempenhadas pelas parteiras inscrevem-se num campo abrangente, que envolve a educação, a atenção à saúde e os direitos humanos; portanto, alargam-se numa atuação sistêmica em torno dos direitos relativos à sexualidade humana.

O protagonismo da mulher, em especial da que parteja, tendeu e ainda hoje tende a incomodar as estruturas de poder, como expõe a enfermeira obstétrica e parteira Silvéria Santos, em sua tese:

Há séculos, a arte de partejar e o ofício das parteiras enfrentam um processo de resistência. Processo que se expressa por meio das relações de poder sobre a representação de quem parteja, evidenciando a força das relações sociais hegemônicas no campo médico - predominantemente androcêntrico e hegemônico – responsáveis pela normatização do saber e dos procedimentos e técnicas tidas como paradigmáticas. Nesse espaço se evidencia a presença das assimetrias de poder vinculadas à condição de gênero (Santos, 2011, p. 45).

Para Foucault (1999, p. 91), "Onde há poder, há resistência", porque indica a possibilidade de exercer forças opostas que levam a subjetividades negadas, uma vez que o conhecimento introduzido se afirma com poder e torna invisíveis outras formas e tipos de conhecimento.

A constatação de Foucault pode ser aplicada à experiência das parteiras, quando são excluídas, pouco formadas e/ou acompanhadas pelas políticas de formação e atualização profissional, e rejeitadas, negando a possibilidade de participação, empoderamento e educação eficazes junto às mulheres durante o processo que envolve o gestar, o parir e o maternar, devido às práticas intervencionistas de tratar o parto.

Essa subordinação e fragilidade pode ser compreendida à luz foucaultiniana como assujeitamento, uma condição de vulnerabilidade, impressa socialmente, que assujeita o indivíduo nas relações de poder (Foucault, 1979, 1999, 2002, 2011). Este processo de assujeitamento que, segundo a teoria foucaultiana de relações de poder (Foucault, 1979, 2011),

⁵⁹ *Ndjalis* são Parteiras, assim nomeadas em Angola.

é uma condição que determina e é determinada pela vulnerabilidade, impressa socialmente na condição de gênero (Carvalho 2013; Bourdieu 1999), caracterizada neste estudo como a compreensão das ambivalências atribuídas nas diversas funções para os homens e para as mulheres em espaços culturais, sociais, econômicos e educacionais diferenciados, em que a relação de gênero está imbricada nos estereótipos e nas relações de poder (Foucault, 1979, 2002).

Em suma, embora haja perseguição histórica, preconceito e discriminação sobre o ofício do partejar, análise recente demonstra que:

(...) a predominância das parteiras tradicionais como interlocutoras preferenciais, mais próximas das parturientes e verdadeiras responsáveis pelos primeiros cuidados prestados à mãe e ao filho. Onde o sistema de saúde pública ainda não foi implementado, o seu papel é crucial e impõe-se a sua integração e colaboração com os cuidados institucionais (Carvalho & Afonso, 2019, p.74)

Fica evidente que a expressão de cuidado em saúde, de amparo emocional e social dispensados pelas parteiras é crucial em todos os contextos, sobretudo nos marcados pela ausência de Estado e de políticas públicas em saúde implementadas.

2.3.3 Dos recursos materiais aos subjetivos: ambiente, amorosidade e afeto

Quando falo em recurso, não me refiro apenas ao de ordem material e/ou tecnológico. Obviamente que os recursos materiais, incluindo os mais básicos, da ambulância para remoção e efetivação de deslocamentos das utentes, instalações equipadas com adequação em funcionamento, higiene, segurança, medicamentos, insumos disponíveis, todos são fundamentais para a promoção da saúde, do cuidado no parto, da prevenção e tratamento de enfermidades. Importante refletir sobre o papel do espaço físico no ambiente de nascer e qual contributo deste no processo de humanização do parto.

A tecnologia (em diferentes níveis) é basilar nos espaços que promovem cuidado em saúde (Centros de saúde, Maternidades, Hospitais) e o acesso aos meios, um direito humano, absolutamente fundamental, que deveria contar com o respaldo do Estado.

Outrossim, igualmente importante é dimensão subjetiva, que revela uma gama de recursos da ordem da atenção em saúde, do suporte emocional, das relações, da sensibilidade, da empatia, e que residem no campo da ética do cuidado que estabelece um ambiente para nascer que não seja violento, abusivo e tecnocrático.

A mulher em parto e a criança que vai nascer precisam basicamente de um ambiente acolhedor, com pouca luz, quietude e temperatura agradável e sentir a boa companhia que inspira segurança, empatia e disponibilidade para lidar com a situação. Assim estarão mais aptos para seguirem, cada qual, o seu caminho neste labirinto da vida, ativando o potencial instintivo que faz parir e nascer, nutrir e ser nutrido (Sá, 2018, p. 84).

Focalizando o ambiente do nascimento, centrado no parto natural, inquestionavelmente, Marjorie Sá, doula e ativista da humanização do nascimento, sustenta que:

O abuso de toques íntimos durante o trabalho de parto magoa as mulheres, criam inibição, desconforto e ansiedade num momento importante como a fase ativa do trabalho de parto, quando entramos neste lugar mágico, a “partolândia”. A observação da evolução saudável do parto pode acontecer através do ritmo das contrações, dos sons emitidos pela mãe e das maneiras como o seu corpo se move e sinaliza a dor. Nesta hora precisamos de apoio, de ajuda para movimentar o corpo, para buscar posições de alívio para cada contração, caminhar, dançar, receber massagens. A fase ativa pode ser longa, falamos de um período de seis ou oito horas (de tempo-não-tempo), descansar e até dormir nos pequenos intervalos das contrações pode ser interessante e manter-se hidratada é importante, mas quem pode lembrar isto e oferecer é a sua equipa. Goles de água, isotônicos como água de côco, água com limão e mel ou apenas mel. Normalmente enquanto parturiente (a que pare) já não temos apetite e corpo está naturalmente a limpar-se via fezes, urina, vômitos, choros, suores, bocejos, urros e gemidos. Um ambiente de intimidade, respeito e conforto é do que necessitamos. O momento mais ideal para seguir para a maternidade poderia ser agora, mais ao final da fase ativa, o que de facto é igualmente exigente pois chegar a um ambiente novo em modo de transição requer centramento e suporte. [...] Uma mulher entregue e bem apoiada irá banhar-se de alquimia hormonal e surfar nessas lentas ondas cerebrais, dissolvendo-se do eu e tornando o próprio ato de parir. Será menos verbal e mais intuitiva. As dores são muito intensas realmente e a presença de uma doula, do seu parceiro e aquele ambiente que foi gerado anteriormente colaboram nesta transição (Sá, 2018, p. 79-80)

Para alguns estudiosos, a mulher, ao tornar-se mãe, assume um estado de alteração da consciência e aumento da sensibilidade. É o caso de Michel Odent (2003), que menciona um comportamento peculiar que monitora em sua prática clínica entre gestantes, parturientes e puérperas. De acordo com Odent, pesquisadores reúnem evidências neurocientíficas que mostram que estas mulheres têm mais atividade numa região cerebral o paleocórtex, comprometendo a atividade no neocórtex, a sede do raciocínio lógico, isso determinará que as pessoas prestem menos atenção ao mundo da linguagem e mais às informações sensoriais diretas, como cheiros e sons, além de uma preferência por ambientes silenciosos, pouco iluminados e quentes. Portanto, quanto menos intervenção uma mulher recebe durante o

trabalho de parto, mais endorfinas e ocitocina são liberadas em seu corpo, então logo após o parto ela se encontrará em um estado de espírito especial, impulsionada pelo que ela chama de “coquetel de hormônios do amor” (ODENT, 2003, p. 93).

Em contraponto, o parto induzido por substâncias sintéticas, a exemplo da oxitocina sintética, gera um descompasso do fluxo natural bioquímico do sistema endorfinico, inibindo

[...] a produção de oxitocina natural e portanto, conseqüentemente, não há mais ação do sistema endorfinico, os narcóticos naturais que operam nos intervalos das contrações – uma recompensa ao grande esforço. O parto induzido utiliza medicações para ativação e para o alívio da dor da mãe com pouca referência aos possíveis efeitos colaterais que podem causar para o bebê. O efeito narcótico que regula naturalmente as sensações de dor é produzido pelos nossos sistemas analgésicos endógenos via esta morfina natural-fisiológica, que recebe o seu nome em memória de Morfel, deus do sono. Os opiáceos também são produzidos pelo corpo, presente no neurotransmissor endorfina, o hormônio do bem estar e não só. Este, age em dança com a oxitocina e os dois abrem as portas da nova consciência, permitindo que um estado mais elevado se apresente, como efeito Entéogeno citado acima (Sá, 2018, p. 88).

Como traduz subjetivamente Lia Simon,

Dar à luz é desapegar-se de suas formas habituais para deixar que o corpo se abra ao nascimento de uma mãe e de um(a) filho(a). Parir pode implicar em despojar-se dos limites corporais e psíquicos previamente conhecidos para passar a perceber a si e ao mundo com um novo olhar, advindo do nascimento do bebê e do renascimento da mãe. Esse processo de morte e renascimento se dá permeado por um fenômeno tão natural quanto sofisticado, que é a geração de uma nova vida, algo tão primitivo quanto misterioso, tão atraente quanto amedrontador: um encontro com o numinoso, com algo que vai além da realidade cotidiana e que possui um grande potencial transformador. (Simon, 2010, p. 29)

2.3.4 O lugar do sagrado

Assim como na visão da filosofia africana, a terra é “considerada como mãe e cuidadora dos animais, plantas e minerais” (Bâ, 1981, p. 4). Comparo a mulher à terra porque lá é o centro da vida. Da mulher emana a força mágica da criação. Ela é abrigo no período de gestação. É alimento no princípio de todas as vidas. Ela é prazer, calor, conforto de todos os seres humanos na superfície da terra (Paulina Chiziane - Eu, mulher - por uma nova visão do mundo)⁶⁰.

O clã, a tribo, a comunidade, a aldeia, a *tabanka*⁶¹ e o quilombo são sítios promotores da ética do cuidado e geradores de pertencimento.

⁶⁰CHIZIANE, Paulina. Eu, Mulher... Por uma nova visão do mundo. In: Abril – Revista do Núcleo de Estudos de Literatura Portuguesa e Africana da UFF, Vol. 5, nº10, p. 199-205, Abril de 2013.

⁶¹Significado de aldeia, em *kriol* da Guiné-Bissau.

Para o historiador e etnólogo malinês Amadou Hampâté Bâ:

Deve-se ter em mente que, de maneira geral, todas as tradições africanas postulam uma visão religiosa do mundo. O universo visível é concebido e sentido como sinal, a concretização ou o envoltório de um universo invisível e vivo, constituído e vivo, constituído de forças em perpétuo movimento. No interior dessa vasta unidade cósmica, tudo se liga, tudo é solidário, e o comportamento do homem em relação a si mesmo e em relação ao mundo que o cerca (o mundo mineral, vegetal, animal e a sociedade humana) será objeto de uma regulamentação ritual muito precisa cuja forma pode variar segundo as etnias ou regiões (Hampâté Bâ, 2010, p. 173).

Assim, Leda Martins (2021) sustenta:

[...] a ontologia na concepção ancestral africana inclui, no mesmo circuito fenomenológico, as divindades, a natureza cósmica, a fauna, a flora, os elementos físicos, os mortos, os vivos e os que ainda vão nascer, concebidos como anéis de uma complementaridade necessária, em contínuo processo de transformação e de devir. Essa percepção cósmica e filosófica entrelaça, no mesmo circuito de significância, o tempo, a ancestralidade e a morte (Martins, 2021, p. 65)

A voz da parteira tradicional e enfermeira Suely Carvalho igualmente ilustra essa representação da parteira, comprometida com as dimensões do sagrado e da natureza.

[...] entendemos o nascimento como o momento da encarnação, quando o espírito encarna. Para nós, parteiras, isso é sagrado. Lidar com a medicina que a natureza nos oferece é nossa prática e a forma como entendemos que deve ser. As rezas e os rituais que de diferentes formas todas as parteiras tem em seu conhecimento que recebeu de suas antepassadas. Como cuidamos da mulher no seu resguardo para sua reintegração física e o aleitamento. A maneira como recebemos a criança que nasce e os cuidados essenciais que oferecemos com todo respeito, amor e dignidade que todo ser humano merece ao chegar nessa vida. Somos reconhecidas pelas comunidades onde vivemos e atuamos como parteiras, curandeiras, rezadeiras, conselheiras, e mediadoras de conflitos. (Tenderine, 2020, p. 14)

O sagrado é espaço de poder por excelência, de produção e propagação de sentidos simbólicos dos ritos autóctones tradicionais, o espaço do exercício do poder das mulheres africanas dos segredos guardados, das leis emanadas do mundo invisível. O sagrado manifesta o sobrenatural e se constitui como um campo que detém valor importante nas sociedades africanas, onde residem ligações entre o mundo dos vivos (visível) e o dos mortos (invisível) (Monteiro et al., 2022, p. 2).

Nas palavras de Marjorie Sá,

Um parto será sempre sagrado, assim como todo o nascimento, celebrando a manifestação do divino mistério encarnado. O parto com protagonismo materno acolhe a consciência de esferas e camadas mais subtis que reverberam ao longo dos tempos, criando inclusive realidades coletivas. Acredito que todas as mulheres têm e devem ter direito a um parto respeitoso e todos os recém-nascidos a um nascimento digno e amoroso, mesmo que este direito tenha que ser reclamado e solicitado no curso do processo parto. E nisso, um parto em casa pode inclusive facilitar, ou nem por isso! E se esta, por qualquer motivo, não é a sua opção continue firme: o sistema vigente de assistência ao parto precisa urgentemente de acordar para o protagonismo materno e aprender a apoiar mães que parem e que querem parir. (Sá, 2018 p. 61)

2.3.5 Das crenças e das decisões terapêuticas tomadas pelas mulheres

As tradições culturais vestem-se de valores caros em África. Como já mencionado na seção sobre os direitos sexuais e reprodutivos, da concepção ao parto, as mulheres podem sofrer influência, quiçá, interferência por parte da família, da comunidade, frente às decisões terapêuticas que devem ser tomadas no processo de gestação.

Igualmente, muitas mulheres continuam a ter confiança e fé de que os processos que envolvem da concepção ao parto são mais bem abordados à luz das práticas culturais tradicionais, privilegiadas como fontes de conhecimento e de terapia reprodutiva que abordam a vida real das mulheres, de modo que a biomedicina é posta ao lado (Chapman, 2006).

A esse respeito, Toyin Falola, no livro *Poder das Culturas* (2020 p. 297), salienta que “os valores são moldados pelas tradições religiosas, milhões de africanos se consideram religiosos e tomam decisões baseadas em crenças, na consciência ou no medo de punição, ou na expectativa de grandes recompensas na vida após a morte”.

A interposição na tomada de decisão, fortemente está assentada em crenças, valores, costumes e, sobretudo, nas formas como a gravidez é vista e reconhecida social e tradicionalmente.

First, pregnancy can be seen as natural, as an honor, an achievement, regarded as a sacred event and milestone, or an exaltation of femininity, that brings joy to entire family, while the woman is awarded respect, power, and status in community (Beningsse & De Brouwere, 2004; Kwagala, 2013; Ngomane & Mulaudzi, 2012; Ugwu & de Kok, 2015). Or, pregnancy can be seen as a threatening experience defined by fear, a delicate unpredictable time, or a biological phenomenon shrouded with a level of uncertainty from spiritual, biological, or cultural threats (Abrahams et al., 2002; Chapman, 2006; Dako-Gyeke et al., 2013; Morris et al., 2014; Wilkinson & Callister, 2010). Women were believed to control the method of delivery. Overall, vaginal birth is preferred, viewed as an endurance test and the marker of a real woman (Farnes et al., 2011; Kwagala, 2013; Morris et al., 2014; Ugwu & de Kok, 2015); where she goes “behind the house to face the pain” (Lori & Boyle, 2011) at the “junction of life and

death” (Wilkinson & Callister, 2010). A woman’s ability to endure her pregnancy and labor shapes her position in her household and in her community (Lang-Baldé, 2018, p. 4)⁶²

No estudo etnográfico aprofundado sobre as construções socioculturais da gestação e do parto, conduzido pelas investigadoras Maheshvari Naidu e Kolekile Nqil, é apresentada a importância de compreender os contextos marcados práticas, crenças e tradições culturais

[...] in-depth ethnographic study of 83 women in Mozambique in Southern Africa (during pregnancy and after childbirth) reveals the extreme structural and cognitive gaps between the biomedical constructs of risk and the social threat perception of childbearing women. Often women believe public knowledge of their pregnancy (see Lori 2009) increased their vulnerability from spirits or witchcraft. The Mpondo women in this study did not consider the prenatal services provided at the clinic adequate to meet their spiritual and interpersonal needs during pregnancy. Lori reminds us that even in the presence of a formal health care system, many women believe these services to be inappropriate for childbirth. A context specific understanding of practices, beliefs and traditions related to childbirth is thus important (Naidu & Nqil, 2013 p. 127).

Ainda na esfera das crenças e práticas culturais, a antropóloga Rachel Chapman (2003, 2006, 2010) recomenda que iniciativas de cariz terapêutica, durante o ciclo gravídico puerperal, deve considerar as dimensões culturais. Reforçando as contribuições de Chapman e na apresentação de outros aportes no âmbito das estratégias de abordagem e atenção em saúde, a investigadora Paula Morgado (2018), indica:

No domínio da gestação, qualquer iniciativa de índole terapêutica durante a gravidez e o parto deve ter em conta este conceito (Chapman, 2003, 2006, 2010). A forma como este é formulado, por exemplo, ao nível dos organismos internacionais tende a divergir bastante do modo como é percecionado localmente (Allen, 2004; Igberase, Isah, & Igbekoyi, 2009). Enquanto os programas de saúde pública tendem a equacioná-lo de um ponto de vista estritamente biológico, em muitos sítios o risco materno tem uma forte dimensão social e simbólica, que a aleatoriedade quotidiana experienciada através das forças gloais tende a exacerbar como um mecanismo de empoderamento simbólicos individuais, conforme demonstrou noutro contexto Peter Geschiere (1997). Neste caso específico, o cumprimento de determinadas regras e a observância de certos tabus permite à mulher ter um maior controlo sobre o processo gestativo em si. Em consequência disso, a frequente mobilização de especialistas das forças do oculto e a subutilização dos serviços de saúde públicos durante o período de gestão deve ser compreendido à luz destas dinâmicas (Chapman, 2004, apud Morgado, 2018 p. 137)

Acerca do risco materno e das decisões terapêuticas baseada em crenças, ainda assinala que:

[...] em muitos sítios o risco materno tem uma forte dimensão social e simbólica, que a aleatoriedade quotidiana experienciada através das forças gloais tende a exacerbar

⁶² Lang-Baldé R, Amerson R. Culture and Birth Outcomes in Sub-Saharan Africa: A Review of Literature. *Journal of Transcultural Nursing*. 2018;29(5):465-472. doi:10.1177/1043659617750260

como um mecanismo de empoderamento simbólicos individuais, conforme demonstrou noutro contexto Peter Geschiere (1997). Neste caso específico, o cumprimento de determinadas regras e a observância de certos tabus permite à mulher ter um maior controlo sobre o processo gestativo em si. Em consequência disso, a frequente mobilização de especialistas das forças do oculto e a subutilização dos serviços de saúde públicos durante o período gestacional deve ser compreendido à luz destas dinâmicas (Chapman, 2004). (Morgado, 2018 p. 121).

2.4 Práticas de cura: a Medicina Tradicional

As Práticas Tradicionais (PT) de cuidado e de cura, nomeadas de curandeirismo e de ações demoníacas⁶³ pelo poderio patriarcal colonial e pela inquisição, sofreram estigma e perseguição, e ainda hoje experimentam novas configurações de repúdio e perseguição fundamentalistas.

Entretanto, não foi possível extinguir as PT, ‘queimar’ e apagar os saberes, haja vista que [...] na sociedade tradicional africana, as atividades humanas possuem frequentemente um carácter sagrado oculto, principalmente aquelas que constituem em agir sobre a matéria e transformá-la, uma vez que tudo é considerado vivo” (Bâ, 2010, p. 186).

A conceção da MT varia de um lugar para outro, por estar intrinsecamente ligada às culturas dos povos. Apesar disso, existe a busca por uma definição que possa incorporar todas as MT, independentemente dos lugares, das culturas ou dos povos. É nesta tentativa que a Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁶⁴ a concebe como “soma total dos conhecimentos, procedimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não e, usados para a manutenção da saúde (...)” (OMS, 2002). (Saba N'bundé, 2022, p. 76).

Nesta perspectiva, em África, o conhecimento é ancestral e os ancestrais são a natureza, portanto, o conhecimento das nossas antepassadas femininas diz-nos que devemos regressar à terra porque ela é o centro da vida (Machado, 2020).

Ao focalizarmos as práticas tradicionais de cura e cuidado presentes em África e na diáspora, é preciso usar a lente da afrocentricidade, que, de acordo com Malofi Kete Asante: “Afrocentricidade é uma proposta epistemológica de lugar, um tipo de pensamento, prática e perspectiva que perceba os africanos como sujeitos e agentes de fenómenos atuando sobre sua própria imagem cultural e de acordo com seus próprios interesses humanos” (Asante, 2009, p. 93).

⁶³ Santo Ofício perseguiu e matou por feitiçaria, cerca de 30% corresponderam às práticas curativas. Ver: Africanos penitenciados pela Inquisição portuguesa de Daniela Calainho. Disponível em: https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/5597/1/africanos_penitenciados_inquisicao_portuguesa.pdf

⁶⁴ Ver: <http://www.who.int/whr/2000/en/>

Destarte, Mazama (2009) elenca alguns pontos onde sustenta que nesta vertente toda investigação deve ser determinada pela experiência africana; o espiritual é importante e deve ser colocado no lugar devido; a imersão no sujeito é necessária; a visão holística é impreterível; a intuição é um recurso; nem tudo é mensurável porque nem tudo que é importante é material; o conhecimento gerado pela metodologia afrocêntrica deve ser libertador (p. 123).

Contribuições afrocêntricas no campo da saúde pública e da saúde coletiva ajudam a perceber a abordagem holística que compõe o sistema de Medicina Tradicional Africana, que abrange o uso de plantas, confecção e usos de amuletos, o diagnóstico intuitivo, cura com o apoio da comunidade, a preservação da cultura e da identidade, a complementaridade com a biomedicina.

No campo da saúde, são observáveis situações semelhantes em vários países do continente africano. Por exemplo, na Guiné-Bissau, analisado neste trabalho, o modo de cuidado de saúde-doença oficial, isto é, operado exclusivamente no SNS é a Medicina Ocidental (MO), também conhecida como Medicina Convencional (MC), ainda que seja menos utilizado pelo povo, se comparado à MT, por diversos motivos. Várias outras contradições como estas, ou de natureza semelhante, que são observadas nas sociedades africanas, fizeram da África um continente de paradoxolonização (uma ferramenta analítica descolonizadora cunhada neste trabalho). O termo paradoxolonização, um neologismo aqui cunhado pela primeira vez, significa as contradições, entre o ideal e real, que os efeitos da colonização europeia provocaram e provocam nos territórios, comunidades, grupos sociais e indivíduos colonizados. Nasce a partir da junção de duas palavras: paradoxo, que significa contradição; e colonização que significa ato de colonizar, tornar uma nação ou comunidade numa colônia. (Saba N'bundé 2022. p. 20-21).

Do ponto de vista da prática da MT, esta é exercida pelo profissional da MT, que pode ser homem ou mulher, numa lógica “[...] relação feminino-masculino em todas as formas de vida, entendida como não hierárquica. Tanto a mulher, quanto o homem trabalham juntos em todas as áreas de organização social, onde a mulher é portadora da vida e da cultura” (Dove, 1998, p. 8)⁶⁵.

Em África há algumas denominações para o profissional da MT, que, usualmente, pode ser nomeado como médico tradicional (a), terapeuta (tradicional) ou curandeiro(a)⁶⁶. No caso

⁶⁵ Ver DOVE, Nah. Mulherisma africana: uma teoria afrocêntrica. Universidade de Temple: jornal de estudos negros, v.28, nº05, maio de 1998.

⁶⁶ Os curandeiros são especialistas não religiosos que tratam doenças na base do conhecimento de plantas medicinais e outras técnicas terapêuticas, tais como recolocação dos ossos, massagens, etc. Os djambacosses constituem um grupo difícil de definir devido à sua heterogeneidade. Na sua essência, são especialistas religiosos que desempenham o papel de mediuns dos Irãs. Os agentes mistos (curandeiros/djambacosses) combinam estas funções, mas nem sempre acumulam a totalidade das mesmas (Crowley & Ribeiro, 1987).

específico de Guiné-Bissau, vale mencionar o apreendido na pesquisa⁶⁷ Mezinhos di Orango, do investigador Bucar Indjai et al., que menciona o estudo sobre Medicina Tradicional em Cacheu e em seguida o de Bijagós, como citam:

[...] Crowley & Ribeiro (1987) constataram durante um seminário realizado com profissionais da medicina tradicional na região de Cacheu, a existência de três tipos de especialistas de curas tradicionais: curandeiro, *djambacosse* e misto. Esta última categoria combina aspetos das duas especialidades anteriores. Os curandeiros são especialistas não religiosos que tratam doenças na base do conhecimento de plantas medicinais e outras técnicas terapêuticas, tais como recolocação dos ossos, massagens, etc. Os *djambacosses*⁶⁸ constituem um grupo difícil de definir devido à sua heterogeneidade. Na sua essência, são especialistas religiosos que desempenham o papel de mediuns dos Irãs⁶⁹. Os agentes mistos (curandeiros/*djambacosses*) combinam estas funções, mas nem sempre acumulam a totalidade das mesmas (Crowley & Ribeiro, 1987). [...] Os praticantes de medicina tradicional em Orango que foram entrevistados para este trabalho definiram-se como exercendo funções de curandeiro, *djambacosse*, balobeiro e matrona (mulher que auxilia nos partos). No entanto apenas a função de curandeiro é exercida isoladamente, sendo as restantes exercidas em conjunto com esta (curandeiro e balobeiro, curandeiro e *djambacosse*, curandeira e matrona). (Indjai et al., 2010, p. 22).

As competências profissionais podem ser diferenciadas, e uma gama delas pode ser observada em outras localidades em África. De qualquer forma, os “médicos tradicionais ou curandeiros assumem um papel central quer na prestação de cuidados de saúde, quer na regulação da incerteza e dos problemas sociais dos seus utentes” (Granjo, 2010, p. 1).

⁶⁷ O livro Mezinhos di Orango teve por base o estudo Inventariação das plantas de uso medicinal na farmacopeia tradicional do Parque Nacional de Orango, efetuado por Bucar Indjai, do Centro de Estudos Ambientais e Tecnologia Apropriada (CEATA) do INEP através de uma consultoria nacional contratada pelo IBAP. Autores Catarino, Luis & Indjai, Bucar & Mourão, Dora. (2010). Mezinhos de Orango. https://www.researchgate.net/publication/257311628_Mezinhos_de_Orango/citation/download

⁶⁸ Na pesquisa de Saba N'bundé, 2022, o autor cita que a negação de pertencer a categoria dos Djambakus pelos CT cristãos dá-se, provavelmente, porque na Guiné-Bissau geralmente os Djambakus são associados com demônios, como observado na fala acima, porque invocam entidades, divindades ou espíritos que não são cultuados no cristianismo. Os CT cristãos também invocam os espíritos, as divindades e santos cultuados em suas religiões, mas não são considerados ou não se consideram Djambakus. Isso tem nome e chama-se racismo religioso contra os Djambakus, ou pessoas não cristãs que usam a espiritualidade no processo de cuidado de saúde-doença. Este pensamento racista de associar a espiritualidade africana não cristã com demônios ou maus espíritos, produzido pelos colonizadores, e que infelizmente é reproduzido pelas pessoas negras, tanto por aquelas que estão na diáspora como aquelas que estão no continente africano (reféns dos efeitos da colonização), é observado em vários lugares do mundo.

⁶⁹ Ao mencionar a identidade da/o *baloberu* e de *djambakus* é necessário citarmos o *Iran*, os *defuntus* e o *pekadur* (pessoa), quando abordamos a questão da cosmovisão africana. Conforme revela Odete Costa Semedo (2010) Deus, irans, dufuntus (asalmas) fazem parte da trilogia que integra a cosmogonia guineense, pelo menos nos grupos animistas. No imaginário guineense, esses seres acompanham as atividades do *pekadur* [pessoa humana, ser humano, gente] nas suas alegrias, angústias e inseguranças. Em diversas situações do cotidiano, Deus, *Iran*, *dufuntus* são convocados para socorrerem seus filhos e/ou devotos. Aos *irans* são atribuídas as benesses e também os infortúnios; por isso, são cantados nas *mandjuandadi*, seja em forma de enaltecimento dos seus poderes, louvando-os, seja pedindo e rogando-lhes proteção (...) (SEMEDO, 2010, p.117).

2.4.1 Ferramentas da medicina ancestral

Nesta seção, uma breve nota sobre as plantas medicinais e os talismãs, recursos culturais e da natureza, consagrados nos sistemas de cura africano, também nomeados *mesinhu* di terra (plantas medicinais, remédios) e *mesinhu* di kurpu (*guarda di kurpu*, amuletos), na Guiné-Bissau.

Plantas

No Documento Estratégico de Medicina Tradicional 2014-2023⁷⁰, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece dois objetivos principais: 1) apoiar os países que procuram aproveitar a contribuição da medicina tradicional para a saúde e o bem-estar e, 2) promover a utilização segura e eficaz da medicina tradicional através da regulamentação.

De acordo com a publicação Farmacopeia da África Ocidental, globalmente, o uso da MT, particularmente de ervas medicinais, tem aumentado nas últimas duas décadas, com muitas pessoas a recorrer agora a ela para o tratamento de várias condições de saúde. [...] Contudo, desde 2010, a Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) tem defendido o reconhecimento e a promoção de práticas racionais de MT pelos Estados-Membros da Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO). Os Estados-Membros são encorajados e apoiados a documentar, validar e regulamentar a utilização de medicamentos à base de plantas e ervas na região. A MT está agora incluída como um módulo no currículo de formação de muitas escolas médicas da região, sendo celebrado anualmente em cada país um dia dedicado à medicina tradicional (2020, p. 5).⁷¹

Todo Sistema de Medicina Tradicional, a esse exemplo, a Medicina Tradicional Chinesa, a Medicina Tradicional Ayurvédica (indiana), a Medicina Tradicional Africana tem como um dos pilares o reconhecimento e uso das plantas medicinais locais. Essa conexão e aprendizagem fitoterapêutica se dá por meio da observação, da experiência empírica, da sabedoria popular e ancestral e milenar, portanto,

O conhecimento adquirido por meio do empirismo, preservado por representantes das comunidades que exerciam a cura, seguiu sendo transmitido oralmente às gerações

⁷⁰Ver: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/pnpmf/publicacoes/estrategia-da-oms-sobre-medicina-tradicional-2014-2023/view>

⁷¹ Farmacopeia das ervas da África Ocidental. 2020. Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS). <https://www.wahooas.org/web-ooas/sites/default/files/publications/2318/farmacopeia-de-ervas-da-africa-occidental.PDF>

sucessivas, até o surgimento da escrita, quando passou ser a compilado. (Starosta & Dos Anjos, 2020, p. 201).

Conhecimento este que foi (e tem sido) mantido ao longo do tempo pelos representantes das comunidades, com os ensinamentos sendo transmitidos oralmente de geração em geração.

Neste sentido, é de suma importância que as experiências e os estudos etnofarmacológicos no mundo, também possam ser realizados em por meio de investigações qualificadas e sistematização dos achados⁷² que envolvam as comunidades, os guardiões das plantas e dos saberes. A formação dos atores da saúde e dos agentes comunitários para conhecimento, disseminação e aplicação prática etnofarmacológica também requer ser integrada.

Guarda di kurpu, amuletos, mesinhu⁷³

Carregados pelas dimensões da Metafísica e da Sociologia, os amuletos são considerados instrumentos de poder que guardam e protegem os corpos físico, espiritual e emocional. Segundo Roger Bastide⁷⁴, as sociedades coloniais portuguesa e brasileira chamavam esses amuletos de “bolsas de mandinga”, enquanto o povo malês era chamado de “mandingueiros”.

De acordo com as crenças e costumes populares que datam de milênios, esses ornamentos protegem a quem os usa contra as dores do corpo e os ataques espirituais e emocionais (inveja, ira, doenças, dentre outras). Protegem ainda as mulheres na hora do parto, os bebês na tenra infância e os adultos das invejas.

A tese da historiadora Joana Varela revela que os amuletos estão presentes cronologicamente, desde muito tempo

[...] desde a Época Pré-Dinástica até à Greco-Romana, os amuletos prevalecem apenas com algumas alterações, mais marcadas a partir da implantação do cristianismo. Estes objectos com um cariz mágico adquiriam-no não só através de fórmulas complexas como encantamentos que eram recitados ou escritos em papiro e colocados no interior

⁷² A esse exemplo, Indjai et al., 2010 p.22 citam que entre os habitantes de Orango, no arquipélago dos Bijagós na Guiné-Bissau, acreditasse que existem muitas plantas com propriedades medicinais que podem ser utilizadas como mezinhas. No entanto, não são conhecidas as possíveis utilizações da maioria delas.

⁷³ A distinction is made between two main categories of health care: that of uso or mesinhu di terra (local medicine), and mesinhu di branku (the white man's medicine.) The term mesinhu (medicine) is used for drugs, amulets, and other protective items, for instance to protect cars from accidents and valuables from thieves. Ver: *Tired of weeping: mother love, child death, and poverty in Guinea-Bissau* / Jónína Einarsdóttir p. 129.

⁷⁴ Bastide, Roger. As américas negras: as civilizações africanas no novo mundo/Roger Bastide; tradução Eduardo de Oliveira e Oliveira. São Paulo: Difel, 1974. https://books.google.com.br/books/about/As_Am%C3%A9ricas_negras.html?id=K4JRtwAACAAJ&redir_esc=y

do amuleto, mas também através das suas características mais próprias, como o material de que eram feitos, a sua cor (por exemplo, o verde como símbolo da vegetação e de regeneração e o vermelho como cor do Sol poente, assim como do coração) e a sua forma, representando deuses e animais sagrados. (Varela, 2015 p. 4).

A esse exemplo, o investigador de História Antiga, Pedro Gomes (2023, p. 7) revela que na cultura egípcia a deidade Bes, um deus anão, poderia trazer sorte e prosperidade para casais e seus filhos, além de oferecer proteção a estes. [...] Como Bes estava especialmente associado à proteção de mulheres e crianças, um feitiço para apaziguar o sofrimento da mãe durante o parto, é apresentado como forma de magia. A “magia do anão” deveria ser recitada quatro vezes sobre uma estátua de argila de Bes, antes que essa fosse colocada próxima da gestante prestes a dar à luz. Um exemplo descritivo da magia, é apresentado da seguinte forma:

Desce placenta, desce, desce.

Eu sou Horus quem conjura para que aquela que está dando à luz fique melhor do que era, como se já tivesse dado à luz...

Veja, Hathor colocará sua mão sobre ela com o amuleto da saúde.

*Eu sou Horus que a salva*⁷⁵

Ao focalizar a Religião Tradicional Africana, o investigador nigeriano, em Religião e Relações Humanas, Innocent Ogbonna Nweke (2023) prenuncia que estes talismãs mágicos ganham imensa importância, pois atuam em nível psicológico, físico, mental e espiritual. Os amuletos representam ainda para as religiões tradicionais africanas o que as medalhas e cruzes católicas sacramentais simbolizam para o Cristianismo.

All across ancient world people used practices that we today label as “magical” in order to alleviate their anxieties and establish control over more chaotic forces in the world. Although such practices varied greatly across time and space, there are also many similarities inasmuch as these are human cultural products. People all over the world continue to believe that wearing powerful symbols is useful and helpful. These beliefs are truly multicultural. The instance of this cross-cultural inspiration is found in the use of amulet for health and healing. A search of the internet will reveal that many people continue to such amulets to this very day. The reality of magic and charm in African Traditional Religion is undoubtedly in place. I African Culture magic and charm are very crucial in medicine, protection, and healing of different ailments. From the cross research carried out so far, it shows that across different cultures and religions of the world, magic and charms are often used for spiritual, psychological and even physical purposes. In fact, they are multi-cultural and cultural-religious concept, though used and applied in different ways but with similar methodology. (Nweke 2023, p. 82)

⁷⁵ EL-KILANY 2017, p. 5. Tradução de Pedro Gomes (2023, p. 7).

A seguir, no próximo capítulo, apresento um retrato das dinâmicas sociais, políticas e culturais presentes na Guiné-Bissau.

3. Trabalho de parto



Este capítulo tem como principal objetivo contribuir para uma melhor compreensão da situação da saúde criança e da saúde da mulher, face aos direitos sexuais e reprodutivos, assim como os desafios presentes na República da Guiné-Bissau para a efetivação e garantia dos mesmos. Pretende-se ainda compreender e analisar a situação das estruturas privadas e estatais disponíveis, as políticas públicas e os mecanismos populares de entreaajuda para o setor de saúde da mulher e da criança no contexto guineense.

Tendo em conta que a República da Guiné-Bissau é signatária da Declaração do Milénio⁷⁶ e da decorrente transição para a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o país assumiu o compromisso político para a concretização dos objetivos propostos pelas Nações Unidas. Por essa razão, na organização deste capítulo, tomamos como ponto crucial a leitura documental e a análise conjetural dos dados disponíveis no país, com

⁷⁶ Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Estes são os objetivos para os quais as Nações Unidas estão contribuindo a fim de que possamos atingir a Agenda 2030.

base em dois importantes ODS que focalizam respetivamente, a Saúde e Bem-estar (ODS. 3) e a Igualdade de Género (ODS. 5).

Para o alcance dos objetivos propostos, este capítulo organiza-se, portanto, em três partes. Iniciamos por traçar um panorama socioeconômico e cultural do país, sem pretensões de realizar um trabalho minucioso e exaustivo. A segunda parte descreve os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS. 3 e 5), tendo em conta a seleção de algumas metas específicas que estão correlacionadas⁷⁷ e que correspondem ao tema de estudo da tese. Nesta segunda parte, recorreremos ainda à leitura e análise do Exame Voluntário Nacional⁷⁸, documento publicado em 2022 que registra a avaliação dos progressos e dos desafios para o alcance dos ODS da Agenda 2030 na República da Guiné-Bissau. Lançaremos ainda uma reflexão alicerçada em outros documentos oficiais que ofereçam dados para uma análise mais robusta da situação conjectural da saúde da mulher e da criança. A terceira parte, por fim, intenciona elucidar, não exaustivamente, os mecanismos populares, ou seja, as dinâmicas de suporte social, e ainda, identificar e analisar os serviços institucionais em prol da saúde da mulher e da criança disponíveis no país, refletindo se asseguram qualidade e equidade e quais as perspectivas, constrangimentos e limitações impostas.

A redação deste capítulo conta ainda com as contribuições de 14 mulheres da elite pensante e crítica do país, informantes-chave, que no percurso dessa investigação dispensaram suas reflexões e vozes, permitindo a inclusão de outros elementos que concederam maior aproximação da realidade e compreensão da atual situação da saúde da mulher e da criança no contexto local.

3.1 A Guiné-Bissau: um país multifacetado, adverso e inspiracional

A República da Guiné-Bissau é um pequeno país da costa ocidental africana, com território de 36.125 km, situado entre Guiné-Conakry e o Senegal. Embora seja um país colonizado por portugueses, as fronteiras territoriais favorecem a presença e influência da francofonia no país.

De acordo com a professora e investigadora guineense Patrícia Godinho Gomes,

⁷⁷ ODS 3 e ODS 5.

⁷⁸Revisão Nacional Voluntária sobre os progressos e desafios da implementação dos ODS na Guiné-Bissau. Disponível em: <https://guineabissau.un.org/pt/191425-revis%C3%A3o-nacional-volunt%C3%A1ria-sobre-os-progressos-e-desafios-da-implementa%C3%A7%C3%A3o-dos-ods-na-guin%C3%A9>

O processo de independência foi bem-sucedido graças ao suporte e à atuação popular por um lado, e à capacidade de liderança do PAIGC⁷⁹ e de Amílcar Cabral, por outro. Nesse contexto, a contribuição das mulheres foi importante e permitiu alcançar objetivos em termos da organização das novas instituições nas áreas libertadas. As mulheres guineenses tiveram destaque em alguns domínios, tendo a componente feminina do movimento de libertação contribuído, de forma positiva, para a mudança de mentalidades sociais, sobretudo nos meios rurais, em que a resistência a sua presença, em lugares de decisão, era mais evidente. No entanto, os anos subsequentes à independência da Guiné-Bissau viram as mulheres relegadas a uma posição de subordinação e fragilidade, na sociedade (sobretudo na esfera política e nos postos de decisão) e uma acentuada descontinuidade em relação aos objetivos da luta armada, principalmente nos campos da educação e da saúde (Gomes, 2015 p. 4-5).

Neste país concentra-se um mosaico étnico⁸⁰ e multicultural. A diversidade cultural é também linguística. Na Guiné-Bissau, para além do crioulo ou *kriol*, coexistem uma variedade de línguas africanas nativas, tais como: *balanta*, *mandinga*, *fula*, *mancanha*, *papel* e *manjaka*, dentre outras. Embora como língua oficial se reconheça a língua portuguesa, apenas 27,1% a fala fluentemente. O *kriol* é a língua-mãe⁸¹, que une toda a população, portanto, é tida como a língua-franca entre as diversas etnias e falada por cerca de 90,4% da população (Benzinho & Rosa, 2018, p. 22).

No país, os sucessivos golpes militares (2012) ou palacianos, na investida de nomeações de primeiro-ministro pelo anterior presidente ou a contestação do resultado eleitoral obtido em 2019, são alguns fatos que ilustram o cenário político. O regime político é o

⁷⁹ PAIGC - Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde, criado em 19 de setembro de 1956, em Bissau, capital da então colônia da Guiné Portuguesa. Esse partido, inicialmente constituído por seis jovens (Amílcar Cabral, Luís Cabral, Elisée Turpin, Aristides Pereira, Fernando Fortes e Júlio Almeida) como movimento de libertação, foi criado com a finalidade de dar resposta à precária situação sociopolítica e económica dos guineenses gerada por um regime político fundamentalmente opressivo e que se tinha deteriorado nas últimas décadas da colonização portuguesa, ver GOMES, Patrícia Godinho. Os fundamentos de uma nova sociedade: o PAIGC e a luta armada na Guiné-Bissau (1963-1973). Torino: L'Harmattan Italia, 2010. p.35. Sobre o mesmo tema ver também CHABAL, Patrick. Amílcar Cabral: revolutionary leadership and people's war. Cambridge: Cambridge University Press, 1983; LOPES, Carlos. Special issue on Amílcar Cabral. African identities. London, Routledge, n. 1, v. 6, 2006; SOARES, Julião Sousa. Amílcar Cabral, vida e obra de um revolucionário. Lisboa: Vega, 2011.

⁸⁰ Existem entre 27 e 40 grupos étnicos, segundo os censos de 2009, as etnias com maior expressão na Guiné-Bissau, são: a Fula (28,5%), que vive essencialmente no leste do país – Gabú e Bafatá, seguida da etnia Balanta (22,5% da população) que se encontra principalmente nas regiões sul (Catió) e norte (Oio), a Mandinga com 14,7%, no norte do país, a Papel com 9,1% e a Manjaca com 8,3%. Com expressão mais reduzida encontramos ainda as etnias Beafada (3,5%), Mancanha (3,1%), Bijagó (como o próprio nome indica vive no Arquipélago dos Bijagós e representa 2,15% da população total), Felupe com 1,7%, Mansoanca (1,4%) ou Balanta Mane com 1%. As etnias Nalu, Saracole e Sosso representam menos de 1% da população guineense e 2,2% assumem não pertencer a qualquer etnia. Ver Guia Turístico À descoberta da Guiné-Bissau de BENZINHO & ROSA, 2018, estudo conduzido pela ONGD Afectos com Letras. Disponível em <https://afectoscomletras.blogspot.com/>

⁸¹ Em março de 2021, quando viajava à Ilha de Bubaque, tive a grata satisfação de conhecer o Frei Luigi. Autor do dicionário guineense, ao falarmos sobre o ensino do *kriol* e a sistematização da escrita e da gramática, ele me disse algo importante: *a Guiné precisa assumir a língua mãe. Uma Pátria sem mãe é órfã.*

semipresidencialismo e, na história guineense, a instabilidade governativa é uma constante desde 1994.

É inegável que, ao longo de quase cinco décadas de independência, o país ainda tem se confrontado com os entraves para a boa governação democrática. A crise é ainda alimentada por disputas políticas persistentes, resultantes da consolidação desigual e desproporcional do sistema político e de diferentes interpretações constitucionais (PNUD, 2022 p. 6).

As últimas eleições decorreram em 2019, sendo a presidência disputada entre o candidato Umaro Sissoco Embaló, do Movimento para a Alternância Democrática (MADEM-G15) e Domingos Simões Pereira, líder do Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC). A União Africana e a CEDEAO denunciaram uma tentativa de tomada do poder pelos militares em fevereiro de 2022. O governo se mantém em atividade; apesar de algumas intercorrências, o mandato presidencial está em curso, entretanto, a Assembleia Nacional Popular foi dissolvida em 18 de maio de 2022. As novas eleições legislativas decorreram em 4 de junho de 2023, e a cerimônia de empossamento em 27 de julho de 2023⁸², tendo a campanha eleitoral iniciada em 13 de maio, e marcada por propostas políticas pouco concretas, apresentadas pelos partidos para o entendimento da população. Recentemente (dezembro 2023), mais uma crise foi anunciada e a ameaça de dissolução da Assembleia Nacional Popular (ANP) foi posta em curso.

Amílcar Cabral fez a crítica sobre a Educação portuguesa, que depreciou a cultura e a civilização do povo africano. Nas escolas, as línguas africanas foram proibidas nas escolas, no regime colonial. A apresentação do homem branco como um ser superior e o africano como um inferior gerou nas crianças um complexo de inferioridade, ao entrarem na escola primária, de modo que aprendem a temer o homem branco e a terem vergonha de serem africanos. A geografia, a história e a cultura da África não são mencionadas, ou são adulteradas, e a criança é obrigada a estudar a geografia e a história portuguesa (Varela 2011, p. 10-11).

O crioulo guineense é, assim, fruto de miscigenação; portanto, um bem cultural híbrido, uma língua composta de elementos de várias outras; um mestiço impelido a ficar, a permanecer, num processo dinâmico a que obedecem as línguas vivas, talhado, no caso, por realidades linguístico-culturais – africana e guineense – e enriquecido também por aquele idioma que

⁸² Domingos Simões Pereira, líder do PAIGC e coordenador da Plataforma da Aliança Inclusiva – Terra Ranka, coligação liderada pelo Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC), com a maioria com 54 assentos, foi eleito presidente do Parlamento guineense, na primeira sessão da 11ª legislatura, com 89 votos a favor e três abstenções, entre 92 votantes. Para o cargo de primeiro vice-presidente da ANP foi escolhido Fernando Dias, líder do Partido de Renovação Social, e para o cargo de segunda vice-presidente Adja Satu Camará, do Movimento para a Alternância Democrática (MADEM-G15).

contribuiu efetivamente para sua composição e o viu desenvolver-se – o português. É nessa língua, o crioulo ou o guineense, que se vai encontrar a expressão de uma das manifestações culturais mais peculiares da Guiné-Bissau: as cantigas de *mandjuandadi*⁸³ – uma das peças da tradição oral guineense (Semedo, 2010, p. 94).

Do ponto de vista da diversidade religiosa, há uma gama de religiões étnicas e animistas com praticantes que representam 44,9%, enquanto praticam a religião Islâmica (sunitas) 41,9% da população, Cristianismo 11,9%, e outras (incluindo ateus) 1,3% (Benzinho & Rosa, 2018, p.20).

Na Guiné-Bissau antes da chegada do cristianismo e do islamismo prevalecia a religião tradicional - animista, no entanto, este quadro tem vindo a sofrer alterações, identificando-se hoje em dia como sendo etnias animistas os Balantas, os Manjacos, os Papel, os Mancanha, os Bijagós e os Felupes (Pereira, 2015, p.99)

A Guiné-Bissau também faz parte dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (SIDS)⁸⁴.

3.2 A mulher no centro dos indicadores oficiais: desafios e vulnerabilidades escancaradas

As mulheres precisam de mais posições de poder, como uma questão de justiça e para definir novas agendas transformadoras centradas em sua igualdade e em seus direitos. (UNFPA, 2020)

⁸³ As *mandjuandadi*, embora conhecidas pelas suas atividades lúdicas, desempenham uma função menos conhecida enquanto grupo de solidariedade social de base. O fato de se tratar de formas de associação tradicionais, que se estendem por toda a idade adulta dos seus membros, permite-lhes ter uma continuidade e uma capacidade de intervenção que suplanta a das associações locais, incentivadas pelas ONG, que mencionámos anteriormente. Note-se que as *mandjuandadi* não funcionam como grupos de microcrédito, ao contrário de algumas associações referidas. Contudo, a sua abrangência em termos de associados nas prassas urbanas, a sua visibilidade e o apoio que dão em situações de crise de vida dos seus membros, permite-lhes assumir o papel de mutualidades populares vocacionadas para o apoio às famílias, em particular nas necessidades derivadas de problemas de saúde. (Carvalho, 2013, p. 102).

⁸⁴ Os Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (SIDS) - também conhecidos como Estados do Grande Oceano - são alguns dos países mais vulneráveis do mundo. Os SIDS também são particularmente vulneráveis aos impactos das mudanças climáticas e aos desastres naturais, que podem se tornar mais frequentes e intensos no futuro. Embora o caminho UN SAMOA (SIDS Accelerated Modalities Of Action) destaque a importância da ciência e tecnologia para esses países, as instituições científicas nos países SIDS geralmente têm capacidade limitada. Disponível em: <https://council.science/pt/what-we-do/our-work-at-the-un/small-island-developing-states/>. Consulta realizada em 28 de agosto de 2023, às 8h00.

3.3 A mulher: *firkdja* da sociedade guineense

Quem é a mulher? Na Guiné-Bissau me deparei com a expressão que define a mulher tal como um pilar de sustentação: *firkdja*, ou seja, aquela que sustenta a família, a sociedade. Em muitos contextos e culturas há expressões que adjetivam a mulher, de acordo com as representações e os múltiplos papéis sociais que desempenham.

Nesta seção intenciono reconhecer as mulheres e dar luz sobre a sua participação, inclusão ou exclusão no período gravídico-puerperal. Pretendo ainda trazer um diálogo sobre a dimensão do cuidado na representação das formas e daqueles que, com base na medicina baseada em evidência, atuam para a promoção do bem-estar e da saúde materno-infantis, quer sejam homens ou mulheres que operam como enfermeiras, parteiras, educadoras perinatais, parteiras tradicionais, médicas, investigadoras.

Sob esse viés, pretendo evitar uma definição de mulher generalista e pré-definida. Portanto, busco integrar reflexões sobre um feminismo civilizatório (Vergès, 2020), que vem ao longo dos séculos inscrevendo nos corpos e representações sociais das mulheres os efeitos do colonialismo, que, por consequência, desautoriza ou limita a expressão das vozes das mulheres. Em contraponto, os feminismos decoloniais são postos em debate, e, como afirma Françoise Vergès (2020, p. 35), “contribuem na luta travada durante séculos por parte da humanidade para afirmar seu direito à existência”.

Destarte, Catarina Martins (2016) desafia, ao questionar os olhares do Norte sobre a noção universalizada da categoria “Mulher”, e elucida:

O olhar do Norte não incide sobre mulheres com as suas experiências diversificadas em contextos muito heterogêneos e singulares, mas primordialmente como uma visão das “Mulheres dos Outros”, ou seja, mulheres aprisionadas pela cultura a que pertencem e que se impõe sobre elas de um modo invariavelmente mais determinante e coercivo do que acontece no Norte, através da opressão masculina entendida como marca própria dessa cultura. Estas não são reconhecidas como sujeito num quadro de representações que preserva características de discursos coloniais. Pelo contrário, as “mulheres dos Outros” são necessariamente apresentadas como vítimas – dos respetivos homens – o que torna a ação redentora do Ocidente num imperativo ético. A invisibilização de que as “mulheres dos Outros” são vítimas, mesmo no olhar bem-intencionado e solidário de muitas mulheres do Norte, resulta de, no seu lugar, está uma representação profundamente sumária: ficções como a “Mulher Asiática”, a “Mulher Latino-Americana”, a “Mulher Muçulmana”, a “Mulher Africana”, sobrepõem-se e amputam as mulheres reais pela redução a uma espécie de máximo denominador comum metonímico que facilita a sua identificação no Ocidente (Martins, 2016, p. 253).

Dando um salto histórico, antes da colonização, mulheres como Rainha Nzinga, em Angola⁸⁵, e Okinka Pampa⁸⁶, na Guiné-Bissau, ocupavam lugares onde exerciam o poder e a tomada de decisão. Ainda em sociedades tradicionais, as mulheres não estavam em desvantagem em comparação aos homens. Essa concepção pode ter emergido como resultado do poder colonial, por meio de doutrinas religiosas, tal como islamismo, e na ideologia cristã (Acholonu, 1995).

Segundo a socióloga moçambicana Isabel Casimiro (2004, p. 49), as discussões à volta do feminismo e do movimento de mulheres em África situam-se com base em quatro frentes:

- a) do movimento endógeno de mulheres que teria caracterizado grande parte das sociedades africanas;
- b) da resistência anticolonial;
- c) como produto direto do movimento de libertação nacional, que criou espaços para as mulheres transformarem as posições anteriormente defendidas sobre a mulher na sociedade, nos seus papéis de mãe, esposa e filha subserviente e obediente;
- d) e como resultado do grupo de mulheres profissionais e educadas nas universidades, tanto em África, como no estrangeiro, mulheres independentes do ponto de vista económico e que gradualmente foram adquirindo visibilidade pela sua participação em organizações de diversos tipos.

No contexto pós-independência, Casimiro (2014) destaca que os países africanos começaram a ser dominados pela pequena burguesia, ditadura de partido único, acumulação de bens e capitais e ausência de democracia social. Em suma, as sequelas coloniais e os consequentes desafios postos frente às mulheres africanas, como elementos condicionantes para sua emancipação, libertação, resistência e exercício de sua cidadania, diferem, em relação àqueles enfrentados pelas mulheres no mundo ocidental.

Nesse sentido,

A trajetória dos feminismos africanos é marcada pela diversidade de experiências e vivências que, embora possam ser mapeadas por meio dos eventos políticos situados antes, durante e depois da colonização, mantém as particularidades de cada povo e sociedade no continente. Apesar dessa pluralidade de perspectivas, os debates feministas na África compartilham não só agendas políticas comuns, como também epistemologias e pontos de vista semelhantes, que encontram na ressignificação da agência da mulher africana o passo primordial para a construção das lutas feministas

⁸⁵ Nzinga a Mbande, rainha do Ndongo e do Matamba, símbolo da resistência ao colonialismo português. Ver: <https://www.gov.br/palmares/pt-br/assuntos/noticias/nzinga-mbandi-2013-a-rainha-guerreira>

⁸⁶ Ver: Almeida, Anílsa Lima. Participação das mulheres guineenses no processo de resistências contra o colonialismo português: O caso da rainha Okinka Pampa. 21 f. Projeto de pesquisa (Graduação) - Curso de Graduação em Humanidades. Instituto de Humanidades (IH), Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Acarape-CE, 2018.

no continente. Essa articulação epistemológica dialoga com as teorias políticas feministas que vêm sendo produzidas não só nos países do Norte Global, como também no Sul Global (Lenine & Alves, 2022, p. 13).

E sob este prisma, de acordo com a acadêmica nigeriana Bibi Bakare⁸⁷, quando sustenta em seu livro *Fenomenologia da Existência Feminina Africana* a necessidade de evitar definir, [...] “a mulher Africana” em termos de uma identidade unitária e limitada, um intervalo de elementos precisa ser pormenorizado nas balizas de cada cultura. E só depois de passar por essas etapas iniciais de advertência que podemos começar um diálogo intercultural significativo entre mulheres africanas e, em seguida, eventualmente, estender isso para outros grupos culturais, a fim de criar intercâmbios produtivos e libertadores dentro de uma comunidade global (BAKARE, 2003, p. 15). Há generalizações sobre a representação da mulher, e como evidencia Santos (2017):

novas formas de olhar e análises menos redutoras acerca da vida das mulheres em contextos diversos precisam ser ativadas, que permitam identificar as relações de força subjacentes aos papéis de gênero e diferenciá-las de outras relações de subordinação configuradas a partir de um imaginário moderno-colonial [...] (Santos, 2017, p. 168).

Na Guiné-Bissau, embora o governo tenha assinado a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAWO)⁸⁸ em 1985, o que se observa, na atualidade, é que a instabilidade política ainda retarda a conquista das mulheres nos quadros de poder e de tomada de decisão, incidindo sobre as mudanças no campo da representatividade e da participação, o setor onde a dinâmica da vida associativa conheceu uma maior vitalidade durante a década de 90 foi o das associações de jovens e agrupamentos de mulheres (Handem, 2008).

No Estudo sobre a Sociedade Civil face ao processo de democratização e o desenvolvimento na Guiné-Bissau (1991-2011), o sociólogo Miguel de Barros indica que:

Nestes dois sectores (gênero e direitos humanos) nem existe uma política estruturada para a sua promoção e de apoio às OSC, apesar de algumas iniciativas nesse sentido, sobretudo por parte de alguns doadores multilaterais e entidades nacionais (Instituto da Mulher e Criança e Comissão Nacional dos Direitos Humanos). Daí que a questão do desenvolvimento das capacidades dos actores da Sociedade Civil, para além das capacidades de administração, e reforçar estruturas e organizações económicas e sociais da sociedade guineense, constitui-se hoje um dos principais desafios, com vista à coesão social e efectivação das diferentes intervenções (Barros, p. 79).

⁸⁷ Bibi Bakare é nigeriana e define-se como uma intelectual independente.

⁸⁸ Ver página Oficial do Comitê CEDAW: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw>

Em 2008 foi constituída em GB a Plataforma Política que visa incentivar a participação das mulheres na arena política. Além disso, o Escritório Integrado para a Consolidação da Paz das Nações Unidas na Guiné-Bissau (UNIOGBIS)⁸⁹, através de assuntos políticos, gênero e informação pública, tem criado oportunidades para que as guineenses participem efetivamente da tomada de decisões e desenvolvimento. Observa-se um crescimento dos mecanismos que promovem o empoderamento feminino. Contudo, a eficácia do discurso e das políticas de desenvolvimento é minada pela desigualdade de gênero, de modo que, muitos esforços em direção à participação social, de diversos setores precisam ser empreendidos.

No tocante à participação social, Casimiro (2010, p. 15-16) destaca que:

[...] a participação das mulheres em associações por si organizadas permite-lhes adquirir não apenas recursos materiais – terra, trabalho e capital – mas também recursos políticos ou sociais acedendo aos mecanismos que lhes assegurem a continuidade do acesso aos recursos.

A organização e participação das mulheres em coletivos são praticamente comuns em África e, principalmente na Costa Ocidental, como elucida a investigadora guineense Petit Mama Gomes:

As formas de organização social das mulheres são praticamente comuns em África e principalmente na costa ocidental, da qual a Guiné-Bissau faz parte. Refiro-me às práticas organizadas de mulheres atividades que são associadas, ou seja, organizadas em colaboração e de forma estruturada a partir das necessidades locais e dos vínculos tradicionais. Atualmente, estas formas estão relacionadas às mulheres “fazendo política”, ou seja, trata-se de formas existentes na Guiné-Bissau de se construir laços que mobilizam a sua participação ativa em associações em prol de interesses comuns (Gomes, 2019, p. 52).

Isabel Casimiro complementa esta ideia, ao demonstrar que as mulheres africanas, aliadas através movimentos em favor dos direitos, buscam alternativas fora do receituário tradicional:

(...) as mulheres têm sido exímias na sua capacidade de ‘costurar’ diferentes estratégias de resistência, em espaços para si desconhecidos, mas em que elas penetram através duma construção diferente de espaço, através de uma diferente linguagem, maneira de vestir, de cuidar da sua família, através de redes que vão engendrando, e em que se verifica uma miscigenação de culturas (Casimiro, 2014, p. 146).

Destaca-se que há debates feministas importantes em África acerca desses temas:

⁸⁹ Ver página Oficial: <https://uniogbis.unmissions.org/pt>

No caso da Guiné-Bissau, a maioria das mulheres, embora pratique o feminismo de várias formas - primeiramente através dos movimentos sociais de luta pelos direitos femininos, empreendedorismo e das lutas pela participação política -, elas não vislumbram um debate interno, no sentido de uma consciência feminista, tal como acontece no mundo ocidental e no contexto brasileiro, ou seja, as mulheres guineenses são feministas e praticam o feminismo sem saberem que o são. (Figueiredo & Gomes, p. 2016).

De um modo geral, as mulheres guineenses são provedoras e geradoras de sustento aos seus filhos. Essa força propulsora da produção das mulheres incide diretamente em favor da redução da pobreza e da discriminação que, por sua vez, incide em favor da equidade de gênero.

Na Guiné-Bissau, as mulheres recorrem a múltiplas estratégias adaptativas, como a agricultura, a costura e o comércio. Esses trabalhos às vezes começam com pequenos grupos na esfera doméstica, onde se plantam produtos alimentícios considerados básicos para uma alimentação diária nas suas comunidades (tais como hortaliças, legumes e verduras, arroz, milho, feijão, amendoim, etc.), na sequência, chegam às mesas de suas famílias, vizinhos, e no geral, até à esfera pública. A partir destes trabalhos desenvolvidos por essas mulheres há uma conquista de reconhecimento em suas famílias, na comunidade, no “setor” ou bairro; ou seja, as mulheres estão em maior número quando se pensa nos trabalhadores (Gomes, 2019, p.49).

As mulheres guineenses dominam o setor informal da economia do país. Atividades econômicas desenvolvidas por mulheres, em muitos casos, com significativa autonomia financeira e, consequente, poder de decisão, contribuem para o crescente debate de temas controversos, tais como as práticas nefastas que discutiremos a seguir.

Na experiência de mulheres guineenses o empoderamento se revela quando

[...] contrastam as decisões dos maridos, dizem "não" ao que julgam não se adequar às próprias exigências, chegando a se separarem, sem estarem submetidas às decisões das famílias. (Figueiredo & Gomes, 2016, p. 916).

Vemos neste exemplo, o processo de empoderamento, que se constitui como um mecanismo pelo qual indivíduos, organizações e comunidades assumem o ‘controle de seus próprios assuntos, de sua própria vida, de seu destino, tomam consciência de sua habilidade e competência para produzir, criar e gerir’ (Costa, 2009 citado por Silva, 2009, p. 22).

Compreende-se que a categoria gênero está entrelaçada nos sistemas simbólicos e culturais, materializada nos discursos, nas práticas e nas relações de poder e de violência (Scott, 1995).

3.4 Guiné em números

De acordo com projeção e dados do Banco Mundial (2023), a população bissau-guineense é constituída por 2,1 milhões de pessoas⁹⁰. No que se refere à organização administrativa, o país está dividido em oito regiões e um setor autónomo, a saber: Bafatá, Biombo, Bolama/Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara, Tombali e Setor Autónomo de Bissau, a capital do país. A análise de alguns dos indicadores oficiais de desenvolvimento confirma os diversos desafios enfrentados pela maior parte da população guineense no seu cotidiano. Observando o cenário socioeconômico, de acordo com o último relatório de desenvolvimento humano (IDH) do PNUD⁹¹, dos 191 países e territórios considerados, a República da Guiné-Bissau encontra-se na 177ª posição, com um índice médio (0,483), estando, portanto, entre os 33 países do mundo com baixo IDH. Quanto aos outros índices de desenvolvimento humano⁹², no tocante ao de gênero, o índice é de 0,867, o de desigualdade de gênero é de 0,627, e o índice de pobreza multidimensional está em 0,341.

Atualmente, a expectativa de vida ao nascer no país é de 59,7 anos de idade. No tocante à pobreza, o limiar encontra-se em 47.7%, a profundidade da pobreza está em 13.7%, e a pobreza severa em 5,35% (IDH, PNUD, 2022). O PIB de 2022⁹³ é de 2 bilhões USD, índice Gini (2018)⁹⁴ de 34,8%, e o índice de Estados frágeis⁹⁵ (2023) em 89,9 de 120. O desemprego juvenil é de 50%⁹⁶. Os jovens de 0-34 anos constituem 80% da população⁹⁷, e a taxa de alfabetização⁹⁸ de adultos é de 53%.

⁹⁰BANCO MUNDIAL. (2023). Sub-Saharan Africa Macro Poverty Outlook. Disponível em: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/bae48ff2f2fec5a869546775bf010735-0500062021/related/mpo-ssa.pdf>.
[https://data.worldbank.org/indicator/ SE.ADT.LITR.ZS?locations=GW-DK&view=chart](https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS?locations=GW-DK&view=chart)

⁹¹ O Relatório do Desenvolvimento Humano de 2021/2022 *Tempos incertos, vidas instáveis - Construir o futuro num mundo em transformação*, é o mais recente de uma série de Relatórios do Desenvolvimento Humano Globais publicados pelo PNUD desde 1990, como uma análise independente e intelectual e empiricamente fundamentadas principais questões, tendências e políticas do desenvolvimento. Disponível em <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22overviewpt1pdf.pdf>. Consulta realizada em 30 de março de 2023 pelas 9h9min

⁹² PNUD. (2022). Human Development Report 2021/2022. https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf.

⁹³ BANCO MUNDIAL. (2023). Sub-Saharan Africa Macro Poverty Outlook. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/bae48ff2f2fec5a869546775b3f010735-0500062021/related/mpo-ssa.pdf>.

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ FRAGILE STATED INDEX FFP. (2023). Country Dashboard. <https://fragilestatesindex.org/country-data/>.

⁹⁶ BANCO MUNDIAL. (2023). Sub-Saharan Africa Macro Poverty Outlook. <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/bae48ff2f2fec5a869546775b3f010735-0500062021/related/mpo-ssa.pdf>.

⁹⁷ IOM. Guiné-Bissau. <https://rodakar.iom.int/guinea-bissau>.

⁹⁸ População com 15 anos ou mais. BANCO MUNDIAL (2022). Taxa de alfabetização, total de adultos (% de pessoas com 15 ou mais) Guiné-Bissau.

Este cenário de carência é particularmente penoso para as mulheres que, na sociedade guineense, assumem a responsabilidade das atividades de produção e reprodução. As diferenças são mais evidentes quando comparamos a situação da capital com a do interior (Carvalho, 2013, p. 84).

Foi durante o período colonial na GB que mulheres como Titina Sila lutaram lado a lado de homens, pela liberdade e independência nacional. Amílcar Cabral, enquanto líder, enfatizava o papel central da mulher no processo de revolução e reconstrução nacional. O ativista afirmou que, a partir da história de vida de mulheres, como Teodora Inácia Gomes, constata-se a importância das mulheres no processo mais amplo de libertação, e que toda mudança social deva incluir este entendimento (Gomes, 2015 p. 9).

Entretanto, após a independência, a socióloga moçambicana Isabel Casimiro (2014) considera que os países africanos começaram a ser dominados pela pequena burguesia, ditadura de partido único, acumulação de bens e capitais e ausência de democracia social.

A história, portanto, revela que nos anos que se seguiram à independência da Guiné-Bissau, os objetivos da luta nos campos da saúde e da educação não prosseguiram, de modo que nas posições de tomada de decisão e na esfera política, as mulheres foram postas em locais de subordinação social e vulnerabilidade (Gomes, 2013).⁹⁹

Sempre quando falo em mulher guineense opto pelo termo no plural, mulheres guineenses, são tão diversas, carregam consigo diferentes formas de pensar, agir e sentir que estão associadas aos diferentes processos de socialização, de vivências, de localização. Mulheres que carregam o fardo de normas sociais e culturais bastante rígidas e que penalizam as mulheres muito mais que os homens. Mulheres inteligentes, esforçadas, resilientes, mas ao mesmo tempo sofridas, oprimidas, com pouca liberdade para viver suas escolhas, dispor do seu corpo, da sua sexualidade, uma vez que este é entendido como esfera de domínio de outrem (família, marido, namorado). Certo é que as mulheres guineenses vivenciam formas limitadas de autonomia e poder de decisão sobre suas próprias vidas. Exemplo disso é o fato de nas comunidades rurais muitas mulheres não poderem ter um telefone, não poderem falar ou se comunicar com homens que não sejam os do seu círculo familiar. (MB.)

Na investigação de Maria Natalia Pereira, em sua tese sobre Cosmovisão e Biomedicina na Guiné, em consonância com a dimensão da saúde:

⁹⁹Ver: Na senda da luta pela paz e igualdade: o contributo das mulheres guineenses (2013) de Patricia Gomes Coutinho. Disponível em <https://www.buala.org/pt/mukanda/na-senda-da-luta-pela-paz-e-igualdade-o-contributo-das-mulheres-guineenses> . Acessado em 26 de abril de 2020.

[...] é notória a desigualdade de géneros, expressa pelos elevados índices que afetam particularmente as mulheres. A Guiné-Bissau dificilmente conseguirá atingir os níveis de qualidade de saúde definidos pelas Nações Unidas em 2000, os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) (Millenium Development Goals, MDGs), uma vez que o melhoramento do sistema de saúde continua com grandes dificuldades relacionadas com recursos humanos, financiamentos, estabilidade governativa, falta de infraestruturas e de meios que permitam uma cobertura a nível nacional da saúde pública. A falta de água potável, de condições de higiene e sanitárias, como esgotos e casas de banho, a falta e deficiente rede de estradas e de meios de transportes, a falta de eletricidade e o baixo nível de escolaridade, influem para que as doenças não diminuam, assim como a mortalidade se mantenha com níveis elevados. (Pereira, 2015, p. 35).

3.5 Os ODS. 3 e 5 na Guiné-Bissau: uma análise atual dos desafios e avanços

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da ONU, enquanto um plano de ação, definiu 17 ambiciosas metas e 169 objetivos com foco na prosperidade, na paz, no respeito aos direitos, na igualdade de gênero e na resiliência das populações. Esta Agenda foi adotada por 193 países, em setembro de 2015, dentre os quais a signatária República da Guiné-Bissau.

A ONU estima até 2030 reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; porém na RGB, a mortalidade materna (ODS 3.1) ainda está em 667 por 100 mil nascidos vivos. A gravidez na adolescência (ODS 3.7) em 87.5%, sendo um fator de risco para as *badjudas* (meninas).

A RGB apresenta uma das maiores taxas mundiais de mortalidade materna e infantil, ocupando o sexto lugar de um índice em que o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)¹⁰⁰, que analisou a situação de 186 países, em 2016. O relatório assinalou que na África Subsaariana se encontram os oito dos dez lugares mais inseguros para se nascer no mundo, em razão da pobreza, dos conflitos e da fragilidade institucional dos serviços e dos equipamentos públicos, o que torna a probabilidade de assistência a mulheres durante o parto menos provável e segura. A cada 26 nascimentos, uma criança morre na Guiné-Bissau, o que representa 38,2 mortes por cada mil nascidos vivos. Este desafio é ainda assinalado pela Secção

¹⁰⁰ Ver Relatório "Para Cada Criança, Vida". Todos os anos, 2,6 milhões de crianças morrem antes de completar um mês, sobretudo nos países mais pobres do mundo, números considerados pela UNICEF "assustadoramente elevados". Guiné-Bissau é o pior país lusófono neste ranking, na taxa de mortalidade neonatal, ocupando o sexto lugar de um índice em que o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) analisou a situação em 2016 em 186 países. No polo oposto figura Portugal (168.ª posição), o que equivale ao 17.º melhor índice, tabela em que o Japão continua a ser considerado o país com menor taxa de mortalidade infantil, com 0,9 mortos por cada mil nados vivos, o que é equivalente a uma morte por cada 1.111 nascimentos.

de Direitos Humanos (UNIOGBIS-SDH) – que, em 2017, no relatório sobre o direito à saúde na Guiné-Bissau⁸, revelou que a ausência de profissionais da saúde qualificados se configura como um desafio na saúde pública.

No âmbito desta investigação, interessa-nos analisar os progressos frente aos objetivos concernentes à Saúde e à Igualdade de gênero, definidas pelos ODS 3 e 5, respectivamente, e ainda, identificar dados do contexto, divulgados em documentos oficiais e através das auscultações de mulheres-informantes guineenses ou residentes na Guiné-Bissau.

ODS 3. Saúde e Bem-estar¹⁰¹

O terceiro objetivo do desenvolvimento sustentável visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades.

- ***Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (3.1).***

No âmbito dos países que integram a CPLP, a RGB ocupava em 2017 o primeiro lugar com a maior taxa de mortalidade neonatal. Infelizmente a RGB permanece na primeira posição dos países da CPLP, pois ainda ocorrem 725 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Em segundo lugar aparece Angola, com 222 mortes, seguida por Timor-Leste, que registra 204 óbitos. Em Moçambique, a mortalidade é de 127, São Tomé e Príncipe registra 146 óbitos, e o Brasil concentra 72 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Estes dados estão disponíveis no Relatório da UNFPA sobre a Situação da População Mundial 2022 - *Vendo o invisível: em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional*¹⁰².

A Guiné-Bissau, um dos seis países da região ocidental africana a ter reduzido a mortalidade materna para quase metade à taxa de 40-47%, entretanto, há ainda um desafio de superar a elevadíssima taxa de mortalidade, de acordo com o estudo *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*¹⁰³

¹⁰¹ Ver: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

¹⁰² Relatório Situação da População Mundial 2022 Vendo o invisível: em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional. Disponível em: <https://brasil.unfpa.org/pt-br/publications/situacao-da-populacao-mundial-2022>. Consulta realizada em 25 de abril de 2023.

¹⁰³ O relatório foi produzido pela OMS em nome do Grupo Inter-Agências de Estimativa da Mortalidade Materna das Nações Unidas, composto pela OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo do Banco Mundial e Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. O grupo utiliza os dados nacionais para estimar os níveis e tendências da mortalidade materna de 2000-2020. Os dados desta nova publicação substituem

Na tentativa de não se tornar mais um número de óbito registado, buscando fugir da desgraça da morte materna ou das complicações decorrentes do parto e dos primeiros meses de vida do bebê, algumas mulheres que dispõem de recursos econômicos e/ou suporte familiar, migram temporariamente para outros países.

Três entrevistadas revelam explicitamente que saíram do país no momento do parto:

Eu sou uma delas [que saiu do país]. Porque não há condições no país para um parto 90 ou 100 por cento seguro. Os nossos hospitais não têm materiais para tratar, por exemplo, um caso de hemorragia pós-parto. Os partos por cesariana continuam a carecer de um tratamento eficaz. Apesar de alguns investimentos, o setor da saúde reprodutiva está aquém. Faltam especialistas e, muitas das vezes, o atendimento dos profissionais de saúde não é salutar. (MB)

Eu fui uma delas. Para a maioria [de nós] tem a ver com a falta de segurança do sistema nacional de saúde (MB)

Por causa da falta de condição nos hospitais e pelas várias histórias de erros médicos que custava a vida da mãe ou da criança. Eu sou exemplo desta situação, os meus filhos todos nasceram em Portugal, porque o meu marido não confia no sistema de saúde, não aceitava a ideia de os filhos nascerem aqui. (MB)

Outras mulheres validam a decisão de suas pares:

Meramente por questões de acesso às melhores oportunidades de saúde. Parir na Guiné-Bissau é um risco altamente elevado. Os hospitais não têm condições, morre-se por coisas simples e evitáveis (MB)

Porque a chance de complicações e eventual morte dando à luz no país é muito alta (MB)

As mortes materna e infantil, em sua grande maioria, podem e devem ser evitadas, com as necessidades satisfeitas de planejamento familiar, promoção e resiliência, oportunidades socioeconômicas e mecanismos de empoderamento das mulheres e das jovens.

Uma amiga viajou para o Brasil e na 'bagagem' a esperança de ter um parto seguro! Viajou com dois filhos e, no ventre, a terceira, que nascerá em meados de janeiro. Ela viajou para dar à luz em segurança numa maternidade pública e referenciada no campo da humanização do parto e do nascimento. Assim como ela, muitas mulheres guineenses ou expatriadas desenham a mesma rota. Querem um lugar seguro para parir. Tenho conhecido inúmeras e histórias. Diário, 2 de outubro e 2021.

todas as estimativas anteriores publicadas pela OMS e pelo Grupo Interagências para a Estimativa da Mortalidade Materna das Nações Unidas. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
Consulta realizada em 25 de abril de 2023.

Morrer de morte evitável, durante a gravidez e/ou parto, pode ser uma realidade para muitas guineenses.

Fiquei grávida do meu segundo filho em 2015, ao 5º mês, comecei a ter crises que me levam a quebra de tensão brusca e repentina e aos desmaios sem explicação. A minha situação foi analisada por uma comissão de melhores médicos ginecólogos- obstetras e cardiólogos do país, mas sem sucesso. Já em Portugal, depois de uma bateria de exames, desde sangue urina, rins, coração etc, veio-se a descobrir através do endoscopia, que tinha contraído bactéria H. Pylori no estômago. tive que fazer 7 dias de antibióticos forte e 6 meses de uns mais leves, até repetir o exame de endoscopia que não se faz aqui na Guiné. Se tivesse ficado cá, poderia por em risco a minha vida e a do meu bebé, os próprios médicos me aconselharam a seguir para Portugal, que eles não conseguiam perceber o que se passava comigo. (MB)

Então, creio que muitas mulheres correm risco de abortos que poderiam ser evitados, de cesáreas desnecessárias, de mortalidade materna e infantil. (MB)

As mortes podem ser evitadas, dado que, em geral, as causas permanecem entre as hemorragias graves, tensão arterial elevada, infeções relacionadas à gravidez, complicações do aborto inseguro, e condições subjacentes que podem ser agravadas pela gravidez (tais como VIH/SIDA e malária).

A mortalidade materna é ainda uma das mais elevadas do mundo e as nossas mulheres sofrem, são hospitalizadas e morrem em geral por causas relacionadas com a sexualidade, reprodução, gravidez, cancro da mama e do colo do útero. Igualmente, embora se tenha observado algumas melhoras, as mortalidades infantil, juvenil e neonatal continuam ainda muito elevadas. A desnutrição crónica, o baixo peso à nascença, a prematuridade, infeções respiratórias agudas, paludismo, parasitoses intestinais e vesicais e doenças diarreicas, entre outras, continuam a afetar as nossas crianças, levando muitas delas à morte (Barros et al., 2018, p. 49)

As doenças oriundas da pobreza constituem-se grandes facilitadores da morte materna e infantil; a pobreza potencializa o risco de vida para as mulheres grávidas, portanto, as desigualdades sociais relacionadas com educação, raça ou etnia, trabalho e renda, ampliam as vulnerabilidades das mulheres marginalizadas, que são negligenciadas pelos cuidados maternos essenciais.

Acabo de saber que quadrigémeos nascidos em Bafatá foram removidos para o Hospital Nacional Simão Mendes e com poucas horas, vieram a óbito! Entre as conversas com colegas e as notícias compartilhadas pelas meios de comunicação, soube-se que faltou incubadora, faltou cuidado médico para assistir às necessidades dos bebês. Houve um silêncio absoluto das autoridades responsáveis. A diretoria não quis se pronunciar. Estou consternada. Diário, 28 de julho de 2021.

- ***Acabar com a mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (3.2)***

Ser criança na Guiné-Bissau pode ser um grande fator de vulnerabilidade. A mortalidade infantil é uma constante. Nas vozes das entrevistadas, revelações do quanto é desafiador ser criança neste país.

Hoje recebi um telefonema do meu colega. Morreu o bebé, recém-nascido, seu filho. A companheira deu à luz ontem, numa clínica privada. O bebé nasceu e horas depois, morreu. A causa-morte? Ninguém explicou! Na semana retrasada o bebé de outro colega também faleceu. Este já estava em casa, sendo amado pelos pais. Era recém-nascido. Morreu no berço. Morte súbita. A causa, destrinchada, não se sabe. Que cenário. Quanta dor. Triste! Diário, 20 de novembro de 2021.

O risco de vida das crianças é uma realidade, como revelam as entrevistadas:

A criança antes dos 6 anos é o ser mais frágil, que não tem dia de morrer por coisinha do nada. Digo, eu fui mãe por 2 vezes. A minha filha mais velha tem 8 anos e o meu filho, o mais novo, já tem 6 anos. O meu maior desejo durante todo esse tempo era que os dois chegassem aos 6 anos e saíssem desse quadro horroroso. Toda a mãe com crianças menores de 6 anos, na Guiné-Bissau, vive com o coração nas mãos; vive cheia de medo, de incertezas, de esmorecimento. (MB)

Infância é um desafio carregado de perigos de várias ordens (paludismo, paralisia infantil provocado por poliomielite, desnutrição, diarreia e meningite). (MB)

Há poucos hospitais, poucos com uma infraestrutura adequada para as mínimas emergências. Não se faz todos os exames de sangue mínimos necessários para saber se está tudo certo durante a gestação. (MB)

Todos os anos um colega de trabalho viaja com a esposa e a filha para Portugal durante as férias de verão na Europa e as escolares em Bissau. O principal motivo é levar a filha, uma menina de 5 anos, para consultas e seguimento médico. É um cuidado com a saúde da menina que está na primeira infância. Diário, 8 de agosto de 2021

O Plano de Acção para Cada Recém-Nascido na Guiné-Bissau (GB-ENAP) - Um plano para Acabar com Mortes Evitáveis dos Recém-Nascidos na Guiné-Bissau (2017-2021)¹⁰⁴, o documento resume o qual tivemos acesso, justifica:

¹⁰⁴ Plano de Acção para Cada Recém-Nascido na Guiné-Bissau (GB-ENAP) - Um plano para Acabar com Mortes

O sistema de saúde na Guiné-Bissau mostra grandes assimetrias; devido a muitas das instalações danificadas durante a guerra civil e a constante instabilidade política e institucional que dificulta a fase de desenvolvimento. À semelhança de outros sectores, o sistema de saúde também sofre e teve de atravessar várias transições. Enquanto o Ministério da Saúde está a tentar o seu melhor para melhorar as necessidades da população, a criação de um sistema de saúde equitativo, infelizmente, não foi superada. (s/n)

O Inquérito aos Indicadores Múltiplos, na Guiné-Bissau, revela que 27,6% das crianças com menos de cinco anos apresentam atraso no crescimento devido à desnutrição, e apenas 3% têm acesso à educação pré-escolar (MEPIR/UNICEF, 2014).

Geralmente as crianças nessa idade não tem os cuidados adequados com higiene e alimentação. As crianças nessa fase aqui na Guiné, são consideradas meio que sem o devido valor. O que sobra é dado a criança, a partir dos 5 anos pode começar a trabalhar. (MB)

Na Guiné Bissau ser mulher é um desafio mas também esse desafio é extensivo as crianças, num contexto de extrema vulnerabilidade econômica e pobreza extrema, de 0 a 6 anos é uma idade em atenção é muito virada as crianças, nomeadamente alimentação, em particular mas que é mais no sentido de não ter que passar fome mas sem uma orientação nutricional rigorosa, tem crianças que a partir de 2 anos, viram praticamente a rotina alimentar como a dos adultos (...) em função desta realidade tem muitas crianças mal nutridas no país, pois esta realidade tem uma relação muito forte com a não escolarização das crianças muito cedo, as vezes você vê muitas crianças com mais de 6 anos nem iniciou a primária, isto porque comer para sobreviver continua ser uma preocupação de muitas famílias. Segundo a OMS as crianças na Guiné-Bissau a idade de 0 a 5 anos correm enorme risco de morte. (MB)

No país ainda residem práticas comunitárias de rejeição a crianças com deficiência (rejeição que pode chegar à sua eliminação física), subtração destas crianças à vida comunitária, ausência de registo de nascimento, ausência de matrícula na escola, dificuldades no acesso físico à escola e inexistência de recursos pedagógicos específicos e ausência de políticas sistemáticas de apoio às escolas e à formação de professores¹⁰⁵. (UNICEF, 2023)

Acompanhei hoje alguns atendimentos no realizados no âmbito do projeto No Kume sabi. Dentre os atendimentos, conheci uma história de prevenção do infanticídio. A história parece de algum filme. Fugindo da família para que a filha não sofresse infanticídio, o pai saiu de casa para protegê-la numa outra localidade. A menina tem deficiência. Ela e o pai contam com apoio e guarnição das Irmãs Franciscanas de

Evitáveis dos Recém-Nascidos na Guiné-Bissau (2017-2021)

¹⁰⁵ Plano Estratégico Nacional de Educação Inclusiva 2022 - 2028. Disponível em: <https://www.unicef.org/guineabissau/pt/relatorios/plano-estrat%C3%A9gico-nacional-de-educa%C3%A7%C3%A3o-inclusiva-para-guin%C3%A9-bissau-2022-2028>. Consulta em 12 de maio de 2023.

Nossa Senhora Aparecida, gestoras do CRN e do No Kume sabi. Diário, 10 de janeiro de 2021.

Embora o infanticídio seja criminalizado e confrontado pelas ações de prevenção e salvaguarda das crianças por algumas ONGs internacionais, Missões religiosas, UNICEF e através das ONGs nacionais que fazem parte da FADPDGB (Federação das Associações de Defesa e Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência), o infanticídio ainda hoje é uma realidade sustentada no país, sobretudo, por crenças animistas, por conta de um conjunto de interpretações cosmológicas presentes dentro dos grupos animistas.

Crianças portadoras de Síndrome de Down, deficientes, com deformidades, pele pálida, olhos “estranhos”, fissura labiopalatal são vistas como sendo “filhos da serpente” ou “filhos do irã”. Estas crianças são levadas para o rio ou para o mar em oferenda à serpente conjuntamente com ovos e farinha, na expectativa de que se não forem filhos dela acabarão por sobreviver e podem então ser levadas para casa (Einarsdóttir, 2004 citado por Pereira, 2015, p.101).¹⁰⁶

Embora reconheça esforços no campo da atenção às crianças, uma das entrevistadas, reforça a questão da discriminação e da marginalização das crianças com deficiências

À primeira infância, as mães são mais dedicadas, assim como também os demais membros da família. Especialmente para as crianças que não tem nenhum tipo de deficiência, pois as crianças que sofrem de alguma deficiência são estigmatizadas desde muito cedo. (MB)

Embora estejamos a investigar um país geograficamente pequeno, distribuído em oito regiões e o Setor Autônomo de Bissau, há expressiva região insular e as condições de mobilidade quer seja em meio urbano, rural ou insular avulta a problemática. Estradas estão em condições precárias, algumas se encontram em obras; entretanto, uma boa parte intransitável durante a temporada das chuvas de maio–novembro. Barcos, canoas e botes são meios de transportes disponíveis, nem sempre regulares, nem sempre gratuitos.

Destaca uma das entrevistadas, brasileira, mãe de duas crianças guineenses:

Sim, acho que tudo pode se transformar em um risco. As estradas são ruins, logo a mulher pode chegar tarde para ser atendida em uma urgência. (MB)

¹⁰⁶ EINARSDÓTTIR, Jónína. Tired of Weeping: mother love, child death, and poverty in Guinea-Bissau. The University of Wisconsin Press, 2004 apud PEREIRA, Maria Natália Azevedo: Cosmovisão e Biomedicina na Guiné-Bissau. Leituras à Depressão; Junho de 2015 Lisboa

Deste modo, as populações que residem em *tabankas* nas ilhas, por exemplo, padecem ainda mais por estarem isoladas:

O que se verifica os centros de saúde situam -se a 40 km e com as estradas em más condições, por norma os centros de saúde devem estar localizados a 5 km de cada comunidade; dificuldades financeiras, daí que uma mulher não pode deslocar com frequência para a consultas pré-natal, e outra questão é a falta de pessoal técnico qualificado, assim como a falta de materiais e equipamentos (MB)

Como revela uma das entrevistadas:

Em 2018, uma mulher veio de Biombo depois de 6 horas de trabalho de parto. Foi recebida na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes internada no pré-parto. Depois de várias horas abandonada na sala por falta de dinheiro para fazer cesariana, a mãe recorreu a uma amiga da família por esta ser uma dirigente na altura. Mal chegou ao hospital e alterou a forma de tratamento, mas era tarde. Foi levada à sala fez-se a cesariana, logo depois da retirada do feto teve complicação, hemorragia, hipertensão e não resistiu. A criança ficou com a amiga da família. (MB)

- **Acabar com as epidemias de doenças graves e transmissíveis, aumentando o investimento em saúde e criar ações em prol da prevenção e promoção da saúde da população (3.3);**

Tive uma tia que ficou contaminada com o vírus VIH, durante o parto por cesariana onde lhe foi feita uma transfusão com o sangue contaminado. Acabou por falecer 1 ano depois. (MB)

- **Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (3.7).**

Durante a observação participante e diálogos não formais, identificamos que não existe no país busca-ativa para engajar as mulheres ao acompanhamento pré-natal.

Penso que o acesso a informações e produtos de saúde sexual e reprodutiva evoluiu bastante nos últimos anos. No entanto, ainda se circunscreve a centros urbanos e periurbanos. Nas tabancas, as mulheres e, sobretudo meninas, têm fraco acesso à informação e produtos. Além de que os produtos muitas vezes não são os mais adequados à pessoa. Ex: o dispositivo contracepcional Jadele é oferecido indiscriminadamente a todas às mulheres e meninas, mas às vezes as mulheres/meninas não se adaptam e são incentivadas a ficar com eles. (MB)

Muitas mulheres não fazem o pré-natal devidamente correto, muitas descobrem a gestação após os 3 meses. Na Guiné-Bissau tem poucos especialistas que possam

atender com qualidade e segurança. Os partos são realizados muitas vezes de forma precária, sem os materiais esterilizados, sem profissionais capacitados. E quando o parto é cesariano, é bem mais difícil, não temos anestesia; muitos aqui falam que são anestesistas após fazer apenas uma aula prática. E mesmo assim quase todo mês nas Ilhas do Arquipélago de Bijagós precisamos transferir gestante. Viajamos cinco horas de barco para fazer uma transfusão e para fazer partos cesarianos. (MB)

ODS 5. Igualdade de Género¹⁰⁷

O quinto ODS pretende alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.

Neste âmbito, inclui:

- ***Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos (5.2)***

De acordo com o INE (2023), analisando dados do MICS 6, em nível nacional, 36,4% das mulheres foram sujeitas à violência doméstica pelo marido/parceiro, em 2018. Essa percentagem é mais elevada no meio rural (38,8% contra 33% no meio urbano), fenômeno que se verifica mais nas mulheres sem nível de instrução (INE, 2023).

A maior parte das práticas identificadas, relacionadas à violência física, psicológica, sexual e econômica contra as mulheres, têm origem, sobretudo, na família, quer na original, quer na de acolhimento/casamento. Os principais agressores diretos são os maridos, namorados ou companheiros, ou ainda, os pais e família alargada e a família do marido, conforme a faixa etária (Roque, 2011, p. 3)

A violência física e psicológica são práticas constatadas. Em muitas escolas, por exemplo, as crianças recebem *sute (surra, punição física, palmatória)* como um mecanismo educativo, e isto é bastante normalizado, inclusive, aceito por muitas famílias.

Na Guiné-Bissau mais de 48% das crianças com menos de 14 anos sofrem violência psicológica, punição violenta e outros métodos de punição. As causas deste fenômeno vêm sendo atribuídas a fatores socioculturais: o castigo corporal, por exemplo, é aceito como meio de educar e disciplinar crianças. Os principais perpetradores são as mães/tutoras ou outros membros do seu agregado. (INE, 2023)

Na Guiné-Bissau, 75.8% das crianças de 1 a 14 anos sofrem violências por parte dos seus pais/tutores. O caso da violência contra as crianças tem verificado uma ligeira diminuição

¹⁰⁷ ibid

de 2014 a 2018 (82,4 e 75,8). Desde 2015, a violência contra crianças tem diminuído tanto entre meninas como rapazes. No entanto, as meninas continuam a ser as principais vítimas, embora a diferença é mínima. Em 2018, 76,2% meninas foram sujeitas a abuso de vários tipos, contra 75,4% dos rapazes. A nível regional, a violência contra as crianças é muito elevada em quase todas as regiões, com exceção de Bolama/Bijagós, que apresenta uma taxa menor (55,9%) em relação a outros que estão acima de 60% (INE, 2023).

- ***Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais femininas (5.3);***

Práticas tradicionais, com raízes em tradições sociais e culturais, incidem drasticamente sobre os direitos sexuais de meninas e mulheres pois revelam-se nefastas à saúde e proteção da vida. É evidente que práticas danosas impactam diretamente a vida e os direitos das meninas e mulheres guineenses, tais como: o casamento precoce, o casamento forçado e/ou arranjado, fanado|mutilação genital feminina (MGF), infanticídio e crianças 'irã'.

A maioria das mulheres guineenses foi vítima de mutilação genital feminina (MGF). Embora seja legalmente proibida, está a aumentar na Guiné-Bissau, posto que mais de 52% das mulheres e crianças foram vítimas dessa prática. A taxa em crianças de 0 a 14 anos é de 29,7% e nas pessoas de 15-49 anos é de 52,1% (MICS 2018) (INE, 2023).

Na verdade, mais de metade delas são circuncisadas, independentemente da faixa etária. No entanto, nos últimos anos, verificou-se um aumento da prevalência da circuncisão feminina (2014 e 2018) em todas as faixas etárias (45 e 52,1). Este aumento é bastante significativo entre as mulheres adultas do que entre as meninas (INE, 2023, p. 40).

Mais de 30% das guineenses menores de 18 anos estão casadas. Os casos de casamento precoce estão a diminuir no período de 2014 a 2018 (37,1% e 30% respectivamente). As meninas são as principais vítimas desta forma de violência (antes de 15 anos 8,1%, e antes de 18 anos 25,7%). Estes hábitos se verificam menos nos rapazes (antes de 15 anos 0,8% e antes de 18 anos 2, 2%). Como causa, o casamento infantil é uma fórmula que os pais adotam para salvaguardar a reputação da família, que pode ser posta em causa pelo início precoce da atividade sexual (INE, 2023, p. 36).

O casamento na adolescência ocorre em todo o país, porém, com consideráveis variações regionais. Bissau é a única região onde apenas um quarto das meninas adolescentes se casam antes dos 18 anos de idade. Em Bafatá e Gabú, as taxas são tão altas, quanto 52% e 67%, respectivamente. Aproximadamente 50,0% das garotas do meio rural e 21,0% dos

sectores urbanos se casam antes dos 18 anos de idade. Na região de Cacheu, a evolução de casamento precoce de meninas teve uma queda de 48,9% em 2010 para 35,6% em 2018 (INE, 2023, p. 37).

No tocante ao casamento forçado, este fenômeno afeta principalmente as mulheres. De 2014 a 2018, o número de casos de casamento forçado aumentou tanto para meninos como para meninas, e atingiu em, 2018, 8,1% para meninas contra 1% de meninos. Relativamente ao casamento forçado, houve um aumento na região de Cacheu, de 1,4% para 4,5%, em 2018 (INE, 2023, p. 37).

De acordo com o relatório do UNICEF¹⁰⁸, na Guiné-Bissau, a diferença de gênero nas taxas líquidas de matrícula na escola primária aumenta com a idade dos alunos. Na faixa etária de 10 a 11 anos, 25,7% das meninas estão fora da escola, contra 17,5% dos meninos. As meninas são mais propensas a abandonar a escola devido à gravidez precoce ou casamento (UNICEF, 2015).

É inegável que, quanto menor o nível de escolaridade, maiores serão as chances de violações de direitos, ou seja, ampliar-se-ão as vulnerabilidades das crianças, em especial, das meninas, e, sobretudo, das mais pobres, que poderão ser submetidas aos abusos físicos, psicológicos e sexuais, ao trabalho infantil, à mutilação genital, à gravidez na adolescência, ao casamento forçado e ao casamento precoce.

A dimensão da vulnerabilidade é apresentada por uma das entrevistadas que atua com SSR:

Na Guiné Bissau, maioria das crianças não (se) beneficiam dos seus direitos. Vê-se as crianças dos 6 anos sem registro de nascimento, fora da escola, a vender (bananas, amendoins, etc.), a pedir esmolas nas ruas, a trabalhar nas lavouras ou em casa (MB).

- ***Garantir a participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, econômica e pública (5.5)***

A quase exclusão das mulheres na composição do governo atual reforça alguns estereótipos de gênero; além disso, desestabiliza e fragiliza as parcas conquistas travadas pelas plataformas de direitos e pelo movimento de mulheres no país. Na Guiné-Bissau, a organização

¹⁰⁸ Situation Analysis of Children and Women. Guinea-Bissau- 2015. Disponível em <https://www.unicef.org/guineabissau/pt/media/696/file/An%C3%A1lise-da-situa%C3%A7%C3%A3o-de-crian%C3%A7as-e-mulheres-2015.pdf>. Consulta realizada em 1 de maio de 2023.

da esfera onde atuam os atores políticos ainda reflete a cultura de *matchundadi* e masculinização do poder¹⁰⁹.

O analfabetismo feminino é superior ao masculino. De acordo com os dados descritos no MICS6, a taxa de alfabetização em 2018 e 2019 registrou 45,6% para as mulheres e 56,5% para os homens, demonstrando assim, que cerca de metade da população é analfabeta. E, neste ciclo de invisibilidade, crescem as meninas mais pobres, com poucas ou quase nulas oportunidades sociais e educativas.

A Mulher guineense é o pilar da nossa sociedade. É a cara da paz, da unidade, da valentia, do amor e da solidariedade, ela é a força da economia informal, a dignidade da prassa bissau-guineense, mas também a sem voz, a discriminada e injustiçada, a relegada ao último plano, a violentada, a mãe que na maior parte das vezes se esquece de si à favor do filho, a que carrega todo o peso pesado e o fardo da Guiné-Bissau. (MB)

A mulher guineense, para mim, é aquela que por origem, naturalização ou vontade deseja ser guineense. É aquele ser social visto como frágil, mas ao mesmo tempo forte, resistente e resiliente, dependendo do contexto. Aquele ser apelidado de "guerreira, valente, incansável, altruísta, "sufridur" no sentido de resignação ". Aquele ser que assume a maior parte da responsabilidade social: reproduz, educa, forma o ser humano; que não tem de falhar com suas responsabilidades enquanto mãe ou dona de casa e enquanto uma excelente profissional. (MB)

A mulher guineense é a mulher que apesar de alguns progressos depende de terceiros para decidir sobre a sua vida. (MB)

- **Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão (5.6).**

Nesse setor carecemos de quase tudo, para não de dizer de tudo! Poucas mulheres têm mínima orientação sobre a saúde sexual e reprodutiva, a maioria de adolescentes e jovens começam a vida sexual muito cedo e sem conhecimentos nenhuns que lhes permitam prevenir-se das doenças sexualmente transmissíveis e igualmente da gravidez precoce que em muitos casos chega a pôr em risco a vida da mãe e do bebé. Isso sem falar da falta de infraestruturas sanitárias adequadas e de condições necessárias que permitam garantir um seguimento eficaz durante o pré e o pós- natal, das mulheres antes, durante e pós-parto, bem como das crianças precocemente. (MB)

¹⁰⁹ A não respeitada Lei da paridade foi aprovada pela Assembleia Nacional Popular (ANP) em 2018 e prevê uma participação mínima de 36% das mulheres nos lugares de tomada de decisão, a nível nacional.

Fica evidente que a saúde pública e o acesso aos serviços básicos e essenciais, sobretudo à saúde sexual e reprodutiva na Guiné-Bissau (GB), exige esforços governamentais e apoio dos organismos de cooperação para a oferta qualificada de serviços públicos de saúde e atenção. A gravidade que acomete o sistema de saúde pode ser vista em relatos que abalam, comovem e escandalizam. É indiscutível que a fragilidade do setor da saúde vulnerabiliza e castiga as mulheres e as populações mais pobres. Isto denota que as vidas pobres importam pouco ao Estado, fato este amplamente reconhecido.

Pobreza e desigualdade de renda causam impacto negativo na autonomia das mulheres. Nesse contexto, uma das entrevistadas ressalta que:

Muitas mulheres não fazem o pré-natal devidamente correto, muitas descobrem a gestação após os 3 meses. Na Guiné Bissau tem poucos especialistas que possam atender com qualidade e segurança. Os partos são realizados muitas vezes de forma precária, sem os materiais esterilizados, sem profissionais capacitados. E quando o parto é cesariano é bem mais difícil, não temos anestesista, muitos aqui falam que são anestesista após fazer apenas uma aula prática. E mesmo assim quase todo mês nas Ilhas do Arquipélago de Bijagós, precisamos transferir gestantes, viajante 5 horas de barco para fazer uma transfusão, e para fazer partos cesarianos. (MB)

Nota avaliativa

Na RGB, a implementação e a avaliação dos ODS têm sido suportadas por Parceiros em Tecnologia e Finanças (PFT), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, que adotou uma visão até 2025, com um Plano Nacional Desenvolvimento (2015-2025) e suas ferramentas de implementação.

O documento nomeado Exame Nacional Voluntário¹¹⁰, publicado em 2022, revela que o setor da saúde enfrenta grandes desafios, como a baixa despesa pública, a falta de recursos humanos qualificados e a falta de infraestruturas, uma vez que apenas 6,9% das receitas públicas são afetadas à saúde, enquanto o governo aspira a alcançar a meta de 15% estabelecida na Declaração de Abuja. A avaliação do progresso para os ODM tem sido limitada pela falta de dados, pela sua qualidade e pela ausência de um quadro institucional apropriado para o seu acompanhamento, bem como pela necessidade de desagregar os dados. Assim, por exemplo, a partir de dezembro de 2020, apenas 27,9% dos indicadores necessários para monitorizar os ODS numa perspectiva de gênero estavam disponíveis. Para assegurar a realização dos

¹¹⁰ Exame Nacional Voluntário das ODS na Guiné-Bissau. Disponível em: <https://guineabissau.un.org/pt/191425-revis%C3%A3o-nacional-volunt%C3%A1ria-sobre-os-progressos-e-desafios-da-implementa%C3%A7%C3%A3o-dos-ods-na-guin%C3%A9>

objetivos até 2030, é necessário desenvolver e melhorar a estratégia nacional para o desenvolvimento de estatísticas, bem como a captura e utilização de dados de novas formas, incluindo dados geoespaciais, grandes dados e dados gerados pelas cidadãs e pelos cidadãos.

3.6 Serviços institucionais e apoio social em prol da saúde da mulher e da criança

Na República da Guiné-Bissau, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) é referenciado como o documento sanitário nacional. O PNDS II (2008-2017) substituiu o PNDS I (executado entre os anos de 1998 e 2002, e revisado para o período de 2003-2007). Ambos passaram por processos de avaliação. Em 2017, foi concluído o processo de planeamento do novo PNDS III. Importa mencionar que a Política Nacional de Saúde foi legislada em 1993.

Convém lembrar que o PNDS reforça alguns dos principais obstáculos presentes na Guiné-Bissau no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, dentre os quais podemos mencionar: a carência no fornecimento de dispositivos contraceptivos; altas taxas de natalidade na adolescência; e o alto índice de mortalidade materna.

O PNDS¹¹¹, publicado em 2017, constitui-se como um documento estratégico da Sistema Nacional de Saúde da República da Guiné-Bissau. O PNDS reconhece a RGB como um dos países do mundo onde mais mulheres morrem por causas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, à MGF, à sexualidade, à gravidez e ao parto.

A fragilidade das estruturas e políticas públicas para o setor de saúde na Guiné-Bissau levou as populações a recorrerem a mecanismos de autoajuda e/ou ao apoio das Organizações da Sociedade Civil (OSC) para fazerem face às suas situações de infortúnio, em particular no que respeita aos problemas de saúde e do seu agregado familiar. A limitação dos serviços de saúde estatais disponíveis, a sua difícil acessibilidade, a falta de recursos destes serviços que obrigam os utentes a pagar ou a disponibilizar o material utilizado, conduzem os utentes a assumirem uma parte ou mesmo a totalidade dos custos, o que muitas vezes limita o acesso a estes serviços (Carvalho, 2013 p. 75).

Como destaca uma das entrevistadas:

O setor da saúde em geral é um setor extremamente fragilizado na Guiné-Bissau. Embora haja programas e projetos que tentam minimizar as carências sociais e sanitárias, em particular na área da saúde sexual e reprodutiva, há ainda muita debilidade nesta área. Os motivos são vários: falta de condições de fornecimento de

¹¹¹ Plano Nacional de Desenvolvimento da Saúde refere que a taxa de mortalidade materna na Guiné-Bissau à data da publicação era de 900/10.000 nados-vivos, tornando

um serviço sanitário de qualidade; falta de conhecimento dos seus direitos por parte de uma grande franja da camada feminina; mitos relacionados com a "gestão" da sexualidade; hábitos e costumes nefastos fortemente enraizados; priorização da sobrevivência em detrimento de uma vida sexual e reprodutiva de qualidade; entre outros aspetos. (MB)

Focalizando o sistema de saúde, evidenciamos que ele é composto por um setor privado e público, e tem três níveis (central, regional e local). Em termos de serviços de saúde, o Hospital Nacional Simão Mendes oferece serviços de saúde especializados (terciários), enquanto o setor médico privado é atualmente bastante fraco e subdesenvolvido. No entanto, a medicina privada é praticada por mais de 70% dos médicos como complemento de renda precária e irregular no setor público¹¹². Na Guiné-Bissau, considerando as fragilidades e adversidades no campo do desenvolvimento em diversas áreas, o setor da saúde assume uma das mais desafiadoras posições.

Uma das entrevistadas compartilha:

Infelizmente, todos os guineenses e amigos da Guiné-Bissau admitem que o país dispõe de péssimas infraestruturas e condições de saúde, e a Saúde Sexual e Reprodutiva não foge à regra. Falta de tudo: políticas públicas claras ou consistentes para o setor; desde qualificação de técnicos, fornecimento de condições de trabalho; serviços de informação, sensibilização e orientação população etc. (MB)

Este cenário fragilizado é representado no testemunho de outra entrevistada:

Bastante limitada, a saúde sexual e reprodutiva é vista no campo da saúde pública como apenas um meio de prevenir a gravidez e as DST, e pronto, não se fala de prazer sexual para as mulheres, não se fala do sexo para as mulheres, a mulher que ousa a desejar e sentir prazer sexual é vista com estereótipos negativos, porque o sexo é apenas para procriação. As políticas públicas acabam por legitimar estes estereótipos quando não fomentam debates que possam romper com estes paradigmas. (MB)

Diante desses dados, verifica-se que as mulheres e crianças ainda continuam particularmente expostas à pobreza e vulnerabilidades.

¹¹² Plano de Acção para Cada Recém-Nascido na Guiné-Bissau (GB-ENAP). Um plano para Acabar com Mortes Evitáveis dos Recém-Nascidos na Guiné-Bissau, 2017 – 2021.

3.7 A cooperação para o desenvolvimento e o apoio em Saúde Sexual e Reprodutiva

Estive hoje no auditório da Escola Nacional de Saúde para o lançamento do PIMI III - Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil. Finalmente! Digo isto pois notícias a consolidação da parceria e assinatura do protocolo demorou mais tempo do que era esperado. Nesta nova etapa o objetivo continua sendo o mesmo, ou seja, contribuir para a redução das taxas de mortalidade materna e de crianças com menos de 5 anos, por meio do acesso qualificado dos cuidados de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil. Contudo há um foco importante ao que se pretende, igualmente, preparar o caminho para que a RGB tenha um sistema de cobertura universal de saúde, assegurando a assistência técnica e as intervenções específicas de apoio ao Governo para que isto se consolide. Saí de lá esperançosa!
Diário, 19 de julho de 2022.

Evitar a mortalidade materna-infantil passa por investimentos em cuidados de saúde primários e o suporte aos sistemas de saúde para que se tornem mais fortes e resilientes.

Infelizmente a saúde na Guiné Bissau é muito precária, os profissionais não tem qualificações adequadas, falta materiais para trabalho, existe muita falta de higiene. Infelizmente não existe apoio do governo para diminuir a mortalidade materno infantil que é muito alta aqui na Guiné Bissau. Muitas áreas com saúde, educação, agropecuária, são mantidos por ONG e projetos. (MB).

Dos programas em curso no âmbito da saúde sexual e reprodutivo, destaca-se o PIMI. Desde julho de 2022 o PIMI III¹¹³ implementado pelo IMVF, Organização Mundial de Saúde, Projeto Saúde Bandim, em estreita parceria com o Ministério da Saúde Pública (MINSAP) da Guiné-Bissau está em atividade. O Programa é financiado pela União Europeia.

Nesta nova fase, o PIMI III prestará particular atenção à necessidade de transferência progressiva de capacidade e responsabilidade para o MINSAP como ator central no processo de integração do sistema nacional de saúde, potenciando o impacto, financiamento e sustentabilidade das intervenções promovidas.

Acho insuficiente o número de pessoal qualificado para cobrir a demanda e os meios materiais para fazer face aos desafios da maternidade na Guiné-Bissau. Mas também, a Guiné-Bissau, definindo bem suas prioridades e gerindo bem seus recursos

¹¹³ Dadas as fragilidades estruturais do sistema de saúde da Guiné-Bissau, e em particular as que concernem a saúde materno-infantil, a União Europeia desenhou, em 2013, o Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil (PIMI). Inicialmente implementado em apenas 4 regiões sanitárias, depressa se compreendeu a importância da extensão deste programa a todo o território nacional. Após dois períodos de programação (PIMI I 2013-2016 e PIMI II 2017-2021), foi possível reduzir substancialmente a mortalidade materna e infantil e melhorar a assistência prestada às mulheres e crianças. Contudo, as debilidades que o setor ainda apresenta revelaram necessário o reforço da intervenção, com vista à implementação de uma cobertura universal dos cuidados.

financeiros, está em condições de suprir as necessidades básicas ligadas à saúde pública, nem necessitaria de ajudas de parceiros internacionais. (MB).

O PIMI III ¹¹⁴findará em julho de 2025, ao que se espera, até a data, beneficiar diretamente cerca de 343.101 crianças até cinco anos de idade, e 450.184 mulheres em idade fértil, com gratuidade de serviços¹¹⁵, e 1.500 profissionais de saúde alocados em todas as regiões da RGB, abrangendo 133 estruturas de saúde, de diferentes níveis e perfis assistenciais, dentre os quais centros de saúde, hospitais regionais de referência e, ainda, o Hospital Nacional Simão Mendes.

A aposta é de que nesta nova fase, o Programa possa responder de forma sistêmica aos problemas e lacunas da SSR e dos cuidados materno-infantis, entretanto, enquanto o Estado não for efetivo, democrático, justo, aberto à participação e à transparência, encarregado de seus quadros técnicos de forma responsável, muitos avanços serão travados pela inércia.

3.8 Práticas tradicionais de atenção à saúde

Na Guiné-Bissau, a interação e articulação entre os serviços biomédicos e as práticas tradicionais é ainda muito incipiente, e isto tende a enfraquecer o atendimento integral à saúde

¹¹⁴ O Programa Integrado de Redução da Mortalidade Materna e Infantil PIMI II todo modo, há denúncias que revelam que o cartão gestante passa a ser taxado em certas unidades. Notícias nos canais de comunicação e dados oficiais revelam, de fato, a fragilidade do sistema público de saúde e, sobretudo, a alta vulnerabilidade que envolve a saúde e o cuidado da mulher, da rapariga e da pequena infância.

¹¹⁵ Na Guiné-Bissau, as cobranças das taxas foram legalizadas no ano de 1997, por meio do decreto lei No 4/1997 que cria o sistema nacional de coparticipação nos custos de assistência médica e medicamentosa e, anos depois, reajustado por um despacho ministerial do MINSAP No 19/2003 e No 20/2003 que estabelece os moldes em que se deve dar a coparticipação nos custos referidos no decreto de lei No 4/1997 (BARROS et al, 2018). Segundo CÁ et al (2017), as cobranças das taxas são influenciadas pela insuficiência do orçamento que se destina ao MINSAP. Ou seja, se os orçamentos do MINSAP fossem suficientes, não seriam necessárias as cobranças das taxas, ou coparticipação no financiamento. De acordo com esta fonte: o orçamento regular do MINSAP depende majoritariamente do apoio dos parceiros de desenvolvimento. Grande parte dos sectores de serviços não têm orçamento de funcionamento, recorrendo a receitas próprias não auditadas de prestação de serviços, vistorias, coimas, multas e outras, criando situações muitas vezes pouco transparentes e sem responsabilização direta (p. S57). Na Guiné-Bissau, o financiamento do setor de saúde se dá por meio de duas fontes: interna e externa. De acordo com Barros et al (2018): O financiamento pela via interna é proveniente do Orçamento Geral do Estado (OGE), do seguro de doença, da Iniciativa de Bamako (IB) e da Mutualidade de Saúde. O financiamento externo, por sua vez, provém dos parceiros de cooperação, mediante apoio direto ou indireto aos programas de saúde (p. 61). Do Serviço: O SNS está estruturado em 4 setores de serviço. Segundo Cá et al (2017): Setor Público: patrimonial, contratual e operacionalmente na dependência direta do Estado, composto por: a) Serviço Nacional de Saúde sob a direção do MINSAP; b) Serviços de Saúde Militar na dependência do Ministério da Defesa; e c) Serviços de Saúde Prisionais na responsabilidade do Ministério da Justiça; Setor Conveniado: entre a Igreja Católica (a qual assume o património imóvel e tecnológico) ou ONGs e o Estado (o qual coloca recursos humanos e define as políticas e estratégias a seguir); Setor Privado: composto por clínicas com internação, consultórios, postos de enfermagem, farmácias e posto de vendas de medicamentos sem vínculo patrimonial ou contratual com Estado; e Setor Tradicional: ainda por caracterizar (CÁ et al, 2017, p. 57)

da população, trazendo vantagens e benefícios aos utentes. De fato, como explicitado no capítulo anterior, a Medicina Tradicional e as Práticas tradicionais integrativas de atenção em saúde têm avançado na África Ocidental, sob o respaldo da OMS. Entretanto, na Guiné-Bissau, o cenário não é o mesmo.

Em 2010, MINSAP, através do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) e da Promoção da Medicina Tradicional, apresentou dois documentos: a Política Nacional de MT e o Plano Estratégico Nacional de MT¹¹⁶. Contudo, os referidos documentos ainda aguardam pela apreciação do Conselho de Ministros (Saba N'bundé, 2022).

Na África, caso concreto de Guiné-Bissau, faz mais sentido falar da ausência de uma gestão afrocêntrica, ou respaldada nos valores africanos, principalmente quando se trata das instituições públicas, ao em vez de falar de como tem sido o uso das suas abordagens para enfrentar os efeitos da colonização. Porque, ainda que Guiné-Bissau tenha sofrido a colonização europeia por cinco séculos, a vida cotidiana da massa populacional tem referência nos valores e na cultura local. No entanto, existe e é notável a reprodução e/ou a manutenção da cultura outra (colonizadora) na sociedade. Pode-se dizer que a elite política do país são os principais agentes da manutenção do *modus operandi* imposta pelos colonizadores, através da máquina pública (Estado), por terem sido os principais operadores desta máquina. Mas, vale observar que a postura desta elite se deve em parte ao efeito do pensamento colonial, que entre várias das suas atribuições, desqualifica a cultura e *modus operandi* do Outro e enaltece os seus. (Saba N'bundé, 2022, p. 43-44).

Há uma gama de oportunidades neste setor, ainda não integradas, não aproveitadas e não assumidas pelo SNS. A esse exemplo, o trabalho realizado pelas parteiras tradicionais poderia ser potencializado, sobretudo, como agentes de saúde comunitárias, os *mesinhos di* terra, investigados e tratados cientificamente, os remédios e alimentos transformados e produzidos nas Missões (da produção de muitos tipos de mel, aos sumos, chás, papas e suplementos nutricionais¹¹⁷), que geram apoio no campo dos cuidados em saúde e da nutrição, por exemplo, mas inexistente uma organização estruturante ou agenda sobre este tema.

Ainda sob esse viés, os grupos de *mandjuandadi* espalhados pelo país também apresentam formas de apoio no âmbito da saúde.

¹¹⁶ Estes documentos, versam sobre a organização política e administrativa da MT no SNS e o seu devido funcionamento na sociedade, sua avaliação, critérios de credenciamento De Terapeutas tradicionais. Os documentos dentam a articulação da Direção do Serviço da Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional que integra a Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde do MINSAP, com apoio técnico e participação da OOAS, OMS, Caritas de Guiné.

¹¹⁷ As Missões católicas no país, no geral, têm um grande compromisso com a transformação de alimentos, produção de suplementos e mesinhu.

Num contexto de fragilidade social e vulnerabilidade no campo da saúde, no qual ainda se encaixa a Guiné-Bissau, indubitavelmente as *mandjuandadis* estabelecem(...) as práticas de inspiração tradicional de interajuda e apoio em situações de crise, continuam a ser prevaletentes. Os grupos de *mandjuandadi* têm uma capacidade integrativa e de apoio às famílias que é crucial em situações de risco num país onde o sector da saúde se encontra gravemente debilitado. (Carvalho & Afonso, 2019, p. 74).

Em suma, na Guiné-Bissau, a integração das práticas tradicionais, daquilo que a envolve e certamente caberia no escopo da promoção do bem-estar e da saúde, somente se dará quando decisores políticos revisitem a Guiné-Bissau numa ótica afrocentrada, que não desconsidera, sobretudo, a cosmogonia guineense, afinal

Deus, irans, dufuntus (as almas) fazem parte da trilogia que integra a cosmogonia guineense, pelo menos nos grupos animistas. No imaginário guineense, esses seres acompanham as atividades do pekadur [pessoa humana, ser humano, gente] nas suas alegrias, angústias e inseguranças. Em diversas situações do quotidiano, Deus, Iran, dufuntus são convocados para socorrerem seus filhos e/ou devotos. Aos irans são atribuídas as benesses e também os infortúnios; por isso, são cantados nas *mandjuandadi*, seja em forma de enaltecimento dos seus poderes, louvando-os, seja pedindo e rogando-lhes proteção (...) (Semedo, 2010, p. 117).

A seguir, no Capítulo IV, apresento um pouco mais sobre o arcabouço multicultural da Guiné-Bissau, por meio do Estudo de Caso sobre *As Filhas de Cacheu e suas representações sobre concepção, o parto e a maternidade*.

4. Parto



[...] Cacheu rio
Cacheu cidade
Cacheu de Forombal e Kobiana
Salgado
Rabugento
Ondas esbofeteando baluarte
Ecos matando
Com arte a cidade velha[...]
(Semedo, 2007, p.103)

Neste capítulo, apresento o *Estudo de Caso* das Filhas de Cacheu, trazendo ao centro do debate um retrato das representações das protagonistas dessa investigação, sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, assim como as dinâmicas sociais e comunitárias presentes na vida cotidiana dessas mulheres-mães.

Inicialmente, é preciso adentrar em Cacheu ou “Cacheu da Silva”, como é nomeada pela população Bissau-guineense.

Figura 13 – Rio Cacheu ao pôr do sol



Fonte: Menino - sol, Rio-homem. Fonte: Lilian Galvão (2019).

Cacheu, banhada pelo rio Cacheu, está localizada no norte do país. Este rio possui a maior diversidade de cobertura de mangue¹¹⁸ na costa Ocidental da África, albergando quase 60% dos manguezais, que se estendem por 550 km ao longo da costa, e 350 km para o interior da Guiné-Bissau (Junior et al., 2018, p. 55).

A representação do rio compreende dimensões materiais e simbólicas. Do ponto de vista social, econômico e material, o Rio é fonte de subsistência, que gera alimento e dinamiza a vida econômica das famílias. O Rio é fonte. Fonte de alimento, fartura, progresso, representa ainda o acesso das crianças à escola. Os homens pescam e as mulheres apanham os *pis* (peixes),

¹¹⁸ Ver informações do IBAP sobre o Parque Nacional Tarrafes de Cacheu. Disponível em: <https://ibapgbissau.org/pntc-ap/>. Consulta realizada em 11 de junho de 2023, às 11h11.

antes do *sol manse* (sol nascer), logo percorrem quilômetros até Bissau para vender e gerar condições de (sub)existência para os seus filhos e filhas. Do ponto de vista histórico, ambiental, cultural e espiritual, o Rio é património que sustenta histórias e memórias ancestrais. O Rio é ponto de encontro, é lúdico, é a piscina natural das crianças e jovens, o Rio ensina a ter paciência. O Rio Cacheu é uma entidade. É vida!

Figura 14 – Mulheres-mães, vendedoras de peixes



Fonte: Lilian Galvão (2019).

O Rio também é professor,

O rio ensina que é preciso ser perseverante. Ele diz que é preciso encontrar um motivo para seguir adiante. [...] dentro dele tem uma voz que repete sem cessar que, se ele parar, jamais irá se encontrar com o grande rio, lugar de onde vieram nossos ancestrais e para onde voltaremos depois desta nossa existência. O grande desejo do rio é ser rio. Ele não quer ser outra coisa. E ele só não poderá sê-lo se abandonar sua verdadeira vocação. Acontecerá com ele o que acontece com todos os que, homens ou mulheres, abandonam sua missão: ficará doente, podre, fedorento. Água parada cria lodo, e a vida vai embora (Munduruku, 2017, p. 13).

E foi pelas águas desse rio, que em termos históricos, Cacheu foi marcada. Através desse rio as embarcações cruzaram o Atlântico. O rio guardião dessas memórias, hoje revisitadas por investigadores/as da história do tráfico transatlântico de seres humanos.

Figura 15 – Mapa da Região de Cacheu



Fonte: Wikipedia (2023).

A história demonstra que desde o século XVI, Cacheu tornou-se o grande entreposto de pessoas escravizadas da Senegâmbia,

Assim, como em outras partes do continente africano, o século XV – aproximadamente o ano de 1446 – marca o início da chegada dos portugueses no território que viria mais tarde a denominar-se Guiné-Bissau, pois o acesso à Costa da Guiné, ou seja, Senegâmbia, deu-se através da rota instituída pelo navegador Álvaro Fernandes. Entretanto, na Guiné-Bissau, a ocupação começou no norte do país a partir da cidade de Cacheu, fundada em 1588, mas sob a regência da administração do Arquipélago de Cabo Verde. As primeiras feitorias foram construídas nos cursos dos rios São Domingos, Cacheu, Farim e Buba, já que inicialmente os portugueses não intencionavam a ocupação no interior do país. Assim, em 1642, a cidade de Cacheu torna-se a capitania e principal referência dos portugueses para o acesso ao resto do país. A cidade de Farim foi fundada em 1640, e a atual capital, Bissau, teve a sua ocupação em 1686 (Monteiro, 2013. p. 92).

Há em curso, esforços para a recuperação das memórias dessa história. Com esse intuito, de resgatar parte importante da história da escravidão e do tráfico na África Ocidental, assim como, preservar a memória do caminho dos escravos e combater as formas de opressão e exploração da pessoa humana, em 2016, foi fundado o Memorial da Escravidão e do Tráfico Negreiro de Cacheu (METN)¹¹⁹. O geógrafo e investigador Claudio Arbore¹²⁰, coordenador técnico e científico do Memorial da Escravidão e do Tráfico Negreiro (METN), assinala, em um de seus artigos, o modelo sistémico empregado no METN, destacando as componentes de gestão, educativa e de fortalecimento comunitário presentes no projeto. Destaca como uma das valias, os módulos de formação baseados na pedagogia de Paulo Freire e na interpretação do património de Freeman Tilden, que foram conduzidos no início do projeto e se dedicaram à formação de guias culturais, envolvendo meninas e rapazes de Cacheu, para que atuassem como mediadores culturais.

A Cacheu, la dimensione spaziale della memoria si va alimentando attraverso dinamiche appropriate del discorso da parte delle comunità locali nelle forme creative dell'arte, della parola cantata, delle musiche e delle danze, o della parola narrata ai microfoni delle diverse radio comunitarie della regione. Un particolare ruolo di mediazione culturale tra le due dimensioni della narrazione, storica e memoriale, è svolta dalle "guide culturali" del progetto. Si tratta di giovani, residenti o originari di Cacheu, che hanno completato il percorso scolastico obbligatorio e che stanno partecipando a un percorso formativo per svolgere il ruolo di guide con i visitatori e di animatori culturali con le comunità residenti. I moduli formativi, ispirati dalla pedagogia da libertação di Paulo Freire e dall'heritage interpretation di Freeman Tilden (Freire, 1967; 1984; Tilden, 2008), stanno facilitando i processi dialogici tra gli enti che gestiscono l'implementazione del memoriale e le comunità locali, stimolandone le dinamiche appropriate. (Arbore, 2018, p.94)

Ao cruzar a fronteira entre Bissau, rumamos para Cacheu, cruzando tabankas e cidades circunvizinhas. A vegetação, composta por palmeiras, cajueiros, mangueiras, bolonhas de arroz, bambuzais, baobás, era exuberante e destacava-se em nuances de verdes. Cheguei na cidade de Cacheu e estou a residir no Centro de Estudos e Pesquisa do Memorial da Escravidão e do Tráfico Negreiro (METN). A partir de agora, aqui

¹¹⁹ O METN foi idealizado por Carlos Schwarz da Silva (1949 – 2014), conhecido carinhosamente por Pepito. Foi fundador da ONGD Acção para o Desenvolvimento (AD). O projeto Memorial fundado em 2016, contou parcerias que envolveu outras instituições, tais como a Associazione Interpreti Naturalistici (AIN), de Itália, a COAJQ, a Cooperativa Agropecuária de Jovens Quadros, com sede na Região de Cacheu, e a Fundação Mário Soares, de Portugal. Ver: Barreto, Antonia, Santos, Felipe. (2014) Memoriais culturais e históricos como promotores do desenvolvimento: os memoriais de Guilede e Cacheu na Guiné-Bissau. *ECAS 2013 5th European Conference on African Studies African Dynamics in a Multipolar World*. Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/7450/1/Barreto_Anto%CC%81nia_%26_Santos_Filipe_ECAS_2013.pdf. Consulta realizada em: 3 de maio de 2021, às 11h11min.

¹²⁰ Professor e investigador da Universidade de Milão.

é meu lugar. Lugar de acolhida e ponto de referência e conexão com a comunidade local. Diário, 29 de novembro de 2019.

Figura 16 – Chegada no METN



Nota. Membros da equipa da ONGD AD, Srs. Cambraima Cassamá, Casimiro Monteiro e Tomane Camará, e os professores da Università IULM Milano, Claudio Arbore e Marco Maggioli. **Fonte:** Pascoal Gomes (2019).

Figura 17 – Jovem Mariama, bailarina do grupo cultural “Netos de Cacheu”



Nota: Fachada do Memorial da Escravatura e do Tráfico Negroiro. **Fonte:** Lilian Galvão (2019).

Ao adentrar Cacheu e focalizar o cenário socioambiental, identifiquei fragilidades que não diferem de outras zonas do país. Como exemplo, posso citar: a falta de distribuição de energia elétrica, escassez de furos e poços d'água (própria para o consumo humano) e a ausência de saneamento básico¹²¹.

Figura 18 – Badjuda recolhe pilhas na beira do mangal



Fonte: Lilian Galvão (2019).

Ao pisar na prassa de Cacheu, a primeira impressão foi estar num quilombo, daqueles que tive o prazer de percorrer pelo Brasil. A seguir, a impressão foi outra. Ao percorrer a prassa, parecia estar numa “cidade-fantasma” dado os prédios, casas e edifícios em escombros. À noite, a escuridão tomou conta das ruas e só pude locomover-me com ajuda de uma lanterna. Mesmo assim, tropeçava em garrafas de vidro e pilhas que estavam espalhadas pelo chão. Por toda parte, há lixo e resíduos tóxicos como pilhas alcalinas. Pilhas ainda são usadas com enorme frequência, pois não há fornecimento de energia elétrica. Quem não tem painel solar ou gerador à gasóleo, ainda fica às escuras ou usa lanternas com pilhas. No próprio METN só tenho energia movida por gerador, das 20 horas até 22 ou 23 horas, nem todos os dias. Aqui no METN, tenho observado diariamente a presença das pessoas da comunidade que chegam para apanhar água no poço em bidons e baions (baldes) para o consumo e banho, pois em suas casas não há água. Diário, 30 de novembro de 2019.

¹²¹ Saneamento básico entendido como um conjunto de serviços fundamentais para o desenvolvimento socioeconômico de uma região, tais como abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejos de resíduos sólidos e de águas pluviais.

À partida, o meu encontro mais profundo com a comunidade se deu a partir da vinculação com as meninas. Um grupo de badjudas, cinco meninas entre 9 e 13 anos de idade, que vinham ter comigo no METN todas as noites, por volta das 19 horas. Nesses encontros para divertir (conversar), ensinavam-me um bocado de Kriol, interagíamos, partilhávamos o pouco alimento que eu tinha, laranjas ou melancia (quando eu conseguia comprar a partir de Bissau). O encontro de uma ou duas horas com as badjudas rendia boas conversas e diálogos sobre protagonismo infanto-juvenil, autocuidado, sobre sonhos pessoais e comunitários. A partir desses nossos encontros, produzimos um pequeno projeto de intervenção na comunidade, o Cudji-pilhas (Papa-pilhas). Este pikininu planu di mudansa¹²² teve como objetivo limpar Cacheu das pilhas tóxicas que prejudicam a saúde humana e ambiental. Iniciamos no Era início de janeiro de 2020. Em três dias retiramos mais de 700 pilhas espalhadas pela cidade. Depois, expandimos a ideia pela prassa e pelas tabankas, e instalamos caixas de coletas nas tabernas, escola e igreja. Diário, 15 de janeiro de 2020.

Figura 19 – Encontro com as badjudas



Fonte: Pascoal Gomes (2019).

¹²² Durante os anos 2021 e 2022, no âmbito da Ação Ianda Guiné! Djuntu, do Programa Ianda Guiné, financiado pela UE, formei uma equipa técnica e jovens líderes e implementamos outros 294 pequenos projetos pela país. A descrição consta no livro. *Pikininus Planus di Mudansa*, de minha autoria, disponível em: https://acervo.barkafon.org/index.asp?codigo_item=1333

Figura 20 – Badjudas a desenhar a mudança que desejam para Cacheu e descrever o projeto Cudju-pilhas



Fonte: Lilian Galvão (2019).

Figura 21 – Badjudas a recolher pilhas



Fonte: Lilian Galvão (2019).

Convém ressaltar que este projeto foi inspirado pela metodologia Desenho para Mudança ou Design for Change, da experiência original indiana da Professora Kiran Sethi, da Riverside School, com quem tive o privilégio de aprender, em 2014, na Índia. Com as *badjudas* de Cacheu apliquei o exercício metodológico que foi muito adequado para a construção do pequeno plano de mudança, nomeado Papa-Pilhas ou Cudji-Pilhas (no kriol).

A experiência revelou uma história de ação-reflexão-ação de crianças e adolescentes na efetivação da Campanha Papa-Pilhas. A toxicidade dos metais pesados presentes nas pilhas e materiais biocumulativos e o risco de descarte em locais não adequados que trazem riscos ao meio ambiente e, conseqüentemente à saúde, eram completamente desconhecidos pela comunidade. Nesta Campanha, o exercício da representatividade e do protagonismo das crianças e adolescentes como instrumento democrático despertou nos adultos um certo entusiasmo e alguma reflexão sobre o não descarte das pilhas e a criação de novos hábitos na cidade de Cacheu e nas Tabancas do entorno. Ao longo de três dias, mais de 700 pilhas foram retiradas do solo de Cacheu e contabilizadas. A experiência ganhou notoriedade, foi exposta na Embaixada do Brasil em Bissau e noticiada pela TV da Guiné-Bissau.

Figura 22 – Voluntários do Projeto No Kume Sabi na formação sobre sustentabilidade



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Além disso, uma formação sobre sustentabilidade e visão sistêmica foi realizada em janeiro de 2020, que incluiu a confecção de Papa-Pilhas (caixas customizadas). A formação

promovida envolveu 30 colaboradores do projeto *No Kumi Sabi*¹²³, profissionais voluntários que atuam em nove tabankas de Cacheu, em Canchungo e na Prassa de Cacheu, na prevenção da desnutrição infantil.

Figura 23 – Menino a customizar a caixa para recolha de pilhas



Fonte: Lilian Galvão (2020).

¹²³ Projeto Nó Kume Sabi promove o rastreio, tratamento e recuperação de crianças com desnutrição aguda abaixo dos cinco anos de idade ao nível do CRN. O projeto se estende para além da prassa, prestando serviço e cobertura em 10 *tabankas*.

Figura 24 – Menino a transportar caixa de recolha de pilhas



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Figura 25 – Caixa de recolha disposta na sede da Missão Franciscana



Fonte: Lilian Galvão (2020).

O lumo (feira) acontece uma vez por semana. Afora o dia da feira, há uma escassez de alimentos naturais. As pessoas dizem que até o pis (peixe) está escasso e a população local tem dificuldade de comprar pois está caro. Os melhores pescados são enviados

para Bissau e as toneladas de peixes e crustáceos retiradas do mar via pesca industrial são exportados. Hoje não encontrei sequer banana para comprar. Nas tabernas se encontra produto enlatado, industrializados, enlatados cheios de conservantes e químicos. A procedência de fabricação é de países da região, em especial do Senegal. A fiscalização não é conhecida. Diário, 12 de dezembro de 2019.

Figura 26 – Malagueta, especiaria da terra



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Figura 27 – Pis fumado (peixe fumado) tradicional em Cacheu



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Do ponto de vista da economia local, as mulheres executam diversos trabalhos, para além dos domésticos e dos cuidados com as crianças. Muitas são pescadoras de mariscos, tratam peixe e os vendem em Bissau, quando partem em viagem ao amanhecer do dia. Lavam, cozinham, cuidam das crianças, educam crianças pequenas, reabilitam e constroem casas, fumam peixes, atuam como horticultoras de pequena escala e cultivam nas bolanhas di arrus (de arroz), onde colhem e descascam para o consumo e para a venda. As mulheres criam sinergia entre si. Há uma cultura de aliança e formação de *manduandadis*, sobre as quais menciono mais adiante.

Figura 28 – Mulheres a pavimentar uma casa



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Figura 29 e 30 – Mulheres a pavimentar casa



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Figura 31 – Mulher vendedora de batatas, bambaram seu mininu



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Figura 32 – Mulher que trabalha como educadora e bideira



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Figura 33 – Badjuda a lavar roupa



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Figura 34 – Professora com crianças no Jardim de Infância



Fonte: Lilian Galvão (2020).

A mulher de Cacheu *pega tesu* (trabalha duro, de verdade), elas desconstroem a narrativa *djitu ka ten* (não tem jeito), ao contrário o exercício da vida no cotidiano dessas *mindjeris* (mulheres) corresponde com o *djitu ten* (*tudo é possível*). A labuta dessas mulheres visa garantir a *bianda* (alimento) e registra alguns sonhos, o maior deles, repetido por muitas delas, é o de conseguir pagar as propinas escolares e assim, conseguir manter os filhos no percurso educativo formal.

4.1 Manifestações da cultura

Desde a minha chegada, tenho escutado repiques de tambores, do djembé, sempre às 16 horas. Hoje, segui este som e tive uma grata surpresa. O Grupo Balé Étnico Netos de Cacheu estava a ensaiar e treinar suas coreografias. Um espetáculo que me deixou impressionada. A gestão é partilhada. Interessante como a metodologia para a aprendizagem das diversas coreografias étnicas é empregada. As crianças pequenas aprendem com as mais jovens e os jovens com aqueles que são mais velhos e sabem um bocado mais, todos estão juntos, divididos em quadrantes, aprendendo. Os encontros acontecem quase que diariamente, dentro de um antigo prédio em ruínas. Todas as pessoas envolvidas são voluntárias. Diário, 4 de dezembro de 2019.

Figura 35 – Ensaio do Grupo de Balé Netos de Cacheu



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Figura 36 – Porto de Cacheu.



Fonte: Público no aguardo da apresentação do Balé Netos de Cacheu no dia de Natal. Lílían Galvão (2019).

Figura 37 – Apresentação do Grupo Netos de Cacheu



Fonte: Lílían Galvão (Natal, 2019).

Figura 38 – Bailarinas em apresentação



Fonte: Lilian Galvão (Natal, 2019).

Figura 39 – Bailarinas em cena



Fonte: Lilian Galvão (Natal, 2019).

Figura 40 –Bailarinos em cena



Fonte: Lilian Galvão (Natal, 2019).

Apesar de Cacheu ser uma cidade histórica, rica em expressividade cultural e ambiental, em termos infraestruturais, carece de investimentos¹²⁴ e da criação e oportunidades. Não há uma política turística em vigor, o que minimiza os potenciais presentes na comunidade e reduz as oportunidades socioeconômicas da população. A permanência de turistas, a possibilidade de ter uma vivência imersiva cultural, histórica e socioambiental mais profunda é quase inexistente.

4.1.1 Dia 8 de dezembro: a Peregrinação de Nossa Senhora da Natividade

Outra manifestação da cultura, neste caso, de vertente religiosa católica, reconhecida no país, é a Peregrinação de Nossa Senhora da Natividade. Este evento ocorre anualmente¹²⁵ no dia 8 de dezembro, e se constitui como uma reunião em torno da fé e da participação comunitária. Participam peregrinas e peregrinos de todos os cantos do país. A festividade mobiliza a cidade, gera renda e atividades laborais temporárias.

¹²⁴ Até o final de 2022 quando estávamos no terreno. Segundo informações obtidas em maio de 2023, numa rede social, uma pousada foi inaugurada em frente ao METN. Em outubro de 2023, numa ida ao terreno, conheci a nova pousada.

¹²⁵ Estive presente na Peregrinação de Nossa Senhora da Natividade, em 2019. Nos anos seguintes, 2020 e 2021, por conta da pandemia de covid-19, o evento não foi realizado, tendo sido reativado apenas em 2022.

Figura 41 – Fachada da Capelinha



Fonte: Lilian Galvão (Natividade, 2019).

Participei da Peregrinação de Nossa Senhora da Natividade, importante evento para observar de forma participante o movimento social, religioso e cultural de Cacheu. A peregrinação, de fato, modifica a cidade e a programação se limita aos ritos católicos, como Missa, Vigília, Adoração ao Santíssimo e Oração do Terço. Estava curiosa para conhecer as motivações de algumas peregrinas e parti para recolher informações. Algumas delas mencionaram participar da peregrinação para agradecer aos pedidos atendidos, que foram expressos na peregrinação do ano anterior; pedidos estes de várias ordens, tais como: cura de doenças físicas, bem como aquisição de postos de trabalho, e, sobretudo, ouvi mais de uma vez que há mulheres e homens que pedem fertilidade para conceber e gerar filhos, tendo em vista que espiritualmente, Nossa Senhora da Natividade rege os nascimentos e os processos de conceber e parir (FC). Segui na Peregrinação, nesse momento, acompanhei a Romaria, que, partindo da igreja nova, seguiu para a capelinha, numa caminhada à luz de velas e silêncio, intercalado com bonitas cantigas e rezas em kriol. Diário, 8 de dezembro de 2019.

Figura 42 – Detalhes dos momentos de oração dos/as peregrinos/as



Fonte: Lilian Galvão (Natividade, 2019).

Figura 43 – Momento de oração



Fonte: Lilian Galvão (Natividade, 2019).

4.1.2 Mandjuandadi

Uma outra expressão bastante interessante da cultura comunitária guineense e, obviamente, fortemente presente em Cacheu, diz respeito à organização das mulheres que se apoiam mutuamente, sobretudo, em grupos *de mandjuandadis* (coletividades femininas).

As *mandjuandadi*, de acordo com Carvalho & Afonso (2019) são grupos

(...) inspirados nas associações rurais, das quais adoptam os princípios da unidade de género e etária e o princípio da interajuda. Embora esses grupos sejam sobretudo conhecidos pelas suas actividades lúdicas, também servem de suporte aos seus membros, recobrando funções de protecção social (p. 70).

Figura 44 – Rainha da mandjuandadi Patacá



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Acerca da origem de tal organização social, esclarece Odete Semedo (2010, p. 38):

As *mandjuandadi*, como grupo organizado que obedece a regras previamente definidas, surgiram e/ou se desenvolveram nas antigas prassas coloniais (centros ou entrepostos comerciais). Foram lugares também criados pelos nativos para continuarem a ser eles próprios, para poderem exprimir-se e se impor, através das cantigas, das vestimentas, da gastronomia, de suas lutas cotidianas, sua identidade. Era ali o lugar onde, por meio das cantigas, se expressavam (e se expressam) as tensões familiares e sociais. Porém, trata-se de um lugar do meio, de encontro, de desconstrução e de reconstrução, de um modo de estar que, por um lado, subverte o modo de estar do colonizador e, por outro, recria um espaço em que se reconhecem vários traços étnicos.

A organização das mulheres se processa como forma de resiliência, como revela a investigadora guineense Mama Gomes:

(...) não se pode perder de vista que vivemos em uma “sociedade” (guineense) onde a exclusão do gênero feminino está presente na maioria das estruturas de poder. É justamente nesse cenário que encontramos esses grupos de mulheres que se organizam de forma voluntária e “igualitária” em associações que partilham dos mesmos interesses e onde podem ter uma voz ativa na comunidade onde estão inseridas Gomes (2019, p. 15).

Desde minha chegada, o meu nome em Cacheu era “Branco”. Por onde eu passava, as pessoas diziam “Branco, branco”. Confesso que senti muita estranheza, mas, entendi, que no geral “Branco” é nome e sobrenome dado a toda e qualquer pessoa estrangeira (branca ou parda) que pela Guiné-Bissau transite, seja como visitante ou nova residente. Embora “branco” não é tido como uma expressão pejorativa, desejei também ser parte da comunidade, fazer parte desse “mandjuandadi”, e ser reconhecida pelo meu nome próprio, mas, tinha clareza de que esse status identitário teria de ser construído a partir da vinculação com as pessoas. Com o passar dos dias, com as conexões estabelecidas, sobretudo com as badjudas, passei a ser chamada de “Lili” e mais tarde, conhecida por “Lili di Cacheu”. Diário, 15 de janeiro de 2020.

Figura 45 – Meirinha da Mandjuandadi Estrela entre Terapeutas tradicionais



Fonte: Lilian Galvão (2020).

A seguir, apresento os serviços materno-infantis e as dinâmicas que regem os cuidados em saúde disponíveis para as gestantes, para os bebês e para a pequena infância.

4.2 Cuidados materno-infantis disponíveis em Cacheu

Em termos de prestação de serviço sanitário, a região norte é considerada uma das maiores e dispõe de 22 estruturas sanitárias, distribuídas entre sete Setores Administrativos na região (Bigene, Bula, Cacheu, Caio, Calequisse, Canchungo e São Domingos), entre as quais, 19 centros de saúde, dois centros materno-infantis e um hospital regional, a saber: Hospital Regional Canchungo, Centro Materno-Infantil de Canchungo e Centro Materno-Infantil de São Domingos. Consoante com as informações destacadas no relatório do PIMI II, a Unidade de Saúde de Cacheu (Prassa), é, portanto, organizada como um Centro de Saúde do tipo B, assim como a de Bula e de Ingoré¹²⁶. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) 2018¹²⁷, na área sanitária de Cacheu, a projeção de Mulheres em idade fértil (MIF), para o ano 2022, era de 2.959 mulheres, e a população de grávidas de 605 mulheres.

Figura 46 – Mindjer em gestação



Fonte: Lilian Galvão (2021).

¹²⁶ CSA: com oferta de serviços cirúrgicos; CSB: com a presença de um médico; CSC: com a presença de um enfermeiro. Por questões orçamentais, o Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) não foi incluído na intervenção PIMI/IMVF desde o seu início, conforme articulado com a entidade financiadora, apenas na 3ª edição.

¹²⁷ Dados projetados. O último censo foi de 2010, entretanto, as projeções servem para a tomada de decisões e formulação e políticas e ações de cuidados sanitários.

Neste estudo, focalizo Cacheu, ou seja, o centro da capital, também chamado de prassa, onde se localiza a administração pública regional e algumas *tabankas* (comunidades rurais) do entorno.

Apesar de Cacheu ser a capital da região, na localidade não há hospital¹²⁸, apenas o Centro de Saúde Materno-infantil. O hospital regional encontra-se em Canchungo, situado a 30 km. Atualmente, a via de acesso é pavimentada e se encontra em boa condição de tráfego. Por outro lado, a unidade de Cacheu não remove ou desloca as utentes de forma gratuita, isto implica que as famílias desembolsem recursos financeiros para custear o gasóleo da ambulância (quando disponível) ou providenciem outros meios, tais como uso de 7 *places* (automóveis particulares de lotação), *toka-toka* (microônibus coletivo), moto-carros ou moto-táxis¹²⁹.

Em Cacheu há três serviços de cuidados biomédicos voltados à assistência pré-natal, planejamento familiar, e atenção ao parto e ao puerpério, que devem ser destacados: *Centro Materno-infantil*, *Casa das Mães* e o *Centro de Recuperação Nutricional/Projeto No Kumi Sabi*.

4.2.1 Centro Materno Infantil

O Centro Materno-Infantil está localizado na prassa de Cacheu. Conta com um edifício relativamente novo, construído pela ONGD portuguesa Associação de Cooperação com a Guiné-Bissau, com sede em Viana do Castelo, Portugal. Não há bloco operatório, logo, cirurgia cesariana não é realizada, assim como ecografia e transfusão sanguínea; portanto, para aceder

¹²⁸ De acordo com nossa observação e imersão no terreno, assim como as informações públicas disseminadas, tais como a publicação da Plataforma Na no Mon do PNUD, na Guiné-Bissau, entre as referidas estruturas sanitárias, apenas o Centro de saúde de São Domingos e o Hospital Regional de Cacheu (sediado em Canchungo), dispõem de bloco operatório. Os dois Centros Materno-Infantis antes referidos, pertencem às áreas sanitárias de São Domingos e Canchungo, e atendem apenas às mulheres grávidas e crianças. No entanto, as 20 estruturas sanitárias restantes (19 centros de saúde e 01 hospital regional), atendem igualmente às mulheres grávidas e crianças, estendendo ainda seus serviços à população em geral. Assim sendo, a maior parte dos Centros acima são classificados como os centros do tipo “B” e “C” rural, pertencentes às estruturas sanitárias que funcionam apenas com assistência de enfermeiros de formação médio ou técnico e com poucos meios materiais disponíveis. Os resultados dos diagnósticos realizados entre os anos 2018 e 2019, no âmbito da elaboração dos Planos Estratégicos de Desenvolvimento Sustentável dos Sete Setores da Região de Cacheu, mostraram claramente que existem “Dificuldades de Acesso ao Serviço de Saúde de Qualidade”, um problema comum entre todos os Setores desta Região. Problema este que deriva por um lado do déficit de qualificação profissional dos técnicos de saúde (poucos formados em medicina geral e quase a inexistência de especialistas) e, de outro lado, da insuficiência de materiais/equipamentos médicos necessários para facilitar os diagnósticos e tratamentos de pacientes. Até então, alguns centros de saúde não dispõem de água para a higiene hospitalar e muitos funcionam sem energia elétrica, impossibilitando, assim, o atendimento de pacientes à noite, sob pena de serem atendidos à luz de vela. Fonte: <https://nanomon.org/noticias/projecto-de-melhoria-da-qualidade-de-tratamento-materno-infantil-na-regiao-de-cacheu>. Consulta realizada em 1º de maio de 2023, às 13h05min.

¹²⁹ Testemunhei, em janeiro de 2019, o deslocamento de uma puerpera e sua bebê (24 horas após o parto) em um transporte mototáxi.

aos procedimentos, neste caso, as mulheres são conduzidas, removidas ou devem dirigir-se aos outros equipamentos, tais como: Hospital Regional de Canchungo, Hospital Nacional Simão Mendes, em Bissau, ou clínicas privadas, em Bissau.

Há duas parteiras-enfermeiras que atuam na unidade. A coordenação está ao cargo de uma delas. Há também um enfermeiro e, eventualmente, a presença de médico/a pode ser notada.

Figura 47 – Arte em mosaico no muro do Centro Materno infantil de Cacheu



Fonte: Fotografia de Lilian Galvão (2019).

Ontem, um dia após minha chegada em Cacheu, conheci uma badjuda (menina) muito carismática. Ela tem apenas nove anos, mas, o que chamou atenção, foi uma ferida exposta que ela tem na perna. Perguntei como e se estava a tratar. Ela disse que estava a usar mesinhu di terra, mas, nestes dias a seguir, a ferida aumentou um bocado. Fiquei sem dormir, preocupada com aquela situação. A avó diz não ter condição e levar a menina ao hospital, por falta de recurso financeiro. Hoje pedi autorização e levei-a até o hospital local. Paguei pela consulta. O enfermeiro a consultou, fez curativos e fará outros ao longo de vários dias, prescreveu antibióticos e suplementos. A situação estava

crítica. A fatura total paga foi de cerca de 12.000 francos CFA, equivalentes ao 18 euros, valor alto para famílias que sobrevivem com poucos recursos, num país cujo salário-mínimo é de 35 mil francos CFA, ou seja, 53 euros. Aqui os cuidados em saúde ainda não são totalmente gratuitos e muito menos acessíveis para todas as pessoas. Diário, 28 de novembro de 2019.

Figura 48 – Fachada da entrada do Centro Materno Infantil



Fonte: Lilian Galvão (2019).

No Centro materno-infantil são disponibilizados serviços pré-natais que incluem consultas e algumas análises laboratoriais. Ecografia não está disponível. Apenas a atenção ao parto natural é suportada no local.

Hoje acompanhei uma consulta pré-natal na maternidade. Uma mulher de 27 anos, mãe de 6 crianças, está a gestar o sétimo bebê. Hoje, ela procurou o serviço de saúde devido a um processo alérgico corporal que a acomete, e na abordagem com o enfermeiro, quando identificada a gravidez, ela foi encaminhada para o atendimento pré-natal. Ela ainda não tinha passado por nenhuma consulta pré-natal. Após o atendimento, a parteira-chefe contou-me que infelizmente isto é muito comum. Muitas mulheres não passam pelo pré-natal, ou somente por uma ou duas consultas. Em Cacheu não há uma busca ativa das gestantes nos domicílios, realizada por agentes de saúde. Talvez essa seria uma boa estratégia de sensibilização e cuidado em saúde comunitária. Um colega contou-me que, em Bafatá, anos passados, houve uma experiência baseada no Sistema de Saúde do Brasil, no qual agentes de saúde atuavam na comunidade através de visitas domiciliares regulares, prestando assistência, aconselhamento e gerando alguns encaminhamentos. Este projeto não está em atividade. Diário, 20 de outubro de 2022.

Figura 49 – Consulta pré-natal



Fonte: Lilian Galvão (2022).

A fotografia acima destaca uma consulta pré-natal que pude acompanhar e relatei no diário. No Centro se encontra em atividade o PIMI, que assegura a gratuidade de atos em saúde, para as mulheres gestantes e crianças com idade até os cinco anos.

Para as prenhasdas (gestantes):

- *consulta*
- *parto*
- *cesariana (em Canchungo)*
- *aborto espontâneo*
- *internamento*
- *ecografia (em Canchungo)*
- *TDR, Gota espessa, Sífilis, Glicemia, Hemoglobina*
- *radiografia (RX)*
- *evacuação sanitária*

Para *mininus* (crianças) com até 5 anos de idade:

- consulta
- internamento
- TDR, Gota espessa, Glicemia, Hemoglobina
- radiografia (Raio X)
- evacuação sanitária

Embora os procedimentos listados sejam gratuitos, nem toda mulher tem conhecimento das informações.

Figura 50 – Folheto informativo da PIMI, fixado na parede do consultório da parteira



Fonte: Lilian Galvão (2022).

Num dia de janeiro de 2020, acompanhei uma adolescente gestante até o Centro de Saúde, pois ela havia sido informada que teria de custear o cartão da gestante e certos procedimentos. Quando estive com ela, a conversa foi outra, e não houve serviço a ser custeado. Diário, 2 de fevereiro de 2020.

Quanto à abordagem para o planeamento familiar, a equipe se orienta através do protocolo de planeamento familiar da UNFPA¹³⁰.

Figura 51 – Ficha e cartão de Planeamento familiar

The image shows two forms from UNFPA Guinea-Bissau. The left form is a 'Ficha de Planeamento Familiar' (Family Planning Card) with fields for personal data, marital status, and a list of contraceptive methods. The right form is a 'CONSULTA DE P.F.' (Family Planning Consultation) card with fields for name, age, and a table for recording dates of various events.

Nota: Fotografias das fichas. **Fonte:** Lilian Galvão (2022)

A UNFPA na Guiné-Bissau também apoia a formação de Parteiras na Escola Nacional de Saúde e realiza outras ações, tais como campanhas de intervenções cirúrgicas, como a erradicação da fistula obstétrica e atividades para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos,¹³¹ por exemplo.

¹³⁰ O Programa de cooperação entre o UNFPA e o Governo da Guiné-Bissau denominado CPD7 (2022-2025) visa acelerar a obtenção dos 3 resultados transformadores do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) até 2030, a saber: 1. acabar com a necessidade não satisfeita de planeamento familiar, 2. acabar com as mortes maternas evitáveis, e 3. acabar com a violência baseada no género e todas as práticas nefastas contra mulheres e meninas. Este Programa está alinhado com o programa de desenvolvimento nacional 2020-2023, o Quadro Estratégico Comum da ONU 2022-2026 e contribui para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável 1, 3, 4, 5, 8, e 17. O programa toma em consideração os compromissos do governo assumidos na Cimeira de Nairobi e reconfirma os quadros normativos e conferências internacionais. Disponível em: <https://guinea-bissau.unfpa.org/pt/unfpa-na-guin%C3%A9-bissau>. Consulta realizada em 9 de setembro de 2023, às 09h51min.

¹³¹ Em 2022 a UNFPA, através de uma equipa de cirurgiões senegaleses realizou uma campanha na qual efetivou 29 cirurgias de reparação de fistula obstétrica na Guiné-Bissau. UNFPA, Annual Report 2022. Disponível em: <https://guinea-bissau.unfpa.org/pt/publications/unfpa-guin%C3%A9-bissau-relat%C3%B3rio-anual-2022>. Consulta realizada em 12 de setembro de 2023, às 11h00.

4.2.2 Casa das Mães

É preciso pontuar de início, a fim de evitar equívocos, que a Casa das Mães de Cacheu não está associada ao projeto Casa das Mães da Cáritas Internacional¹³² disponível em outras localidades do país. O projeto da Cáritas conta com financiamento da cooperação internacional, estrutura física adequada, equipamentos, ambulância, equipe formada e atuante, assim como protocolos técnicos e gerenciamento apropriados. A Casa das Mães de Cacheu, fundada em 2018, é uma instalação que se encontra anexada ao Centro Materno Infantil de Cacheu. A Casa foi construída também pela Associação de Cooperação com a Guiné-Bissau - ONGD, conta com cinco dormitórios, uma casa de banho e um refeitório. Não há animadoras ou animadores responsáveis que atuem no espaço e a gerência fica a cargo da parteira coordenadora da maternidade. A Casa não dispõe de fogão (cozinha), equipamentos e utensílios, nem mesmo suplementos alimentícios, o que impede a produção de alimentação no local para as gestantes. Esta Casa alberga mulheres que tenham indicação de risco gestacional e vivem nas tabankas mais remotas.

Figura 52 – Placa inaugural da Casa das Mães e Porta de entrada da sala de convívio.



Fonte: Lilian Galvão (2019).

¹³² A Cáritas Internacional é uma confederação de 165 organizações humanitárias da Igreja Católica que atua em mais de duzentos países. Casa das Mães da Cáritas é um projeto que está presente nas regiões leste e sul, localizadas em Bafatá, Gabu e Tombali. A Casa das Mães é uma estrutura residencial situada ao lado do hospital regional, que pode acolher 24 mulheres com gravidez de alto risco por um período de 1-2 meses. São três em funcionamento: uma em Gabu desde 1994, outra em Bafatá desde 2003, e a terceira em Catió, a partir de julho de 2019. Dispõe de estrutura técnica e administrativa. Animadores são formados para o trabalho, há ambulância para remoção e mobilidade das gestantes, alimentação é oferecida gratuitamente para as gestantes. Vide documento disponível em: [file:///C:/Users/Lilian/Downloads/painel_4_albertozamberleti_contribuicao_das_casas_das_maes_na_msr%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Lilian/Downloads/painel_4_albertozamberleti_contribuicao_das_casas_das_maes_na_msr%20(2).pdf). Apresentado no Fórum Nacional A Saúde Materna e Infantil na Guiné-Bissau em 2020. Consulta realizada em 2 de maio de 2023 pelas 10h15min.

Figura 53 – Gestante hóspede, a apreciar um livro sobre a vida intrauterina que oferecemos



Fonte: Lilian Galvão (2022)

Figura 54 – Detalhe da varanda, onde as gestantes hóspedes passam parte do dia



Fonte: Lilian Galvão (2022).

Ao longo de todo o mês de dezembro e início de janeiro, observei e acompanhei diversas gestantes, provenientes de tabankas na região de Cacheu, que estiveram acolhidas na Casa num período variável entre 1 semana e 1 mês, para aguardar o momento do parto. Algumas situações tocaram-me profundamente, dentre elas a ausência de alimentação no local, o que faz com que as mulheres em gravidez de risco esperem pela boa vontade dos parentes que encaminham bianda preparada. Nem sempre a comida chega. Mas quando qualquer alguídar aparece, elas tratam de partilhar umas com as outras. Elas passam fome. Por diversas vezes levei comigo o que conseguia para mim: biscoitos, melancia, laranja, kuduru (pão), bananas. O calor também é grande, dado à falta de ventoinha e ausência de energia elétrica ou solar. A primeira bebê que nasceu em 2020 foi chamada de Lilian. Ela é filha de uma senhora que estive a seguir na Casa das Mães. Fiquei muito emocionada. Diário, 4 janeiro de 2020.

No período entre novembro de 2019 até dezembro de 2022, ao longo de três anos, a Casa das Mães não passou por qualquer reabilitação estrutural, nem mesmo contou com o desenho e implementação de algum projeto de acompanhamento e seguimento das gestantes, especialmente no tocante à segurança alimentar e no campo das dinâmicas psicoemocionais que envolvem a gestação, o parto e puerpério. Elas permanecem hospedadas e contam com a ajuda de familiares para alimentação, não realizam qualquer atividade manual, plástica e denotam gana em conversar, em ser ouvidas, interagir (vide Figura 39).

Figura 55 – Gestante, hóspede da casa das mães, a comprar um sandes para o almoço



Fonte: Lilian Galvão (2019).

As gestantes em situação de risco, oriundas das *tabankas* mais remotas, dependem, portanto, da ajuda voluntária de familiares que possam fornecer *bianda* (alimentação preparada), porém, isto nem sempre ocorre de forma regular, conforme observado no terreno. Ao sinal de qualquer recepção de *bianda* ou frutas, tratam de partilhar entre si, o que denota um espírito de solidariedade e sororidade. É indiscutível que a Casa requeira melhorias infraestruturais, assim como no âmbito da gestão e acompanhamento das gestantes hóspedes. De toda forma, este espaço ainda se constitui como um ponto de apoio, sobretudo, para algumas gestantes em risco que vivem em localidades remotas.

4.2.3 Centro de Recuperação Nutricional (CRN) e Projeto Nó Kume Sabi

Projeto Nó Kume Sabi promove o rastreio, tratamento e recuperação de crianças com desnutrição aguda abaixo dos 5 anos de idade ao nível do CRN. O projeto se estende para além da prassa, prestando serviço e cobertura em 10 *tabankas*. O Centro de Recuperação Nutricional (CRN)¹³³ está voltado à atenção materno-infantil. Opera no âmbito do aconselhamento

¹³³Um dos objetivos deste projeto das Irmãs Franciscanas é o de prevenir e combater a desnutrição das grávidas e das crianças até aos 5 anos, através da produção e comercialização de uma mistura vitamínica composta por

nutricional das gestantes, bebês, puérperas e crianças pequenas. O projeto se preocupa com a erradicação da mortalidade materna e infantil pela via da nutrição e do pré-natal qualificado. Consultas pré-natais e pós-natais são realizadas pela enfermeira no consultório, na sede, na prassa de Cacheu. Nas *tabankas* realizam pesagem das crianças, rastreio de algumas patologias, preparam alimentação saudável e conversam sobre temas associados aos cuidados materno-infantis, promovem animações e celebrações das festas de Natal e do Dia das Crianças.

Figura 56 – Balaio no CRN



Fonte: Lilian Galvão (2019).

ingredientes de produção local, como é o caso da cabaceira, do caju, as sementes de abóbora, moringa, farelo de arroz, folhas de mandioca, e as folhas de batata-doce. Numa outra ação desenvolvida por esta iniciativa, é proporcionado um quadro de formações semanais em ordem a uma gravidez saudável, um parto seguro e institucionalizado e um aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.

Na sede, realizam semanalmente reuniões e encontros com gestantes e puérperas. Nestes encontros bordam e confeccionam enxovais para os bebês, dialogam sobre alimentação saudável, ensinam receitas e preparam *bianda sabi* (comida saudável) para o almoço, tecem ou bordam roupas para os bebês, conversam sobre cuidados neonatais e aspectos emocionais presentes na gestação, no parto e nas relações interpessoais.

A coordenação está sob o comando das Irmãs Franciscanas, missionárias de uma Congregação brasileira que incluem irmãs guineenses. Atuam na Guiné-Bissau há quase três décadas, no campo da educação e da saúde materno-infantil. Nas *tabankas*, contam com apoio de lideranças comunitárias, de homens e mulheres voluntárias agentes comunitários de saúde, mas que não possuem este status oficial, nem mesmo remuneração financeira. Em alguns períodos receberam suporte financeiro, mediante projetos; entretanto, atualmente, a missão conta com padrinhos, madrinhas e doadores empresariais e individuais. Embora já foram contempladas em outros projetos e obtiveram subvenção da União Europeia, hoje não conseguem administrar fundos da cooperação internacional, de acordo com o relato da coordenação, tendo em vista que *“não dispõe de equipe suficiente para escrever projetos, relatórios, responder todas as demandas burocráticas e administrativas exigidas, portanto, preferem estar no terreno, cuidando das pessoas, cumprindo a missão”*.

Figura 57 – Puérpera e bebê na sala de espera do consultório



Fonte: Lilian Galvão (2021)

Figura 58 – Gestante a confeccionar enxoval para o bebê no projeto do CRN



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Figura 59 – Roda de conversa com paridas e prenhas



Fonte: Solange Lussi (2020).

Figura 60 – Acompanhamento de consulta pós-natal no CRN com enfermeira-irmã



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Outra importante contribuição da missão é a atividade de transformação de produtos do *tchon* em alimentos. A multimistura, desenvolvida pela médica pediatra brasileira Zilda Arns (1934-2010), é um composto de farinhas ricas em nutrientes e minerais, receita desenvolvida na Pastoral da Criança no Brasil¹³⁴, que foi adaptada com os produtos locais e se configura como alimento essencial para contribuir para a boa nutrição infantil. Em Cacheu, ela é preparada com farinha de cabaceira (fruto do baobá), folha de mandioca, farinha da polpa do caju e folhas de *nenebadade* (moringa). Todas as crianças acompanhadas pela missão recebem gratuitamente a multimistura. Embora as pesquisas recentes provem que apenas a multimistura

¹³⁴ Fundada em 1983, hoje a Pastoral da Criança atua em 20 países, principalmente junto a famílias de baixa renda, onde acompanha as gestantes, os partos, o desenvolvimento das crianças de zero a 6 anos de idade. Inspirada na metodologia de Paulo Freire – os pobres como sujeitos sociais e políticos de sua emancipação da pobreza – a Pastoral da Criança criou uma extensa rede de voluntários a partir da capacitação dos pais das crianças atendidas. O beneficiário de hoje é o agente multiplicador de amanhã, responsável por acompanhar de 10 a 15 famílias vizinhas prestes a ter bebê, orientando-as em ações básicas de saúde, vacinas, cuidados pré e pós-natais, nutrição, educação e cidadania. Disponível em: <https://www.pastoraldacrianca.org.br/triduo-dra-zilda-2020/o-legado-da-dra-zilda-arns>. Consulta realizada em 8 de novembro de 2023, às 10h10min.

não é capaz de erradicar a desnutrição, ações educativas, condições sanitárias e cuidados em saúde de forma integral são fundamentais para a garantia da vida da pequena infância.

Figura 61 – Produtos desenvolvidos com alimentos do tchon di Cacheu. Destaque para a multimistura

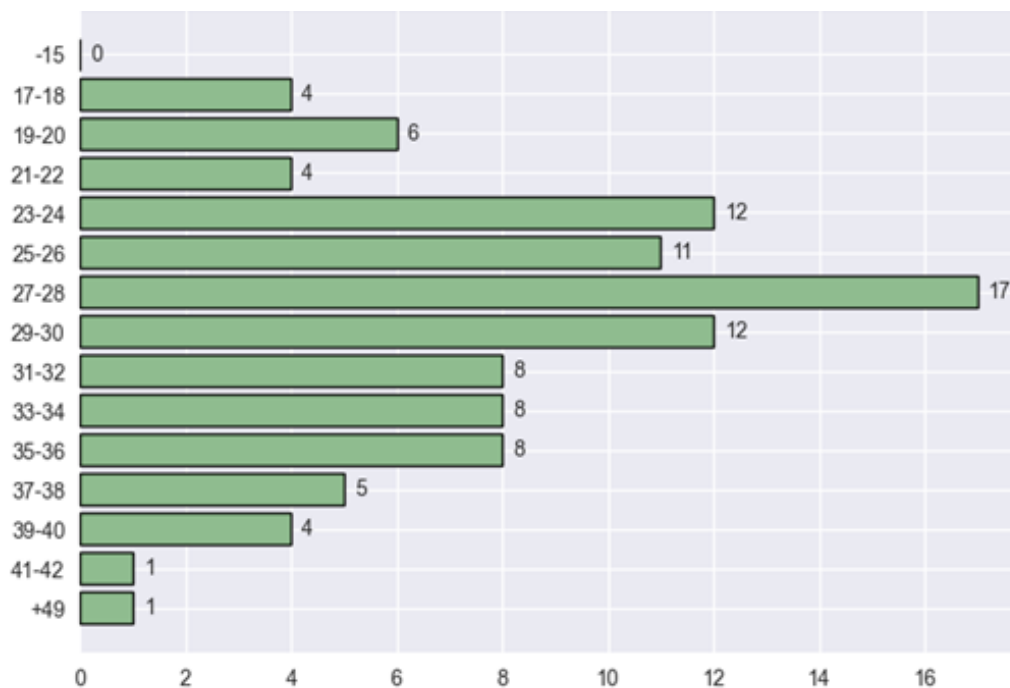


Fonte: Lilian Galvão (2023).

4.3 As Filhas de Cacheu: protagonistas do estudo

De acordo com a projeção estatística¹³⁵ de Guiné-Bissau, 605 mulheres estariam grávidas em 2022, na área sanitária de Cacheu. Neste estudo, são protagonistas 101 mulheres, referidas como as Filhas de *Cacheu* (mulheres de Cacheu), que residem em seis *tabankas* (comunidades rurais)¹³⁶ e na Prassa de Cacheu. Por faixa etária, as mulheres estão distribuídas:

Figura 62 – Distribuição das mulheres por faixa etária



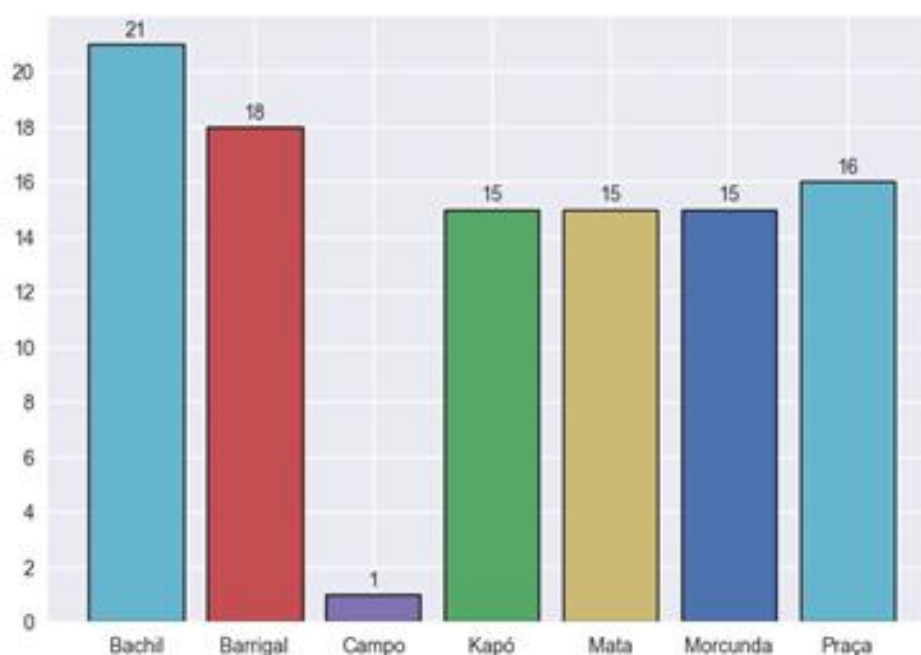
Fonte: Lílían Galvão (2022).

Das 101 mulheres entrevistadas com idade entre 17 e 52 anos, *100 delas estão na faixa etária até os 49 anos, ou seja, estão em idade fértil da mulher*, de acordo com a OMS.

¹³⁵ População trabalhada pelo INE, 2018.

¹³⁶ A escolha das *tabankas* se deu devido a condição de acesso, pois o contexto ainda era de final das chuvas e as estradas estavam em situação precária. As demais mulheres foram entrevistadas quando estavam em visita no projeto No Kume Sabi.

Figura 63 – Aldeias e localidades onde vivem as mulheres entrevistadas



Fonte: Lílían Galvão (2022).

Das mulheres, 21 delas vivem na *tabanka* Bachil, 18 em Barrigal, 15 em Kapó, 15 em Mata, 15 em Morcunda, e uma na *tabanka* Campo. Na prassa de Cacheu residem 16 das mulheres entrevistadas.

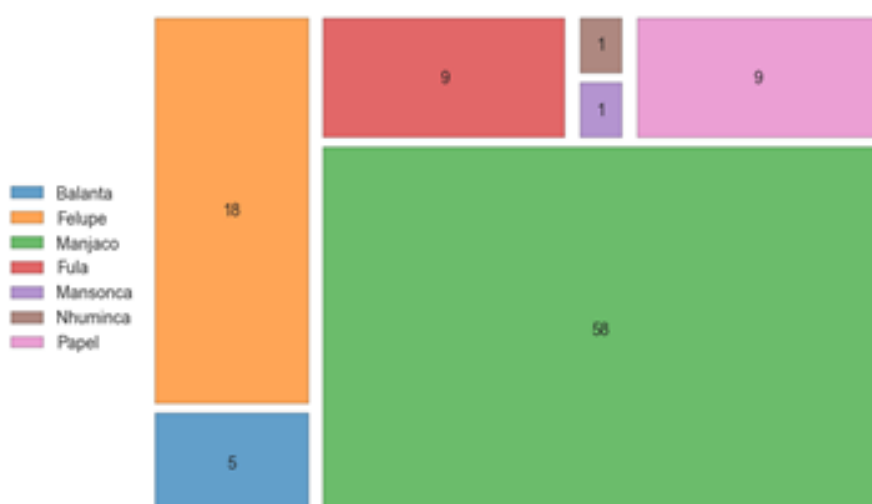
Quanto a distribuição étnica¹³⁷, destaca-se fortemente a presença de *mindjeres* (mulheres) da etnia Manjaco, representada neste estudo por 58 das entrevistadas. Em seguida, estão as *mindjeres* da etnia Felupe, representada por 18 delas, *mindjeres* Fulas e as Papéis estão representadas por nove e oito mulheres, respectivamente; em seguida, estão cinco entrevistadas Balantas. Em menor representatividade no grupo estão as *mindjeres* das etnias Mansonca, Nhuminka e Mestiça (Papel-Caboverdiana).

Verifica-se principalmente que:

(...) os manjacos constituem a terceira maior etnia animista da Guiné (cerca de 9,2%) e ocupam sobretudo o litoral Norte do país, sobretudo na região de Cacheu. Têm um sistema de organização territorial tradicional em regulados. Sistema este que sobreviveu à colonização e protagonizou, nos anos 80, um episódio conhecido de revitalização do poder tradicional, através da escolha de um régulo por critérios tradicionais, contra os critérios das autoridades administrativas (Pinto, 2009, p.35).

¹³⁷ Segundo o Instituto da Biodiversidade das Áreas Protegida (IBAP), a região de Cacheu é habitada por uma diversidade étnica, entre os quais se destacam os Mandjakos, Felupes, Banhus, Cassangas, Baiotes, Cobianas e outras mais que fazem parte de outra região do país, que emigraram para a zona. Os mais destacados e com números mais elevados ou significantes e dominantes são os Mandjakos e depois vêm os Felupes (Fernandes Junior, 2016, p. 42)

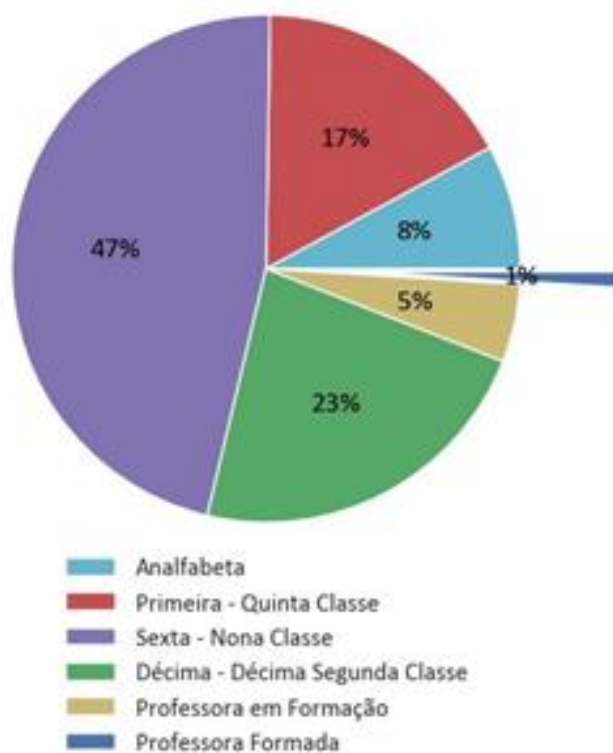
Figura 64 – Distribuição étnica



Fonte: Lílían Galvão (2022).

A etnia Manjaco possui uma estrutura social pautada em questões balizadas numa perspectiva identitária definida pela relação do indivíduo com a comunidade e a cultura. Os manjacos prestam culto aos antepassados e têm filiação e descendência patrilinear, e têm as suas próprias características sociais, linguísticas e aparentadas milenares. Possuem uma língua e uma organização social dotada de forma política próprias (Carvalho, 1998).

Figura 65 – Escolaridade

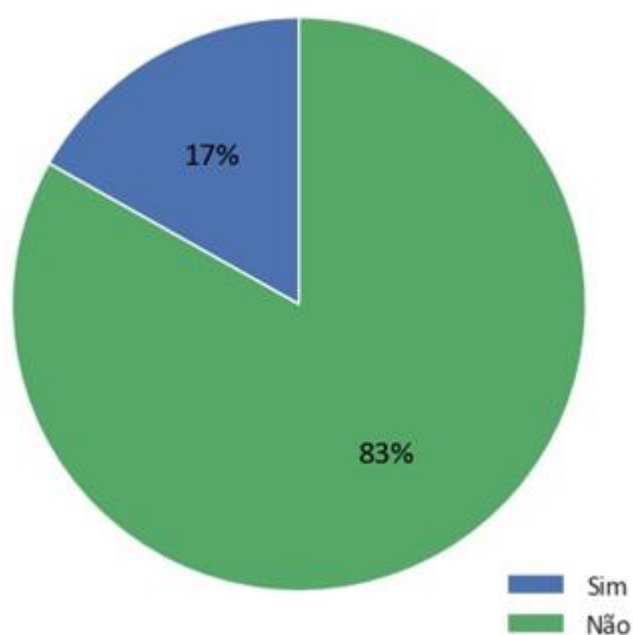


Fonte: Lílían Galvão (2022).

A Educação é, portanto, considerada um valor para as Filhas de Cacheu. A educação escolar é vista pelas entrevistadas como promotora de crescimento pessoal e ascensão profissional. A Educação, na representação das Filhas de Cacheu, é algo basilar; mesmo diante de tantas adversidades presentes no país, elas acreditam em seu valor.

4.3.1 Dimensões do início da vida: da concepção ao nascimento

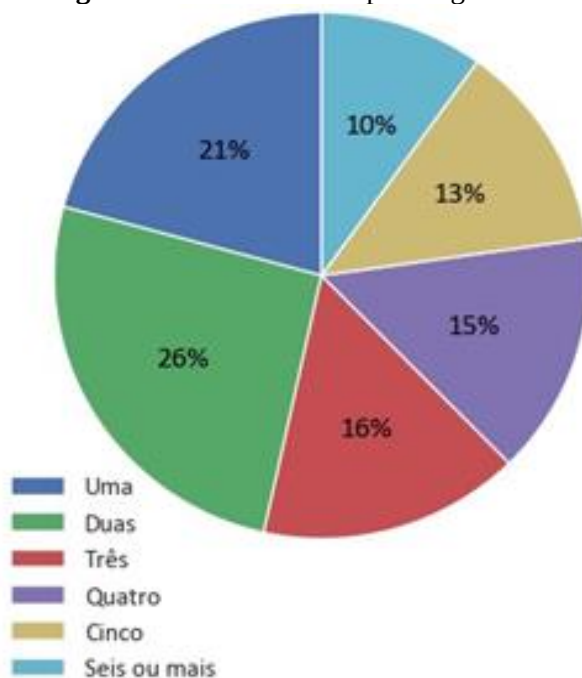
Figura 67 – Gestação atual



Fonte: Lílian Galvão (2022)

Das mulheres entrevistadas, 84 delas não estavam em processo gestacional no momento, enquanto que 16 mulheres estavam gestando, sendo que, dentre as 16 gestantes, quatro, em condição de gestação primara. As perdas gestacionais rondam a vida das Filhas de Cacheu.

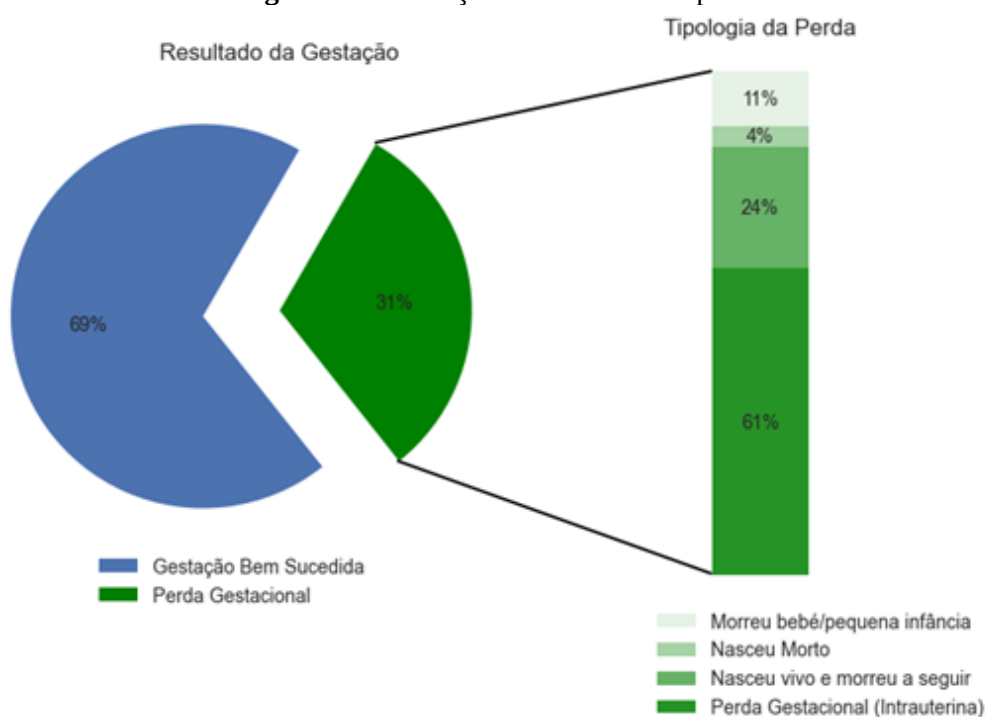
Figura 68 – Percentual de perdas gestacionais



Fonte: Lílian Galvão (2022)

Perda gestacional é um tema pouco abordado, de certa forma, é velado e sensível. Das mulheres entrevistadas, 30% relataram terem sofrido perdas (abortos, mortalidade infantil, natimortalidade, nado vivo), e estas revelam em suas representações, sentimentos de luto, dor emocional, angústia, culpa e depressão, silêncio.

Figura 69 – Gestação bem-sucedida x perdas



Fonte: Lílian Galvão (2022).

“Senti mal, eu esperava, mas eu perdi meu filho, senti uma tristeza”. (FC)

“Me senti triste, queria vê-lo, tê-lo comigo”. (FC)

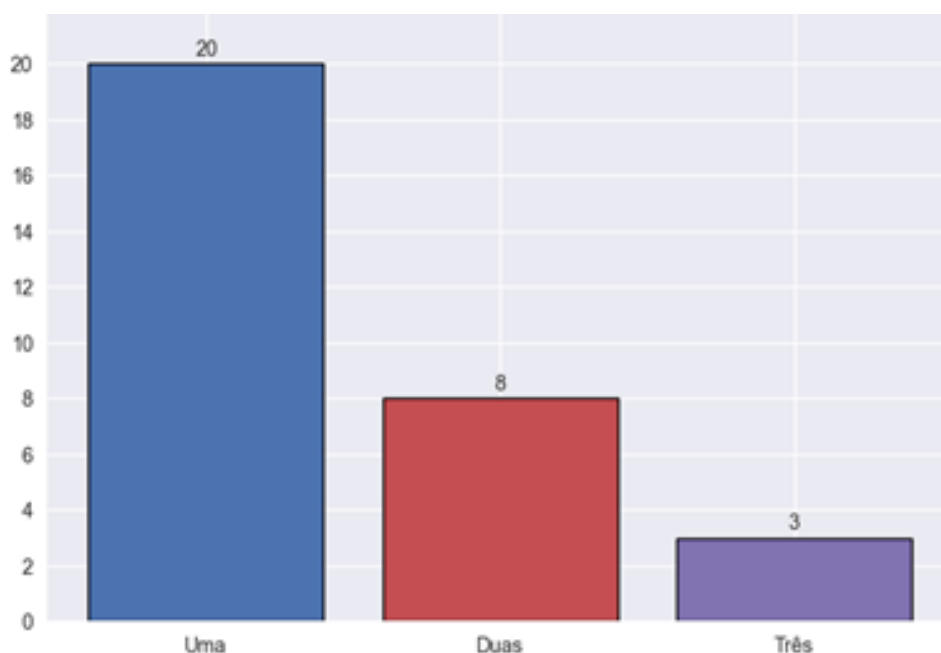
“Senti mal. Queria tê-lo, mas vim a perder”. (FC)

“Eu queria muito a criança”. (FC)

“Senti muito mal, tristeza, aperto no coração”. (FC)

“Eu senti muita dor, fiquei muito triste. Senti raiva e até culpa, ficava pensando em tudo que passei”. (FC).

Figura 70 – Quantitativo de perdas



Fonte: Lílian Galvão (2022).

Das 31 mulheres que revelam perdas, oito delas tiveram duas perdas cada, e três mulheres perderam filhos por três vezes, um dado bastante alarmante.

*“Muito mal. **Esperei nove meses e perder meu filho, é muita tristeza**”. (FC)*

“Eu fiquei muito triste, porque eu queria tê-los, mas infelizmente perdi eles”. (FC)

*“Eu senti mal, porque **não é fácil esperar 9 meses e não ter o filho**”. (FC)*

*“**Preparei-me para recebê-lo** e ele morreu”. (FC)*

*“Era meu filho. **Fiquei muito tempo sem tentar engravidar por medo**”. (FC)*

O tema, para algumas dessas mulheres, ainda é representado por falas que indicam sentimento de desconforto emocional e um processo de luto não elaborado

“Eu me senti cansada, triste e isso não é tranquilo até agora”. (FC)

“Eu senti muito triste. Até hoje tenho vontade de chorar, quando vejo sua irmã (era gêmeo)”. (FC)

“Perdi dois filhos, me senti mal. Eu queria ter meus filhos comigo. Eu perdi meus filhos”. (FC)

“Senti tristeza. Fico triste toda vez que lembro”. (FC)

“Sinto muita dor até hoje. Olho para as colegas e todas estão contentes com seus filhos”. (FC)

“Muito mal, fiquei bem triste, tenho até inveja das colegas que engravidaram junto comigo”. (FC)

“Fiquei muito abatida, frágil, perdi muito sangue”. (FC)

“Senti muita dor, tristeza e fiquei sem ânimo”. (FC)

“Senti muito mal por perder meu filho. Fiquei muito triste”. (FC)

“Senti mal, queria muito aquele filho, mas eu perdi”. (FC)

Algumas revelam um sentimento de conforto e de aceitação espiritual

“Eu senti tristeza, mas acolhi. Para mim Deus tem destino para cada pessoa”. (FC)

“Senti mal, mas tive de me conformar. Não era para ser”. (FC)

“Senti dor, tristeza, tive pena do filho, pois não tive o que fazer”. (FC)

“Senti tristeza, mas aceitei, pois não sou a única que passou por isso”. (FC)

“Senti tristeza. Aos poucos, senti que Deus não permitiu que eu o conhecesse”. (FC)

“Eu achei normal, acho que não era para eu ter”. (FC)

4.3.2 Planejamento familiar

Acerca do planejamento gestacional e familiar, nota-se que nem sempre as gravidezes são planeadas *“esta gravidez não foi planejada, só queria ter quatro filhos (FC)”*. Representações como esta e, ainda, em uma de nossas entrevistas com a parteira-chefe da maternidade de Cacheu, durante a observação de consulta pré-natal, revelava que o planejamento familiar é ainda um desafio presente na dinâmicas familiares em Cacheu. De acordo com o MICS 6 (2020, p.152)¹³⁸, de 611 mulheres da região de Cacheu inqueridas para

¹³⁸ MICS 6 dados regionais. Ministério da Economia e Finanças, Direção Geral do Plano/Instituto Nacional de Estatística (INE). 2020. Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018- 2019, Relatório Final. Bissau, Guiné-

o mapeamento, 314, atualmente casadas ou em união estável, possuem necessidade de planejamento familiar.

Ter que decidir sobre adesão aos métodos contraceptivos em concertação com o parceiro, pode adiar a tomada de decisão da mulher, ou mesmo comprometer sua escolha, minimizando o seu empoderamento e a gestão sobre seu próprio corpo e sexualidade.

Dos dados obtidos no MICS6, na região de Cacheu, a percentagem de mulheres casadas que atualmente não usam nenhum método contraceptivo (incluindo o não uso de métodos pelo parceiro) é 75,4%. A contracepção por uso de preservativo (feminino ou masculino) não é utilizada pelas informantes. Os únicos métodos contraceptivos aderidos mencionados em termos percentuais, foram: 6,3% usa DIU; 1,9% faz uso de injetáveis; 8,9% utiliza implante; 0,3% faz uso de pílulas; e 6,6% utilizam o método de aleitamento materno e de amenorreia (Mama)

Uma das entrevistadas, atualmente grávida, relata que após a gestação anterior, esteve com o marido na maternidade para uma consulta de planejamento familiar. Após o atendimento, voltaram para casa para refletir e tomar uma decisão em aderir pelo método contraceptivo, porém, a decisão nunca foi tomada e uma nova gravidez aconteceu (FC).

Das entrevistadas, 77 delas desejam ter mais filhos, enquanto 24 não almejam gerar novos descendentes. As motivações das mulheres são variadas e suas representações transitam entre o sentimento de missão no ato de conceber, gerar e parir filhos, prazer, segurança no futuro, compromisso e obrigação:

“Eu casei, tenho a missão de dar filhos ao meu marido”. (FC).

Outras mulheres reforçam:

“Eu quero parir. Meu marido quer filho e eu vou dar”. (FC).

“Eu casei e também sou responsável de formar família. Quero ter seis filhos”. (FC)

“Sinto responsabilidade do casamento, vou dar os filhos que meu esposo quer”. (FC)

“Eu casei e meu marido quer mais filhos”. (FC)

Outra representação revela sentimento de pertença e valorização da família constituída por uma prole numerosa:

“Quero que minha família tenha muita gente”. (FC).

“Quero parir mais, de nove a dez filhos”. (FC).

“Sim, mais uma ou um para ter três filhos”. (FC).

“Tenho dois, quero ter mais dois para completar quatro”. (FC).

“Quero ser mãe de muitos filhos”. (FC)

“Não posso ter um filho só, não é suficiente”. (FC)

“Quero engravidar muitas vezes, estou pronta para receber”. (FC)

“Dois é pouco, quero ter mais dois”. (FC)

Uma outra representação que se apresenta nas falas das filhas de Cacheu é projetar nos filhos a expectativa de receber dos mesmos, no futuro, suporte e apoio na velhice:

“Quero quatro ou cinco filhos para eles se ajudarem e me ajudarem quando não tiver forças”. (FC)

“Quero ter três filhos para que eles me ajudem no futuro”. (FC)

“Quero ter mais filhos para eles me ajudarem”. (FC)

“Eu quero ser ajudada, quero que eles me ajudem financeiramente mais tarde”. (FC)

“Quero ter mais filhos para que me ajudem no futuro”. (FC)

“Quero que me ajudem, por isso quero ter outros”. (FC)

Entre as mulheres que indicam não desejar mais conceber e gerar filhos, as motivações apresentadas estão no âmbito de uma compreensão sobre o término de uma missão, do cansaço, da responsabilidade e de uma crítica sobre as dificuldades em criar e manter os descendentes. Algumas falas revelam:

“Acho que já dei à luz que chega! É difícil cuidar de filho nestas condições do país”. (FC)

“Não tenho condição. É preciso cuidar bem desses que tenho”. (FC)

“Sinto que completou. Tive três filhos. Agora cuido da minha neta. (FC)

“A vida é difícil, educação não é tão boa, então não quero passar necessidade”. (FC)

“Acho que estes estão bem”. (FC)

“Com esses já está bom. Assim posso cumprir bem minha missão”. (FC)

“Já tenho cinco filhos. Estes já estão bom”. (FC)

“Para mim já dei à luz que chega”. (FC)

“Já completei minha missão de dar à luz”. (FC)

“Já completei os filhos que queria”. (FC)

“É muito cansativo cuidar sozinha”. (FC)

“Sinto que cumpri meu papel de conceber”. (FC)

“Não tenho condição”. (FC)

“Com essa gravidez quero parar. Cuidar de menino é difícil”. (FC)

“Já não quero, parei de parir”. (FC)

“Tem que cuidar bem desses quatro. Tem que ter condição”. (FC)

“Cansei de dar a luz e cuidar dos meus filhos”. (FC)

“Eu parei de dar a luz. Não é só dar à luz, tem que cuidar, educar, guiá-los bem”. (FC)

“Eu já cumpri meu papel de mulher, não quero dar à luz”. (FC)

“Não quero mais dar à luz”. (FC)

“Queria ter três. Para mim já está bom”. (FC)

Uma delas, entretanto, apresenta uma outra dimensão, que revela um projeto pessoal:

“Tenho que amadurecer e estudar”. (FC)

4.3.3 Concepção

Conceber, gestar, parir e maternar são valores caros nas sociedades africanas. Famílias numerosas podem ser exemplo de êxito e boa sorte, e, por isso, a capacidade da mulher em se tornar mãe é valorizada e celebrada pelas famílias.

Por outro lado, a infertilidade para conceber e gerar filhos carrega em si frustração e desordem psicoemocional, em especial, para a mulher. Mesmo na ausência de análises e exames específicos, o peso da infertilidade, recai, a priori, sobre a mulher.

Estive na casa de uma terapeuta tradicional que atende mulheres com problemas de fertilidade. As mulheres que desejam engravidar, procuram S., uma jovem mulher que conta que aprendeu a cuidar das mulheres através dos ensinamentos da mãe, que era uma parteira. Acompanhei em silêncio e observação uma sessão na qual a terapeuta utilizava óleo siti malgós (óleo de palma medicinal) para realizar massagens no ventre da atendida. A mulher deve passar três dias neste “retiro” com a terapeuta. Durante o período, realizam-se banhos, massagens e outros cuidados. Diário, 15 de dezembro de 2019.

Figura 71 – Sequência de imagens de atendimento preconcepção com TT



Fonte: Lilian Galvão (2019).

Mulheres que apresentam “dificuldade” em engravidar de forma natural tendem a buscar por ajuda da Medicina Tradicional.

A propósito, não há uma política em saúde pública que ofereça o serviço e tratamento de reprodução assistida e de investigação da fertilidade para as mulheres e homens que desejam conceber. Um serviço destinado às questões de (in)fertilidade/reprodução humana ainda não está disponível no SNS. Aqueles que tem recursos econômicos podem buscar soluções nos

centros médicos em outros países da região, tal como no Senegal, ou em países da Europa. Algumas clínicas privadas atendem pacientes com estas demandas, mas, no país, a resposta para a cadeia de análises e despiste específicos é incipiente, de modo que as TT representam uma alternativa de resposta para muitas famílias.

Neste caso, especificamente, da observação que participei, a paciente ficou em retiro durante quatro dias na casa da TT. Esteve, neste período, sob seus cuidados, que envolveram banhos de ervas, massagens no ventre com *siti malgós* (óleo de palma medicado), chás para beber e dieta alimentar. O trabalho da TT denotou entrega, empatia e amabilidade. A TT é uma mulher jovem e narra que aprendeu com a mãe que era Matrona e TT. Afirmar ser feliz em realizar este trabalho (FC). O serviço não é gratuito, porém, a remuneração é efetuada por valores módicos, o que torna o atendimento mais inclusivo a quem realmente carece dele. Esta paciente, por exemplo, vive numa outra região do país, tendo viajado por mais de cinco horas para chegar até a TT.

Figura 72 – Ervas (mesinhu di terra) usadas na sessão com TT



Fonte:: Lilian Galvão (2019).

4.3.4 Pré-natal

De acordo com OMS¹³⁹, recomenda-se que a gestante tenha acesso, no mínimo, a quatro consultas pré-natais.

O período pré-natal oferece oportunidades importantes para as mulheres grávidas de se beneficiarem de uma série de intervenções que podem ser vitais para a saúde e bem-estar e do seu bebê. Por exemplo, o cuidado pré-natal se pode utilizar para informar as mulheres e as famílias sobre os riscos e sintomas na gravidez e sobre os riscos do parto

¹³⁹ As diretrizes da OMS são específicas quanto ao conteúdo das consultas de pré-natal, que incluem: Medição da pressão arterial; Exame de urina para bacteriúria e proteinúria; Exame de sangue para sífilis e anemia grave; e Medição de peso/tamanho (opcional).

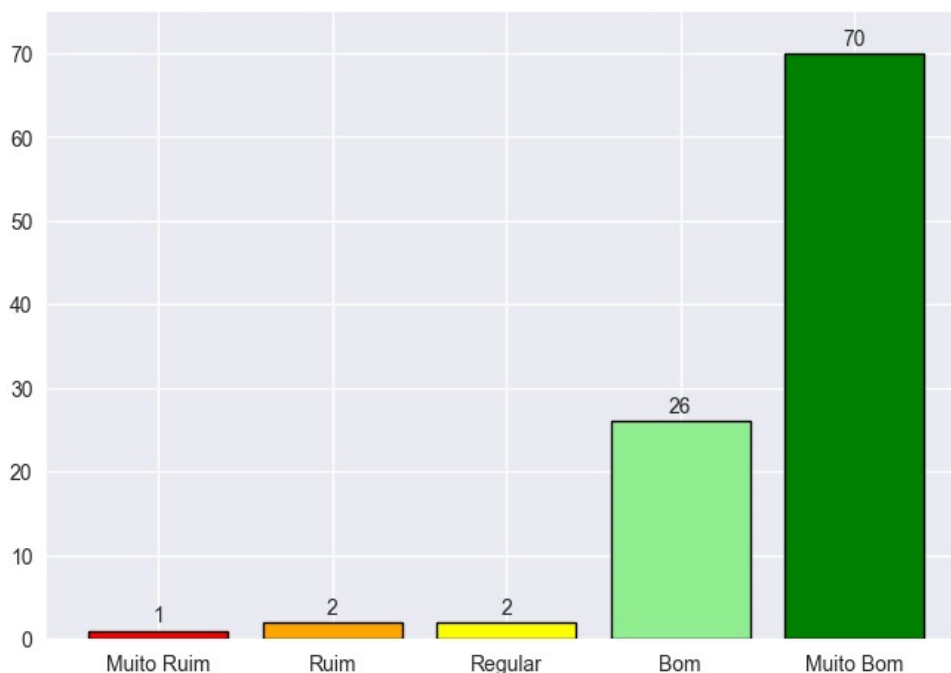
e podem, portanto, ajudar a garantir que as mulheres grávidas deem à luz com a ajuda de um profissional de saúde qualificado. As visitas pré-natais também constituem uma oportunidade para fornecer informações sobre o espaçamento entre os nascimentos, reconhecido como um fator importante para melhorar a sobrevivência infantil (MICS 6, 2020 p. 164).

É através de um pré-natal qualificado que muitas mulheres garantem a própria sobrevivência e de seus filhos. Pré-natal também pode se constituir uma rica oportunidade de cuidado emocional.

Das 101 mulheres entrevistadas, em relação a última gestação ou atual, todas afirmaram terem passado por atendimento pré-natal, que variaram entre 2 e 10 consultas. Uma gestante (prímara) informou que ainda não iniciou o atendimento pré-natal. De acordo com as informações das entrevistadas, nem todas realizaram as consultas no Centro Materno-Infantil de Cacheu. Algumas das entrevistadas mencionaram o Centro de Reforço Nutricional (CRN), o Hospital-Maternidade de Canchungo, Clínica privada em Bissau. Uma mulher mencionou ter realizado o pré-natal, assim como o parto, num serviço de saúde em Dakar, no Senegal.

Acerca da qualidade do serviço prestado no pré-natal, algumas mulheres revelam que, durante o pré-natal, em Cacheu, as avaliações mostram uma proporção alta que considera o serviço muito bem ofertado.

Figura 73 – Qualidade do atendimento pré-natal



Fonte: Lílian Galvão (2022).

As cinco mulheres que denotam insatisfação, revelam:

“Não me deram atenção, não me deram medicamento no pré-natal”. (FC)

“Faltou informação sobre medicamentos”. (FC)

“Nem sempre são pacientes. Se as pessoas informassem seria melhor”. (FC)

“Seria mais fácil para nós, mas nem sempre as pessoas são pacientes”. (FC)

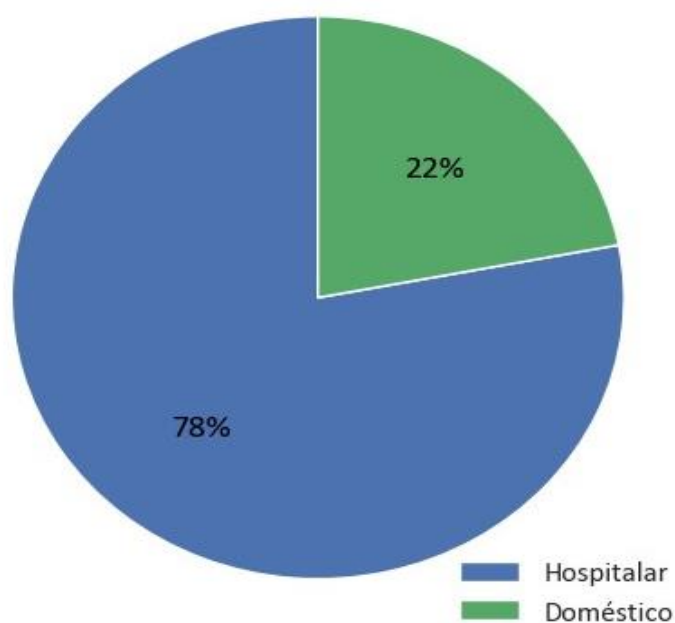
“Às vezes não são nada gentil, não informam direito”. (FC)

“Não me deram atenção, não me deram medicamento no pré-natal”. (FC)

De acordo com o MICS 6, em Cacheu, 17.2% das mulheres inqueridas realizam pré-natal com profissional da medicina, 82.5% com enfermeira-parteira, 0.0% com terapeuta tradicional, e 0.3% não realizou pré-natal. Estes dados refletem nossa observação no terreno.

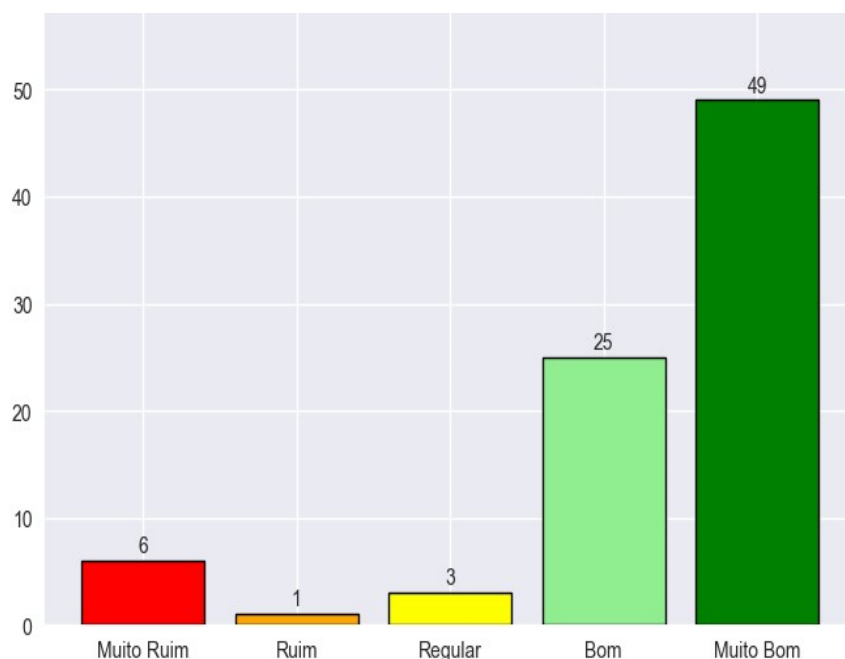
4.3.5 Parto

Figura 74 – Local do parto



Fonte: Lílian Galvão (2022).

Figura 75 – Percepção sobre o ambiente do parto



Fonte: Lílian Galvão (2022).

Ao serem inqueridas sobre a qualidade da atenção no trabalho de parto, 10 das 97 entrevistadas que já deram à luz apresentaram nuances de violência (verbal, psicológica) e negligência obstétricas:

“Eu apanhei na hora do parto”. (FC)

“Dei à luz em Canchungo, no parto uma pessoa me tratou muito mal” (FC)

“Pari na maternidade de Cacheu. Me senti desamparada, perdi sangue, me mandaram para casa”. (FC)

“As pessoas que me atenderam na maternidade de Cacheu foram duras, negligentes, eu estava em sofrimento, minha gravidez era de risco e não ajudaram em nada”. (FC)

“Foram negligentes, não atenderam bem, eu dei à luz na estrada porque fui ao hospital, mas voltei para casa dei à luz em casa, pois cheguei ao hospital e não quiseram me atender”. (FC)

“Sofri insulto, quem me atendeu foi mal-educado”. (FC)

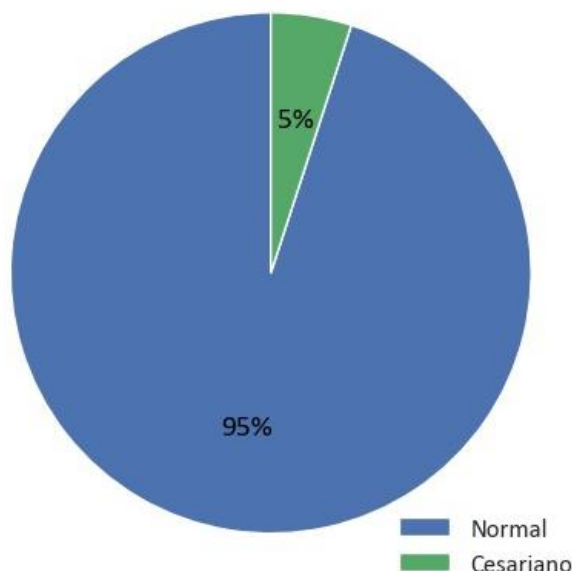
“Não fui bem atendida, não fizeram o trabalho direito em Cacheu”. (FC)

“As pessoas em Cacheu foram negligentes. Entrei em trabalho dia 25, e só dia 27 fui levada para Canchungo para fazer cesariana”. (FC)

“Em Cacheu, abandonam a gente até a hora que elas querem atender”. (FC)

“Estive em Cacheu, mas fui dispensada para casa. Pari em casa, com o auxílio da minha mãe”. (FC)

Figura 76 – Tipologia do parto



Fonte: Lílian Galvão (2022).

Em termos da tipologia do parto, a esmagadora maioria respondeu ter passado pela experiência do parto normal; apenas 5% foram submetidas ao parto cesárea.

4.3.6 Relacionamento conjugal e violência doméstica

Noventa e três mulheres revelaram ter sofrido algum tipo de violência, em algum momento da vida conjugal partilhada.

Acerca da forma como as relações conjugais são versadas atualmente, oito mulheres dizem não ter companheiro ou relacionamento estável no momento da entrevista.

A esmagadora maioria, 88 inqueridas, revelam que na relação conjugal, atualmente, encontram atenção, carinho, respeito, diálogo e entendimento relacional:

“Conversamos se temos algum problema, sentamos para conversar”. (FC)

“Meu marido é muito atencioso comigo”. (FC)

“Ele me trata bem. Temos entendimento”. (FC)

“Ele me trata bem, é atencioso comigo”. (FC)

“Ele me trata bem, cuida bem de mim”. (FC)

“Ele é falecido. Tratava-me bem”. (FC)

“Ele me trata bem, faz tudo por mim”. (FC)
“Ele me ajuda nos serviços de casa”. (FC)
“Se eu adoecer, ele cuida de mim”. (FC)
“Ele me trata bem, me ama, cuida de mim”. (FC)
“Me anima nos momentos difíceis”. (FC)
“Me escuta, é solícito”. (FC)
“Eu brinco com ele, ele brinca comigo”. (FC)
“Se preocupa em alimentar bem. Tudo o que eu peço, ele me dá”. (FC)
“Nos sentamos para conversar e se acertar”. (FC)
“Me trata bem, é atencioso comigo e carinhoso”. (FC)
“Me trata bem, nós conversamos”. (FC)
“Ele trata bem, se temos problema, sentamos e conversamos”. (FC)
“Trata bem, nós conversamos, me dá carinho”. (FC)
“Nós brigamos, mas ajeitamos”. (FC)
“Trata bem. Tudo o que preciso ele me dá”. (FC)
“Às vezes conversamos, discordamos e nos entendemos”. (FC)
“Nos entendemos, tem confusão, mas nos entendemos”. (FC)
“Ele me trata bem, nós conversamos, embora dedica muito tempo ao trabalho”. (FC)
“Tem respeito comigo”. (FC)
“Dividimos o dinheiro, é atento comigo, faz tudo para me agradar”. (FC)
“Se comporta bem comigo”. (FC)
“Sentamos para organizar a vida”. (FC)

Por outro lado, cinco mulheres revelam que sofrem maus-tratos por parte dos companheiros:

“Ele não me trata bem. Não conversamos muito. Não demonstra afeto, carinho por mim”. (FC)
“Tem horas que me trata bem, outras mal”. (FC)
“Ele me trata muito mal”. (FC)
“Mais ou menos, porque às vezes tem discussão”. (FC)
“Não me trata nada bem, é ausente”. (FC)
“Ele me trata mal. É incompreensivo”. (FC)

Vinte e uma mulheres revelaram já terem sido submetidas ao *sute* (surra, violência física), por parte de seus companheiros. Ao serem inqueridas, algumas detalham as causas, “motivos” que levaram ao ocorrido:

“Ele me bateu porque não tinha dinheiro e eu queria levar nossos filhos ao hospital”.

(FC)

“Nós discutimos...”. (FC)

“Porque ele é violento”. (FC)

“Nós brigamos e ele parte para a violência”. (FC)

“Por causa de discussão, brigas e não conversamos bem, não nos entendemos”. (FC)

“Por causa de fofocas de traição, como se eu estivesse traindo, não quis me escutar”.

(FC)

“Por causa de ciúmes e falta de confiança”. (FC)

“Por causa de outras mulheres. Ele é sem vergonha”. (FC)

“Porque atrasei para fazer o almoço”. (FC)

“Porque brigamos”. (FC)

“Porque ele bebeu e tivemos problemas”. (FC)

“Porque fui perguntar onde estava, chegou tarde e foi violento”. (FC)

“Porque deixei minha filha sozinha e fui ver kankuran¹⁴⁰”. (FC)

“Uma vez só. Ele discutiu comigo, estava bêbado e perdeu o controle de si”. (FC)

“Porque eu briguei com minha sogra”. (FC)

“Porque ele é valente e violento”. (FC)

“Porque nós brigamos”. (FC)

Uma das mulheres diz *‘nunca ainda’* ter sofrido *sute*, mas a fala denota que é algo possível ou esperado que possa acontecer.

Outra entrevistada revela:

“Nem sei por que me bate”. (FC)

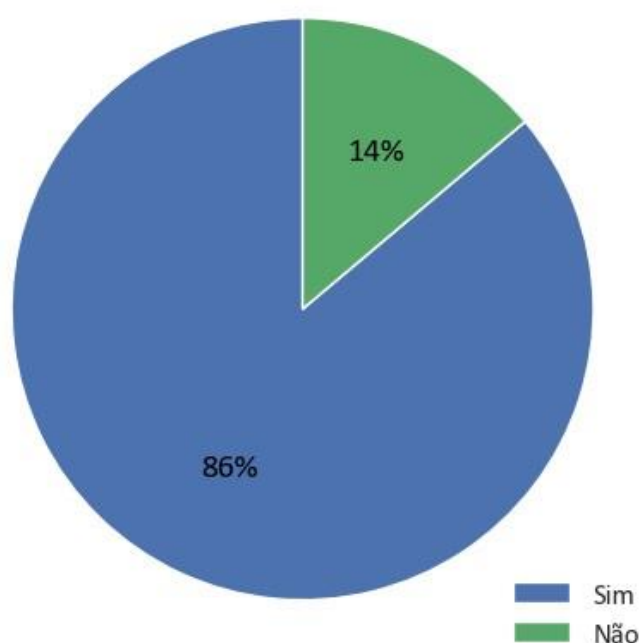
Neste sentido, a investigadora guineense Isaiete Jabula destaca algo precioso que confirma o que encontramos nas narrativas das filhas de Cacheu:

¹⁴⁰ Kankuran é um personagem da manifestação da cultura guineense.

Culturalmente é problemático uma mulher casada denunciar violação conjugal. Neste contexto, 17% de mulheres, de 15-45 anos, sofre violência física se recusar manter relações sexuais com o marido. Aliás, 25,9% de mulheres acredita que um marido tem justificação para espancar sua esposa se esta sair sem se despedir e pedir autorização de casa; 21,5% diz que este pode espancar caso a esposa discuta com ele; 11,3% assegura que a esposa pode ser vítima de violência física por parte do marido se ela queimar a comida; e 36,4% acredita que o marido pode bater por qualquer um desses cinco motivos (Estatística, 2019, p. 515). Apesar de, legalmente, a maioridade e a idade para o casamento serem definidas a partir dos 18 anos de idade, culturalmente a idade é relativa - não é medida em anos quem é ou não é criança, mas em sim em desenvolvimento biológico ou em outros elementos (Jabula, 2021, p. 46).

4.4 Ritos tradicionais da concepção, da gestação e do parto presentes em Cacheu

Figura 77 – Aconselhamento com Mindjer garandi



Fonte: Mindjer garandi (Mulher grande, sábia, anciã).

A figura da *mindjer garandi* (mulher grande, mais velha e sábia) na Guiné-Bissau é, por muitos, respeitada, valorizada. A representação da mulher grande está associada aos anos que uma pessoa alcança (50+), sabedoria e experiência de vida. Essas mulheres, no geral, são as guardiãs de muitos códigos étnicos, segredos, receitas de uso de *mesinhos*, memórias e “tecnologias ancestrais”.

Ao investigar sobre a relação de proximidade e tomada de conselho a partir do diálogo com as mulheres grandes, das entrevistas, 87 delas afirmam buscar conselhos das *garandi*, *“seus conselhos são bons, valem para a vida”*. (FC)

Nas representações daquelas que buscam conselhos, a figura da mulher grande é revelada como alguém que tem saberes, experiência de vida e visão de mundo mais ampliada:

“As mindjeris garandi nos aconselham para que tudo fique bem”. (FC)

“Sim, porque eu nunca dei à luz e as mulheres grandes têm experiência”. (FC)

“Porque quero aprender. As mulheres grandes sabem muitas coisas”. (FC)

“As mulheres grandes ajudam muito, esclarecem as dúvidas”. (FC)

“As mulheres grandes são experientes e dão conselhos”. (FC)

“Conselho de mulher grande nos dá uma visão melhor”. (FC)

“Tem muita coisa que eu não sei. Elas me aconselham”. (FC)

“Mindjeris de tabanka conhecem bem as experiências da vida”. (FC)

“Sim, eu gosto de ter mais conhecimento”. (FC)

“Eu sou a única mulher filha de minha mãe. Ela quer que eu seja boa mulher, só sigo conselhos de minha mãe”. (FC)

“Elas me aconselham sobre aquilo que não sei e, assim, eu aprendo”. (FC)

“Eu acho necessário conselho de gente experiente”. (FC)

“Sim, quero conhecer outros pontos de vista”. (FC)

“É muito bom, mulher grande viveu mais do que eu”. (FC)

“Eu respeito as mulheres grandes”. (FC)

“Mulher grande vê aquilo que não está bem, e eu aceito”. (FC)

“Elas chamam minha atenção quando não faço as coisas bem”. (FC)

“Elas são atentas, tem visão da realidade e são experientes”. (FC)

“Elas são boas conselheiras, tem experiência”. (FC)

“Elas vêem o que não está bom. Elas têm experiência e querem ajudar”. (FC)

“É muito bom escutar conselhos de quem tem experiência”. (FC)

“Elas me aconselham bem, elas nos mostram como é a vida”. (FC)

“Acato os bons conselhos das mulheres grandes. Elas têm experiências boas e não boas”. (FC)

“É muito bom conselho de mulher grande, porque elas carregam muitas experiências”. (FC)

“As mulheres grandes têm mais experiência e conhecimento do que eu”. (FC)

“Elas aconselham, cuidam e tem visão daquilo que não está bem”. (FC)

“As mulheres grandes conhecem mesinhos e métodos de cura”. (FC)

Das entrevistadas, 14 mulheres não consideram ser aconselhadas pelas *garandi*. Das mulheres que não buscam ou não acatam conselhos das *mulheres garandi*, eis algumas representações:

“As mulheres grandes são supersticiosas. Fazem e falam coisas estranhas”. (FC)

“Não, porque tenho medo que aconteça algo, prefiro buscar profissional no hospital”. (FC)

“Levo em conta o que fizer sentido para mim. Se servir seus conselhos...”. (FC)

“Eu converso com minhas colegas”. (FC)

“Sigo orientações do hospital e nada mais”. (FC)

“Eu gosto de conversar com mulheres da minha idade”. (FC)

“Eu converso com minhas amigas”. (FC)

“Às vezes as mulheres são radicais. É melhor seguir o que o hospital aconselha”. (FC)

“Não tenho ninguém em quem confiar”. (FC)

4.4.1 Saberes e práticas tradicionais

Parto em casa com auxílio de parteira tradicional

Das entrevistadas, 29 mulheres já foram acompanhadas por parteira tradicional; *as outras 72 mulheres, não*. Dessas 29 mulheres, nenhuma revelou ter sofrido alguma intercorrência, e todas validaram positivamente a atuação das parteiras. Algumas representações sobre a assistência prestada pela parteira tradicional:

“A parteira me ajudou muito, me tratou bem, me animou na hora do parto”. (FC)

“Me ajudou a sentir melhor”. (FC)

“Eu me senti ajudada, elas têm experiência, nos ajuda muito na hora do parto”. (FC)

“Eu me sinto bem. Elas fazem massagens e as dores passam”. (FC)

“Eu me senti muito bem, a parteira me tratou muito bem na hora do parto, me tratou com toda paciência”. (FC)

“Eu me sinto bem, me ajudou nas dores que senti”. (FC)

“Eu sinto menos cansada de ir ao hospital. Parteira me ajuda muito”. (FC)

“Eu me sinto bem, elas acompanham muito bem”. (FC)

“Elas me tratam muito bem, tem todo cuidado pois já passaram por isso”. (FC)

“Senti que ela cuidou muito bem de mim”. (FC)

“Me senti bem, ela facilitou minha vida, dei à luz bem rápido”. (FC)

“Senti que ela cuidou muito bem de mim, sempre atenciosa”. (FC)

“Senti que ela me tratou muito bem”. (FC)

“Muito bem, me ajudou muito com mesinha”. (FC)

“A parteira me acompanhou e cuidou muito bem de mim”. (FC)

“Me ajudou muito. Dei a luz, nada aconteceu. Foi muito atenciosa comigo”. (FC)

“Eu sinto que ela ajudou muito com massagens”. (FC)

“Ela me tratou muito bem”. (FC)

“Me sinto bem, me tratou bem”. (FC)

“Muito bem, senti cuidado e atenção da parteira”. (FC)

“Senti muito ajuda com as massagens”. (FC)

“Me sinto bem, à vontade na hora do parto”. (FC)

“Eu senti muito bem. Ela me tratou muito bem”. (FC)

“Ela me atendeu muito bem na hora do parto, me deu todo apoio”. (FC)

“Elas auxiliam muito com massagens. Me senti muito bem”. (FC)

“Sim, me ajudou com massagens”. (FC)

“Elas me ajudam muito. As massagens ajudam muito”. (FC)

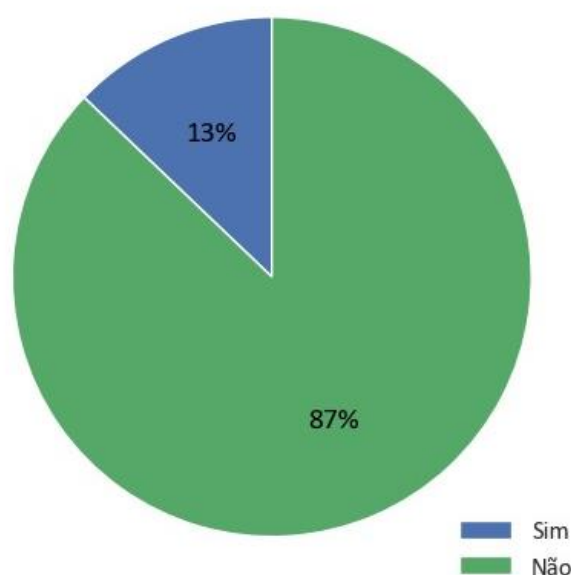
“Eu me senti bem, me ajudou muito”. (FC)

Das que não buscaram apoio ou assistência da parteira, apenas uma relatou que não busca, pois tem *“medo de massagens e orientações da parteira para não desencaxar a criança”*. (FC). De fato, a figura da Parteira é representada como *aquela que cuida*, que dispensa cuidado materno-infantil com respeito e atenção.

Em resumo, num contexto como o de Cacheu:

(...) a predominância das parteiras tradicionais como interlocutoras preferenciais, mais próximas das parturientes e verdadeiras responsáveis pelos primeiros cuidados prestados à mãe e ao filho. Onde o sistema de saúde pública ainda não foi implementado, o seu papel é crucial e impõe-se a sua integração e colaboração com os cuidados institucionais (Carvalho & Afonso, 2019, p.74)

Figura 78 – Acompanhamento por Terapeuta Tradicional



Fonte: Lílian Galvão (2022)

Das entrevistas, 87% afirma não recorrer ao atendimento das TT; algumas das representações denotam conversão cristã, descrença, medo:

“Não confio neste método”. (FC)

“Eu não quero, se eu for no hospital, confio no hospital”. (FC)

“Não quero, acho desnecessário”. (FC)

“Não gosto de cura tradicional, se está doente, tem de ir ao hospital”. (FC)

“Eu não gosto dessas coisas”. (FC)

“Eu não confio nesses métodos tradicionais”. (FC)

“Não confio, sempre vou ao hospital”. (FC)

“Prefiro confiar no hospital”. (FC)

“Se eu adoecer, vou ao hospital”. (FC)

“Não é boa solução”. (FC)

“Eles falam coisas que não fazem sentido”. (FC)

“Por terem dificuldade de acertar”. (FC)

“Não quero este tipo de coisa”. (FC)

“Só confio no hospital, nos médicos”. (FC)

“Meu marido não aceita estes métodos”. (FC)

“Eu sinto que isto não presta”. (FC)

“Meu esposo não aceita este tipo de coisa”. (FC)

“Prefiro confiar no hospital e na equipe”. (FC)

“Não tenho confiança”. (FC)
“Não tenho interesse nessas coisas”. (FC)
“Não gosto disso, pois traz confusão na família”. (FC)
“Tenho medo”. (FC)
“Não é uma coisa certa, ora acerta, outra não acerta”. (FC)
“Não gosto, acho desnecessário. Acredito em Deus e na sabedoria dos médicos”. (FC)
“Eu sou cristã e não quero mexer com essas coisas”. (FC)
“Prefiro confiar nos médicos e enfermeiros”. (FC)
“Sou da igreja, confio em Deus”. (FC)
“Não conheço, prefiro manter distância”. (sic) (FC)
“As consultas com terapeutas custam dinheiro e, às vezes, cobram bom preço”. (FC)

Três mulheres trazem as seguintes representações:

“Eu não vou, mas acredito”. (FC)
“Nunca precisei”. (FC)
“Não precisei ainda”. (FC)

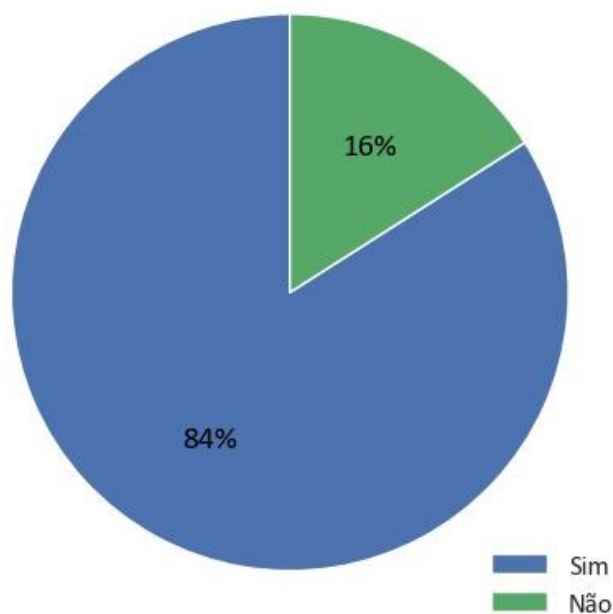
Das 13% das entrevistadas que afirma procurar apoio e acompanhamento de TT, as representações evidenciam que:

“Às vezes temos problema na tabanka, é preciso saber o que se passa”. (FC)
“Eu não me senti bem e fui buscar ajuda”. (FC)
“Eu me cansei tentando engravidar, fiz tratamento no hospital e resolvi ir na terapeuta tradicional”. (FC)
“Busco o que me ajuda aliviar a dor”. (FC)
“Sigo as tradições da minha família”. (FC)
“Às vezes isso ajuda. Quando as crianças adoecem, eu apelo para este método”. (FC)
“A minha mãe me levou e eu melhorei”. (FC)
“Eu respeito as tradições, meu pai herdou para ser o grande da tradição”. (FC)
“Eu não posso negar a tradição”. (FC)
“Elas me curaram. Eu fui ao hospital, mas nada resolveu. Na tabanka, com esse método, eu melhorei”. (FC)
“Por causa da cultura, a minha me levou para tratar doença”. (FC)

Mesinhu di tera e Mesinhu di kurpu

Os mesinhos (fitoterápicos, remédios das plantas, medicina da terra) são utilizados pela esmagadora maioria das mulheres.

Figura 79 – Utilização de mesinhu da terra



Fonte: Lílian Galvão (2022).

Na tabela, demonstro quais são mencionados (os mais populares) e as especificações para os tratamentos, de acordo com os relatos obtidos nas entrevistas e nos dois grupos focais realizados:

Quadro 3 – Tabela. Mesinhu di tera

Fase do Ciclo Gravídico Puerperal	Planta	Finalidade
	Palha de Figueira	Engravidar
Gestação	Palha de Banana Palha de Banana Palha de Banana (Chá) Palha de Banana Palha de Coco Kobo Casca de Cabaceira e Orelha de Macaco Palha de Figueira	Parir bem Limpeza do bebê Contra cansaço Desenvolvimento do bebê Contra inchaço Bem-estar do bebê Limpeza do bebê e nascer bem
Parto Pós-Parto	Palha de Orelha de Santcho Palha de Figueira Ridia de Santcho Sumo de Ondjo (Hibiscus) Palha de Banana Seca Água Quente e Lacacon Bucui (Manjaco) Palha de Papaia (Chá) Lacacon	Diminuir temperatura Bom para saúde da mulher Força Limpeza do bebê Aumentar quantidade de sangue Parar inchaço Largar sangue que sobra no organismo Limpeza interna Evita Infecção Limpeza para o sangue do parto não subir para a cabeça Dor de Barriga, cólica e resto de sangue
Bebê/Criança	Mandrone Palha de Limão Palha Santa Nenebadade (Moringa) Mandronha e Orelha de Rato Palha de Binon Nenebadade Sitimalgós Eucalipto Algodão	Gripe Febre, gripe e constipação Gripe, coceira e nutrição Dor de barriga Constipação Limpeza Dor de barriga Gripe Gripe

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 80 – TT com mesinhu di terra



Fonte: Lílian Galvão (2022).

Figura 81 – Mesinhu



Fonte: Lílian Galvão (2022).

Figura 82 – Mesinhu



Fonte: Lílian Galvão (2022).

Figura 83 – Mesinhu



Fonte: Lílían Galvão (2022).

Uso dos mesinhu di kurpu, (guarda di kurpu, talismã)

Das mulheres entrevistadas, 79 afirmam não utilizar mesinhu di kurpu em seus bebês e crianças, enquanto 21 afirmam que os utilizam. Nas narrativas indicam: entrevistadas, *mesinhu de umbigo*, gera a proteção da criança. Na *rabada (quadril)* serve para não apanhar doença; na mão, tal qual uma pulseira, para afastar sustos, e no pescoço, como um colar, também serve para proteção espiritual e afastar mau-olhado. No grupo focal, as participantes também deram significados espirituais e de cariz mágico, que envolve a proteção necessária para as crianças pequenas, em especial para tratar de sustos, livrar de doenças, afastar cansaço e olho mau.

Figura 84 – Mesinhu di Kurpu (pescoço)



Fonte: Lílían Galvão (2022).

Uma entrevistada afirma que os mesinhu: *“livra de muitas coisas, de mau olhado”* (FC).

Outras entrevistadas afirmam que o uso tem como finalidade:

“Para firmar pescoço, para não doer dente e nem dar diarreia”. (FC)

“Para não apanhar doença, mas em caso de apanhar doença, seja leve”. (FC)

“Para afastar sustos e doenças”. (FC)

“Para a criança ter rabada”. (FC)

“Para proteção de menino”. (FC)

“Para proteger a criança”. (FC)

“Para evitar espanto e mau-olhado”. (FC)

“Para proteção de menino”. (FC)

“Para afastar males. Ela se espanta no sono”. (FC)

Os materiais mais utilizados na confecção dos *mesinhu* di kurpu mencionados são: carvão, para afastar mau-olhado e susto; chifre de cabra do mato, para evitar espanto quando dorme; rabo di *santcho* (macaco) para evitar espanto.

Figura 85 – Mesinhu di Kurpu (mão)



Fonte: Lílían Galvão (2022).

Figura 86 – Mesinhu di Kurpu (rabada)



Fonte: Galvão (2022).

Figura 87 – Mesinhu di kurpu em mulher adulta (pescoço)



Fonte: Lílían Galvão (2022).

Figura 88 – Mesinhu di kurpu (umbigo)

As principais representações que emergem são: Cuidado, Amor, Atenção, seguida de Educação. Ser mãe, para as Filhas de Cacheu, é um compromisso, é missão, cansaço, sofrimento e responsabilidade.

“Mãe é responsável das crianças, é quem educa, cuida, quem dá amor, carinho”. (FC)

“Quem mostra o caminho, aquilo que é bom e aquilo que é mau. Educa alguém para que seja bom na sociedade”. (FC)

“Mãe é cuidado e atenção em todas as horas”. (FC)

“Quem cuida das crianças. Cuidado e atenção de tudo na vida do filho. Mãe é Amor, sacrifício para a vida de seu filho”. (FC)

“Mãe é algo inexplicável, é respeito, é grande compromisso”. (FC)

“Mãe é quem orienta, quem dá à luz e amor”. (FC)

“Ser mãe é ter uma missão desafiadora. É um pouco cansativo, é cuidado, proteção, cuidar bem. Já que recebemos esta missão”. (FC)

“Mãe é quem gera o filho, quem se sacrifica e quem não mede esforços”. (FC)

Figura 90 – Mulher recém-parida, a amamentar seu bebê na maternidade em Canchungo



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Uma gestante primípara revela:

“Eu me sinto bem, mesmo ainda com filho na barriga. Quero ser mãe para criar bem meu filho”. (FC)

Figura 91 – Lilian, a primeira criança nascida em 2020, em Cacheu



Fonte: Abraçada num panu di pinti¹⁴¹. Fonte: Lilian Galvão (2020).

¹⁴¹ Panu di pinti, embora não seja tradição de todas as culturas guineenses, pode ser simbolicamente visto como o pano Real da Guiné, porque o panu di pinti é o pano do bambaram, onde as mães trazem os filhos às costas, sendo assim o pano da união e da maternidade. Com padrões normalmente de cor neutra (os padrões e as cores dependem do tipo de cerimónias), este pano é marcado pelo simbolismo, pela força e pela tradição. Força da Mulher Grande e esperança da Padida. Este pano é o pano do regresso à Guiné, pois aqui se enquadram as cerimónias tradicionais que levam muitas migrantes a regressar ao país natal, para não ferir os antepassados e para proteger e iluminar o caminho dos seus descendentes. Por fim o pano legós, apelador dos sentidos, alegre e por vezes brejeiro. O legós representa o quotidiano e o social. Ele é prazer e comunicação, vaidade e feminilidade. O legós é festa e gargalhada. É o pano com o qual comunicamos na diáspora, que vestimos quando nos queremos sentir próximos di tera. O deambular, os corpos apertados, coloridos e adornados pelo legós são a chama ardente da sedução e da africanidade. Os três panos em conjunto simbolizam a vida e as suas diferentes fases. Assim como as fases da vida podem-se fundir e confundir, os panos também podem ser usados juntos e de várias maneiras. A capacidade de substituição dos panos e a sua utilização «psicológica» em determinadas situações pode significar a garantia de sobrevivência para muitas mulheres. As mulheres da Guiné são sobreviventes natas do jogo da vida. São «engenheiras» por natureza, aquelas que se formaram na procura de soluções quotidianas para os desafios dos tempos. Mas também podem ser ameaçadoras, sabotadoras e vingativas. Mulheres de sangue quente e língua de faca. Que tudo fazem para proteger os seus, como mães leões, perante o inimigo. (JOACINE Katar Moreira no livro 'Stórias di Mindjeris' Edição: IMVF – Instituto Marquês de Valle Flôr Entrevistas: IMVF (Sandra Oliveira e Ana Isabel Castanheira).

5. Puerpério: considerações



Nesta pesquisa procurei abordar aspectos políticos, sociais e multiculturais ligados à saúde sexual e reprodutiva na África Subsaariana, e apresentar contribuições sobre as dimensões do início da vida, da concepção ao nascimento, sentidos que passam pelos *ventres-psiques*, particularmente vivenciados pelas mulheres-mães, respeitosamente alcunhadas por mim como as *Filhas de Cacheu da Guiné-Bissau*

Figura 92 – Jovem mulher em gestação



Fonte: Lilian Galvão (2021).

Neste sentido, busquei apreender, vivenciar e partilhar da experiência de uma vida comunitária em Cacheu, para assim, sentir, pertencer e poder estabelecer um lugar de fala e participação das mulheres-mães, sobre a saúde sexual e reprodutiva, o bem-estar da primeira infância, as práticas tradicionais, a espiritualidade, e as identidades feminina e materna.

Figura 93 – Mulher em gestação



Fonte: Lilian Galvão (2021)

O Estudo de Caso centrou-se nas mulheres-mães, residentes em Cacheu (*prassa*) e *tabankas* do entorno; entretanto, as mulheres de Bissau, informantes-chave, apresentadas no Capítulo 3, por meio de suas narrativas, dispensaram contributos elementares para uma compreensão sistêmica dos desafios e perspectivas na Guiné-Bissau, no contexto dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, da Saúde Sexual e Reprodutiva, da Saúde e Proteção da Criança, do direito à vida, do direito à participação.

Por estas razões, noto que a inclusão dessas mulheres-informantes, embora não tenha sido prevista a participação das mulheres de Bissau no projeto de tese, enriqueceu o trabalho, um valor agregado, que facilitou a compreensão e apreensão das dinâmicas presentes na RGB.

Dessa forma, a colaboração desses grupos heterogêneos de mulheres guineenses entrevistadas que, embora residam num mesmo território geográfico (país), possuem características particulares e dicotômicas na esfera socioeconômica, formação técnica-profissional, educativa e de posição social (as de Bissau, trata-se de mulheres da elite pensante do país, do contexto urbano, o de Cacheu, é interiorano e com nuances do rural, com particularidades apresentadas no Estudo de Caso). Portanto, reitero que a inclusão das mulheres de Bissau foi essencial para a concretização e *parto do bebê-tese*.

Ao empregar a abordagem etnográfica, procurei compreender o modo como as *mindjeris* se colocam e se expressam no cotidiano, a forma como apresentam representações sociais e podem ser vistas, dentro de cenários ainda marcado por fragilidades, desigualdades, economicamente empobrecidos, mitigados pela ausência e eficiência do Estado, assinalado por vulnerabilidades e sustentados ainda por estruturas neocoloniais e pelo patriarcado, pelas relações sexistas, machistas, de poder e autoridade.

Figura 94 – Nascido e bem-vindo nos primeiros dias de 2020



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Embora os serviços biomédicos ativos promovam melhorias para a saúde pública materno-infantil e a grande maioria das mulheres de Cacheu admita ter confiança nos serviços públicos e os qualifica com o parâmetro bom e muito bom, as apreensões da investigação também revelam que continuam a haver queixas de desumanização sob os cuidados profissionais, maus tratos, violência obstétrica (abuso verbal e físico), denúncias de cobrança indevidas de serviços, de falta de comunicação e de orientação sobre cuidados biomédicos e má-qualidade das infraestruturas.

Outrossim, a demora em aderir e iniciar o pré-natal é uma questão que deve ser mais bem percebida pelos serviços. O que apreendi é que há mulheres que ainda desconhecem a gratuidade dos serviços de cuidados materno-infantis, e outras continuam a ser cobradas por alguns serviços. Estas podem ser algumas das razões pelas quais as mulheres muitas vezes adiam ou até evitam a utilização de unidades de saúde e hospitais.

A dimensão do cuidado humanizado requer melhorias nas intervenções. A violência obstétrica assujeita as mulheres, assim como a incapacidade de decidir por si mesmas sobre métodos contraceptivos as vulnerabiliza e as mantém numa condição de subalternidade.

Figura 95 – Mulher em gestação



Fonte: Lilian Galvão (2020).

As dores emocionais, os estados psíquicos, a depressão, o luto silenciado, o cansaço da vida cotidiana e da manutenção econômica da vida e dos cuidados com os filhos são basicamente velados, embora as mulheres queiram falar sobre isso, elas não têm encontrado no serviço público de cuidado materno-infantil uma oportunidade de escuta acolhedora e de facilitação da gestão emocional dentro do período de acompanhamento da gestação ao puerpério. Seria, portanto, adequado nutrir uma nova ação, investir em formações destinadas aos profissionais de saúde sobre a Ética do cuidado.

Figura 96 – Nutrição - Nutrir a Ação



Fonte: Lilian Galvão (2020).

Acerca do luto perinatal, não encontrei nenhuma abordagem de trabalho ou formação destinada aos profissionais da saúde para que atuem baseados na atenção, escuta e aconselhamento emocional e psicológico¹⁴². Não há mesmo a menção de cuidados voltados para essa dimensão da vida-morte, apesar de a OMS ter diretrizes para o efeito, em nível global. Portanto, tratar da dimensão do luto é ainda uma lacuna que requer ser problematizada e discutida na agenda da saúde materno-infantil.

¹⁴² Destaco ainda que no país ainda não há formação acadêmica e nem qualquer profissional da Psicologia em atuação na saúde pública e nem mesmo em clínicas particulares, contudo, há demanda para tal, pois vivendo no país fui procurada por diversas pessoas para prestar este serviço.

Em complemento, e não menos importante, é a organização humanizada, infraestrutural e psicopedagógica da Casa das Mães. Atualmente, como apresentado no Estudo de caso, a Casa funciona como um espaço de acolhimento e dormitório, porém, não é o bastante para a caracterização e um cuidado integral. A Casa requer ser gerenciada. Oxalá a experiência de gestão da Cáritas pudesse inspirar as mudanças necessárias, ou mesmo a própria Organização pudesse assumir o gerenciamento deste equipamento de acolhida, tão fundamental para as gestantes e puérperas em condição de risco.

Figura 97 – Mamé ku mininu



Fonte: Lilian Galvão (2021).

No âmbito da saúde neonatal, da criança, da *prenhada* e da *padida*, caberia ao Estado, revisar e ajustar as abordagens e planos previamente estabelecidos para alcançar determinados objetivos previstos nos ODS, de modo a qualificar as aprendizagens em saúde e promover a qualidade de vida e saúde das mulheres, dos bebês e das crianças pequenas. Falta monitoramento no terreno sobre a qualidade dos serviços. Neste sentido, a dimensão da multiculturalidade presente em Cacheu e no país, como um todo, jamais deveria ser negada ou excluída pelos decisores públicos e pelos executores de Programas e interventores em saúde.

Permaneço, portanto, uma lacuna na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde voltados para mães e crianças quando o Estado e os atores da Cooperação para o desenvolvimento que tem sido financiador e executor dos Programas, não estabelecem diálogos inclusivos, críticos, aprendentes, pautados na Medicina baseada em evidências, e na experiência à luz da Medicina Tradicional e das Práticas Tradicionais de promoção em saúde, que estão vivas e presentes na cultura do país.

Seria importante decidir politicamente e prestar serviços que, de fato, promovam *bambaram mininu*, ou seja, que agenciem o cuidado neonatal e da pequena infância de modo integral, humanizado e sistêmico.

Figura 98 – Mamé ku mininu



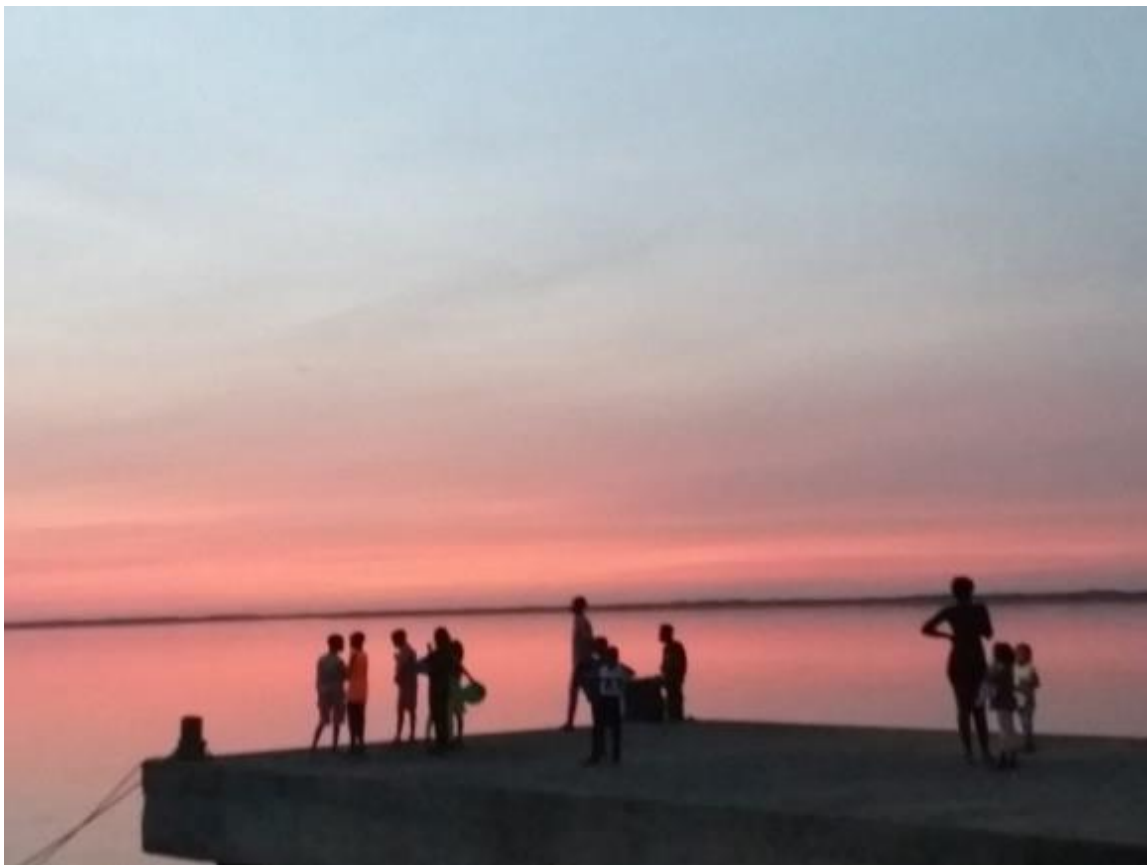
Fonte: Bambaram mininu - Ato de carregar o bebê às costas. Fonte: Lilian Galvão (2022).

Convém ressaltar que seria apropriado investir na investigação do uso de plantas medicinais para manutenção da saúde da mulher e produção de dispositivos didáticos para usuários e profissionais da saúde, por exemplo. Portanto, enquanto houver exclusão, negação

e certo rechaço em relação às práticas tradicionais, perde-se uma excelente oportunidade de qualificar a atenção em saúde materno-infantil.

Nesta direção, fica posto um desafio para os operadores de saúde, do Governo e das ONGs, assim como os da Cooperação Internacional e das agências ONU, no sentido de fortalecer o trabalho em saúde materno-infantil, incluindo trabalhar com as subjetividades da mulher guineense numa ação afrocentrada. Oxalá, em rede, um novo horizonte será desenhado.

Figura 99 – Porto de Cacheu e o presente de um pôr-do-sol



Nota: Um leque colorido em tons de azul e rosa, um espetáculo para vir, sentir e recordar.

Fonte: Lilian Galvão (2020)

6. Referências

- Acholonu, C. O. (1995). *Motherism* (1st Ed.). Owerri, Nigeria: Afa Publications.
- Achutti, E. L. (1997). *Fotoetnografia, um estudo de antropologia visual sobre cotidiano, lixo e trabalho*. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Acker, J. I. B., Annoni, F., Carreno, I., Hahn, G. V., & Medeiros, C. R. G. (2006). *As parteiras e o cuidado com o nascimento*. (pp. 647–651). *Revista Brasileira de Enfermagem*. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500010>
- Adichie, C. N. (2015). *Sejamos todas feministas*. São Paulo: Schwarcz S.A.
- Akotirene, Carla. *O que é interseccionalidade?* Rio de Janeiro. Editora Letramento, 2018.
- Almeida, M. S. (2022). *Maternidades subalternas: ser ou não ser mãe nas epistemologias decoloniais e do feminismo negro*. (Em Tese), Florianópolis, Vol. 19, (n. 01, pp. 87-107), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis ISSN 18065023. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/83130/48563>.
- Arbore, C. (2018) *Pratiche memoriali, identità territoriale e sviluppo locale in Guinea*. Em: Mondi in movimento Ricerca e social engagement all'Università iulm. Carrocci editora, Roma.
- Asante, M. K. (2009). *Afrocentricidade: Notas sobre uma posição disciplina*. Em *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora* / Elisa Larkin Nascimento (org.). São Paulo: Selo Negro.
- Bâ, H. A. A noção de pessoa na África Negra. (p. 181 – 192) Tradução para uso didático de: Bâ, A.H. *La notion de personne em Afrique Noire*. Em: Dieterlen, G. (eds). Paris: CNRS, 1981, por Luiza Silva Porto Ramos e Kelvin Ferreira Medeiros. <https://filosofia-africana.weebly.com/textos-africanos.html>
- Bâ, H. A. (2010). A tradição viva. Em: Ki-Zerbo (Editor). *História geral da África, I: Metodologia e pré-história da África*. Brasília: UNESCO.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Badinter, E. (2011). *O Conflito: a mulher e a mãe*. Rio de Janeiro, Record.
- Bakare-Yusuf, B. (2009) “Além do determinismo: A fenomenologia da existência feminina Africana”. Tradução para uso didático de Bakare- Yusuf, Bibi. “*Beyond Determinism: The Phenomenology of African Female Existence*”. *Feminist Africa, Issue*, por Aline Matos da Rocha e Emival.
- Ballestrin, L. Associativismo Transnacional: uma proposta analítico-conceitual. v. 35, (pp. 41-54), *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba.

- Barreto, A., & Santos, F. (2014). Memoriais culturais e históricos como promotores do desenvolvimento: os memoriais de Guiledje e Cacheu na Guiné-Bissau. *ECAS 2013 5th European Conference on African Studies African Dynamics in a Multipolar World*. Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL).
- Barros, M. de. (2012), “*A Sociedade Civil face ao processo de democratização e desenvolvimento na Guiné-Bissau (1991-2011)*”. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/AfricanaStudia/article/view/7397/6780>
- Barros, M. de. et al. (2008). *Diagnóstico das políticas públicas para o acesso aos serviços de saúde na Guiné-Bissau – Estudo de caso nos bairros da periferia de Bissau*: Belém, Cuntum Madina, Militar e Missira.
- Benzinho, J., & Rosa, M. (2018). *Guia Turístico: à descoberta da Guiné-Bissau*. Afectos com Letras - ONGD
- Borges, M. (2010). A educação informal e as associações. A propósito das mandjuandades da Guiné-Bissau. *Livro de Atas do Congresso Portugal e os PALOP*. Coordenação Ana Bénard Costa e Antona Barreto. ISCTE, Lisboa. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/3021/1/Borges_COOPEDUI_3.10.pdf
- Bourdieu, P. (1999). *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brandão, C. R. (Org.) (1983). *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense.
- Brandão, C. R. (1989). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense.
- Brasil. Programa Brasil Quilombola (2018). *Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial* (Seppir), Brasília- DF.
- Busnel, M. C., Yasaku, S., & Cunha, I. (2002). *Relação mãe-feto: Visão atual das neurociências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guerreiro, C. S., A. P. Silva, Cá, Tomé, & Ferrinho, P. (2017). Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. In: *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*. Universidade Nova de Lisboa, v. 16. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/12>.
- Cabral, S. (2016). *Casamento forçado na Guiné-Bissau: diversas formas de violar o direito da mulher*. (Trabalho de Conclusão de Curso, Bacharelado em Humanidades) - Instituto de Humanidades e Letras, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde.
- Calainho, D. B. (2004). *Africanos penitenciados pela Inquisição portuguesa*. https://recil.ensinolusofona.pt/bitstream/10437/5597/1/africanos_penitenciados_inquisicao_portuguesa.pdf
- Caracterização Nacional do Pré-Escolar na Guiné-Bissau, Levantamento Nacional. FEC, Lisboa, (2019). Disponível em: https://www.fecongnd.org/pdf/PreEscolar_2019.pdf

- Carvalho, C. (Org.) (2018). *Mulheres no mercado da saúde - Apoio social em Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e Niger*. Coimbra: Almedina.
- Carvalho, C. (1998) Ritos de poder e a recuperação da tradição. Os régulos manjaco da Guiné-Bissau. v. 4, (n. 1, pp. 1-349). *Soronda: Revista de Estudos Guineense de Guiné-Bissau*, Bissau.
- Carvalho, C. & Afonso, A. (2019). *Gênero e pluralismo terapêutico: o acesso das mulheres ao sistema de saúde não estatal na Guiné-Bissau, Angola e Moçambique*. Vitória. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/20420>
- Carvalho, M. E. de P., & Rabay, G. (2013). *Gênero e educação superior: apontamento sobre o tema*. João Pessoa: Editora da UFPB.
- Casimiro, I. M. (2010). *Empoderamento económico da mulher, movimento associativo e acesso a fundos de desenvolvimento local*. Maputo: Centro de Estudos Africanos, Universidade Eduardo Mondlane.
- Casimiro, I. (2004). *Paz na terra, guerra em casa: feminismo e organizações de mulheres em Moçambique*. Maputo: CIEDIMA.
- Casimiro, I. M. (2014). *Paz na Terra, Guerra em Casa*. Série Brasil & África-Coleção Pesquisas 1, Pernambuco: Editora da UFPE.
- Casimiro, I. M. Mulher, Pesquisa, Acção e Mudança. Em Silva, C. T., Coelho, B. P. J., & Souto, N. A. (Org.), *Como Fazer Ciências Sociais e Humanas em África - Questões Epistemológicas, Metodológicas, Teóricas e Políticas* (Textos do Colóquio em Homenagem a Aquino de Bragança) (pp. 211-226). Disponível em: <https://goo.gl/KnssGd> Acesso em 15 jan. 2019.
- Catarino, L., Indjai, B., & Mourão, D. (2010). *Mezinhos de Orango*. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/257311628_Mezinhos_de_Orango/citation/download
- Chapman, R. R. (2010). *Family Secrets: Risking Reproduction in Central Mozambique* (pp. 280). Nashville: Vanderbilt University Press. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26068257
- Chapman, R. R.; & Pfeiffer, J. (2015). *An anthropology of aid in Africa* Vol: 385. (pp. 5-2144). Lancet (London, England). Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26068257
- Chapman, R. R. (2006). *Chikotsa — secrets, silence, and hiding: social risk and reproductive vulnerability in Central Mozambique: Medical Anthropology Quarterly*, (pp. 487–515).
- Chapman, R. R. (2004). *A Nova Vida: the commoditization of reproduction in Central Mozambique. Medical Anthropology* (pp. 229–261).
- Chapman, R. R. (2003). *Endangering safe motherhood in Mozambique: prenatal care as pregnancy risk*. Soc. Sci. Med. (pp. 355–374).

- Comissão da União Africana. (2016). *Plano de Ação de Maputo (2016-2030) - A Operacionalização do Quadro de Política Continental para a Saúde sexual e os direitos reprodutivos*.
- Corrêa, O. A. da S. Redes Transnacionais de Ativismo LGBTI: World advocacies em busca dos direitos sexuais e de identidade, V. 51, (n. 3, pp. 273-312). *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza (CE) nov. 2020/fev. 2021.
- Cornell, D. (2009). *Ubuntu, Pluralism and the Responsibility of Legal Academics to the New South Africa*, (pp. 43-58).
- Couto, H. H. D., & Embaló, F. (2011). Literatura, língua e cultura na Guiné-Bissau. *PAPIA: Revista Brasileira de Estudos Crioulos e Similares*, 20, 11-253.
- Cunha, T; Valle, L. P; Villar-Toribio, & C. Del. (2019). "*Cuidado*", *Dicionário Alice*. Disponível em: https://alice.ces.uc.pt/dictionary/?id=23838&pag=23918&id_lingua=1&entry=25288.%20ISBN:%20978-989-8847-08-9. ISBN: 978-989-8847-08-9. Acessado em: 16.07.20
- Danna, V. A.; Lavender, T.; Laisser, R.; Chimwaza, A.; Chisuse, I.; Kasengele, C. T.; Kimaro, D.; Kuzenza, F. D., Kutemba Lyangenda, K.; Mwamadi, M.; Shayo, H.; Tuwele, K.; Wakasiaka, S.; & Bedwell, C. (2023) Exploring the impact of healthcare workers communication with women who have experienced stillbirth in Malawi, Tanzania and Zambia. *A grounded theory study, Women and Birth*, Vol.36, pp. 25 - 35, Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.04.006>.
- Dias, A. S. (1996). *Problemas do direito penal numa sociedade multicultural: o chamado infanticídio ritual na Guiné-Bissau*. Lisboa: Inst. de Cultura e Língua Portuguesa; Bissau: Inst. Nac. de Estudos e Pesquisa.
- Domingues, M. (2000). *Estratégias femininas entre as bideiras de Bissau*. (Tese de Doutoramento), Lisboa: FCSH-UNL. Disponível em: [capa.doc \(uni-frankfurt.de\)](http://capa.doc.uni-frankfurt.de)
- Einarsdottir, J. (2005). *Women in Africa and the Diaspora* ([edition unavailable]). University of Wisconsin Press. Retrieved from <https://www.perlego.com/book/4386024> (Original work published 2005).
- El-Kilany, E. The Protective Role of Bes-image for Women and Children in Ancient Egypt. Em: *Journal of Association of Arab Universities for Tourism and Hospitality*, Vol. 14, December, 2017.
- Evaristo, C; Escrivências e seus subtextos. Em Duarte, C. L; Nunes, I. R. (2020) *Escrivência: a escrita de nós-Reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo*. Rio de Janeiro. Mina Comunicação e Arte.
- Farias, A. Q. (2011). *Gênero e deficiência: vulnerabilidade feminina, ruptura e superação*. (Dissertação) Programa de Pós-graduação em Educação Universidade Federal da Paraíba. Universidade Federal da Paraíba Linha de Pesquisa: Estudos Culturais da Educação.

- Fernandes Júnior, L. (2016). *Religião como meio de resistência cultural na Guiné-Bissau* / Luís Fernandes Júnior. 104 f. il. mapas, color. (Monografia de graduação) - Instituto de Humanidades e Letras, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiane Santos Souza.
- Figueiredo, A., & Gomes, P. G. (2016). *Para além dos feminismos: uma experiência comparada entre Guiné-Bissau e Brasil*. *Revista Estudos Feministas*, (pp. 909-927). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2016v24n3p909>
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1975). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução Raquel Ramalhete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- Foucault, M. *Microfísica do poder* (2011). Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1999). *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Franco, M. H. P. (2019). *O luto como experiência vital*. Disponível em: https://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/luto_como_experiencia_vital.pdf
- Freire, P. (1992). *Pedagogia da Esperança: reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Friedrich, L., Menegotto, M., Magdaleno, A. M., & Silva C. L. (2016). Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema (pp. 6-81). *Boletim Científico de Pediatria*. Disponível em: https://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/170118174005bcped_05_03_a03.pdf
- Gatti, B. A. (2012). *Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Liber Livre Editora.
- Geertz, C. (1926). *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- Gomes, P. A. (2016). As outras vozes Percursos femininos, cultura política e processos emancipatórios na Guiné-Bissau. (Ano 1, número 1) *Odeere: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade* – UESB.
- Gomes, P. A. (2023). Bes - Poderes mágicos e apotropaicos, ascensão e queda. *Revista de Estudos Filosóficos E Históricos Da Antiguidade*, (pp. 3-23). Disponível em: <https://doi.org/10.53000/cpa.v40i00.17916>
- Gomes, P. G. (2015). O Estado da Arte dos Estudos de Gênero na Guiné-Bissau: uma abordagem preliminar, Vol. 12, (pp. 168-189) *Outros Tempos: Pesquisa Em Foco - História*. São Luís. Disponível em <https://doi.org/10.18817/ot.v12i19.458>
- Gomes, P. G. (2016). A Mulher guineense como sujeito e objecto do debate histórico contemporâneo: Excertos da história de vida de Teodora Inácia Gomes. *Africa Development*, Volume XLI, (Nº 3, pp. 71-95). © Conselho para o Desenvolvimento da Pesquisa em Ciências Sociais em África, 2017 (ISSN: 0850-3907). Disponível em

<https://www.ajol.info/index.php/ad/article/viewFile/163604/153082>

- Gomes, P. M. (2019). Mulheres em associação na Guiné-Bissau: gênero e poder em Babock e Bontche. (Dissertação de Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, *Centro de Humanidades, Programa Associado de Pós-graduação em Antropologia Social*, Fortaleza (CE).
- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afrolatinoamericano: ensaios, intervenções e diálogos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Gradvohl, S. M. O, OSIS, M. J. D. & Makuch, M. Y. (2014). Maternidade e Formas de Maternagem. *Pensando Famílias*, (pp.55-62). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X201400010000>. Acessado em 30/07/2021.
- Granje, P. (2010). “It’s just the starting engine»: The status of spirits and objects in south Mozambican divination”. Em Beek, W. v., & Peek, P. (eds.), *Divination on South-Saharan Africa*. Leiden: Brill Publishers.
- Green, D. (2009). *Da pobreza ao poder: como cidadãos ativos e estados efetivos podem mudar o mundo*. Tradução de Luiz Vasconcelos - São Paulo: Cortez; Oxford: Oxford internacional.
- Guareschi, P. A. (1996). Representações sociais: alguns comentários oportunos. Em: C. M. Nascimento-Schulze (Org.). *Novas contribuições para teorização e pesquisa em representação social*, pp. 9-35. Florianópolis, SC: Coletâneas da ANPEPP 10.
- Guareschi, P. A. (2003). Pressupostos metafísicos e epistemológicos na psicologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, V.16 (2), pp. 245-255. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000200004>
- Guareschi, P. A. (2009). Sem dinheiro não há salvação: ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. Em P. Guareschi, S., & Jovchelovitch, S. (Orgs.), *Textos em representações sociais*, 11, pp. 191-225. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Guareschi, P. A., & Jovchelovitch, S. (2009). *Textos em representações sociais* (11a Ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Guiné-Bissau. *Lei de Bases do Sistema Educativo*. Bissau: Ministério da Educação Nacional, Cultura, Ciência, Juventude e dos Desportos, 2010.
- Gunawardena, N., Bishwajit, G., Yaya, S. (2018). Facility-Based Maternal Death in Western Africa: A Systematic Review (pp. 6-48). *Front Public Health*. Disponível em: doi:10.3389/fpubh.
- Gurman, A. A. T. (2022). O respaldo jurisdicional para a densificação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/146162/2/595047.pdf>

- Gusman, C. R., Viana, A.P., Miranda, M.A., Pedrosa, M.V., & Villela, W.V. (2015). Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios, Vol. 4/5, (n. 37, pp. 365-370). *Rev. Panam. Salud Pública*.
- Haguette, T.M.F. (1987). *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes.
- Handem, A. (2008). Análise Institucional das Organizações da Sociedade Civil na Guiné-Bissau, *Projecto No Na Tisi No Futuro*, Lisboa: IMVF.
- Helman, C.G. (2003). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre (RS): ARTMED.
- hooks, bell. (2019). *Teoria feminista: da margem ao centro* Trad. de Rainer Patriota. São Paulo: Perspectiva.
- Impanta, I. A. (2015). *Estudantes guineenses na UNILAB, Ceará, Brasil: coexistência, representações interétnicas e questões de gênero*. (TCC - Graduação) - Curso de Bacharelado em Humanidades, Instituto de Humanidades, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira, Redenção, Ceará.
- Indjai, B. Catarino, L. & Mourão, D. (2010). Mezinhos de Orango. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/257311628_Mezinhos_de_Orango/citation/download
- Jabula, I. A. (2021). *Resistências ao abandono do casamento precoce e/ou forçado e da MGF no espaço da CEDEAO: Caso da Guiné-Bissau* [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/23994>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. Em D. Jodelet (Org.), *As representações sociais*, Trad.: L. Uluptrad. (pp. 17-44). Rio de Janeiro: Ed. UERJ (Trabalho original publicado em 1989).
- Jovchelovitch, S. (2000). *Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jovchelovitch, S. (2009). Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In P. Guareschi, S. & Jovchelovitch, S. (Orgs.), *Textos em representações sociais* (11a Ed., pp. 63-85). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Junior, A., Silva, E., Carvalho, R., & Rabelo, F. D. (2019). Áreas protegidas para a conservação dos manguezais na Guiné-Bissau: estudo sobre a importância do parque natural dos tarrafes do Rio Cacheu. *Revista Gestão & Sustentabilidade Ambiental*.
- Koss, M. V. (2004) *Feminino + Masculino: uma nova coreografia para a eterna dança das polaridades*. São Paulo: Escrituras.
- Kovács, M. J. (1992) *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lang-Baldé, R., & Amerson, R. (2018). Culture and Birth Outcomes in Sub-Saharan Africa: A Review of Literature. (p. 465-472). *Journal of Transcultural Nursing*. Disponível em <https://doi:10.1177/1043659617750260>.

- Lenine, E., & Alves, J. A. de A. (2022). Feminismos africanos e teoria política feminista: encontros conceituais e epistemológicos. (pp.371-1002). *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Disponível em <https://doi.org/10.1590/3711002/2022>.
- Lessa H. (2003). *A representação das mulheres do parto fisiológico a partir de vivências domiciliares*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem/ UERJ. Disponível em: <https://www.heloisalessa.com/new-blog/4lndq6stqj3hhl148oiloui17pw23w>
- Lisboa, T. K. (2008). O empoderamento como estratégia de inclusão das mulheres nas políticas sociais. *Fazendo gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Lopes, C. (2019). Africa in Transformation. *Economic Development in the Age of Doubt*. Palgrave Macmillan.
- Louro, G. L. (2008). Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. Em: *Pro-posição, V*. 19(2), p. 56.
- Machado, A. F., Matos, P. P. (2016). Ancestralidade africana – um mundo de ser, estar e cuidar: uma aprendiz e uma iniciada. Em: Silveira, R. A. T. da, Lopes, M. C. (Org.). *A religiosidade brasileira e a filosofia*. Editora Fi, RS, Porto Alegre.
- Machado, A. F. (2019). Filosofia africana: ética de cuidado e de pertencimento ou uma poética de encantamento african philosophy: ethics of care and belonging or a poetic of enchantment, *V*.10 (2), pp. 56-75. Disponível em: doi:<http://dx.doi.org/10.7443/problemata.v10i2.49118>.
- Machado, V. (2010). Exu: o senhor dos caminhos e das alegrias. *VI Enecult, Encontro de Estudos Multidisciplinares em Culturas*. Facom-UFBA – Salvador / Bahia / Brasil. 25 a 27 de Maio de 2010. Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/wordpress/24929.pdf>
- Manual Jurídico de Formação para Profissionais sobre a Lei contra a Mutilação Genital Feminina/Excisão na Guiné-Bissau (2019). Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/pt/704451561447212599/pdf/Legal-Training-Manual-for-Professionals-on-the-Law-against-Female-Genital-Mutilation-or-Cut-in-Guinea-Bissau.pdf>.
- Martins, C. (1995). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.
- Martins, C. (2009). Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. Em P. Guareschi, S., & Jovchelovitch, S. (Orgs.), *Textos em representações sociais* (11ª Ed., pp. 117-145). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Martins, C. (2016). Nós e as Mulheres dos Outros. Feminismos entre o Norte e a África», em António Sousa Ribeiro e Margarida Calafate Ribeiro (Orgs.): *Geometrias da Memória: configurações pós-coloniais* (pp. 251-277), Porto, Afrontamento.

- Martins, J.; & Bicudo, M. A. (1989). *A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Educ/Moraes.
- Martins, L. M. (1995). *A cena em sombras*. São Paulo: Perspectiva.
- Martins, L. M. (1986). O feminino corpo da negrura. v. 4, (p. 111 – 121). *Revista de estudos literários*. Belo Horizonte. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/aletria/article/view/17706>. Acessado em: 03 ago. 2020.
- Martins, L. M. (2021). *Performances do tempo espiralar, poéticas do corpo-tela*. Rio de Janeiro. Ed. Cobogó.
- Martins, L. M. (2003). Performance do Tempo e da Memória: os Congados. Em: *Percevejo. Revista de teatro, crítica e estética*, Ano II, (n. 12 pp. 68-83). Rio de Janeiro: UNIRIO. Disponível em: <http://www.unirio.br/comissoes-ecomites/cla/ppgac/publicacoes/revistas-o-percevejo-1993-2004/o-percevejo-ano-11-no-12-2003/view>. Acesso em: 23 jul. 2019.
- Martins, L. M. (2003). *Performance e oralitura: corpo, lugar da memória*. (n. 26, pp. 63–81). Letras. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/letras/article/view/11881>. Acesso em: 23 jul. 2019.
- Martins, L. M. (1997). *Afrografias das memórias – o reinado do rosário no Jatobá*. São Paulo: Editora Perspectiva, Belo Horizonte: MAZZA Edições.
- MAZAMA, A. (2009). *A afrocentricidade como um paradigma*. In: NASCIMENTO, E. L. (Org.). *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora*. São Paulo: Selo Negro. p. 111-128.
- Mazuze, B., Borges, T. Brasil, L., & Polejack, L. (2021). Experiências de mulheres vivendo com HIV gestantes ou lactantes num contexto de Moçambique: revisão integrativa. (pp. 532-540). *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde*. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v10i3.3753>
- Mendes, P. (2014). Entre os “Saberes” e o “Saber” universal: A modernização da comunidades manjaco e a mandjização do estado na Guiné-Bissau. (tese de Doutorado, Antropologia Jurídica) Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Minayo, M. C. de S. (1983). O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. (2ª Ed.). SP: HUCITEC/ RJ: ABRASCO.
- Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (7ª Ed.) São Paulo: Hucitec.
- MONTEIRO, A. O. C. (2013). Guiné-Bissau: Da luta armada à construção do estado nacional: Conexões entre o discurso de unidade nacional e diversidade étnica (1959-1994). *Salvador: Tese (doutorado)–Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas*.
- Monteiro, A. O. C., Gomes, P. M., & da Silva, J. M. M. (2022). Mulheres no feminino: o poder tradicional como espaço de empoderamento das mulheres africanas. (pp.62-75). *ODEERE*. Disponível em: <https://doi.org/10.22481/odeere.v7i1.10505>

- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise* (A. Cabral trad.). Rio de Janeiro: Zahar (Trabalho original publicada em 1961).
- Moscovici, S. (1985). *Psicologia social*. Barcelona: Paidós.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social* (P. A. Guareschi, trad.). Petrópolis, RJ: Vozes (Trabalho original publicado em 2000).
- Moscovici, S. (2009). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Morgado, P. C. L. (2018). *A saúde reprodutiva das mulheres migrantes em Niamey [Níger]: Trajetórias terapêuticas e dinâmicas locais* [Tese de doutoramento, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/18891>
- Moura, S. L. O.; Silva, M. A. M. da; Moreira, A. C. A.; & Pinheiro, A. K. B. Relações de gênero e poder no contexto das vulnerabilidades de mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. V.26, pp. 210-546. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210546>.
- Munduruku, D. (2017). *Um avô no meio do caminho*. São Paulo: Brinque-Book
- Musoke, H. D. (2013). *Direitos sexuais reprodutivos: Uma crítica ao Artigo 14 do Protocolo dos Direitos das Mulheres da África*. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/690>.
- Muza, J. C.; Sousa, E. N. de; Arrais, A. da R.; & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicol. teor. prat.*, v. 15(3), pp. 34-48, São Paulo.
- Nascimento, K.; Santos, E.; Erdmann, A.; Nascimento Júnior, H.; & Carvalho, J. (2009). A arte de partear: Experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. *Rev. Enferm.*, V.13(2), pp. 319-327.
- Naidu, M.; & Nqila, K. (2013). Indigenous Mothers: An Ethnographic Study of Using the Environment during Pregnancy. *Studies on Ethno-Medicine*, pp.127-13.
- Nweke, I. O. (2023). Charms and magic in our contemporary society in relation to its original understanding in African traditional religion: a comparative analysis. *Ochendo: An African Journal of Innovative Studies*.
- Odent, M. (2003). *O camponês e a parteira: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto* (p. 189). Tradução Sarah Bauley, São Paulo; Editora Ground.
- Oliveira, E. D. de. (2007). *Filosofia da ancestralidade: corpo e mito na filosofia da educação brasileira*. Curitiba: Editora Gráfica Popular.
- Oliveira, T. L. (2019). *Cadernos de Gênero e Diversidade*, V.5(4). Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv>
- ONU (1996). *Conferência Mundial Sobre a Mulher, V. 4*. Rio de Janeiro: ONU; Fiocruz.

- Organização Mundial da Saúde (2008), *Eliminação da Mutilação Genital Feminina*. Em: *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*, Vol. 19.
- Oyèwùmí, O. (2004). Conceituando o Gênero: Os fundamentos eurocêtricos dos conceitos feministas e o desafio das epistemologias africanas. *CODESRIA Gender Series*. Dakar, CODESRIA. Tradução de Juliana Araújo Lopes. Disponível em: https://filosofiaafricana.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/oy%C3%A8r%C3%B3nk%C3%A9_o_y%C4%9Bw%C3%B9m%C3%AD_-_conceitualizando_o_g%C3%AAnero.os_fundamentos_euroc%C3%AAntrico_dos_conceitos_feministas_e_o_desafio_das_epistemologias_africanas.pdf.
- Oyèwùmí, O. (2021). *A invenção das mulheres: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero*. Tradução Wanderson Flor do Nascimento. (1. ed.) Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.
- Oyèwùmí, O. (2017). *La Invención de las Mujeres: Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género*. Bogotá, Colombia: Editora En la frontera. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272018000100203. Acesso em: Acesso em 29 mar. 2021.
- Oyèwùmí, O. (2021). Matripotência: Ìyá nos conceitos filosóficos e instituições sociopolíticas [iorubás]. Tradução (Wanderson Flor do Nascimento) para uso didático de OYÈWÙMÍ, Oyèrónké. *Matripotency: Ìyá in philosophical concepts and sociopolitical institutions. What Gender is Motherhood?* (capítulo 3, pp. 57-92) Nova Iorque: Palgrave Macmillan, 2016. Disponível em: https://filosofia-africana.weebly.com/uploads/1/3/2/1/13213792/oyèrónké_oyèwùmí_-_matripotência.pdf. Acesso em 19/10/2021, às 17h34
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2ª. Ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Pereira, M. N. A. (2015). *Cosmovisão e Biomedicina na Guiné-Bissau. Leituras à Depressão*. (Tese Doutorado em psicologia). Universidade Nova Lisboa. Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11144/1857>
- Pinto, P. (2009). *Tradição e modernidade na Guiné-Bissau: Uma perspectiva interpretativa do subdesenvolvimento*. (Dissertação de Mestrado em estudos africanos, Centro de Estudos Africanos, Faculdade de Letras da Universidade do Porto).
- Prince, R. (2013). Situating Health and the Public in Africa. In: *Making and Unmaking Public Health in Africa: Ethnographic and Historical Perspectives*, (Capítulo: Introdução, pp.1-51), Edição: Centro de Estudos Africanos de Cambridge, *Jornal da universidade de Ohio*.
- Richardson, R. J., Peres, J. & Augusto de Souza (1985). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (p. 38). São Paulo: Atlas.

- Rocha, L. F. (2014). Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, (pp.46-65). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100005>
- Roque, S. (2011). *Um retrato da violência contra mulheres na Guiné-Bissau*. (p. 9-117). Versão 8 de junho.
- Roque, S.; & Negrão, S. (2009). *Mulheres e violências combater a violência: propostas para a Guiné-Bissau*. (pp.3-32). Lisboa, IMVF.
- Roriz, M. & Padez, C. A regulação ética da investigação e os desafios postos às práticas etnográficas. *Etnográfica* [Online], vol. 21 (1), 2017, posto online no dia 13 março 2017, consultado o 11 janeiro 2024. URL: <http://journals.openedition.org/etnografica/4820>; DOI: <https://doi.org/10.4000/etnografica.4820>
- Sá, M (2018). *O Sagrado no Parto: Uma travessia íntima entre mundos*. Edições Mahatma.
- Saar, F. (2019). *Afrotopia*. N-1 Edições.
- Saba N'bundé, D. (2022). Medicina tradicional na Guiné-Bissau: Conhecer, institucionalizar e integrar no Sistema Nacional de Saúde - implicações na saúde pública (Tese de doutorado) (p. 128). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis.
- Santos, L. L. dos. (2017). Deve a economia feminista ser pós-colonial? Colonialidade econômica, gênero e epistemologias do Sul. (pp.161-186). *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4000/rccs.6797>
- Santos, S. (2015). *Os saberes e fazeres das parteiras na comunidade Kalunga, Ribeirão dos Bois, Teresina-GO*. Universidade de Brasília-DF, Planaltina.
- Santos, S. M. dos. (2011). *Parteiras tradicionais da região do entorno de Brasília*. Distrito Federal. [s. l.]. Disponível em: <https://goo.gl/MTLdwe> . Acessado em: 17 jan. 2019.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. Vol. 20, (n. 2, pp. 71-99), Porto Alegre.
- Semedo, M. O. da C. S. (2010). *As Mandjuandadi: cantigas de mulher na Guiné-Bissau: da tradição oral à literatura* / Maria Odete da Costa Soares Semedo. Belo Horizonte. (Tese de Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Letras.
- Semedo, O. C. (2007). *No fundo do canto. Resistências ao abandono do casamento precoce e/ou forçado e da MGF no espaço da CEDEAO: caso da Guiné-Bissau*. Belo Horizonte: Nandyala.
- Silva, C. de M. (2023). *Desaguando “ebós epistemológicos” nos/pelos espaços-ventres: umedecidos pelas águas-grafias nas litera-curas de mulheres negras em diáspora*. (Tese de Doutorado em Letras) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

- Silva, G. S.; & Silva, V. J. (2009). Quilombos brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. Vol. 7, (n. 2). *Revista Mosaico*.
- Simas, L. A.; % Rufino, L. (2019) *Flecha no tempo*. Rio de Janeiro: Mórula.
- Simon, L. H. F. (2010). *Maternidade: uma releitura na perspectiva da espiritualidade*. Dissertação (Mestrado em Ciência das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/4214>.
- Soguk, N.; & James, P. Global Political and Global Governance: a critical overview. Em: *Globalization and Politics*. (pp. 25-46) London, 2014.
- Somé, S. (2003). *O espírito da intimidade: ensinamentos ancestrais africanos sobre maneiras de se relacionar*. Rio de Janeiro: Odyseus.
- Souza, D. B. (2005). *Representações sociais sobre indisciplina em sala de aula dos professores iniciantes da rede municipal de Presidente Prudente-SP: implicações para a formação inicial*. (Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista), Presidente Prudente, SP.
- Souza, H. R. (2005). *A Arte de Nascer em Casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. (p. 1).
- Sow, A. D. (2018). A contra argumentação cultural como estratégia de luta contra a prática das mutilações genitais femininas. O caso da sociedade halpulaar na Mauritânia. Em Carvalho, C., R. Falcão, & M. Patrício (Eds.), *Corte / Mutilação Genital Feminina: respostas institucionais integradas* (p. 310). Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa
- Spink, M. J. P., & Gimenes, M. G. G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. Vol. 3, (n.2 p. 150) *Saúde soc.* [online].
- Spink, M. J. P. (1995). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense.
- Spink, M. J. P. (2009). Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. Em P. Guareschi, S., & Jovchelovitch, S. (Orgs.), *Textos em representações sociais* 11a ed., (p. 117-145). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Szymanski, H. (Org.) (2004). *A entrevista em educação: a prática reflexiva*. Brasília: Liber Livre Editora.
- Starosta, J. A.; Dos Anjos, M. C. R. “Cantos e saberes”: processo de construção de um documentário sobre plantas medicinais. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 14, n. 1, 2020.

- Stein, C. C. (2021). *Dicionário bilingue Português – Crioulo de Guiné-Bissau* [recurso eletrônico] / Cirineu Cecote Stein, Vol.2 (E-book) – João Pessoa: Editora UFPB. Disponível em <http://www.editora.ufpb.br/sistema/press/>
- Tenderini, H. [Org.]. *Mestras do Nascer: Parteiras Indígenas Pankararu*. Pernambuco: [s.n.], 2020. 93 p. Disponível online: <https://api.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/api/core/bitstreams/a265d060-92e0-4997-9aac-a4bf371bda5b/content>
- Turshen, M. (2007). *Women's health movements: A global force for change*. New York: Palgrave Macmillan.
- UNFPA. (2020). *Situação da População Mundial*. Disponível em <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/situacao-da-populacao-mundial-2020>.
- Varela, J. V. (2014). *Amuletos no Antigo Egito: Proteção na gravidez, parto e infância*. Trabalho realizado para a disciplina de Metodologia do Trabalho Científico. Mestrado em História (História Antiga). Universidade de Lisboa, Faculdade de Letras. Disponível em: <https://encurtador.com.br/vAI0U>.
- Vergès, F. (2020). *Um feminismo decolonial*. São Paulo: Ubu Editora.
- Viana, P. (2010). A experiência de trabalho do Grupo Curumim com parteiras tradicionais, *V. 4(4)*, pp. 209-214. *TEMPUS Actas de Saúde Coletiva*, jul./Agosto.
- Withers, M.; Kharazmi, N.; & Lim, E. (2018). *Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries*. Publicado por Midwifery. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613817302012?via%3Dihub>
- Worden, J. (2013). *Aconselhamento do Luto e Terapia do Luto: um manual para profissionais da saúde mental*. 4ªed. São Paulo: Roca.
- WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. 1.Medicine, Traditional. 2.Complementary therapies. 3.Health planning. 4.Delivery of health care. 5.Health policy. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 150609 0 (NLM classification: WB 55). Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/pnpmf/publicacoes/estrategia-da-oms-sobre-medicina-tradicional-2014-2023/view>
- Zaganelli, M. V., Morais, J. A., Mantuan, L. P., & de Amorim Ferreira, L. (2000). *Matrimônio Infantil: uma violação de Direitos Humanos (Child Marriage: a violation of Human Rights)*. *Matrimonio Infantil: una violación de Derechos Humanos. International Standard Serial Number 2224-4131 Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú con el n. 2005-5822 Esta es una publicación de renovación trimestral, que ha sido creada para la difusión de los frutos de la investigación jurídica. Revista creada el 23 de mayo del año 2004.*
- Zúñiga, N. M. (2017). *Saberes, práticas e histórias de vida de parteiras tradicionais da RESEX Mapuá, Ilha do Marajó*. (Dissertação de Mestrado em Agriculturas Familiares e Desenvolvimento Sustentável) - Universidade Federal do Pará, EMBRAPA Amazônia

Oriental, Belém. Disponível em https://ppgaa.propesp.ufpa.br/dissertacoes_mafds/Turma%202015/Nat%C3%A1lia%20Monge.pdf

7. Anexos

1. Entrevista dirigida às mulheres, em formulário *online*, gerado pelo *google form* e enviado por e-mail. O questionário pode ser acedido através do QR Code abaixo:



15:27 29%

Sobre a doutoranda/
investigadora:
Lilian Galvão é uma psicóloga brasileira, atualmente reside em Bissau onde colabora como gestora de Comunicação, Conhecimento e Parcerias da Ação Ianda Guiné! Djuntu, executada pelo IMVF.

Sobre a sua participação:
A sua participação é voluntária e será altamente valiosa para este estudo. Sua identidade será preservada.

Contatos para esclarecimentos de dúvidas e outras informações:
Lilian +245 956586164 - liliangalvao.br@gmail.com ou

Desde já,
agradecemos pela colaboração!

Mantenhas!

liliangalvao.br@gmail.com Alternar conta

15:27 29%

google.com

Conceber, gestar, parir e maternar na Guiné-Bissau

Você está sendo convidada para colaborar numa pesquisa. Este pequeno formulário faz parte do processo investigativo do projeto de tese intitulado Conceção, Gestação, Parto e Maternagem – Representações Sociais numa Sociedade Africana: um estudo de caso das Filhas de Cacheu da Guiné-Bissau. Esta investigação conduzida por Lilian Galvão, decorre no ISCTE-IUL, no âmbito do Doutoramento em Estudos Africanos, sob a orientação da antropóloga Profa. Dra. Clara Carvalho.

Sobre a doutoranda/
investigadora:

15:28 29%

E-mail *

Seu e-mail

Telefone: *

Sua resposta

Gestar em plenitude



15:28 29%

Caracterização da entrevistada - Por *
favor, redija uma pequena
apresentação sobre si: nome e
apelido, idade, gênero, local de
atuação, tempo de exercício neste
cargo, trajetória profissional,
formação(técnica e acadêmica),
relação com a Guiné-Bissau. [Muito
obrigada pela apresentação]

Sua resposta

De que maneira o trabalho que você *
desenvolve se articula com os
direitos das mulheres, com as
dinâmicas de gênero e dos direitos
sexuais e reprodutivos?

Sua resposta

Quem é a Mulher guineense? *

Sua resposta

15:28 29%

Quem é e como é vista a criança *
pequena (primeira infância dos 0 - 6
anos) na Guiné-Bissau?

Sua resposta

Assinale as afirmações que *
considera como verdadeiras

☐ Conheço mulher que morreu
durante o parto na Guiné-Bissau

☐ A mulher pode morrer se tiver
complicação durante o parto na
Guiné-Bissau

☐ Na Guiné Bissau a mortalidade
materna e infantil assusta as
mulheres

☐ Na Guiné-Bissau não há
profissionais suficientes e
completamente habilitados para
acompanhar o trabalho de parto

☐ A infraestrutura das maternidades
na Guiné-Bissau é precária

☐ Tenho na família histórico de
complicações no parto

☐ Conheço mulher que morreu no

15:28 29%

Qual sua percepção sobre as *
condições e acesso à saúde sexual
e reprodutiva na Guiné Bissau?

Sua resposta

Em sua opinião porque algumas *
mulheres optam em dar à luz, ou
seja, parir os seus filhos em outros
países?

Sua resposta

Durante a gestação e o trabalho de *
parto, há riscos que uma mulher
pode enfrentar na Guiné Bissau? Se
sim, quais? Tens algum caso ou
história conhecida para relatar?

Sua resposta

Quem é e como é vista a criança *
pequena (primeira infância dos 0 - 6

15:28 29%

google.com

☐ Conheço mulher que morreu no
pós-parto na Guiné-Bissau

☐ Conheço mulher que perdeu filho
ao nascer na Guiné-Bissau

☐ Sou uma mulher que passou por
intercorrência no parto na Guiné-
Bissau

☐ Sou uma mulher que teve perda
gestacional ou no parto na Guiné-
Bissau

☐ As mulheres buscam nacionalidade
estrangeira para os filhos

☐ As políticas públicas de saúde
ainda são falhas na Guiné-Bissau

☐ As mulheres sofrem violência
obstétrica nas maternidades e
hospitais na Guiné-Bissau

☐ As parteiras tradicionais no geral
são incapazes de fazer um bom
parto

☐ O pré- natal ofertado pelo serviço
de saúde é precário

☐ Nas clínicas privadas na Guiné-
Bissau há melhor condição de
asssistência pré-natal

15:28 29%

☐ Os programas externos de redução da mortalidade e assistência têm colaborado com a Guiné-Bissau

☐ Há muitas parceiras guineenses experientes e capazes de conduzir um bom trabalho de parto

☐ As mulheres que vivem nas tabancas correm mais riscos de mortalidade dada a distância geográfica

☐ As enfermeiras-parceiras ainda precisam de formação e atualização profissional

☐ Há erros médicos que são cometidos pelos profissionais de saúde nas maternidades

☐ As mulheres gestantes mais pobres são as mais vulneráveis

☐ As meninas grávidas são muito vulneráveis

☐ Eu tive filho (s) na Guiné-Bissau e tudo correu muito bem

☐ Por segurança ou recomendação, tive meu filho (s) em outro país

Qual sua visão sobre os cuidados tradicionais e os cuidados

15:28 29%

Qual sua visão sobre os cuidados tradicionais e os cuidados biomédicos ofertados para as gestantes e mulheres em processo de gestação e parto na Guiné-Bissau?

Sua resposta

Oportunamente, gostaria de conceder-nos uma entrevista telefônica ou presencial com duração de 45 minutos?

☐ SIM

☐ Não

Se desejar, indique alguém que possa colaborar como informante neste estudo (favor indicar nome, função/organização e E-mail)

Sua resposta

15:28 29%

TERMO DE CONSENTIMENTO: A sua participação neste estudo é voluntária, pode escolher participar ou não participar. Se escolher participar, pode interromper a participação em qualquer momento sem ter de prestar qualquer justificação. Para além de voluntária, a participação é SIGILOSA. Os dados destinam-se apenas a tratamento das informações. Face a estas informações, por favor indique se aceita participar no estudo. Muito obrigada!

☐ SIM, desejo PARTICIPAR

☐ NÃO, não desejo PARTICIPAR

Enviar Limpar formulário

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

2. Roteiro de entrevista semiestruturada dirigida às 101 mulheres de Cacheu

Conceção, gestação, parto e maternidade: um estudo de caso das Filhas de Cacheu	
NOME:	Está grávida atualmente? ☐ Sim ☐ Não
IDADE:	Você se consulta com terapeuta tradicional?
QUANTOS FILHOS:	☐ Sim ☐ Não
ETNIA:	Por que: _____
TABANKA:	_____
ESCOLARIDADE:	Você busca as orientações das mindjeris grandes?
Quantas vezes você ficou grávida, contando com algum aborto ou perda gestacional que você tenha tido? _____	☐ Sim ☐ Não
Quantos partos você já teve?	Por que: _____
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ou mais	_____
Em casa: No hospital: Normal: Cesariana:	Você já foi acompanhada por parteira na tabanka?
Em caso de perda. Meu filho/a:	☐ Sim ☐ Não
Perdi o meu bebê na barriga ☐	Como se sentiu: _____
Nasceu vivo ☐	_____
Nasceu morto ☐	_____
Morreu após nascer ☐	Quais messinhos da terra você conhece, usa ou usou para:
Em caso de perda, pergunte: Como se sentiu diante da perda (s) do/a filho/a?	Conceção:
Fez pré-natal: ☐ Sim ☐ Não	Gestação:
Quantas consultas: _____ Onde: _____	Parto:
Classifique a qualidade do serviço recebido do hospital no pré-natal.	Pós-parto:
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Bebê:
1 muito ruim, 2 ruim, 3 regular, 4 bom, 5 muito bom	USA messinhos de objetos no/a filho/a?
Classifique a qualidade do serviço recebido do hospital no parto.	☐ Sim ☐ Não
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Qual: _____
A EQUIPE DO HOSPITAL (PARTEIRA, MÉDICA, ENFERMEIRA) foi:	Por que? _____
Gentil? ☐ Sim ☐ Não	_____
Informativo? ☐ Sim ☐ Não	
Pronto e eficiente? ☐ Sim ☐ Não	
Outro: _____	

O que é ser mãe?

Qual futuro deseja aos seus filhos?

Você planeja ter mais filhos? ☐ Sim | ☐ Não

Por que? _____

Você tem companheiro, marido? ☐ Sim | ☐ Não

Como ele trata você? _____

Como ELE trata seus filhos?

Você já sofreu Sute do marido? ☐ Sim | ☐ Não

Se sim, por que?

Observações da entrevistadora

Você suporta seu filho? ☐ Sim | ☐ Não

Se sim, por que?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A participação neste estudo é estritamente **voluntária**: pode escolher participar ou não participar. Para além de voluntária, a participação é também **anónima**. O estudo é realizado pela psicóloga Lilian Santos Galvão, Doutoranda em Estudos Africanos, sob a orientação da professora Dra. Clara Carvalho. Os dados destinam-se apenas a tratamento das informações assegurando o anonimato. Em nenhum momento do estudo precisa de se identificar. Face a estas informações, por favor indique se aceita participar no estudo:

ACEITO ☐

NÃO ACEITO ☐

NOME:

ASSINATURA:

DATA: ____/____/____

ISCTE IUL
Instituto Universitário de Lisboa
