

Entre alegrias, subjetividades e surpresas: o uso de tecnologias gineco-obstétricas por mães *mbya* guarani

Alfonsina Cantore

Neste texto, proponho analisar os vínculos entre mulheres *mbya* guarani e tecnologias obstétricas. A hipótese que sustenta este trabalho é que as tecnologias são apropriadas pelas grávidas porque conferem novos significados, geram novas práticas e modificam projetos pessoais. A partir de registros etnográficos, questiono que as gestantes tenham um papel passivo no uso dos dispositivos e que estes sejam simples imposições ocidentais. As discussões antropológicas sustentam esses debates.

PALAVRAS-CHAVE: mulheres indígenas, saúde reprodutiva, dispositivos biomédicos, maternidade.

Between joys, subjectivities and surprises: the use of gynecologic technologies by *Mbya* Guarani mothers ♦ In this text, I aim to analyze the connections between *Mbya* Guarani women and obstetric technologies. The hypothesis of this work is that technologies are appropriated by pregnant women because they give them new meanings, generate new practices, and modify personal projects. Based on ethnographic records, I question the idea that pregnant women have a passive role in the use of devices and that these are merely Western impositions. Anthropological discussions support these debates.

KEYWORDS: indigenous women, reproductive health, biomedical devices, maternity.

CANTORE, Alfonsina (alfonsinacantore@gmail.com) – doutora em Antropologia Social e Ciências Sociais, Universidad de Buenos Aires e Universidade Federal de Bahía. Bolsista do Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas/ Escuela Instituto de Altos Estudios Sociales (Conicet/Eidaes), Argentina. ORCID: 0000-0001-8837-8435. CRedit: conceptualização, curadoria dos dados, análise formal, investigação, metodologia, redação do rascunho original – redação e edição.

AGRADECIMENTOS: Esse artigo é parte da tese doutoral da autora que contou com o apoio dos orientadores Noelia Enriz e Paulo Alves com quem sou infinitamente grata, como também com as respectivas instituições de cotutela (UBA e UFBA).

INTRODUÇÃO

Os instrumentos ou artefatos utilizados durante a gravidez e o parto podem variar entre uma cultura e outra e, até mesmo, entre as pessoas que os utilizam. Por exemplo, nos partos em comunidades guarani, o corte do cordão umbilical geralmente é feito com uma taquara,¹ enquanto nos hospitais é feito com uma tesoura ou bisturi. O objetivo deste texto não é dividir as técnicas e tecnologias entre tradicionais *versus* profissionais, nem as descrever como esferas inconciliáveis ou contraditórias, mas sim dar conta das práticas e significados que as mulheres *mbya* guarani atribuem-lhes em suas experiências de gestação.

Embora eu me refira aqui a um conjunto de tecnologias com uma história ocidental, isso não significa deslegitimar ou deixar de lado técnicas e conhecimentos indígenas. Não busco incentivar a discussão “mundo tradicional rural” *versus* “mundo urbano moderno”, mas sim aprofundar a discussão sobre as relações humanas e não humanas e sua transformação (Padawer, Oliveri e de Uribe 2021). Meu argumento é que o uso dessas tecnologias não significa que as mulheres sejam simplesmente usuárias de tecnologias biomédicas ou vítimas delas e compreender as relações entre indígenas e não indígenas, sem assumir a sua posição de vítimas, nem a partir de um sentimento de nostalgia pela suposta perda cultural (Sahlins 1997). Considero que as grávidas vão se apropriando das tecnologias, dando-lhes sentido e gerando usos diferentes para os quais foram concebidas. Essas mulheres não estão completamente submetidas a formas tradicionais ou profissionais de parto, elas mantêm relações criativas com as tecnologias ao seu alcance.

Proponho uma análise das tecnologias que não posicione as mulheres como meras reprodutoras da ordem social ou vítimas de tecnologias intangíveis, superiores e violentas. Também não penso nas tecnologias como entidades fixas, neutras ou negativas de antemão, mas sim como objetos que ampliam as possibilidades de prática. Ou seja, tento focar no fato de que as tecnologias são incorporadas às trajetórias de cuidado, adaptando-se a práticas materialmente existentes e modificando progressivamente essas experiências (Padawer, Oliveri e de Uribe 2021). Gostaria de colocar as tecnologias no centro da análise e da participação de diferentes pessoas neste processo, pelo que retomo os debates sobre tecnologias na saúde que podem desenvolver novas perspectivas e refletir sobre os efeitos reais nas experiências das mulheres.

É importante dizer que não me aproximei ao campo tentando analisar as tecnologias obstétricas *a priori*, pelo contrário, elas foram o resultado das observações de campo. Os registros etnográficos coletados durante os anos 2015 e 2021 tentando investigar as trajetórias de cuidados de grávidas *mbya* guarani me levaram a analisar o vínculo entre elas e as tecnologias.

1 *Guadua chacoensis*. A cana de corte transversal é muito afiada.

A população indígena *mbya* guarani vive na Argentina, Brasil e Paraguai. Na Argentina, especificamente na província de Misiones, existem vínculos muito diversos entre as relações do Estado (e, portanto, do sistema público de saúde) e as comunidades. Na área onde realizei meus trabalhos de campo (Iguazú, Misiones), as comunidades estão muito perto da cidade, possuem Centros de Atenção Primária à Saúde, o trajeto até o hospital é rápido e o Ministério da Saúde provincial destina a maior parte de seus recursos econômicos e humanos para essa zona. Apenas os hospitais de Iguazú e San Ignacio se encontram em proximidade às comunidades indígenas. No restante da província, o deslocamento até os hospitais implica longas viagens por estradas sinuosas. A localização do hospital de Iguazú possibilita que as mulheres realizem ecografias e exames e regressem às suas comunidades ainda ao meio-dia, sem a necessidade de permanecer internadas por um ou dois dias, como ocorre noutras regiões da província. Os centros de atendimento situados nos núcleos habitacionais facilitam que as gestantes façam as consultas nas próprias comunidades. Assim, Iguazú configura-se como um espaço privilegiado para analisar as experiências de gravidez e parto, bem como as tecnologias enquanto dimensão analítica dos cuidados nesse processo.

O trabalho de campo envolveu tanto observação participante quanto a coleta de narrativas das próprias mulheres. Como não realizei trabalho de campo durante as consultas, este texto encontra algumas limitações para compreender as práticas das pacientes nesse amplo mundo tecnológico. Para compensar essa falta de informação, coletei dados por meio de conversas informais com as grávidas e o pessoal médico. No meu trabalho de campo, encontrei algumas referências como a posição deitada na maca ginecológica no momento do parto (litotomia), realização de exames de sangue e ultrassonografias durante a gravidez, a administração de soro no momento do parto, etc. Mas decidi analisar principalmente as ultrassonografias pela sua repetição nos relatos e os implantes subdérmicos e testes de gravidez pela irregularidade de sua presença.

A seguir, abordarei as coordenadas teóricas que permitem situar o debate sobre as tecnologias reprodutivas. Em seguida, analisarei a relação de duas tecnologias com as mulheres *mbya*. O primeiro ponto que apresento é que as ultrassonografias são produtoras de sensações maternas (Imaz 2010) e da ideia do feto como pessoa (Chazan 2007); esses dispositivos são produtores de sentimentos e emoções de maternidade. Por sua vez, o teste de gravidez modifica as práticas (especialmente a forma de confirmar uma gravidez) e convida a repensar contextualmente o vínculo entre as tecnologias e as mulheres *mbya*. E, por fim, uma conclusão onde organizo as ideias apresentadas.

ANÁLISE TEÓRICA

O interesse deste texto é analisar as tecnologias que têm uma história de produção ocidental, mas não estou considerando que estas façam parte de um

mundo moderno em contradição com formas “tradicionais” de vida. Não estou me perguntando sobre técnicas que têm uma origem na relação entre este povo e a floresta (me refiro a que as técnicas e tecnologias estão sempre ligadas às condições do espaço em que viveram as/os *mbya* guarani e seus elementos manipuláveis), mas sim como as mulheres reconfiguram, se apropriam, retomam, ressignificam aquelas tecnologias que têm uma origem ocidental, mas que hoje fazem parte dos elementos humanos e não humanos que circulam em seu mundo cotidiano.

Embora muitas dessas tecnologias sejam providas pelo Estado e/ou pelo mercado, é igualmente importante considerar o conjunto de práticas reprodutivas que envolvem resistências das mulheres e formas de subversão às normas, tanto em contextos locais quanto globais (Ginsburg e Rapp 1991). As experiências de maternidade e não maternidade articulam-se diretamente com as políticas promovidas pelos Estados para gerir novas e velhas tecnologias (Bonino e Fernández-Rasines 2023), mas, em seu uso concreto, essas tecnologias encarnam valores morais dos sujeitos e também das políticas nacionais (Morgan e Roberts 2012).

A esse respeito, as análises sobre tecnologias no processo de gravidez e parto têm enfatizado sobretudo as chamadas “tecnologias reprodutivas”. Abordá-las significa entrar em um universo extremadamente amplo, que visa desde técnicas de fertilidade até neonatologia (Rapp 2001). No entanto, ao buscar compreender tecnologias em uma situação etnográfica específica, é necessário delimitá-las. Para ordenar, retomo a separação entre tecnologias reprodutivas e genéticas (TRG) e gineco-obstétricas. Não me deterei nas primeiras, mas é importante sugerir que a análise antropológica sobre elas levou a questionar fortemente dicotomias como natureza-cultura e os vínculos de parentesco (Strathern 1992), do mesmo modo, os métodos contraceptivos contribuíram para dissociar a sexualidade da reprodução (Bonino e Fernández-Rasines 2023). É sempre bom voltar a pensar nelas porque funcionam como exemplo para interromper e problematizar o imaginário da concepção e reprodução como um processo natural que implica relações (hetero)sexuais.

Por sua vez, as tecnologias gineco-obstétricas compõem um conjunto heterogêneo pensado para ser usado tanto na gravidez como durante o parto ou pós-parto. Incluem desde extratores de leite, ultrassonografias de diferentes complexidades, análises de sangue, fórceps, ocitocina, epidural, bolas, camas obstétricas ginecológicas, banheiras, ácido fólico, ambulâncias, macas, entre muitas outras. Esses elementos foram criados para o processo de gestação, com diferentes propósitos, que passam pelo controle do crescimento fetal, o rastreamento de contrações, evitar riscos, detectar patologias, reduzir a intensidade da dor, entre muitas outras. Na maioria das vezes, são tecnologias que foram criadas com a finalidade de controlar e detetar anomalias e possíveis riscos. Para a obstetria, sempre há a possibilidade de que existam problemas

de saúde para a mulher ou o feto, e a forma de conhecê-los é através dessas tecnologias, por isso costumam ser definidas como “controles de rotina”.

Alguns estudos têm delineado o caminho na antropologia. Brigitte Jordan (1993) é leitura obrigatória para nos envolvermos nesses temas, devido ao seu trabalho extenso e profundo, onde compara formas de dar à luz em quatro culturas. Daqui surge a ideia tão citada de “conhecimento autorizado” que tem orientado os trabalhos antropológicos sobre partos. É um conceito de grande profundidade devido à sua ligação com os partos institucionalizados, a relação com o corpo médico e, principalmente, por seu enraizamento nas tecnologias. Seguindo esta autora, nos ambientes obstétricos modernos, as gestantes estão familiarizadas com as diferentes tecnologias de atenção pré-natal. Atualmente, é quase impossível passar por gestações onde as tecnologias obstétricas não façam parte do itinerário. O que se observa é que “as máquinas não são um evento ocasional, mas um fenômeno onipresente” (Jordan 1993: 158, tradução nossa). Ao consultar a gravidez em ambientes biomédicos, o poder sobre a informação relativamente ao processo de gravidez e parto muda de mãos. Os conhecimentos de parturientes e parteiras começam a dar maior lugar aos profissionais.

Brigitte Jordan (1993) observa como as mulheres olham para as máquinas tentando obter dados que não conseguem decodificar sem a mediação de especialistas. Os conhecimentos relevantes não são controlados pela mulher, mas por quem pode interpretar a informação ou sabe utilizar cada instrumento. Para ela, são os especialistas que conhecem as propriedades dos artefatos, que os operam, os tocam, entendem, leem, etc. A antropóloga aponta que durante a gestação as mulheres vão conhecendo diferentes aparelhos obstétricos e sabendo sua função, mas desconhecem seus arranjos, procedimentos, operações, interpretação dos resultados, etc. Sua incompetência para operá-los é o que a leva a pensar que as próprias tecnologias deixam as mulheres de fora quando deveriam ser as protagonistas no processo.

O estado e o desenvolvimento da mulher e do feto são conhecimentos privilegiados e restritos aos profissionais, deslegitimando qualquer outra informação como o que acontece em seu corpo ou sua própria experiência. A máquina saberia mais do que as próprias mulheres o que acontece em seus corpos, nas palavras da autora: “é a máquina que produz conhecimento autorizado, o conhecimento com base no qual são tomadas as decisões sobre a gestação e o trabalho de parto” (Jordan 1993: 209, tradução própria). A autora conclui que todas/os as/os participantes se orientam para a máquina para obter informações e ela se torna a protagonista do processo, criando uma posição de hierarquia entre os participantes e as coisas.

O conceito de “conhecimento autorizado” proposto por Brigitte Jordan (1993) tem sido amplamente adotado na antropologia sem muito questionamento. Esta ideia representou um grande avanço para a análise nas ciências sociais, que buscavam questionar como a parturiente estava sendo excluída

do processo de parto na biomedicina, à medida que profissionais e máquinas ganhavam cada vez mais espaço (Floyd 1992). Concordo que a transição do parto domiciliar para o hospital trouxe profundas modificações nesse evento, diminuindo o protagonismo das mulheres. No entanto, acredito que muitas dessas mudanças foram inesperadas, como aquelas que descreveremos aqui. Essas tecnologias foram lentamente incorporadas na experiência das mulheres, fazendo com que as próprias gestantes as adotassem e reorganizassem os elementos de seu mundo material (Padawer, Oliveri e de Uribe 2021). Portanto, busco problematizar a ideia de que as mulheres são sujeitas passivas diante das tecnologias e que as tecnologias são entidades fixas.

Aqui trago a proposta de Janette Pols (2012), que busca superar dicotomias ao pensarmos nas tecnologias de cuidado. A autora discute as dicotomias “natureza/cultura”, “inferior/superior”, “bom/mau” que frequentemente resultam em associar como “cuidado humano = caloroso / tecnologia = frio”. A partir disso, o próximo passo neste texto é focar em como as pessoas utilizam as tecnologias disponíveis para elas.

O conjunto dicotômico tecnologia-fria / humano-quente é o ponto de discussão da autora. Para ela, no uso de tecnologias de cuidado, o quente e o frio, o objetivo e o subjetivo estão entrelaçados. Em outras palavras, há uma relação prática entre os dispositivos, os cuidados e as pessoas envolvidas. No processo de cuidado, desdobram-se ações variáveis que se ajustam a essa interação. Ou seja, são criados vínculos que têm sua especificidade em cada situação, onde as pessoas e os objetos se moldam. Nesse sentido, María Puig de Bellacasa (2017) adiciona que, por meio das tecnologias táteis, são explorados sentidos sensoriais gerando um poder afetivo.

A perspectiva proposta por Janette Pols (2012) permite pensar no uso criativo dos instrumentos, ou seja, que as pessoas utilizam as tecnologias de maneira variada, podem imaginar e realizar coisas com elas para as quais não necessariamente foram projetadas. Essa possibilidade de inventar funções ou gerar novos usos leva a efeitos imprevisíveis e formas inesperadas de ação.

As mães sabem que o controle de suas gestações e partos nos serviços de saúde pública inclui numerosos procedimentos, dos quais, embora não sejam elas a operar e manipular as máquinas, conhecem o funcionamento (Jordan 1993). Elas sabem sobre o monitoramento fetal, os testes de detecção de gravidez, a mesa ginecológica, a cesariana, etc. Isso não significa que todas essas mulheres tenham descoberto suas gestações pelas mesmas técnicas, realizado os controles regulares estabelecidos pelo serviço de saúde, recebido ocitocina durante o parto ou utilizado todas as mesmas tecnologias.

A institucionalização do parto não significa que todas as tecnologias reprodutivas estejam disponíveis ou sejam de uso comum entre as mulheres guarani. Para dar alguns exemplos, nunca vi ou ouvi falar sobre o uso de uma bomba de extração de leite, já que a amamentação não costuma ser um problema para

essas mulheres. Raramente é indicado o exame de translucência nugal, que detecta anomalias no crescimento fetal e que, em mulheres de classe média urbana, pode ser um indicador para decidir continuar ou interromper a gestação. Uma obstetra do hospital me disse que é um exame que deve ser feito nas primeiras semanas de gestação, e as mulheres indígenas chegavam às consultas já com gestações avançadas, geralmente após os quatro meses [entrevista com a obstetra, agosto de 2021].

Outro tipo de tecnologias que oferecem mais opções às mulheres e promovem um “parto respeitado” estão disponíveis apenas em algumas clínicas privadas do país e são serviços caros. A maioria da população, especialmente mulheres de recursos baixos e médios ou de áreas rurais, não tem acesso a salas de parto equipadas com bolas de parto, banheiras ou, muitas vezes, a falta de recursos econômicos das instituições não permite distinguir salas de parto das de pré-parto ou cirúrgicas. Portanto, a quantidade de elementos disponíveis é reduzida e as experiências de parto correspondem a um mundo limitado. Neste texto, concentrar-me-ei nos ultrassons e no teste de gravidez.

“JÁ QUERIA TÊ-LO NOS MEUS BRAÇOS”:

IMAGINANDO UMA PESSOA EM IMAGENS E SONS

Um ponto a destacar quanto às tecnologias é a produção de imagens que permitem recriar o corpo do feto e sua subjetividade. Seguindo a literatura guarani, encontramos descrições detalhadas sobre a formação da pessoa, como caminhar, falar guarani e que sua alma esteja bem na Terra. A alma é enviada pelos deuses e o nascimento não acaba com o parto, mas continua na aquisição dessas habilidades (Larricq 1993; Pissolato 2007; Enriz 2010; Cebolla Badie 2016). Meu ponto aqui não é necessariamente contradizer as referências cosmológicas que têm sido produzidas pela etnografia, mas complexificar essas visões com novos registros. O uso deste dispositivo tecnológico acompanha a constituição do feto como pessoa que vai nascer e de seu corpo. Nesta secção, avançarei com as descrições etnográficas com a intenção de problematizá-las situacionalmente.

Como explicita Lilian Chazan (2007, 2008), em sociedades urbanas industrializadas, a assistência profissional quase não se produz sem apoio tecnológico por meio de imagens. Essa autora foca especificamente nas interpretações dessas imagens borradas que podem ser vistas na tela de um monitor ou em uma fotografia e que colocam o feto no centro da cena. Essa imagem é produtora de diferentes fatos. Por um lado, a imagem cria verdades médicas que são consideradas como fatos indiscutíveis. Ao mesmo tempo, originam-se verdades não médicas.

Em relação à ecografia como produtora de verdade médica, a autora nos diz que é resultado de um longo processo histórico. Com isso, surgem formas do

que se considera normal em termos de saúde, idade e tamanho do feto, além de indicar riscos de anomalias. Sustenta-se a ideia de que, por meio das tecnologias biomédicas, é possível prevenir possíveis patologias ou perigos durante a gravidez, mas os efeitos das tecnologias não terminam aí. Os atores atribuem significados diferentes ao que veem nas telas, o que a autora considera como verdades não médicas.

Este conjunto de verdades não profissionais abrange aspetos muito amplos, mas a autora refere-se a dois pontos particulares. Primeiro, as significações das sensações maternas através do que se vê na ecografia. Segundo, a subjetividade fetal, ou seja, o início da construção do feto como pessoa. Aqui, o que se vê na tela conflui com as agitações no ventre da gestante. A gestante relaciona esses movimentos com as partes do corpo do feto. Ao mesmo tempo que considera o feto como um corpo separado do seu, ela adquire certo controle sobre ele. Alguns desses pontos serão retomados juntamente com os dados etnográficos, pois encontramos certas semelhanças com a análise em relação à subjetividade fetal e à verdade médica, principalmente.

Em seguida, discutirei esse ponto a partir dos relatos de Maria e Vitoria. Em ambas as narrativas, a ecografia assume um papel primordial.

Conversa com Maria

“Nos conhecemos com Maria durante meu último trabalho de campo. Ela cresceu em Iguazú, mas, quando adulta, viveu muito tempo no Brasil. Lá, trabalhou fora da comunidade, algo não muito comum entre as mulheres guarani. Seus dois filhos mais velhos nasceram no hospital de Iguazú e o mais novo no de San Miguel (Brasil). Ela se mostrou disposta a conversar comigo desde a primeira vez que nos vimos. Assim que contei sobre o tema que me interessava, ela me relatou partes de sua história de gravidez. Para ela, era um tema emocionante; ela tinha gostado muito de estar grávida. Ao descobrir, sentia-se muito feliz, sempre sonhou em ser mãe de uma menina, mas tinha três meninos (um falecido) e continuava com esse desejo.

A palavra ‘alegria’ foi a mais utilizada para descrever a maternidade. Quando perguntei como descobriu que estava grávida, ela falou sobre sua primeira gravidez e disse: ‘porque eu estava muito feliz, me sentia muito feliz, muito alegre e minha mãe me olhou e disse ‘você está grávida’, mas eu disse que não’. A mãe a levou para fazer exames no hospital e confirmaram que ela já estava no terceiro mês de gravidez. Perguntei se ela havia notado a falta de menstruação e ela disse que sim, mas que não imaginava que estava grávida.

Ela não contou como descobriu a gravidez do segundo filho, mas sobre o terceiro disse: ‘eu não sabia que estava grávida dele, descobri aos quatro meses, mas para mim a menstruação vinha. Eu estava no Brasil, estava trabalhando e desmaiei. Eu não podia acreditar que estava grávida porque

para mim a menstruação vinha’. Então, teve que parar e descansar. Naquele momento, ela vivia em uma comunidade em San Miguel que ‘tinha tudo para os cuidados... dava até para fazer ecografia lá’, me disse.

Ela contou que fez todas as ecografias, que com o mais velho fez exame de sangue e foi assim que descobriu a gravidez. O que mais a impressionou na ecografia foi que ‘o via’ e ‘sentia o coraçãozinho dele’. Perguntei o que sentiu e ela disse que muita alegria, ‘já queria tê-lo em meus braços’. Perguntei se ficava ansiosa para o nascimento, e ela disse que sim, que ‘já queria tê-lo’.

Maria vai ser avó pela primeira vez. A nora está grávida de 5 meses e ainda não fez nenhum exame médico. Ela insistia para que a nora fizesse uma ecografia. Quando perguntei por quê, ela disse: ‘porque assim sei se é menina ou menino e posso ir comprar roupinhas’.” [Diário de campo, 30 de agosto de 2021].

Conversas com Vitoria

“As náuseas e a falta de apetite foram os sintomas que a levaram a conversar com sua mãe, que perguntou: ‘Você não está grávida?’, e ela disse que não sabia. Quando conversaram, ela estava com um atraso de dois meses, o que permitia a suspeita. A mãe recomendou que ela fosse ao hospital e fizesse exames. Ela fez análises e ecografias, mas quando me contou, mencionou pouco a análise de sangue; foi vê-lo na ecografia que confirmou a gravidez. Mas essa confirmação também foi acompanhada por sonhos dela e de seu esposo. Ela me contou que ‘ele sonhou com sua filhinha morta’.

Para minha surpresa, ela contou que fez quatro ecografias. Perguntei se gostava de fazê-las e ela disse que sim, o que mais gostava era que ‘dava para sentir o batimento do coração’. Diante da minha pergunta se distinguia algo na imagem, respondeu: ‘não muito, mas dava para ver que se mexia’. Em uma de suas ecografias, nos encontramos no hospital. Eu fiquei do lado de fora no momento da consulta, não demorou mais de 15 minutos, e quando saiu, perguntei se estava tudo bem. Ela disse que sim e que seria um menino. Ela gostaria que fosse uma menina.” [Diário de campo, 26 de agosto de 2021].

Retomando as descrições de Maria e Vitoria, a ecografia foi uma tecnologia protagonista durante suas gestações. Não se trata apenas do fato de frequentarem o hospital, mas de como essas imagens borradas na tela ganham significados incorporados em suas experiências. Através da ecografia, se vê, se ouve e se sente aquilo que está sendo carregado dentro. As palavras das interlocutoras “sentia o coração dele”, “via ele”, “não distinguia muito [ele ou ela], mas via que se mexia”, etc.

Antes de passar à análise desses registros, lembremos que as ecografias foram concebidas como uma ferramenta para detetar possíveis patologias ou

riscos, mas se tornaram uma tecnologia de rotina. Algumas mulheres chegam a realizar mais ecografias do que se considera necessário. Possivelmente porque se trata de um instrumento que, como nos diz Janette Pols (2012), foi pensado com um objetivo, mas as pessoas deram usos e significados múltiplos que vão muito além de encontrar anomalias.

A ecografia é aquele dispositivo que confirma que algo está crescendo no ventre. Vitoria relata que, quando vê que algo se move em seu ventre, é quando sua gravidez ganha sentido de realidade, apesar de ter tido sintomas e um resultado positivo no exame de sangue. Foi aquele movimento no monitor que se tornou uma certeza. Como refere Chazan (2007, 2008), a ecografia é produtora de verdades não médicas, certezas construídas a partir da imagem fetal. Não é que Vitoria invalide esses elementos prévios, mas é naquele momento que se dá lugar às subjetividades maternas e à produção de outro corpo.

Esses registros sobre ver algo na tela, ouvir batimentos cardíacos e sentir movimentos manifestam o que Lilian Chazan (2007) enuncia como efeitos na percepção da gravidez e na subjetividade fetal. Quanto ao primeiro, Maria explicita a alegria que sentiu naquele momento e sua ansiedade pelo nascimento; dizia “eu queria tê-lo em meus braços”, “já o queria ter”. Essas mesmas emoções e sensações de ansiedade dão a segurança de que há algo dentro que vai tomando dimensões de pessoa. Seu coração bate, ele se move, distingue-se (e não) do corpo da gestante.

A ultrassonografia permite ouvir os batimentos cardíacos do bebê, o que dá reconhecimento à sua existência. Por meio dessa tecnologia, é possível escutar os batimentos que diferenciam corpos que não seriam audíveis sem o uso de tecnologia. Em outras palavras, existem várias técnicas para ouvir o coração de outra pessoa e saber que está ali; colocar o ouvido no peito de alguém nos permite saber que esse órgão está batendo. No entanto, a mesma ação no abdômen de uma gestante não permite ouvir o batimento do feto; para isso, precisamos utilizar dispositivos como a ultrassonografia ou o estetoscópio fetal. Este último possibilita monitorar esse órgão sem a presença do monitor. Mas com a ultrassonografia, é possível ver e ouvir, ou seja, os sentidos são aguçados para produzir a verdade de que um corpo cresce no ventre.

Assim, com as tecnologias, entra em jogo a noção de viabilidade do embrião, que pode ser situada em planos intermediários como pessoa ou como potencial pessoa (Salem 1997). Essa perspectiva não implica necessariamente uma transformação das ontologias indígenas, mas antes a incorporação de novos elementos a um *continuum* próprio da formação da pessoa *mbya*. Através das ultrassonografias, começam a se distinguir esses processos de personificação do feto. Seguindo Rayna Rapp (2001), um indicativo importante é a possibilidade de conhecer seu sexo, porque é a possibilidade de projetar se se trata de “uma menina” ou “um menino”, como visto na desilusão de Vitoria ao esperar uma menina, ou na ansiedade de Maria para comprar roupa para seu neto ou

neta. Em outros termos, saber o sexo gerará ações de sexualização do bebê antes de seu nascimento e, portanto, criando subjetividades. Mas não é apenas o sexo do feto que esses relatos indicam, também há ideias sobre a pessoa.

Seguindo Lilian Chazan (2008), através da ultrassonografia percebem-se os movimentos e imagens fetais. Sentir que se move, que bate e vê-lo vai construindo a ideia de uma pessoa separada da mãe. Destaco que, segundo meus registros de campo, o feto sempre é chamado de “bebê”, o que o personifica ainda mais. Nem as gestantes nem o pessoal de saúde usaram a palavra “feto” para se referir àquilo que cresce no ventre da mulher, o que pode estar relacionado a posições ideológicas contra o aborto.

Podemos dar conta de como as vivências das gestantes também estão mediadas pelas tecnologias. A esse respeito, Elizabet Imaz (2010) fala sobre esse processo de reconhecimento da/o filha/o e o autorreconhecimento como mãe. Para essa autora, as identificações não acontecem em um momento pontual, mas são um curso de diferentes situações e elementos que se desenvolvem no tempo (antes, durante e depois da gestação). Ela observa que as ultrassonografias contribuíram para esses processos, permitindo a individualização do feto e os sentimentos das mães para com eles. Gostaria de acrescentar que também contribuem para dimensionar a participação ativa das pessoas grávidas, pois é um fenômeno que ocorre em um corpo e não é possível desenvolver-se sem práticas concretas de quem gesta. As ultrassonografias são aquelas tecnologias que nos permitem perceber através do contato (Puig de Bellacasa 2017). O toque entre o abdômen e o aparelho de ultrassom permite a essas mulheres explorar sensações e sentidos de estar grávida e, portanto, são geradoras de afetos e aproximação com aquilo que está sendo gestado.

No entanto, essas ecografias não atuam por si só. Vemos, por exemplo, que os sonhos também fazem parte dessas identificações de um/a novo/a bebê e da mãe. As mensagens dos deuses muitas vezes tomam forma nos sonhos, através dos quais se avisa sobre as gravidezes e o grupo se prepara para começar a criar as condições necessárias para acolher essa alma (Enriz 2010). Vitoria conta que ela e seu marido souberam da chegada de um novo bebê ao sonhar com sua outra filha. O sonho é mais um elemento que dialoga com outros relatados nessas experiências: exames laboratoriais, conversas com anciãs, diversas emoções, consultas no sistema de saúde e – para fins desta análise – as ecografias que começam a dotar de corporeidade a alma que está por chegar e que foi anunciada. Estabelece-se um *continuum* entre a imagem daquilo que se sonha e a que se vê na ecografia.

A ecografia, como produtora de verdades ao aguçar os sentidos e colocar em diálogo diferentes elementos do processo de gravidez e parto, permite disputar a ideia de que a tecnologia seja algo imposto às mulheres guarani. Retomando Janette Pols (2012), a ecografia questiona justamente a dicotomia de tecnologia fria e contato humano quente, pois através dela se geram proximidades

com os dispositivos e encontros mais frequentes entre as mulheres indígenas e os profissionais do hospital. No entanto, nas tecnologias não se trata apenas das dimensões emocionais ou da produção de verdade em uma gravidez, mas também da criação de novas práticas e da modificação de experiências, como veremos na secção seguinte.

“PARECE-ME QUE HÁ AQUI DOIS TRAÇOS”; DISPOSITIVOS DE NOTIFICAÇÃO

É interessante analisar a detecção das gestações, pois esse fato nos permite pensar nos usos das novas tecnologias. Isso não significa que as técnicas pelas quais as mulheres conhecem seu estado sejam exclusivamente através de instrumentos e métodos da medicina profissional, mas também que os sonhos não são a única forma de antecipar uma gravidez. Dessa maneira, rompem-se também descrições estáticas e ritualizadas sobre as populações indígenas. Como começa a se vislumbrar nos registros, as maneiras pelas quais as mulheres conhecem seu novo estado são diversas.

A falta de menstruação costuma ser considerada o primeiro sinal de uma gravidez ou, pelo menos, da possibilidade desta. Embora isso possa parecer uma obviedade, várias pesquisas, ao levar em conta as cosmologias, apresentaram outros indicadores que podem ser mais relevantes ou estão acompanhados de algum elemento que os confirme. Estes podem ser desde um sonho, o crescimento do abdômen, até um teste de gravidez ou exame de sangue. A confirmação não é necessariamente através de um único mecanismo como apresentei.

Seguindo minhas observações, quando as mulheres percebem a ausência de sangramento, elas consultam outra mulher do grupo, geralmente suas mães. Ela orienta a grávida sobre as ações a seguir para corroborar a gestação. Atualmente, essa confirmação nem sempre implica o sonho, embora também não precise excluí-lo. Vimos duas experiências onde sintomas como náuseas, desmaios ou mudanças de atitude, como estar contente, foram disparadores para pensar na possibilidade de uma gravidez.

Nessas experiências, o sangramento menstrual podia ou não continuar. Maria continuava sua vida normalmente, foi trabalhar na fábrica até desmaiar e fazer uma consulta médica. Não havia detectado atrasos na menstruação, nem irregularidades no seu ciclo menstrual, por isso foi uma surpresa para ela. Sua mudança de humor junto à falta de menstruação na gravidez anterior foram um alerta para sua mãe, que a levou a fazer exames de sangue para confirmar seu estado. Sua própria história expressa dois indícios muito diversos que a levam a confirmar suas gestações.

A recomendação de outra mulher também aparece no relato de Victoria. Sua narrativa envolve um conjunto de elementos entrelaçados. Tanto ela quanto seu marido sonham com a chegada de uma menina, a filha anterior do casal

aparece nos sonhos para anunciá-lo. Victoria está há dois meses sem menstruar, tem náuseas e falta de apetite, vários sintomas que levantam a suspeita de sua mãe, que lhe sugere fazer exames no hospital.

Vemos que aqui as tecnologias não se contradizem nem se opõem. Em ambos os relatos, as tecnologias vêm confirmar algo que as pessoas já sabiam ou suspeitavam de outra forma. Enquanto para o sistema médico as ultrassonografias funcionam como uma maneira de detetar riscos, para as mulheres são uma forma de aumentar algo que elas já sabem e sentem. Permitem dar corpo à suspeita. Sobre essas maneiras de detetar uma gravidez, os registros são abundantes, mas discutirei outras formas de confirmar uma gravidez mesmo quando não havia uma dúvida.

Um novo registro nos apresenta uma situação que, por sua particularidade, “é boa para pensar”, parafraseando Lévi-Strauss. O que vou narrar é a história de uma jovem mulher que descobre o seu estatuto durante a procura de um método contraceptivo ocidental. Durante esta pesquisa, não me detive nos métodos de anticoncepção utilizados pelas/os indígenas, embora sempre houvesse referências. O uso de plantas² como principal fonte anticonceptiva foi o mais relatado, mas também os métodos fornecidos pelo sistema público de saúde.

No que diz respeito aos métodos anticonceptivos distribuídos pelo programa de saúde sexual e reprodutiva, conforme a Lei Nacional n.º 25.673,³ encontramos métodos reversíveis e não reversíveis, hormonais, de barreira ou de emergência. Nem todos os métodos oferecidos são utilizados pelas pessoas das comunidades. Por exemplo, raramente ouvimos falar da colocação de dispositivos intrauterinos (DIU). Embora as pílulas anticoncepcionais sejam oferecidas nas consultas ginecológicas, elas não costumam ser escolhidas pelas mulheres, o que possivelmente esteja relacionado ao seu uso diário rigoroso para a administração. A ligadura de trompas é utilizada por mulheres que decidiram não ter mais filhos por diversos motivos. O preservativo, por sua vez, não implica a necessidade de sair das comunidades, pois pode ser encontrado nas escolas ou nos Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS). No entanto, seu uso é mediado pela decisão do homem de usá-lo.

Nos últimos anos, o implante subdérmico tem ganhado espaço nas comunidades. A seguinte cena etnográfica apresenta uma situação para análise:

“Uma manhã, no Centro de Atenção Primária à Saúde, foi realizada uma campanha de colocação de implantes. No início, as obstetras deram uma

2 A contracepção de origem vegetal não pode ser dissociada da constante invasão dos territórios dessas populações que ameaça os recursos da floresta. Isso é motivo de discussões futuras.

3 Lei Nacional n.º 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Argentina): <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm> (consultado em fevereiro de 2026).

palestra para mulheres de diferentes idades, mas todas em idade reprodutiva. A apresentação durou cerca de 20 minutos. Uma das obstetras explicou o que era um implante, comparou-o com outros métodos contraceptivos e o recomendou por sua longa duração. Ela enfatizou várias vezes que as mulheres que optassem por colocá-lo precisavam ter muita certeza, pois era um dispositivo que durava três anos, que precisavam estar decididas a não ter filhos durante esse tempo e que, se estivesse em seus planos, poderia recomendar outro método contraceptivo. Ela mencionou que era gratuito, aplicado com uma agulha no braço e que, para removê-lo ou trocá-lo, uma profissional deveria fazê-lo após o vencimento.

Explicou que antes da colocação era necessário fazer um teste de gravidez para garantir que não estivessem grávidas. As obstetras entraram na sala de consulta e as agentes de saúde indígenas (ASI) ficaram responsáveis por distribuir os testes de gravidez e chamar as pacientes. Na sala, havia apenas vinte implantes, mas como mais mulheres estavam esperando, decidiu-se que seriam colocados primeiro nas mulheres de 15 a 18 anos que chegaram primeiro. As ASI expuseram a demanda aos seus superiores para completar a semana seguinte para aquelas que não puderam ser atendidas.

As mulheres que receberam o dispositivo passaram primeiro pelo banheiro, fizeram o teste de gravidez e depois foram para uma reunião privada com as obstetras. Na consulta, o implante era colocado e logo saíam da sala. No meio do dia, uma jovem entrou no banheiro e demorou a sair. Quando saiu, aproximou-se de uma ASI e mostrou o teste de gravidez. A ASI olhou para o dispositivo e disse: ‘Bem... parece-me que aqui há duas linhas’, e recomendou repetir o exame. O procedimento foi o mesmo. A jovem entrou no banheiro, demorou um pouco mais, saiu, mostrou novamente para a ASI, mas as linhas estavam ainda mais marcadas. A garota ficou surpresa, deu uma risada tímida, mas não parecia uma risada alegre, era mais uma reação ao inesperado. Ninguém lhe ofereceu, entre as possibilidades, interromper a gravidez.⁴

Ela foi para a consulta privada. Saiu do consultório com uma obstetra que lhe indicou em voz alta e clara os exames que deveria fazer: ‘grupo sanguíneo e fator Rh, ecografia e exames laboratoriais’. Uma ASI anotou em um papel e disse à jovem que para o grupo sanguíneo e fator Rh e os exames laboratoriais ela deveria ir ao hospital sem marcar consulta, e que ela iria pedir uma para a ecografia. A garota pegou os papéis, colocou sua mochila nas costas e desapareceu. A risada e a incerteza sobre o que fazer se transformaram em sair da situação o mais rápido possível.

4 Na Argentina, a interrupção voluntária da gravidez (IVG) foi aprovada no Senado em 30/12/2020, após anos de mobilizações feministas e com a maré verde nas ruas. Entrou em vigor dias depois, mas sua implementação nem sempre é uma certeza e ainda enfrenta grandes resistências.

A conversa sobre ela continuou na sala. Entre as agentes de saúde, questionaram se ela estava ‘acompanhada’ (em um relacionamento) e disseram que não. A obstetra contou mais tarde que sua última menstruação havia sido em 24 de agosto (estava no primeiro mês de gravidez). Ao final do dia, ela disse: ‘Foram colocados 29 implantes e uma gravidez foi detectada’.” [Diário de campo, 3 de setembro de 2021]

Neste registro, fica evidente que cada vez mais mulheres estão optando por colocar o implante subdérmico como método contraceptivo. Isso se deve, por um lado, à recomendação das obstetras que trabalham no hospital e realizam campanhas para a colocação deste dispositivo. E, por outro lado, à aceitação por parte das mulheres, que encontram neste dispositivo uma forma de contracepção de longa duração que não exige manutenção constante, requerendo apenas a colocação inicial e a remoção quando a mulher decidir ou após três anos, quando expira. Especificamente, por não termos feito um acompanhamento dos contraceptivos, desconhecemos se elas seguem a forma de utilização prescrita. Trata-se de um dispositivo que é inserido em uma consulta médica com obstetras e, para sua aplicação, é necessário descartar previamente uma gravidez.

A situação me levou a observar uma forma bastante atípica de uma mulher descobrir que está grávida. Sua peculiaridade reside tanto no fato de ser um evento inédito quanto em sua forma. Ou seja, até aquele ano, a colocação de implantes em quantidade não era algo rotineiro nas comunidades. E sua forma é o único registro que temos de detecção de uma gravidez por meio de um teste quando não havia suspeitas prévias. Desconheço se outras mulheres confirmaram suas gravidezes dessa maneira e, embora não descarte a possibilidade, a cena continua sendo interessante para análise.

Dizer que se trata de um evento inédito não significa que esteja descontextualizado. Nisso convergem situações e interesses. Por um lado, uma obstetra com grande interesse em estabelecer um espaço de trabalho com as comunidades, como expressou em uma entrevista anterior. Esta possibilidade é apoiada por suas colegas de trabalho, também obstetras, e pela direção de atenção primária à saúde, que aloca recursos para contracepção. Como descrito no registro, o estoque fornecido pelo Ministério da Saúde foi de vinte implantes, mas compareceram muitas jovens a mais. O empenho da equipe de saúde em ampliar a saúde sexual e reprodutiva levou a dimensões inimagináveis no uso de tecnologias, como novas formas de detecção de uma gravidez. Na situação relatada, a ordem de chegada foi o critério para determinar a quem correspondia e o teste de gravidez, o passo anterior à aplicação junto com a entrevista com os profissionais.

O teste de gravidez é um artefato sensível ao hormônio hCG (gonadotrofina coriônica humana), que aumenta durante a gestação. Quando a urina entra em

contato com a tira, ela mostrará um resultado positivo quando os níveis de hCG estiverem elevados e negativo quando não estiverem. Nem todas as participantes têm conhecimento sobre o funcionamento do teste, mas a leitura do resultado é algo acessível. Tanto as jovens quanto as obstetras sabem se o dispositivo está indicando um resultado positivo. Foi justamente quando a jovem leu o dispositivo que as participantes começaram a realizar uma série de ações que não estavam previstas.

Ao sair do banheiro, a jovem comentou a situação com uma das agentes de saúde, rindo timidamente, com um sorriso que não necessariamente denotava felicidade. A timidez é uma expressão comum em consultas interétnicas. A moça não está na intimidade de sua casa, mas sim em uma sala de atendimento onde há outras mulheres, algumas profissionais do sistema de saúde com as quais ela não tem vínculo. A timidez foi, neste caso, uma forma de responder a uma situação desconfortável. Até mesmo suas expressões corporais mudam à medida que o tempo passa. No final, ela pega sua mochila bruscamente e sai, não expressando mais um riso tímido, mas sim uma firme intenção de querer sair daquele lugar.

Imediatamente após as duas linhas aparecerem no teste, é oferecido a ela repetir o teste. A jovem volta ao banheiro, demora um pouco mais e, ao sair, repete a mesma atitude. Ao descobrir sua gravidez em uma instituição como o CAPS, o processo dessa gravidez, possivelmente, implicará em um percurso de cuidado não desvinculado do sistema formal de saúde e acompanhado de dispositivos tecnológicos que podem levar a ações inimagináveis. Para começar, foram solicitados três exames (grupo sanguíneo e fator Rh, exames de laboratório e ultrassom) que, para as obstetras, significavam poder detectar patologias ou certificar-se do bom desenvolvimento evolutivo da gravidez.

Por fim, é importante destacar que essa gravidez se tornou pública. Todas as mulheres na sala foram partícipes da situação. Por sua vez, as agentes de saúde conhecem a jovem e esperarão que ela cumpra com os controles indicados, mas não sabemos quais serão as instâncias para essa jovem. Uma das questões que emergem dessa experiência é a possibilidade de tornar visíveis os múltiplos atores que intervêm no momento da colocação de um implante subdérmico ou na decisão – neste caso limitada – de interromper uma gravidez. Desse modo, a continuidade ou não da gestação passa a ser definida em diferentes esferas sociais (Porto e Sousa 2017).

Esta foi uma das situações em que me deparei com meus dilemas de pesquisa. Naquele momento, surgiram milhares de perguntas. Como transformar esse evento em algo público? Como todas as pessoas na sala, e não eram poucas, agora sabiam dessa gravidez, inclusive antes de seu círculo íntimo? Por que ninguém ofereceu falar em particular com ela? Ninguém mencionou a possibilidade de um aborto voluntário (se ela quisesse), quando isso já era uma lei na Argentina? Como as opções de seguir em frente ou não foram

reduzidas ou alteradas? O que foi discutido no consultório que tornou óbvio seguir um protocolo (exames de sangue, ultrassons, etc.)? Quais sentimentos a jovem tinha? O que ela gostaria? E assim por diante. Lamento nunca mais ter visto a jovem, mas a situação confirmou para mim a necessidade de continuar apostando em orientações de saúde sexual e (não) reprodutiva que não se apressem com suas “certezas” e de continuar cruzando conhecimentos. É justamente nesse ponto que a análise se conecta a políticas mais amplas. O programa incentivava a colocação do implante contraceptivo nas comunidades indígenas, sobretudo entre adolescentes até 18 anos. No entanto, quando a gravidez ocorre, reforçam-se ideias morais acerca da continuidade da gestação, definindo quais seriam as políticas reprodutivas consideradas moralmente legítimas na interseção entre gênero e etnicidade (Ginsburg e Rapp 1995). Assim, a dissociação entre sexualidade e controle da reprodução permanece condicionada à acessibilidade de recursos biomédicos (Morgan e Roberts 2012; Bonino e Fernández-Rasines 2023). Tal condicionamento não apenas limita a autonomia reprodutiva, mas também pode conduzir à clandestinidade dos abortos, ainda que tanto a comunidade quanto os serviços de saúde estabeleçam mecanismos de vigilância e controle. Para finalizar, importa retomar o debate sobre como as tecnologias contraceptivas, longe de serem neutras, articulam dimensões biomédicas, morais e políticas que atravessam os cuidados do corpo e da reprodução em contextos indígenas.

CONCLUSÃO

Neste texto, discuti que as tecnologias não podem ser categorizadas esquematicamente entre o mundo indígena/tradicional *versus* o mundo moderno. Partir desse ponto é posicionar-se atento às transformações das práticas e, portanto, como as relações sociais e materiais vão se organizando e transformando (Mura 2011; Vanzolini 2018; Padawer, Oliveri e de Uribe 2021), e é necessário levá-las em consideração quando pensamos nos cuidados.

A proposta de Janette Pols (2012) de não associar as tecnologias ao cuidado, que são frias e distantes, e o cuidado humano como amoroso, afetuoso e caloroso, guiaram a análise e permitiram reconhecer os sentidos que as mulheres atribuem às tecnologias. Isso me permitiu debater que o conhecimento especializado não fique apenas nas mãos dos profissionais (Jordan 1993). Embora tenham um conhecimento técnico que as mulheres desconhecem, elas podem acessar algumas informações através de “sentir”, “escutar”, “ver” a ecografia ou “interpretar” duas linhas no teste de gravidez.

As tecnologias estão desempenhando um papel inovador nas trajetórias de gravidez, porque, por um lado, podem confirmar algo que já se suspeitava por outros sintomas, como a falta de menstruação ou mudanças de humor, e, por outro lado, podem notificar algo que não era esperado. Comecei a análise com

as ecografias porque, embora em contextos urbanos raramente não sejam utilizadas (Chazan 2008), não são um elemento de uso tão cotidiano em populações indígenas. Embora seja uma tecnologia que tenha sido pensada para detectar patologias e possíveis riscos do feto, é utilizada pelas mulheres com sentidos muito diferentes. Vimos que ela constrói subjetividade fetal, exacerba sentidos de maternidade e dá certeza sobre a gravidez, sem excluir as próprias cosmologias e elementos do mundo indígena.

Mas também as tecnologias colocam as mulheres em novas situações onde devem enfrentar decisões ou mudanças em seus projetos anteriores, como vemos em uma jovem que busca um anticoncepcional e descobre uma gravidez. O teste de gravidez e o implante subdérmico não são simples incorporações de tecnologias nas comunidades, são instrumentos que, em seu uso, modificam os projetos das pessoas e do grupo. O fio condutor deste trabalho é que as mulheres *mbya* mostraram que as tecnologias podem gerar proximidade com o processo de cuidado e com agentes humanos e não humanos.

Concluo então que as tecnologias obstétricas não são simples imposições sobre as mulheres indígenas, mas que elas sabem apropriar-se delas e lhes dar seus próprios sentidos. Mas também, que esses dispositivos são geradores de novas práticas e propõem novas maneiras de descobrir uma gravidez. Em algumas mulheres, as tecnologias são adicionadas à relação feminilidade/maternidade porque trazem novas heterogeneidades da feminilidade, não apenas porque existe a possibilidade de usá-las ou não, mas também porque seus usos são diversos. As tecnologias permitem questionar as formas estereotipadas de “ser mulher *mbya*” porque estão criando mais diferenças entre elas. Através das tecnologias, podem-se apreciar diversas formas de acessar informações e confirmar uma gravidez, de gerar corporalidades, de maternar e, sobretudo, de atravessar os processos de gravidez e parto. Os usos das tecnologias são tão amplos que vão desde a alegria e ansiedade que produz ver e ouvir uma ecografia, até a raiva e angústia com um teste de gravidez. Todas estas formas tecnológicas geram feminilidades e experiências diversas da gravidez e do parto que não implicam os mesmos usos idênticos aos brancos, nem perdas culturais. É aí que reside a capacidade de agência dessas mulheres e as formas de viver as suas gravidezes.

BIBLIOGRAFIA

- BONINO, Mercedes, e Paloma FERNÁNDEZ-RASINES, 2023, “Autonomía reproductiva frente a la biopolítica de la maternidad”, *Revista de Antropología Social*, 32 (1): 13-28.
- CEBOLLA BADIE, Marilyn, 2016, *Cosmología y Naturaleza Mbya Guaraní*. Buenos Aires: Biblos.
- CHAZAN, Lilian, 2007, “*Meio Quilo de Gente*”: *Um Estudo Antropológico sobre Ultrassom Obstétrico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400026>.
- CHAZAN, Lilian, 2008, “‘É... tá grávida mesmo! E ele é lindo!’: a construção de ‘verdades’ na ultrasonografia obstétrica”, *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 15 (1): 99-116. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000100006>.
- ENRIZ, Noelia, 2010, “Tomar asiento: la concepción y el nacimiento mbya guaraní”, *Anthropologica*, 28: 117-137. DOI: <https://doi.org/10.18800/anthropologica.201001.006>.
- FLOYD, Robbie Davis, 1992, *Birth as an American Rite of Passage*. Los Angeles, CA: University of California Press.
- GINSBURG, Faye, e Rayna RAPP, 1991, “The politics of reproduction”, *Annual Review of Anthropology*, 1 (20): 311-343.
- IMAZ, Elixabete, 2010, *Convertirse en Madre: Etnografía del Tiempo de Gestación*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- JORDAN, Bridgette, 1993, *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and United States*. Prospect Heights, IL: Waveland Press, Inc.
- LARRICQ, Marcelo, 1993, *Ipytũma: Construcción de la Persona entre los Mbya-Guarani*. Posadas, Misiones: Editorial Universitaria, Universidad Nacional de Misiones.
- MURA, Fabio, 2011, “De sujeitos e objetos: um ensaio crítico de antropologia da técnica e da tecnologia”, *Horizontes Antropológicos*, 17 (36): 95-125. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000200005>.
- MORGAN, Lynn M., e Elizabeth F. S. ROBERTS, 2012, “Reproductive governance in Latin America”, *Anthropology & Medicine*, 19 (2): 241-254. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>.
- PADAWER, Ana, Mauro OLIVERI, e Ramiro DE URIBE, 2021, “La producción de conocimiento en contextos agroindustriales de baja capitalización: desarrollos técnicos en dos cooperativas de mandioca de Misiones, Argentina”, *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad – CTS*, 16 (48): 59-83. Disponível em: <https://ojs.revistacts.net/index.php/CTS/article/view/248> (última consulta em fevereiro de 2026).
- PISSOLATO, Elizabeth, 2007, *A Duração da Pessoa: Mobilidade, Parentesco e Xamanismo Mbyá (Guarani)*. São Paulo: Editorial UNESP.
- POLS, Jannette, 2012, *Care at a Distance: On the Closeness of Technology*. Amsterdão: Amsterdam University Press.
- PORTO, Rozeli, e Cassia Dantas SOUSA, 2017, “‘Percorrendo caminhos da angústia’: itinerários abortivos em uma capital nordestina”, *Revista de Estudos Feministas*, 25 (2). DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n2p593>.
- PUIG DE BELLACASA, María, 2017, *Matters of Care: Speculative Ethics in More than Human Worlds*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- RAPP, Rayna, 2001, “Gender, body, biomedicine: how some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory”, *Medical Anthropology Quarterly*, 15 (4): 466-477.

- SAHLINS, Marshall, 1997, “O ‘pessimismo sentimental’ e a experiência etnográfica: porque a cultura não é um ‘objeto’ em via de extinção (parte I e II)”, *Mana*, 3 (1). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-93131997000100002>.
- SALEM, Tania, 1997, “As novas tecnologias reprodutivas: o estatuto do embrião e a noção de pessoa”, *Mana*, 3. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-93131997000100003>.
- STRATHERN, Marilyn, 1992, *Reproducing the Future: Essays on Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*. Manchester: Manchester University.
- VANZOLINI, Marina, 2018, “O feitiço e a feitiçaria capitalista”, *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, 69: 324-337. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-901X.v0i69p324-337>.

Receção da versão original / Original version	2024/06/11
Receção da versão revista / Revised version	2025/09/05
Aceitação / Accepted	2025/10/31