



Escola de Sociologia e Políticas Públicas  
Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**A saúde reprodutiva das mulheres migrantes em Niamey [Níger].  
Trajetórias terapêuticas e dinâmicas locais**

Paula Cristina Louro Morgado

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de  
Doutor em Estudos Africanos

Orientador:  
Professora Doutora Clara Carvalho  
ISCTE-IUL  
Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro 2018



Escola de Sociologia e Políticas Públicas  
Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**A saúde reprodutiva das mulheres migrantes em Niamey [Níger].  
Trajetórias terapêuticas e dinâmicas locais**

Paula Cristina Louro Morgado

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de  
Doutor em Estudos Africanos

Júri:

Doutor, Jorge Varanda, Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Ciências da Vida da  
Universidade de Coimbra

Doutora, Isabel Craveiro, Investigadora Auxiliar do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da  
Universidade Nova de Lisboa

Doutora, Chiara Pussetti, Investigadora do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

Doutor, Tiago Correia, Professor Auxiliar Convidado do ISCTE-IUL

Doutora, Clara Carvalho, Professor Auxiliar do ISCTE-IUL

Dezembro 2018

**DEDICATÓRIA**

Para ti, Alice.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, o meu mais profundo agradecimento vai para a minha filha Alice, pelo seu amor incondicional e pela sua compreensão infinita, apesar das duras privações afetivas, que a espaços, esteve sujeita durante o longo processo correspondente ao trabalho de campo e à redação da tese. Em seguida, quero agradecer ao meu marido e companheiro Felisberto, que tem sido um pilar inabalável de apoio durante todo o meu percurso académico.

A minha enorme gratidão para com a minha orientadora, a Professora Clara Carvalho, que desde o início acreditou em mim, percorreu comigo este moroso caminho, com uma paciência infinita para as minhas inúmeras idiossincrasias.

Um agradecimento muito especial para o Professor Jean-Pierre Olivier de Sardan, que me acolheu no LASDEL, responsabilizando-se perante as autoridades nigerinas pela minha pesquisa etnográfica. Estou-lhe eternamente grata por tudo o que me ensinou, designadamente em termos de metodologia de trabalho de campo. Considero-me uma verdadeira privilegiada por ter partilhado dos seus conhecimentos.

Um grande reconhecimento também para toda a equipa do LASDEL, que me integrou, sem quaisquer reservas, nas suas dinâmicas de grupo. Agradeço, em particular, a Abdoulaye Sounaye, Abdoutan Harouna, Mahaman Tidjani Alou, Hamani Oumarou, (falecida) Hadiza Moussa, Mahaman Moha, Philippe Lavigne, Hadiara Saïdou, Abdoulaye Ousseïni, Issaka Oumarou, Hamidou Nabara, Nora Le Jean, Mariame Sidibe, Djibou Hamadou, Hannatou Adamou, Gina Ait Mehdi, Souleymane Diallo e Adamou Moumouni (Kimba). Uma singular palavra de apreço reservo à Aïssa Diarra pela sua generosa amizade. Durante a minha estadia na República do Níger privei com outros investigadores, como Anne Luxereau, Harouna Mounkaïla, Abdoulaye Ibrahim e Alizée Ehrnrooth, cuja experiência contribuiu para o meu trabalho, a quem deixo igualmente um muito obrigado. O George Klute, a Karen Greenough e a Karen Hampshire colocaram igualmente à minha disposição contactos que tinham no país.

Ao nível do ISCTE, a minha gratidão vai sobretudo para o Professor Eduardo Costa Dias, que agilizou alguns processos burocráticos durante a minha estadia na República do Níger e para o Professor Manuel João Ramos, que deu crédito à minha ideia de investigação resgatando a pluralidade de discursos emanados no terreno. À Fernanda Alvim, João Dias, colegas Joana Vasconcelos e Ricardo Falcão, equipa da Escola de Sociologia e Políticas Públicas e funcionários da Biblioteca e dos Serviços Académicos deixo um grande agradecimento. Dedico uma palavra em especial à Joelma Almeida pelo seu grande contributo principalmente na reta final deste trabalho.

Para terminar quero agradecer a toda a minha família, em particular, à minha mãe Licita, que infelizmente nos deixou prematuramente, à tia Lili e à prima Rute, que me albergaram anos a fio durante as minhas estadias em Lisboa, às primas Inês e Isabelle, que trataram dos procedimentos burocráticos associados ao meu visto e algumas das minhas viagens; e à tia Piedade que chegou a guardar a minha filha no ISCTE para eu poder atender alguns seminários.

O suporte de alguns amigos também foi crucial em determinadas fases deste longo processo, designadamente de Angelina João, Maria Aura Alves, Maria Isabel Nabais, do Manuel Tavares, Patrícia Kok, João Macias, Paulo Pinto e Mena, António Lourenço, Sandra Guerreiro, Sophie Pinto e sua amiga Ségoulène, Sandrina Pinto, Adriana e Claudio Porcoï, Lawali, Wambi, Sophie da *Croix Rouge*, Alexandra e marido, família Nok e Abdoulaye Attaher.

Para terminar, dedico este parágrafo ao meu Jeremias, meu fiel companheiro nas longas e solitárias horas de redação, que acabou também por nos deixar cedo demais.

A todos, e àqueles que inadvertidamente me esqueci de mencionar, o meu grande e sincero bem-haja!

## **RESUMO**

As incessáveis reformas promovidas pelos organismos internacionais, durante as últimas décadas, nos serviços de saúde de alguns países do Sul Global, pouco têm contribuído para aproximar as mulheres mais pobres dos cuidados biomédicos. Este trabalho analisa a subutilização dos serviços de saúde públicos a partir das trajetórias terapêuticas realizadas por um grupo de mulheres migrantes residentes em Niamey, República do Níger. A pesquisa etnográfica realizada junto de um grupo significativo de mulheres migrantes, de terapeutas e de profissionais de saúde, revelou que o pluralismo terapêutico e o atendimento irregular de cuidados biomédicos têm que ser entendidos à luz dos constrangimentos locais e das forças históricas globais. Verificou-se que a promoção da saúde da mulher não pode se circunscrever a um pacote de medidas biomédicas. A forma como a pobreza é gerida no cotidiano é uma dimensão que os decisores políticos internacionais deveriam ter em conta na formulação das suas políticas.

**Palavras-chave:** República do Níger; Islão; migração feminina; trajetórias matrimoniais; saúde reprodutiva; pluralismo terapêutico; políticas de saúde pública.

## ABSTRACT

The incessant reforms promoted by international organizations over the past few decades in health services in many countries of the Global South have contributed little to bringing the poorest women closer to biomedical care. This thesis focus on the underutilization of public health services, departing from the analysis of the therapeutic trajectories carried out by a group of migrant women living in Niamey, Republic of the Niger. Ethnographic research carried out with a significant group of migrant women, therapists and health professionals has revealed that therapeutic pluralism and irregular attendance of biomedical services have to be understood in the light of local constraints and global historical forces. It was found that the promotion of women's health cannot be limited to a package of biomedical measures. The way poverty is managed in everyday life is a dimension that international policy-makers should take into account in formulating their policies

**Keywords:** Republic of the Niger; Islam; female migration; matrimonial trajectories; reproductive health; therapeutic pluralism; public health policies.

## ÍNDICE

<b>DEDICATÓRIA</b> .....	iii
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	iv
<b>RESUMO</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>ÍNDICE</b> .....	viii
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	xi
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	xii
<b>ACRÓNIMOS</b> .....	xiii
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>Questão de pesquisa e objectivos</b> .....	5
<b>Metodologia</b> .....	6
<b>Organização da Tese</b> .....	22
<b>PRIMEIRA PARTE - REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	24
1 Políticas internacionais de saúde pública e reprodutiva .....	24
1.1 <i>A emergência da saúde pública</i> .....	24
1.2 <i>As políticas internacionais de saúde pública</i> .....	27
1.2.1 Os cuidados de saúde primários .....	28
1.2.2 A Iniciativa de Bamaco .....	32
1.2.3 O VIH-SIDA .....	33
1.2.4 Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.....	37
1.2.5 Os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.....	39
1.3 <i>A saúde reprodutiva</i> .....	40
1.3.1 Os programas de planeamento familiar .....	40
1.3.2 Os cuidados de saúde primários e a saúde da mulher .....	42
1.3.3 A Iniciativa Maternidade Sem Risco.....	47
1.3.4 O ODM 5: melhorar a saúde materna .....	54
1.3.5 O ODS 3: promover a igualdade de género .....	57
2 A Antropologia Médica e algumas declinações teóricas.....	58
2.1 <i>Definição e delimitação do conceito de Antropologia Médica</i> .....	58
2.2 <i>A diversidade terapêutica</i> .....	61
2.2.1 O pluralismo médico .....	62
2.2.2 A decisão terapêutica .....	64
2.3 <i>A intraduzibilidade dos dispositivos nosológicos populares</i> .....	69
2.4 <i>Terapeutas e terapias</i> .....	72
2.5 <i>A Antropologia Médica Crítica e a Antropologia da Saúde Pública</i> .....	82
3 A saúde da mulher no contexto da reprodução .....	89
3.1 <i>O nascimento dos cuidados obstétricos e a biomedicalização da reprodução humana</i> .....	89
3.2 <i>A segunda vaga do movimento feminista e a desbiomedicalização do nascimento</i> .....	95
3.3 <i>A saúde da mulher nas Ciências Sociais</i> .....	100
3.3.1 Antropologia do nascimento .....	108
3.3.2 Antropologia da reprodução.....	109
3.3.3 A saúde «glocal» da mulher .....	113
<b>SEGUNDA PARTE</b> .....	122
4 NIGER – Apresentação do País .....	122
	viii



## A Saúde Reprodutiva das Mulheres Migrantes em Niamey

4.1	<i>Enquadramento institucional e político</i> .....	124
4.2	<i>Estratégias de sobrevivência locais</i> .....	143
4.3	<i>A migração feminina nigerina</i> .....	153
5	A saúde pública nigerina: políticas globais, soluções locais .....	159
6	Estudo-caso .....	176
6.1	<i>Situação face ao casamento</i> .....	176
6.1.1	O preço da noiva .....	179
6.1.2	Factores de destabilização matrimonial .....	181
6.1.3	Vantagens matrimoniais .....	189
6.1.4	A acumulação material e simbólica feminina .....	196
6.1.5	As trajetórias matrimoniais.....	203
6.1.5.1	Mulheres casadas em primeiras núpcias.....	205
6.1.5.1.1	Mulheres que vivem em regime de monogamia com os seus maridos. ....	205
6.1.5.1.2	As mulheres que vivem em regime de poligamia com os seus maridos .....	206
6.1.5.1.3	Mulheres em regime de monogamia que vivem sem os seus maridos.....	208
6.1.5.1.4	Mulheres em regime de poligamia que vivem sem os seus maridos.....	211
6.1.5.2	Mulheres que experienciaram pelo menos uma dissolução matrimonial .....	212
6.2	<i>Tipologia das migrações</i> .....	216
6.2.1	A temporalidade – migrações permanentes ou sazonais .....	216
6.2.1.1	Migração sazonal.....	217
6.2.1.2	Migração permanente .....	220
6.2.1.3	Migrações sem dados suficientes .....	221
6.2.2	A composição – migração autónoma feminina ou migração feminina clássica.....	221
6.3	<i>Processo de integração na malha urbana de Niamey</i> .....	224
6.3.1	Causas e razões das migrações .....	224
6.3.2	Processo de acolhimento na cidade: encontrar um lugar para viver .....	230
6.3.3	Processo de integração económica .....	235
6.4	<i>Algumas conclusões</i> .....	241
6.5	<i>Trajetórias e decisões terapêuticas durante a gestação e o nascimento</i> .....	241
6.5.1	Os cuidados biomédicos.....	242
6.5.1.1	As CPN .....	242
6.5.1.1.1	Gravidezes que não foram enquadradas pela biomedicina .....	243
6.5.1.1.2	Gravidezes apenas monitorizadas na aldeia .....	243
6.5.1.1.3	Gravidezes monitorizadas na aldeia e/ou na cidade .....	244
6.5.1.1.4	Gravidezes só monitorizadas em Niamey .....	245
6.5.1.1.5	O atendimento irregular de CPN.....	246
6.5.1.1.6	A falácia da gratuidade: desigualdade no acesso e nos cuidados de saúde prestados 252	
6.5.1.1.7	Algumas conclusões sobre as CPN .....	263
6.5.1.2	O parto .....	268
6.5.1.2.1	O parto em Damana .....	269
6.5.1.2.2	O parto em Sargadji .....	272
6.5.1.2.3	O parto em Niamey .....	278

## A Saúde Reprodutiva das Mulheres Migrantes em Niamey

6.5.1.2.4	Os custos do parto.....	278
6.5.1.2.5	As vicissitudes em torno do conceito de parto assistido clinicamente .....	280
6.5.2	Os curandeiros ditos tradicionais .....	282
6.5.2.1	Os marabutos .....	282
6.5.2.2	Os fetichistas .....	284
6.5.3	A farmacopeia local .....	285
6.5.4	As trajectórias terapêuticas.....	287
<b>CONCLUSÕES</b> .....		288
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....		294
<b>ANEXOS</b> .....		i
<b>ANEXO A – Figuras</b> .....		ii
<b>ANEXO B - NARRATIVAS</b> .....		x
<b>ANEXO C – Quadros</b> .....		xxvii

## ÍNDICE DE FIGURAS

### ANEXOS A

Figura 1 - Mapa de BALLEYARA, DAMANA e SARGADJI .....	ii
Figura 2 – Boletim de grávida .....	iii
Figura 3 - Ficha de grávida.....	iv
Figura 4 - Estetoscópio Pinard.....	v
Figura 5 – Auscultação do batimento cardíaco com um estetoscópio de Pinard .....	vi
Figura 6 – Mapa da República do Níger.....	vii
Figura 7 – Bairros de Niamey.....	viii
Figura 8 – Pirâmide sanitária nigerina.....	ix

### ANEXOS B

NARRATIVA 1- Identificação e estrutura etária do grupo estudado .....	x
NARRATIVA 2 - A escolaridade .....	xi
NARRATIVA 3 – O local de partida .....	xii
NARRATIVA 4 – A festa da Tabaski.....	xiii
NARRATIVA 5 – As migrantes viúvas que voltaram a casar .....	xiii
NARRATIVA 6 – O casamento da grande múltipara Mariama .....	xiii
NARRATIVA 7 – A viuvez precoce de AsmatouM.....	xiv
NARRATIVA 8 – As segundas núpcias de Aïchatou <sup>6</sup> , Hamsatou <sup>9</sup> e Haoua <sup>10</sup> .....	xiv
NARRATIVA 9 – O divórcio de Saafi <sup>18</sup> .....	xv
NARRATIVA 10 – Os repúdios de Hadiara <sup>24</sup> e Kaadi <sup>19</sup> .....	xvi
NARRATIVA 11 – As migrantes sazonais não conformes .....	xvi
NARRATIVA 12 – As profissões dos maridos das migrantes sazonais.....	xvii
NARRATIVA 13 – As profissões dos maridos das migrantes permanentes .....	xviii
NARRATIVA 14 – As migrações com dados insuficientes .....	xix
NARRATIVA 15 – Os Guerreiros de Deus .....	xxi
NARRATIVA 16 - Outros partos na esfera rural.....	xxi
NARRATIVA 17 – O parto em Niamey .....	xxii
NARRATIVA 18 – A protecção marabútica .....	xxv

## ÍNDICE DE QUADROS

### ANEXOS C

Quadro 1 – Nome e idade das mulheres migrantes .....	xxvii
Quadro 2 – Frequência escolar das mulheres migrantes .....	xxvii
Quadro 3 – Trajectórias matrimoniais das mulheres migrantes .....	xxviii
Quadro 4 – Naturalidade e local de partida discordantes das mulheres migrantes .....	xxxv
Quadro 5 – Distribuição geográfica dos locais de partida.....	xxxv
Quadro 7 – Estatuto matrimonial das migrantes sazonais.....	xxxvi
Quadro 8 – Situação dos maridos das migrantes sazonais casadas .....	xxxvi
Quadro 9 – O último estatuto matrimonial observado nas migrantes sazonais.....	xxxvii
Quadro 10 – Situação matrimonial das migrantes permanentes.....	xxxviii
Quadro 11 – Situação dos maridos das migrantes permanentes casadas .....	xxxviii
Quadro 12 – O último estatuto matrimonial observado nas migrantes permanentes ...	xxxix
Quadro 13 – Temporalidade das migrações .....	xxxix
Quadro 14 – A composição das migrações .....	xl
Quadro 15 – A composição das migrações em relação ao estatuto matrimonial .....	xl
Quadro 16 – Tipologia das migrações – Distribuição das mulheres migrantes em função da temporalidade e composição .....	xl
Quadro 17 – Actividades geradoras de rendimento das migrantes .....	xli
Quadro 18 – Localização das CPN.....	xliii
Quadro 19 – «Protocolo» das CPN nigerinas.....	xliv
Quadro 20 – Intervenções clínicas no âmbito das CPN no CSI Sargadji.....	xlv
Quadro 21 – Intervenções Clínicas no âmbito das CPN no CSI .....	xlv
Quadro 22 – Intervenções clínicas no âmbito das CPN no CSI Recasement.....	xlvi
Quadro 23 – Intervenções clínicas no âmbito das CPN na maternidade Yantala .....	xlvi
Quadro 24 – Cuidados terapêuticos durante as gravidezes .....	xlvii
Quadro 25 – Valores Pagos relativamente às CPN .....	xlix
Quadro 26 – Os Partos das Mulheres Migrantes .....	l
Quadro 27 – Custos associados aos partos .....	lii
Quadro 28 – Principais plantas medicinais usadas no âmbito da saúde reprodutiva .....	lv
Quadro 29 – Trajectórias terapêuticas .....	lvi
Quadro 30 – Principais indicadores sanitários do país.....	lviii

## ACRÓNIMOS

AFD - Agência Francesa para o Desenvolvimento  
AFP – Agência Noticiosa Francesa  
AMA – Agência dos Muçulmanos de África  
ANIPT – Associação Nigerina para a Inovação da Farmácia Tradicional  
AOF – África Ocidental Francesa  
APD – Ajuda Pública ao Desenvolvimento  
AQMI – Al-Qaeda no Magrebe Islâmico  
ARLNN – Armada Revolucionária de Libertação do Norte do Níger  
ASC – Agentes de Saúde Comunitários  
ATPN - Associação de Curandeiros Tradicionais do Níger  
ATPR - Alimento Terapêutico Pronto Para Uso  
BM/WB – Banco Mundial  
CEMAC - Comunidade Económica e Monetária da África Central  
CFA - Comunidade Financeira Africana  
CHRP - Centro Hospitalar Regional da Poudrière  
CIDP - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento  
CNAT - Centro Nacional Antituberculoso  
CNS - Conferência Nacional Soberana  
CODESRIA – Conselho para o Desenvolvimento da Pesquisa Social em África  
COGES – Comité de Gestão da Saúde  
COMEDET - Coletivo de Organizações da Medicina Tradicional  
CMS - Conselho Militar Supremo  
COU – Cuidados Obstétricos de Urgência  
CPN – Cuidados ou Consultas Pré-Natais  
CRCHUM – Centro Hospitalar da Universidade de Montreal  
CREDI - Centro de Estudos e Pesquisa sobre Desenvolvimento Internacional  
CRN - Conselho de Reconciliação Nacional  
CSI – Centro de Saúde Integrado  
CS – Posto de Saúde  
CSRD - Conselho Supremo para a Restauração da Democracia  
DERP - Documento Estratégico para a Redução da Pobreza  
DS – Distrito Sanitário  
DST - Doenças Sexualmente Transmitidas  
EMAOF - Escola de Medicina da África Ocidental Francesa  
ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública  
EUA – Estados Unidos da América  
FAER - Faculdade de Ajustamento Estrutural Reforçada  
FED – Fundo Europeu de Desenvolvimento  
FIDES - Fundo de Investimento para o Desenvolvimento Económico e Social  
FCFA - Franco da Comunidade Financeira Africana  
FMI – Fundo Monetário Internacional  
FNUAP/UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas  
FPLS – Frente Popular de Libertação do Saara  
FTL – Frente de Libertação de Temoust ou do Tenéré  
HD – Hospital do Distrito Sanitário  
HELP- ONG «Ensinar as Pessoas a se Ajudarem a Si Mesmas» [hilfe zur selbsthilfe]  
HNN – Hospital Nacional de Niamey

HPV – Vírus do Papiloma Humano  
ICMDP – Centro Internacional de Desenvolvimento de Políticas de Migração  
IEP - Investimento Estrangeiro Privado  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
IMSR – Iniciativa Maternidade Sem Risco  
IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez  
JMEG NIGER – Juventude – Infância- Migração - Desenvolvimento  
LASDEL – Laboratório de Estudo e Pesquisa sobre as Dinâmicas Sociais e o Desenvolvimento Local  
MAC – Medicinas Alternativas e Complementares  
MAF – Migração/Migrante Autónoma Feminina  
MAF-P – Migração/Migrante Autónoma Feminina Permanente  
MAF-S – Migração/Migrante Autónoma Feminina Sazonal  
MDM – Médicos Do Mundo  
MED - Modelo Explicativo da Doença  
MFC – Migração/Migrante Feminina Clássica Sazonal  
MFC-P – Migração Feminina Clássica Permanente  
MFC-S – Migração/Migrante Feminina Clássica Sazonal  
MG – Medicamentos Genéricos  
MNJ - Movimento Nigerino para a Justiça  
MNLA – Movimento Nacional de Libertação do Azawad  
MSP/LCE – Ministério da Saúde Pública e da Luta Contra as Endemias  
MTC - Medicina Tradicional Chinesa  
MUJAO - Movimento para a Unidade e a Jihad na África Ocidental  
OAF - África Ocidental Francesa  
ODM – Objetivos do Milénio  
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável  
OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organizações Não-Governamentais  
OPVN – Agência dos Produtos Alimentares do Níger  
ORA – Organização da Resistência Armada  
PAC - Parentes, Amigos/Aliados e Conhecidos  
PAE – Plano ou Programa de Ajustamento Estrutural  
PAM – Programa Alimentar Mundial  
PASPE - Programa de Ajustamento do Sector Público Empresarial  
PDT – Parteiras Ditas Tradicionais  
PEV - Programa de Vacinação Alargado  
PF – Planeamento Familiar  
PFE – Práticas Familiares Essenciais  
PIB - Produto Interno Bruto  
PMA – Procriação Médica Assistida  
PMI – Proteção Materna e Infantil  
PNLP – Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo  
PNDS – Partido Nigerino para a Democracia e Socialismo  
PNUD/UNDP - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPME/HIPC- Países Pobres Muito Endividados  
PTV – Prevenção da Transmissão Vertical [mãe-filho]  
RDC – República Democrática do Congo  
RPC – República Popular da China  
SNIS – Sistema Nacional de Informação Sanitária

SOLTHIS - Solidariedade Terapêutica e Iniciativas para a Saúde

TB – Tuberculose

TBMR – Tuberculose Multirresistente

UEMOA – União Económica e Monetária da África Ocidental

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

USAID - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

USPCD – Unidade de Saúde Pública da *Commune* de Damana

USPM - Unidade de saúde pública marfinense

USTN - União dos Sindicatos dos Trabalhadores do Níger

VIH-SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

### Mapa do Níger



**Fonte:**

Wikipedia ( n.d.).



## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho aborda a questão da saúde sexual e reprodutiva entre mulheres migrantes internas na cidade de Niamey, República do Níger, e foi permitido pela alocação de uma bolsa da Fundação para a Ciência e Tecnologia [Referência SFRH/BD/65106/2009]. A pesquisa foi igualmente integrada por um projeto sobre o acesso das mulheres aos cuidados de saúde não estatais em diferentes contextos africanos, focando os efeitos da aplicação dos Programas de Ajustamento Estrutural que obrigaram à limitação dos serviços públicos de saúde e à privatização dos cuidados médicos, particularmente viciosos em situações de carência extrema.

Apesar dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) reiterarem as metas propostas, mas inalcançadas dos Objetivos do Milênio (ODM), respeitantes à saúde da mulher, a informação estatística disponível mostra que os objetivos propostos ainda estão muito longe de serem atingidos. Muitas mulheres continuaram a subtrair-se aos cuidados biomédicos em várias dimensões da sua vida sexual e reprodutiva.

As políticas de saúde que pretendem alargar os cuidados de saúde sexual e reprodutiva visavam - e continuam a visar - principalmente as mulheres rurais e oriundas das camadas sociais mais desfavorecidas. Contudo, são precisamente estas mulheres que insistem em subutilizar os serviços de saúde públicos.

As políticas de saúde pública durante muito tempo atribuíram a responsabilidade de subutilização dos serviços públicos às próprias mulheres. Um conjunto de atavismos culturais - como a iliteracia, as crenças e os tabus, ou mesmo o papel da mulher na chamada família tradicional - impedia-as de usufruir dos cuidados de saúde biomédicos disponíveis. Entretanto, estudos produzidos no domínio da Antropologia Médica e da Saúde Pública foram colocando em evidência que o preço (Ridde, 2004), a distância (Foster, 1977), os entraves burocráticos (Foster & Anderson, 1978) e os disfuncionamentos dos serviços de saúde (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003b) eram variáveis que contribuía igualmente para o afastamento das populações das formações sanitárias. Em consequência disso, os organismos internacionais promoveram a aplicação, sem grande sucesso, de um pacote de medidas nos países de baixo rendimento com vista a democratizar o acesso e a melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados (Olivier de Sardan & Ridde, 2012; Ouedraogo et al., 2013; Ousseïni,

2011a, 2011b). Muitas mulheres, sobretudo no continente africano, continuaram a gerir as suas vidas reprodutivas à margem dos sistemas de saúde.

Os reiterados fiascos dos programas de saúde públicos conduziram alguns autores a tentar compreender este problema partindo de uma perspetiva que analisava as dinâmicas sociais em que as mulheres estavam inseridas. Didier Fassin (1999) afirmou que para compreender o comportamento das mulheres face aos serviços de saúde tinha-se que perceber as relações de força em que as mulheres se encontravam inseridas. De forma semelhante, Rachel Chapman (2010) demonstrou que a subutilização dos serviços de saúde reprodutiva pelas mulheres deve ser analisada à luz das contradições sociais vivenciadas. Dito por outras palavras, as mulheres pertencentes aos grupos socioeconómicos mais desprovidos tinham as suas razões para se subtraírem aos cuidados biomédicos, mesmo que muitas destas condicionantes fossem invisíveis a um nível macroestrutural. Como não atendiam, ou frequentavam de forma irregular, os serviços de saúde públicos, mobilizavam forçosamente outros cuidados terapêuticos durante a gravidez e parto. Esta constatação desafiou a ideia veiculada pelas políticas de saúde públicas de que a biomedicina era a única solução eficaz no combate à mortalidade e morbidade materna e, conseqüentemente, a chave para a promoção da saúde da mulher.

Este trabalho pretende analisar o acesso das mulheres a cuidados de saúde em contexto migratório interno na República do Níger. A progressiva pauperização das comunidades rurais, corolário da disseminação do Liberalismo à escala global, projetou inúmeras mulheres em empreendimentos migratórios, principalmente no continente africano. A necessidade imperiosa de liquidez financeira tem levado um número crescente de mulheres a abraçarem projetos migratórios, sobretudo de carácter não permanente. Muitas delas não suspendem a sua vida genésica durante estes processos migratórios, independentemente de viajarem sozinhas ou acompanhadas, e continuam a necessitar de aceder a cuidados de saúde, pelo menos durante os períodos referentes à gestação e ao nascimento.

Apesar de as populações femininas enquadradas por estes fenómenos migratórios estarem entre os principais grupos visados das políticas de saúde internacionais, não existe muita literatura sobre a temática do acesso a cuidados de saúde das mulheres que transitam entre lugares geograficamente circunscritos ao continente africano. Existem, sim, alguns trabalhos científicos sobre o acesso a cuidados de saúde por parte dos

migrantes africanos transcontinentais (Comelles, Allué, Bernal, Fernández-Rufete, & Mascarella, 2009; Fassin, 1999b; Obrist & Buchi, 2008), e alguns especialmente focalizados na migração feminina direcionada à Europa e à Ásia (Davis et al., 2016; Madise & Onyango, 2018; Thierfelder, Tanner, & Bodiang, 2005). Porém, no contexto da migração internacional intracontinental, a produção é bem mais limitada e circunscrita aos fluxos migratórios masculinos (Collinson, Wolff, Tollman, & Kahn, 2006; Morais, 2016; Mounkaila, 1999). A relação entre migração feminina rural-urbana interna africana e a sobrevivência infantil é debatida por alguns autores como Adansi Amankwaa, Al Bavon e Paul Nkansah (2003); Loius e Boakye-Yiandom e Andy Mckay (2006); e Martin Brockerhoff (1994). Mas no que respeita a saúde da mulher em contexto migratório, a produção teórica é muito limitada. Apenas o artigo de Nafisa Bedri, Ibrahim Abdelmoneim, Sara; NuhaTambal, & Suzan Adam (2015) explora o acesso a cuidados de saúde sexuais e reprodutivos pelas migrantes etíopes no Sudão e na Eritreia. Assim como, a tese de Joana Salia (2018) analisa a saúde sexual e reprodutiva das mulheres moçambicanas regularmente em trânsito entre o seu país e os vizinhos por causa de uma prática de comércio informal denominado de *Mukhero*. Apesar desta escassez teórica, muitos dos empreendimentos migratórios femininos, sobretudo de cariz interno, são preconizados por mulheres bastante descapitalizadas do ponto de vista social e económico.

Regra geral, a produção académica que se debruça sobre a problemática do acesso a cuidados de saúde por parte dos segmentos femininos mais vulneráveis das populações tende a ignorar que a intensa mobilidade espacial se encontra entre as estratégias de sobrevivência mais difundidas no seio dos segmentos mais carenciados das populações.

No sentido de ajudar a colmatar as lacunas teóricas e empíricas existentes relativamente a esta vertente da supra problemática, tomou-se como objeto de estudo e de análise o efeito do binómio casamento-migração nas práticas reprodutivas dos segmentos populacionais femininos mais desfavorecidos através de um estudo sobre os fluxos migratórios nigerinos, compostos principalmente por mulheres, direcionados à capital, Niamey. Esta escolha deveu-se a dois motivos. Primeiro, porque a República do Níger havia introduzido políticas de isenção nos serviços de saúde públicos respeitantes às mulheres. Segundo, porque os fluxos migratórios femininos eram essencialmente internos, permitindo tanto uma comparação dos cuidados de saúde existentes no local de partida e de acolhimento, assim como perceber a forma como era mobilizada e, até

mesmo instrumentalizada, a oferta terapêutica disponível nos dois locais. O facto da população deste país ser maioritariamente islâmica obrigou a que se tomasse igualmente em consideração as dinâmicas matrimoniais das mulheres migrantes para a construção do objeto empírico de análise.

A finalidade deste trabalho é investigar as trajetórias terapêuticas em contexto migratório. O conceito de trajetória terapêutica é bastante polissémico. De forma sucinta, nesta situação utilizar-se-á para descrever o comportamento terapêutico plural das mulheres migrantes durante a gestação e nascimento. A escolha de analisar esta questão através das trajetórias terapêuticas está relacionado com o facto de «*therapeutic itineraries reveal the pathways taken by health-care seekers and the reasons for such choices*» (Mishra, Kukuluma, & Babu, 2015, p. 63). Portanto, para além do colocarem em evidência a diversidade das opções terapêuticas escolhidas, as trajetórias permitem resgatar as dinâmicas sociais acima referidas.

A presente investigação enquadra-se no domínio teórico da Antropologia Médica Crítica e da Antropologia da Saúde Pública e pretende compreender o acesso a cuidados de saúde dentro de um determinado contexto político, social e económico (Alexandrakis, 2011; Dozon & Fassin, 2001; Farmer, 2001; Lock & Scheper-Hughes, 1990). Os comportamentos terapêuticos destas mulheres serão analisados à luz das contradições experienciadas no quotidiano. O tipo de cuidados de saúde colocados à disposição da população nigerina será examinado em função dos constrangimentos das agendas internacionais. De igual modo, a recolha etnográfica respeitante à pluralidade dos procedimentos terapêuticos mobilizados por estas mulheres será discutida tendo em conta o corpo teórico produzido no âmbito dos estudos feministas sobre a saúde da mulher e do pluralismo terapêutico.

A interceção destes dois campos do conhecimento médico sustentará a abordagem epistemológica que suporta este trabalho. A teoria existente sobre pluralismo terapêutico permitirá colocar em evidência a diferente oferta terapêutica disponível e utilizada no âmbito da vigilância gestacional, do nascimento e até mesmo do puerpério. Muitos estudos na esfera da Antropologia Médica assumem, mesmo que involuntariamente, a primazia da biomedicina sobre as restantes opções terapêuticas, devido à sua comprovada eficácia orgânica. Ainda que os cuidados obstétricos de emergência contribuam de forma ímpar para diminuir a mortalidade e morbidade materna em caso de complicações graves durante o trabalho de parto, os estudos

feministas sobre a saúde da mulher expõem os inúmeros efeitos iatrogénicos associados aos procedimentos biomédicos. Ademais, salientam as inúmeras opções terapêuticas alternativas em matéria de saúde reprodutiva que permitem, inclusive, evitar as cesarianas em muitas das situações são recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), designadamente quando as crianças se apresentam na posição pélvica ou transversal (WHO, 2015). Este modo de ação política contra a excessiva biomedicalização do corpo das grávidas e parturientes contribuiu para relativizar o estatuto da biomedicina e chamou a atenção para a importância de outras opções terapêuticas. Esta aproximação é privilegiada no corrente trabalho, onde a biomedicina é abordada em paralelo com outras práticas terapêuticas.

### **Questão de pesquisa e objetivos**

O presente trabalho pretende discutir à seguinte questão: **a que cuidados de saúde têm acesso as mulheres nigerinas inseridas em contextos migratórios internos em matéria de saúde reprodutiva?**

Questões centrais:

Até que ponto é que a presença destas mulheres migrantes na cidade contribui para que utilizem cuidados de saúde biomedicalizados?

De que maneira é que os constrangimentos sociais, económicos, políticos e culturais vivenciados no quotidiano por estas mulheres migrantes influenciam as trajetórias terapêuticas descritas no âmbito da gravidez e do nascimento e a subutilização dos serviços de saúde pública?

Quais são os principais determinantes de vulnerabilidade<sup>1</sup> desta população feminina no acesso aos serviços de saúde pública?

Objetivos:

---

<sup>1</sup> O conceito de vulnerabilidade muitas vezes confunde-se com a noção de risco. A grande diferença entre ambos reside no facto do segundo se pretender universal, ao passo que o primeiro visar situações mais concretas e particulares. Vulnerabilidade é a possibilidade de cada indivíduo ficar ou não doente de acordo as condições de vida de cada indivíduo. A vulnerabilidade pode ser analisada tendo em conta três diferentes dimensões: a individual, a programática (relacionada com o impacto dos programas de desenvolvimento, nomeadamente no campo da saúde pública) e a social, que remete para a realidade política que potenciam a vulnerabilidade individual e programática (Nichiata et al., 2008).

Geral: Compreender os fatores de procura, acesso e utilização de cuidados médicos [plurais] no domínio da saúde sexual e reprodutiva e identificar os determinantes de vulnerabilidade destas mulheres migrantes.

*Objetivos específicos:*

- Perceber o pluralismo terapêutico no contexto migratório.
- Compreender o impacto da mobilidade destas mulheres na utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e na procura de outras opções terapêuticas.
- Identificar os determinantes de vulnerabilidade no acesso aos serviços de saúde públicos e as principais causas para a subutilização dos mesmos.
- Entender a conveniência dos serviços de saúde prestados pelo estado nigerino na promoção da saúde sexual e reprodutiva destas mulheres.

### **Metodologia**

A exploração da temática da saúde das mulheres em África surgiu na sequência da minha participação no projeto *Género e pluralismo terapêutico. Acesso das mulheres ao sector de saúde não-estatal em África*<sup>2</sup> em 2010. Nesse quadro, iniciei uma exaustiva pesquisa bibliográfica no domínio da Antropologia Médica e das políticas de saúde pública, com principal ênfase na saúde da mulher. A consulta da literatura existente sobre o tema foi um processo ininterrupto e exaustivo que acompanhou todas as fases deste trabalho. À medida que a investigação teórica foi progredindo, apercebi-me que existia, relativamente ao continente africano, pouca informação sobre os cuidados de saúde a que as mulheres tinham acesso em contexto migratório, sobretudo na esfera da saúde reprodutiva, embora fosse evidente que durante os seus projetos migratórios não suspendiam as suas vidas genésicas.

O meu interesse pelos fluxos migratórios africanos remontava à dissertação de mestrado que desenvolvi sobre a história pré-colonial de uma zona da África ocidental que presentemente corresponde ao território da República do Níger (Morgado, 2008). Mais tarde, publiquei um artigo sobre o fenómeno da migração internacional masculina nigerina (Morgado, 2011). A opção por estudar o acesso das mulheres migrantes

---

<sup>2</sup> Projeto que decorreu entre 2010 e 2013, com o apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/Afr/108615/2008), desenvolvido no Centro de Estudos Africanos (ISCTE-IUL), com Clara Carvalho por IR.

nigerinas aos cuidados de saúde aconteceu naturalmente na sequência destes trabalhos anteriores.

### A vivência do terreno

Este trabalho segue uma metodologia de tipo qualitativo, privilegiando a investigação etnográfica, ou seja, a análise descritiva graças à permanência de forma prolongada e constante no terreno.

Em Niamey, a pesquisa beneficiou da minha integração no Laboratório de Estudo e Pesquisa sobre as Dinâmicas Sociais e o Desenvolvimento Local (LASDEL), onde participei em seminários, designadamente sobre métodos de pesquisa no terreno, sob a orientação de Jean-Pierre Olivier de Sardan e de outros elementos da equipa de investigadores desta instituição. O trabalho de campo iniciou-se em Novembro de 2011 e prolongou-se até meados de 2013, com alguns vai-e-vens entre a capital nigerina e a portuguesa

Lamentavelmente, a pesquisa etnográfica acabou por ficar praticamente circunscrita à cidade de Niamey em resultado de uma imposição política. Na altura em que se desenrolou esta investigação havia [e ainda há] uma grande instabilidade no país devido à presença de movimentos islâmicos radicais. Por motivos de segurança, a mobilidade para fora da capital encontrava-se fortemente restringida. Havia expressivas recomendações para que os expatriados não saíssem de um determinado perímetro de geográfico que excluía inclusive alguns bairros periféricos da capital onde era suposto existirem células destes movimentos.

A minha experiência etnográfica na República do Níger marcou-me de forma intensa e transformou-se numa aprendizagem incorporada (*embodied*) nas minhas vivências, sentimentos e práticas. A primeira memória que guardo da chegada foi o bafo de ar quente, húmido, pesado e denso que inalei à saída do avião. Desde então, sempre que aterro em terras africanas experiencio esta mesma sensação. À medida que me fui afastando do aeroporto e penetrando nas artérias da cidade deparei-me com uma paisagem ocre, na qual se identificavam facilmente inúmeras lixeiras e esgotos a céu aberto, e que exalava um cheiro forte a especiarias que teimavam em invadir a minha retina e olfato. As casas pareciam camufladas pelo cenário envolvente. Apenas se distinguia o movimento colorido dos corpos e dos veículos de transporte motorizados que transformavam a circulação rodoviária num caos singularmente organizado. Para

meu espanto verifiquei que, à exceção de alguns hotéis e ministérios, quase não havia construção em altura. A maioria da habitação era baixa e estendia-se por quilómetros a perder de vista. Esta opção arquitetónica obrigou a cidade a crescer sobretudo em extensão.

A grande dimensão espacial de Niamey, associada a uma rede de transportes urbanos muito deficitária, tornava a mobilidade urbana difícil e onerosa, principalmente nas zonas que não eram servidas pelos táxis urbanos designados localmente de «tetos vermelhos», por causa da sua cor de tejadilho, ou durante os períodos em que estes veículos não circulavam. Na minha dupla condição de expatriada e antropóloga, os constrangimentos em matéria de mobilidade ainda eram agravados pelas dificuldades de entendimento das referências espaciais locais e pelo perímetro de segurança estabelecido pelas autoridades nacionais aos estrangeiros europeus.

A imersão no terreno foi fisicamente dolorosa. O meu corpo teve de se habituar de um momento para o outro a uma falta de conforto agravada, relacionada com um calor extremo, com cortes prolongados de eletricidade, e de água canalizada. Dois episódios palustres sequenciais tornaram esta experiência ainda mais pungente. A adaptação fisiológica ao terreno não foi o único, nem tampouco, o mais premente problema que vivenciei no quotidiano. Os obstáculos de ordem social foram bem mais difíceis de ultrapassar. Quando cheguei a este país não conhecia absolutamente ninguém. As minhas redes sociais tiveram ser construídas de raiz. Este caminho, para além de ter sido moroso e pontilhado por inúmeras surpresas, desastres, desaires e contratemplos, fez-me pensar na forma como o capital social é muitas vezes assumido como algo de adquirido e, por isso mesmo, nem sempre suficientemente valorizado. O processo revelou-se particularmente árduo por duas razões diametralmente opostas. A primeira estava relacionada com a minha condição de mulher expatriada num país desconhecido em que o rendimento médio *per capita* rondava os trezentos e quarenta euros por ano, segundo o Banco Mundial. Como seria de esperar, rapidamente me tornei alvo de interesse por parte de uma franja da população local que via em mim uma oportunidade de aumentar o seu parco rendimento. À minha porta, ou no meu caminho, cruzava-me com desconhecidos que sabiam da minha presença na cidade e colocavam à minha disposição todo o tipo de mercadorias e serviços imagináveis, utilizando bastas vezes técnicas coercivas de forma implícita ou até mesmo explícita. Alguns olhavam para mim como um benefício a longo prazo: sonhavam em migrar para a Europa e pensavam



que eu dispunha de algum poder, ao nível da burocracia, que lhes permitisse conseguir um visto de entrada. Esta errónea associação simbólica entre o antropólogo e o poder político e económico tinha sido assinalada por outros autores, como, por exemplo, Ishrat Jahan (2014). É verdade que em Niamey, esta assunção era perfeitamente válida, sobretudo no que respeita aos cooperantes internacionais em cargos de chefia que vivem próximos das esferas decisórias do poder e ostentam inúmeros recursos materiais. Contudo, a minha realidade económica encontrava-se a anos-luz do imaginário coletivo local. Um dia à saída de um supermercado dedicado à venda de produtos importados, o porteiro que carregava as minhas compras até à saída perguntou-me espantado: «*Onde está o teu carro? [...] Não tens carro?*». Este desfasamento entre a expectativa local e as reais condições em que viviam muitos expatriados era algo do qual muitos europeus, menos desafogados financeiramente se queixavam frequentemente.

Ao mesmo tempo senti uma indiferença generalizada por parte da população para quem eu não representava nenhum tipo de vantagem económica ou social, o que dificultou a criação de laços e redes sociais. Nesses casos, a interação realizava-se de forma extremamente seca e distante. Constatei na primeira pessoa como o anonimato pode ser sinónimo de grande desprezo social. O meu desconhecimento de algumas regras locais de decoro e etiqueta criou-me também algumas situações socialmente embaraçosas. Inicialmente, andava sempre muito carregada e estendia muitas vezes a mão esquerda para cumprimentar as pessoas, gesto este considerado uma grave falta de educação. Analisando retrospectivamente, reconheço que numa fase inicial, pequenos gestos como esse em nada ajudaram à consolidação do meu capital social nigerino. A espaços, passei por momentos de grande isolamento, em que me relacionava sobretudo com outros expatriados na mesma situação do que eu. Porém, à medida que fui começando a dominar alguns dos códigos sociais, e a minha presença se foi tornando mais familiar, as pessoas foram paulatinamente baixando a sua guarda, mostrando interesse em me conhecer. Para isso, muito contribuiu o facto de a minha filha ter estado comigo algum tempo a residir em Niamey. Em verdade, os primeiros meses que passei em território saheliano foram particularmente agrestes, exigindo uma resiliência que eu até então desconhecia que tivesse. Um dia um taxista, olhando para o meu desespero, disse-me que viver na República do Níger não era para qualquer um. Era preciso ter ténpera, persistência e determinação para se conseguir incorporar no quotidiano todos os obstáculos imprevistos que iam sucessivamente aparecendo ao longo do dia. De

acordo com a sua experiência havia só dois tipos de brancos, aqueles que vinham, amavam e ficavam e aqueles que chegavam, odiavam e partiam à primeira oportunidade para nunca mais voltar. Acabei por ter sorte e fazer parte do grupo dos resistentes, ainda que a segunda opção me tenha passado milhentas vezes pela cabeça. Após um longo período sem nunca desfazer as malas e com o bilhete de avião de regresso sempre à mão, acabei por me apaixonar pela vastidão das paisagens, pela confusão de cheiros, pelas idiossincrasias sociais, pela anarquia urbanística, e sobretudo pelo som do muezim rasgando o silêncio ao cair da noite para a última oração do dia.

Todas estas contradições influenciaram a minha relação com o meu objeto de estudo. Se bem que as mulheres migrantes nunca tenham tentado tirar vantagens financeiras imediatas do facto de eu ser europeia, as relações sociais que estabelecemos foram sempre marcadamente verticais, à semelhança do que autores, como João Pina Cabral (1983), constataram relativamente a outros contextos etnográficos. A minha realidade social, na condição de investigadora expatriada era muito diferente daquela das mulheres migrantes. O meu percurso de vida, patente no capital cultural, académico, financeiro, e mesmo, político, contrastava claramente com os escassos recursos, a parca literacia e a pouca mobilidade social das minhas interlocutoras. A minha exterioridade envolvia ainda todas as práticas sociais que derivavam das interpretações locais, e do meu fenótipo insistentemente marcado na paisagem geográfica e social, mesmo quando momentaneamente me olvidava deste detalhe.

A mediar esta dialogação estiveram três intérpretes femininas locais, qualquer uma delas com uma escolarização muito acima da média nacional, e um poder de compra, mesmo que considerado baixo para o padrão europeu, totalmente distinto das mulheres migrantes. A primeira intérprete, Gaïka, era licenciada em sociologia e foi-me recomendada pelo Kimba, um dos investigadores do LASDEL. A segunda, Fati, era igualmente socióloga e costumava trabalhar com a Aïssa Diarra, outra investigadora desta instituição. A terceira, Oumoul fora-me indicada pela minha amiga Nora Le Jean. Apesar de ser relativamente nova, tinha feito recentemente as provas de acesso à universidade, já trabalhava há alguns anos como tradutora em questões relacionadas com a saúde reprodutiva para a Lafia Matassa, uma ONG focada na promoção da saúde dos jovens e adolescentes.

A primeira grande limitação com que me deparei no terreno devido à minha exterioridade relativamente à realidade social foi o desfasamento entre a minha

definição identitária e a sua interpretação entre as migrantes. Apesar de ter explicado por diversas vezes as razões da minha presença como investigadora, muitas assumiram que eu era uma *lokotoro* [que significa «médico» em zarma]. O facto de ter interferido em diversos episódios de doença infantil aguda acabou por involuntariamente reforçar ainda mais essa ideia. Amiúde perguntavam-me se tinha algum *safari* [«medicamento» em zarma] que lhes pudesse dispensar para alívio de um mal-estar que as atormentasse momentaneamente. Por essa razão, os seus discursos eram inicialmente normativos, frisando constantemente como os serviços de saúde funcionavam de forma impecável, como os agentes de saúde eram atenciosos com elas e como davam preferência exclusiva durante a gravidez e nascimento. Estas narrativas embelezadas sobre o funcionamento dos serviços públicos de saúde também foram observadas junto dos agentes de saúde biomédicos entrevistados. Uma atitude bem mais despreocupada foi encontrada junto dos terapeutas populares, mais interessados na oportunidade de poderem exhibir os seus conhecimentos terapêuticos a uma *anasaara*<sup>3</sup>. Alguns terapeutas procuraram ainda capitalizar sobre a minha suposta abundância de recursos financeiros, oferecendo-se para «trabalharem» para mim.

As triangulações que ia fazendo no terreno, entre as observações recolhidas, a informação veiculada por outros atores sociais, e a pesquisa bibliográfica intensiva realizada em vários institutos universitários da cidade, relevavam muitas contradições discursivas, e confirmavam que as histórias relatadas dificilmente corresponderiam às experiências vivenciadas. Era visível o esforço que os meus interlocutores faziam para adaptar as suas práticas discursivas àquilo que pensavam serem as minhas expectativas. Como me confundiam com um profissional de saúde biomédica, muitas mulheres tentavam suprimir toda a informação relativamente às práticas terapêuticas populares com receio com receio que eu reagisse de forma negativa. A intolerância dos técnicos de biomedicina relativamente ao consumo de outras terapias durante a gravidez e nascimento era uma realidade que muitas delas tinham experienciado. Com efeito, este floreio discursivo estava associado a uma mentalidade assistencialista muito enraizada no tecido social nigerino e transversal a todos os segmentos da população. Nunca manifestei qualquer desagrado, impaciência ou falta de interesse pelas ideias, valores e memórias que partilharam comigo. Eu sabia que era preciso tempo para que o convívio fosse progressivamente transformando a natureza das nossas relações e que as suas

---

<sup>3</sup> Estrangeira. Para mais informações sobre o seu significado ver nota 93.

narrativas começassem a espelhar as inúmeras relações de poder desvantajosas em que se encontravam inseridas. As trajetórias terapêuticas que percorri com alguns dos seus filhos no interior de várias unidades de saúde e as alterações que tive com alguns dos agentes biomédicos devido à discriminação negativa de que eram alvo estas crianças<sup>4</sup> contribuíram para que as críticas ao sistema de saúde público nigerino começassem a sobressair. A frequência de forma regular de um recinto onde se realizavam cerimónias de possessão espiritual permitiu que elas começassem a ter outra abertura em relação as suas práticas terapêuticas mais esotéricas. O propósito da minha participação nestes rituais nunca foi como o objetivo «cínico» de fazer crer às migrantes que partilhava as mesmas crenças locais. Muito menos, fazer crer a mim mesma que partilhava um certo sentido das crenças do Outro, ou seja, «... *de croire sans croire tout en croyant...*» (Olivier de Sardan, 2000, p. 429). O meu projeto de investigação inicial debruçava-se sobre esta temática, e apesar de entretanto ter seguido uma inflexão diferente, o «bichinho» relativamente a este fenómeno social permaneceu, levando-me a assistir frequentemente a cerimónias. Circunstancialmente, o meu interesse por esta prática social acabou por ter um impacto positivo na minha interação com as mulheres migrantes. O facto de a minha filha ter estado durante algum tempo comigo em Niamey e de, a dado momento, ter ignorado de algumas das medidas de proteção aconselhadas pelas autoridades do país, instalando-me a viver num bairro popular fora do perímetro de segurança estabelecido, para poder trabalhar de perto com as migrantes facilitaram enormemente o processo de aproximação. À medida que nos fomos tornando mais próximas, começámos a partilhar refeições e algumas delas passaram igualmente a frequentar a minha casa. Lentamente, fui conseguindo penetrar as camadas mais fundas do tecido social e observar parte das dinâmicas sociais que caracterizam a sociedade nigerina. Mais do que a veracidade da informação empírica recolhida interessava que veiculasse as dificuldades quotidianas vivenciadas por estas mulheres.

### Métodos e técnicas de pesquisa

Em termos de técnicas de pesquisa privilegiou-se o registo num diário de campo da realidade observada através do método empírico da observação direta e participante. Entrevistas abertas e semiestruturadas aprofundadas foram conduzidas a um conjunto

---

<sup>4</sup> O projeto de investigação inicial visava simultaneamente a questão da saúde da mulher e criança. Neste sentido foram recolhidos imensos dados etnográficos referentes à saúde infantil. Porém, por motivos de limitação do número de páginas da tese, este capítulo acabou por ser suprimido.

bastante diversificados de autores. Elaborei previamente guiões de entrevista abertos, focando os principais temas a serem discutidos de modo a evitar entrevistas demasiadamente direcionadas e dar liberdade aos interlocutores de abordarem os assuntos que considerassem mais relevantes. Material audiovisual de apoio foi utilizado ao longo de toda a pesquisa de terreno. A informação recolhida foi complementada e contrastada com análise de documental e estatística.

As primeiras entrevistas exploratórias realizadas foram feitas nos bairros periféricos Goudel e Tondibiah<sup>6</sup>. Ambas as aglomerações populacionais ficam situadas na zona norte da capital, a montante na margem esquerda do rio Níger. Tondibiah fica situado alguns quilómetros a norte de Goudel e alberga um importante centro de treinamento militar. Estas localidades eram aldeias ancestrais que acabaram por ser incorporadas na malha urbana devido ao crescimento da cidade (Bernus, 1966). Esta escolha foi sugerida pelo primeiro intérprete, Moussa. Porém, a escolha de um mediador linguístico do sexo masculino para discutir assuntos tão delicados relacionados com a sexualidade e saúde reprodutiva rapidamente se tornou contraproducente. Este fenómeno de migração feminina também tinha a particularidade de ter pouca visibilidade social por se encontrar confinado aos subúrbios. Estas mulheres migrantes evidenciavam redes de apoio cidadinas bastante coesas que lhes forneciam habitação e lhes arranjavam trabalho nas imediações. Além do mais, os gastos diários em transporte eram totalmente inoportáveis e limitavam muito a mobilidade e o acesso às mulheres.

Os constrangimentos supra levaram-me a mudar o local de pesquisa, seguindo a sugestão da nova intérprete, Gaïka. O empregado doméstico que trabalhava em casa da sua mãe era um migrante que se encontrava temporariamente a residir nuns acampamentos improvisados que existiam num bairro residencial de Niamey. A construção de habitações provisórias em bairros residenciais próximos do centro da cidade, em vez da periferia, trouxe muita visibilidade a este fenómeno. Era impossível ignorar a quantidade de pessoas que residiam nas proximidades do centro administrativo e comercial da capital em palhotas, tampouco o facto de muitos destes residentes serem mulheres com crianças de colo. A existência nas redondezas de cinco unidades de saúde prestadoras de serviços de vigilância pré-natal e duas maternidades foi decisivo para a escolha final. Esperava-se que esta redundância de serviços de saúde públicos trouxesse

---

<sup>6</sup> Para localizar espacialmente os vários bairros da capital referidos ao longo do texto, ver figura 7 do ANEXO A.

esclarecimentos sobre a subutilização das formações sanitárias por parte das mulheres oriundas das camadas mais desfavorecidas da população. Nos dois anos subsequentes, estes acampamentos tornar-se-iam a principal referência geográfica do trabalho de campo.

Desde a primeira hora que se assumiu, em consonância com a informação recolhida localmente, que as habitações temporárias que existiam nos interstícios das residências pertencentes a grupos sociais mais abastados estariam localizadas no bairro de Dar-es-Salam. Somente muito mais tarde, em consequência de uma pesquisa local realizada sobre as diferentes divisões administrativas da cidade, é que se descobriu que esta referência geográfica estava errada. O bairro no qual estavam localizadas as palhotas, designadas pela população local de *bouka*, denominava-se *Recasement*. Aparentemente, a confusão dever-se-ia à grande proximidade com o bairro de Dar-es-Salam, praticamente separado apenas por uma artéria do local onde decorreu a pesquisa. Esta rua, designada de *Nouveau Pavé*, era muito facilmente reconhecida em termos espaciais pelos habitantes da cidade por se encontrar pavimentada com blocos de cimento, contrastando com a grande maioria das estradas, caminhos e avenidas em terra batida ou, ocasionalmente, em alcatrão. Apesar da confusão, optei por continuar a utilização a designação de Dar-es-Salam na referência aos acampamentos de *bouka*. Todavia, como a expressão «Dar-es-Salam» será empregada abundantemente ao longo deste trabalho, tanto para denominar o bairro propriamente dito como o aglomerado das palhotas, esta segunda localização geográfica será precedida pelo acrónimo [LE], em referência à «localização émica».

A constituição do universo de mulheres migrantes foi um processo moroso em que houve vários contratemplos. Durante uma primeira fase de terreno, trabalhei fundamentalmente com mulheres vindas de Sargadji e de Damana. O processo de seleção destas mulheres foi realizado através da técnica da «bola de neve» (Biernacki & Waldorf, 1981). Grande parte das migrantes mantinha entre elas relações familiares ou de afinidade e, por isso, foi muito simples constituir um grupo de cerca de trinta mulheres com quem se passou a trabalhar, visitando-as diariamente no seu acampamento de *bouka* preferencialmente entre o meio-dia e as quatro da tarde, horário que correspondia à sua pausa de almoço. Um enviesamento metodológico foi logo introduzido à partida. Maioritariamente foram seleccionadas mulheres grávidas ou com

filhos. Em consequência disso, as migrantes celibatárias acabaram deliberadamente por aparecer sub-representadas no conjunto de mulheres estudadas.

O trabalho de campo foi interrompido devido a uma viagem a Portugal, entre Janeiro e Março de 2012. Quando retornei ao terreno, muitas das mulheres tinham regressado às suas aldeias para realizarem os trabalhos agrícolas. Como não havia possibilidade de segui-las, decidi continuar a trabalhar com o grupo de migrantes que, por motivos diversos, permaneciam o ano todo na capital. Nessa altura, intensifiquei a pesquisa etnográfica relativamente às opções terapêuticas existentes localmente para além dos serviços prestados pelo sistema de saúde público, designadamente na esfera da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e da medicina islâmica. Conforme anteriormente referido, uma exaustiva pesquisa bibliográfica foi igualmente realizada na Universidade Abdou Moumouni de Niamey acerca da produção teórica local sobre um conjunto de fenómenos que intercetavam as mulheres estudadas, como a migração sazonal, as atividades económicas informais ou a habitação provisória na cidade. A exequibilidade das políticas de saúde públicas respeitantes ao combate e prevenção do paludismo também foram analisadas detalhadamente durante esse período.

A terceira fase do trabalho de campo iniciou-se de forma muito atribulada. A crise alimentar de 2012 e o conflito armado no norte do Mali tinham trazido para a esfera urbana da capital um fluxo de refugiados e camponeses, os quais fugiam da insegurança permanente que se vivia nesta região maliana e do espectro da fome que ameaçava o mundo rural nigerino por causa do preço exorbitante que os cereais tinham atingido. Em consequência, os acampamentos de *bouka* de Dar-es-Salam ficaram completamente descaracterizados. Os deslocados que chegavam todos os dias tinham construído de forma aparentemente aleatória palhotas por todo lado, tornando o local totalmente irreconhecível e impossibilitando recuperar a localização das migrantes estudadas. Além do mais, Gaïka, a minha assistente, tinha acabado de ter um filho e não estava disponível para continuar a dar assistência ao trabalho de campo. Nesta sequência, Fati foi contratada para tentar reencontrar as mulheres migrantes desaparecidas. Para tanto, procedeu-se a novas entrevistas exploratórias e elaborou-se um mapa detalhado da zona residencial que albergava as *bouka* com o propósito de domesticar um espaço que, entretanto, se tinha tornado caótico. Em resultado foram realizadas cento e setenta e oito entrevistas entre os recém-residentes de Dar-es-Salam [LE] que revelaram que este cenário habitacional não albergava apenas migrantes, mas também refugiados e, até

mesmo, nativos da própria cidade. Voltei a contatar com algumas das mulheres migrantes mas desapareceram durante todo o período do trabalho de campo. Durante estas entrevistas conheci novas migrantes, tanto vindas de Damana e Sargadji como de outras aldeias, com quem comecei a trabalhar.

Realizei igualmente uma pesquisa etnográfica no interior de cinco unidades de saúde públicas: CSI Recasement, Maternidade Yantala, CSI Yantala-Bas, CSI Dar-es-Salam e CSI Gamkallé. À exceção desta última, todas as outras ficavam situadas nas imediações dos acampamentos de Dar-es-Salam [LE]. Vários agentes de saúde, de diferentes categorias profissionais, foram entrevistados no interior destas unidades de saúde, assim como, ao nível do Distrito Sanitário (DS) responsável pela maioria destes estabelecimentos sanitários<sup>7</sup>.

No quadro da oferta terapêutica plural, o domínio da farmacopeia local e dos terapeutas espirituais foi igualmente explorado durante as sucessivas fases da pesquisa etnográfica. Foram entrevistados vários herboristas pertencentes à Associação de Curandeiros Tradicionais do Níger (ATPN) e um dos membros um projeto desenvolvido pelo do Departamento de Biologia da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Niamey que visava recuperar os princípios ativos presentes nas plantas medicinais mais consumidas popularmente e estabelecer padrões de segurança em termos de dosagem e consumo. No domínio da possessão espiritual, passei a atender regularmente cerimónias às quartas-feiras. Em paralelo, continuei a trabalhar com as mulheres migrantes de Dar-es-Salam [LE], com uma nova intérprete, a Oumoul.

Para a realização de todas estas entrevistas foram retidos três grupos estratégicos distintos: as mulheres migrantes, os agentes de saúde biomédicos e os terapeutas populares. A designação de grupo estratégico foi proposta por Olivier de Sardan (1995), baseando-se nos argumentos desenvolvidos por Hans-Dieter Evers, como uma alternativa à conceptualização de classe social, que, por força da sua rigidez marxista, constituía um conceito pouco adaptável à realidade que se pretendia retratar. É verdade que este conceito não foi apenas explorado por marxista e neomarxistas. No campo da sociologia, uma longa tradição de autores procurou ao longo dos anos flexibilizar a sua configuração, de forma que passasse a integrar as principais dinâmicas de estruturação do espaço social, no quadro do Liberalismo e da Globalização (Nunes, 2008). E com efeito, em muitas situações, esta categoria analítica é a ferramenta apropriada para a

---

<sup>7</sup> Sobre a organização do sistema público de saúde nigerino ver Figura 8 do ANEXO A.



representação da realidade social. Todavia, no que concerne as dinâmicas sociais respeitantes ao continente africano, muitos autores mostram-se renitentes na sua aplicação. Um dos principais motivos apresentados está relacionado com a heterogeneidade de rendimentos existentes ao nível do tecido económico informal que a conceção de classe social nem sempre consegue recuperar (Inglês, 2016). Para Olivier de Sardan, as limitações desta categoria conceptual são ainda mais amplas pois não permitem apropriar as dinâmicas de constante recomposição social que caracterizam qualquer conjunto populacional. Em compensação, a ideia de grupo estratégico representa uma abordagem mais pragmática, mais próxima da realidade empírica, visto que em vez de serem definidos *a priori* os critérios de constituição dos grupos sociais, deduz-se aqueles que são pertinentes para um determinado problema que se pretende investigar através da análise das formas de ação utilizadas na apropriação de recursos. Por isso mesmo, «*apparaissent [...] comme des agrégats sociaux plus empiriques, à géométrie variable, qui dépendent des intérêts communs, en particulier par le biais de l'action sociale et politique*» (1995, p. 179). Os grupos estratégicos são aglomerados sociais construídos artificialmente, de acordo com as necessidades de cada terreno, com base na convergência de estratégias observadas entre determinados indivíduos perante um mesmo obstáculo ou contrariedade. O carácter circunstancial da sua constituição revela que um mesmo indivíduo, conforme o interesse comum em causa, pode pertencer simultaneamente a vários grupos estratégicos (Olivier de Sardan, 2003a), inclusivamente que tenham interesse antagónicos. A delimitação estabelecida entre biomedicina e medicina dita tradicional deve ser entendida dentro desta mesma lógica. É possível compreender um tipo específico de concertação social e política entre todos os profissionais de saúde pública entrevistados, por uma melhoria das condições de trabalho no interior das unidades sanitárias, assim como, entre os terapeutas populares que procuram o reconhecimento legal das suas atividades terapêuticas através das associações a que pertencem. Noutras circunstâncias, estes mesmos elementos poderiam ser reagrupados de forma totalmente diferente em função da sua militância política ou do seu proselitismo religioso, ou até mesmo num só conjunto, caso se pretende-se, por exemplo, comparar a oferta terapêutica representada no sistema médico<sup>8</sup> nigerino com a dos países circundantes.

---

<sup>8</sup> Sobre a definição de sistema médico ver pág. 62.

Interessa ressaltar que a dedução destes dois grupos terapêuticos não pretendeu, de modo algum, ressuscitar a oposição dicotômica que caracterizou a Antropologia Médica até aos anos 1970. Muito menos desvalorizar o facto de que a própria designação de medicina popular ou dita tradicional remeter para uma grande heterogeneidade de tradições médicas. Neste caso específico, o grupo estratégico em causa engloba marabutos, sacerdotes espirituais e herboristas cujas competências terapêuticas foram adquiridas em domínios terapêuticos totalmente distintos.

Para a redação deste trabalho foi selecionado material etnográfico recolhido em duzentas e oito entrevistas realizadas em Dar-es-Salam [LE], junto de mulheres migrantes e demais refugiados que se encontravam provisoriamente a residir no local. De iguais modos realizaram-se vinte quatro entrevistas com profissionais de saúde biomédicos e nove com terapeutas locais. Para elaborar os distintos perfis identitários e migratórios observados no terreno, foram selecionadas apenas oitenta e oito das migrantes entrevistadas. Para descrever as trajetórias terapêuticas relativas à gestação e nascimento, foram somente usados dados empíricos referentes a quarenta e oito migrantes. Ao contrário do que é habitualmente observado nos trabalhos de campo realizados por antropólogos, em que existe uma tendência para se fixarem num grupo mais restrito de elementos no seio das populações estudadas, a preocupação com o resgate da pluralidade de comportamentos, assim como, com os paradoxos e contrariedades que os sustentavam, obrigou o alargamento do universo de análise a um número mais elevado de mulheres.

Em termos de comportamentos terapêuticos, a informação referente aos cuidados biomédicos está sobre representada, porque as migrantes forneceram mais informação sobre esta opção terapêutica do que sobre as restantes. Este enviesamento em favor da biomedicina está relacionado principalmente com três razões. A primeira está relacionada, conforme acima descrito, com a manipulação discursiva da interlocutora. A segunda deve-se ao facto de existirem efetivamente migrantes que privilegiavam os cuidados biomédicos sobre quaisquer outros disponíveis. A terceira remete para a questão dos cuidados biomédicos tenderem para não ser conceptualizados no mesmo plano que a demais oferta terapêutica, dificultando ainda mais a recolha de dados pertinentes sobre o pluralismo terapêutico destas mulheres. Conforme disse Olivier de Sardan (2003a), «as perguntas que nos colocamos não são as perguntas que colocamos». Contudo, a falta de experiência e a dificuldade de imersão no terreno

fizeram com que determinadas técnicas de pesquisa demorassem algum tempo a ser apuradas.

Um outro grupo estratégico deveria ter sido identificado no âmbito deste trabalho: as acompanhantes. Segundo Eric Hahonou, (2001) :

*«Les accompagnants sont des parents ou relations plus ou moins proches des malades, compagnons indispensables pour assurer les besoins quotidiens des malades et parer aux nombreux imprévus et manques de l'Hôpital (manque de matériel et médicaments, manque de temps, manque de personnel...).»* (nota nº5).

A sua importância foi constatada após a conclusão do trabalho de campo<sup>9</sup>. Para além de terem uma perceção do funcionamento das maternidades mais distanciada do que as parturientes, como se verá mais à frente, estas mulheres muitas vezes medeiam os processos de pluralismo terapêutico que se desenrolam dentro das maternidades.

Durante o trabalho de campo, foram igualmente selecionados alguns informantes-chave com os quais abordei sobretudo temáticas mais sensíveis, designadamente relacionadas com a sexualidade feminina. Um conjunto de outros atores sociais foi entrevistado formal ou informalmente, os quais contribuíram com informação relevante para a construção do estudo de caso. Apenas são aqui discriminados aqueles que se encontram mencionados no corpo do texto. Todos os nomes utilizados são fictícios e estão sublinhados ao longo do texto, de modo a facilitar a leitura. Estes informantes foram:

- Assoumane, um funcionário da Organização Não-Governamental (ONG) Lafia Matassa;
- Lawali, um porteiro faz-tudo com quem se lidava diariamente e particularmente erudito em automedicação à base de plantas medicinais;
- Latifa, a irmã de umas das intérpretes;
- Hamidou, um funcionário da ONG JMEG NIGER que se dedicava à resolução de problemas relacionados com a migração internacional nigerina;
- Alidou Bimta, técnica superior da Direção da Saúde da Mãe e da Criança;
- Maygaari, o chefe de aldeia de Sargadji;
- Um marabuto residente em Dar-es-Salam [LE];
- Um marabuto residente dos Países Baixos;
- Yacouba, um jovem médico que trabalhava na maternidade central;
- Um *zimma* residente em Harobanda;
- Zimma residente em Kallé-Est;
- Abdoulaye; um médium de possessão em Harobanda.

---

<sup>9</sup> Esta lacuna foi assinalada por Hahonou após a pesquisa de terreno ter sido dada por concluída.

A maior parte das entrevistas com as mulheres migrantes foram realizadas em zarma graças à colaboração dos sucessivos intérpretes. A falta de domínio da língua foi uma das principais condicionantes encontradas no terreno, pois limitou o meu acesso a informação relevante durante convívios mais informais. Os profissionais de saúde foram entrevistados sempre em francês, e os terapeutas ditos tradicionais em diversas línguas: zarma, tamasheq, fula e francês. Tradutores pontuais foram solicitados sempre que necessário. O conjunto de dados obtidos foram posteriormente tratados e comparados entre si (consultar ANEXOS B e C).

### Opções epistémicas e metodológicas

O desejo de retratar esta diversidade de vozes e comportamento levou-me a optar pela técnica de recolha e tratamento de dados a metodologia utilizada no LASDEL. A principal razão para a apropriação desta metodologia esteve relacionada com a minha falta de experiência etnográfica. Mas não foi a única. Em conformidade com o que Edward Saïd (2017 [1978]) outrora afirmou não se pode desvalorizar o enviesamento teórico trazido pelo investigador, enquanto sujeito humano das suas próprias circunstâncias, na produção de conhecimento científico, principalmente quando é originário do Global Norte<sup>10</sup> e pretende estudar a realidade social do Global Sul. Não pode ser negligenciado o facto deste indivíduo se encontra historicamente vinculado ao passado colonial do seu país, ou até mesmo, da Europa de uma forma geral. De igual modo, é preciso não esquecer o reverso da medalha, ou seja, a manipulação do etnólogo «branco» pelas populações alvo de estudo (Bierschenk, 1993). Ora, o cativante desta linha metodológica representava uma forma de saber endógeno que tinha em conta as particularidades existentes no terreno etnográfico nigerino e beninês no sentido de promover um melhor conhecimento empírico do social. Os graves problemas de financiamento com que se debate a investigação África implicou que fundos canalizados através do Global Norte fossem necessários para a criação do LASDEL. Todavia, na sua génese esteve uma cooperação inovadora entre Norte e Sul que procurou criar uma estrutura orientada para o reforço das capacidades de pesquisa em Ciências Sociais em contexto africano, procurando contrariar desta forma o facto de

---

<sup>10</sup> A expressão «Global Norte» aparece como complementar do termo «Global Sul» utilizados nas ciências sociais para designar as pessoas e os espaços nos quais o fenómeno da globalização impactou de forma negativa. Nenhuma destas duas designações remete para referências de ordem geográfica. Existem tantos «suís» no hemisfério norte como «nortes» no hemisfério sul (Clarke, 2018).

quase a totalidade do saber produzido sobre África ser fruto de lógicas externas (Tidjani Alou, 2012). Este empreendimento científico enquadra-se perfeitamente na apologia das epistemologias do Sul feita por Boaventura Sousa Santos:

*«By epistemology of the South I mean the retrieval of new processes of production and valorization of valid knowledge, whether scientific or nonscientific, and of new relations among different types of knowledge on the basis of the practices of the classes and social groups that have suffered, in a systematic way, the oppression and discrimination caused by capitalism and colonialism. »* (2012, p. 51).

O LASDEL, à semelhança do CODESRIA, é uma das poucas instituições especializadas na investigação em Ciências Sociais em África que é reconhecida internacionalmente pelo seu nível de excelência e pela qualidade da sua produção etnográfica e científica. A metodologia desenvolvida por este laboratório privilegia a descrição minuciosa da representação da realidade como forma de evitar a sobre interpretação teórica, através da invenção, conforme supra argumentou Olivier de Sardan de dispositivos metodológicos originais, apropriados a cada caso. A sua adoção prendeu-se também com uma vontade explícita de recolher informação empírica mais fidedigna possível. No seguimento desta tradição, os dados recolhidos foram descritos tratados manualmente com o único propósito de fazer sobressair algumas tendências observadas entre as mulheres migrantes estudadas.

Em termos de postura epistemo-metodológica, optei por abraçar o populismo metodológico argumentado por Olivier de Sardan (2001, 2008). Apesar da natureza polissémica do termo populismo, este autor chama a atenção para o facto de ter surgido nas Ciências Sociais como uma crítica pela forma como as camadas sociais dominadas eram muitas vezes esquecidas pelas ciências. Esta preocupação em recuperar os mais desvalidos tem levado a que predominassem interpretações ideológicas deste conceito em muitos empreendimentos intelectuais e científicos, principalmente no domínio da antropologia. O povo estudado acaba por se tornar alvo de militância política ou de moral social através da sua exaltação, graças a uma clara inversão dos valores dominantes. Em contrapartida, o populismo preocupa-se fundamentalmente com o reconhecimento cultural de um povo, em toda a sua diversidade, dentro do quadro do relativismo cultural. E por isso mesmo, parte do postulado heurístico que

*«... les représentations et les pratiques des "pauvres" ou des "dominés" méritent la plus grande attention de la part des sciences sociales. Celles-ci doivent s'astreindre tant à recueillir minutieusement ces représentations qu'à décrire attentivement ces pratiques, et doivent pour cela inventer des*

*dispositifs méthodologiques particuliers, dont beaucoup relèvent de la culture anthropologique.»* (2001, p. 238).

Esta postura teórica costuma ser combinada com o postulado do individualismo metodológico, que privilegia os pontos de vista e as práticas dos atores, colocando em evidência as suas estratégias e os constrangimentos em que se encontram inseridos em consonância com ideia de agencialidade formulada por Anthony Giddens. Parte do princípio que os atores sociais não possuem uma racionalidade única, mas sim que

*«... circulent entre plusieurs "logiques", choisissent entre diverses normes, gèrent de multiples contraintes, sont aux confluent de plusieurs rationalités, et vivent dans un univers mental et pragmatique tissé d'ambiguïtés et d'ambivalences, placé sous le regard des autres, en quête de leur reconnaissance ou confronté à leur hostilité, et soumis à leurs influences multiples.»* (2001, p. 245).

Ademais, procurou-se analisar o «actor em situação» (Mehtoul, 1994), ou seja, identificar as mulheres migrantes nos seus atos e relações quotidianas, com o propósito de colocar igualmente em relevo a pluralidade de discursos, a diversidade de crenças e comportamentos terapêuticos existentes na esfera da saúde da mulher e, deste modo, evitar as grandes narrativas e generalizações encontradas em algumas publicações. O resgate desta ambiguidade e heterogeneidade permitiu tornar as racionalidades e práticas sociais inteligíveis tendo em conta a forma como experienciavam o quotidiano.

### **Organização da Tese**

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes, englobando a primeira a revisão da literatura relevante e a segunda focando o estudo de caso. O estado da arte é constituído por três capítulos distintos. O primeiro é dedicado às políticas de saúde pública e reprodutiva internacionais. O segundo capítulo faz um breve apanhado da produção teórica no vasto campo da Antropologia Médica, com uma particular incidência sobre a teoria em torno da pluralidade médica e da Antropologia médica crítica. Finalmente é contextualizada a saúde da mulher no quadro desta produção teórica e no campo das Ciências Sociais em geral.

O segundo separador engloba um capítulo, no qual é feita uma apresentação do país, outro que é dedicado às políticas de saúde pública nigerina, e um terceiro onde se analisa o estudo de caso propriamente dito. Este capítulo contempla a caracterização do

grupo de migrantes estudado e o estudo das suas trajetórias terapêuticas durante a gravidez e nascimento. E por fim, as conclusões.

## **PRIMEIRA PARTE - REVISÃO DA LITERATURA**

### **1 Políticas internacionais de saúde pública e reprodutiva**

#### **1.1 A emergência da saúde pública**

A emergência da biomedicina, medicina alopática ou medicina cosmopolita (Leslie, 1980) está associada à vida urbana, independentemente da sua localização na Europa ou em qualquer outra parte do mundo. Inicialmente coexistia pacificamente com um leque de opções terapêuticas diferenciado em que se encontrava ao serviço de grupos sociais mais abastados e letrados (Brodwin, 1996; Virchow, 2010[1948]). Os segmentos populacionais menos favorecidos e escolarizados tendiam a mobilizar outras opções terapêuticas. Primeiro porque a biomedicina não era acessível em termos económicos. Segundo porque várias enfermidades eram tratadas com sucesso por outras medicinas (Brodwin, 1996).

Durante a segunda metade do século XIX, o acesso à biomedicina foi alargado às camadas populares (Brodwin, 1996). Partidários de ideais socialistas vinham defendendo há algum tempo a democratização dos cuidados de saúde biomédicos porque acreditavam que o desenvolvimento de muitas patologias tinha causas sociais. Em 1848, Rudolf Virchow (2010) defendeu um acesso mais equitativo por parte das populações prussianas aos cuidados de saúde biomédico e criticou o poder político que autorizava que certos profissionais de saúde biomédicos se dedicassem exclusivamente a pacientes abastados, deixando o resto da população desfavorecida às mãos de agentes de saúde sobrecarregados de trabalho e mal pagos. Na sequência destas reivindicações, surgiu na Europa um movimento intitulado de medicina social que reclamava o alargamento dos serviços de saúde biomédicos à população operária com o objetivo de melhorar o seu bem-estar.

Por essa altura, as doenças infecciosas eram consideradas a principal causa de mortalidade, sobretudo entre os grupos sociais mais desfavorecidos. A eficácia orgânica da biomedicina no tratamento destas enfermidades ainda se encontrava numa fase muito embrionária. A eclosão periódica de determinados surtos ainda era explicada com base da teoria dos miasmas (Lupton, 1995), ou seja, a má qualidade do ar era considerada um



dos principais vetores de transmissão das doenças. A descoberta da responsabilidade dos organismos patológicos microscópicos na transmissão das doenças contagiosas na segunda metade do século XIX levou à formulação de um conjunto de prescrições biomédica. O seguimento destas normas pelas populações passou a ser considerado fundamental para reduzir ou conter o ritmo de propagação de algumas doenças. Estes preceitos envolviam uma transformação dos hábitos alimentares, de vestuário, de higiene, de lazer e convívio social, e sexuais (Comaroff & Comaroff, 1992; Lupton, 1995), assim como, uma regulamentação das condições de habitabilidade, designadamente através da vulgarização do acesso à água potável e ao saneamento básico (Lupton, 1995). A mais-valia da medicina alopática residia na sua valência preventiva.

A crença de que a ingerência biomédica ao nível das práticas quotidianas e do habitat poderia impactar de forma positiva na saúde das populações conduziu ao aparecimento das políticas de saúde pública. A «saúde pública» foi definida por Donald Acheson (1988) como a arte e a ciência de prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde através de um esforço organizado pela sociedade. A promulgação da lei sobre saúde pública [The Public Health Act] pelo parlamento britânico em 1848 (Calman, 1998) é considerado o marco para a emergência da saúde pública. Todavia, no século anterior, os franceses é que tinham dominado o movimento de higiene social (Lupton, 1995), conforme demonstrou Michel Foucault (1993).

A popularização do acesso aos cuidados biomédicos acabaria por ser impulsionada mais por imperativos de ordem político-económica do que por ideologias de esquerda. O seu alargamento à massa de trabalhadores demonstrou ser benéfica em termos de produtividade (Lupton, 1995), pelo que, uma rede sanitária foi desenvolvida à escala global em função da evolução dos empreendimentos económicos, independentemente da sua natureza ou localização<sup>11</sup>. Por outro lado, a assunção de políticas externas de contornos mais bélicos pelas nações europeias, na sequência da Conferência de Berlim, conduziu a uma maior necessidade de contingentes militares, constituídos preferencialmente por jovens do sexo masculino saudáveis (Heywood, 2002). Consequentemente, os serviços biomédicos vulgarizaram-se no seio das forças armadas. A ocupação efetiva dos territórios colonizados mobilizou igualmente uma estreita cooperação entre as forças militares e a biomedicina (Porto, 2001).

---

<sup>11</sup> Nas metrópoles, nas colónias ou nos países que entretanto se tinham emancipado das coroas europeias.

Até ao século XX, os cuidados médicos eram providos por uma variedade de terapeutas através de um sistema médico pluralista: cirurgiões, homeopatas, curandeiros *folk*, parteiras e outros praticantes empíricos cujas competências eram reconhecidas por alguns elementos da população. Após 1910, a medicina alopática estabeleceu-se de forma dominante, deslegitimando as outras formas de conhecimento terapêutico (Jordan, 1997). Com efeito, com a banalização dos cuidados biomédicos iniciou-se um processo de consolidação do poder da biomedicina. As autoridades políticas trataram de ilegalizar, sob acusações de charlatanismo, saberes médicos supostamente rivais, mesmo quando lhes eram reconhecidos maiores competências no tratamento de determinadas enfermidades (Brodwin, 1996; Friedson, 1970). Muitas práticas médicas acabaram por não sobreviver à marginalização histórica a que foram sujeitas e foram eliminadas pela supremacia biomédica (Hollenberg, 2017a).

Apesar da proscrição da diversidade terapêutica, os serviços biomédicos raramente estavam disponíveis a toda a população. Esta situação verificava-se sobretudo no contexto colonial e demais países que se tinham, entretanto, tornado independentes dos impérios europeus. Mesmo onde as redes sanitárias se encontravam mais desenvolvidas, a biomedicina nem sempre se encontrava ao alcance de todos. A inacessibilidade a cuidados biomédicos, quer por questões económicas ou geográficas, acabou por contribuir para que a procura por terapeutas ilegalizados ou ignorados pelos poderes políticos continuasse bastante ativa, sobretudo entre os grupos colonizados e segmentos sociais mais desfavorecidos. Ademais, nalguns países, a medicina alopática tinha que conviver com outros saberes terapêuticos. O exercício de práticas médicas como a homeopatia ou a quiropraxia foi, por exemplo, autorizado em países como os EUA (Estados Unidos da América) ou a Alemanha (Baschin, 2011; Kaptchuk & Eisenberg, 2001). Tanto a osteopatia como a quiropraxia foram práticas terapêuticas que emergiram nos princípios do século XX e que coabitaram desde o início em perfeita harmonia com a biomedicina (Hollenberg, 2017a).

Durante as primeiras décadas do século XX, a biomedicina consolidaria a sua autoridade graças ao seu poderio tecnológico. À eficiência racional e organizacional dos seus preceitos preventivos juntar-se-ia a sua eficácia orgânica curativa. A necessidade de manter sob controlo a propagação das chamadas doenças tropicais impulsionou de forma positiva esses avanços científicos. A fase experimental das primeiras vacinas deu lugar às massivas campanhas de vacinação e a descoberta dos antibióticos permitiu que

doenças contagiosas, outrora letais, passassem a ser tratadas como ordinários problemas de saúde (Aminov, 2010). A apresentação de uma solução eficaz no combate às doenças mais mortíferas correspondeu a um período de intensa consolidação da biomedicina. De igual modo, instrumentos com a radiação x ou a anestesia contribuíram para um maior conhecimento anatómico e dos processos bioquímicos internos do organismo humano. O nascimento da biomedicina acabou por transformar completamente o exercício do poder a nível institucional e a forma como essa nova autoridade era experienciada pelos grupos subordinados (Foucault, 1975).

## **1.2 As políticas internacionais de saúde pública**

Na segunda metade do século XX ocorreram várias transformações no panorama internacional que acabaram por reforçar ainda mais a posição da biomedicina enquanto saber terapêutico exclusivo, validado pelo poder político. Na esteira da declaração dos Direitos Humanos, a saúde passou a ser considerada um direito inalienável. Como corolário desta conquista foram formuladas as primeiras políticas de saúde a nível internacional. Até esse momento, cada país ou potência colonizadora tinha sido responsável pelas políticas públicas de saúde levadas a cabo nos territórios sob a sua jurisdição<sup>12</sup>. Ao nível das possessões ultramarinas, era frequente encontrar congregações missionárias protestantes, que prestavam cuidados de saúde biomédicos, cuja sede da sua igreja se situava num país distinto da metrópole dessa colónia (Comaroff & Comaroff, 1992).

Com a fundação da OMS em 1948<sup>13</sup>, a implementação de programas de saúde pública bilaterais ou multilaterais banalizou-se nos chamados países subdesenvolvidos (Foster, 1975). Uma das primeiras regiões visada pelos programas de saúde pública foi a América Latina (Erasmus, 1952; Simmons, 1960) e os primeiros grupos foram os grupos étnicos minoritários ou socialmente desfavorecidos (Polgar, 1962) existentes em alguns países ditos desenvolvidos, designadamente nos EUA. Com a descolonização do

---

<sup>12</sup> Relativamente aos EUA, as primeiras iniciativas em matéria de saúde pública internacional remontam aos princípios do século XX. A fundação Rockefeller interveio no Ceilão [atual Sri Lanka] com o objetivo de erradicar a ancilostomíase (Foster, 1975). Paul Brodwin (1996) também referiu algumas intervenções sanitárias na região das Antilhas ainda nos finais do século XIX. Mais tarde, em 1942, a cooperação norte-americana iniciou os seus programas de desenvolvimento sanitário na América latina (Foster, 1975).

<sup>13</sup> Anteriormente fora criado em 1907, na cidade de Paris, o Escritório Internacional de Higiene Pública. A principal função deste organismo era harmonizar internacionalmente as disposições legais de cada país relativamente à quarentena das embarcações e portos marítimos de forma a prevenir a propagação da cólera e outras epidemias (“Office international d’hygiene publique,” 1926).

continente africano e do sudeste asiático, nos anos 1960, estas iniciativas estenderam-se à escala global. Sem obliterar a sua componente humanista, a verdade é que a emergência destas iniciativas permitiu uma nova forma de interferência nas políticas dos países recém-descolonizados, assim como, a exportação de alta-tecnologia biomédica pelos denominados países desenvolvidos ao resto do mundo (Salicrup & Fedorková, 2006). O propósito inicial era ampliar as redes sanitárias deficitárias e transformar a biomedicina no recurso terapêutico, ao qual as populações recorreriam, por excelência.

Sob influência do paradigma da modernização (Machado, 1970), que propunha um modelo de desenvolvimento (Roque Amaro, 2003) baseado na substituição das estruturas rurais, tradicionais e arcaicas por outras de índole mais moderna e urbana (Negrão, 2001), a rede de cuidados biomédicos acabou por permanecer, em muitos países, circunscrita à capital e às principais urbes. À exceção dos países cujo desempenho económico permitira um desdobramento eficiente dos serviços de saúde públicos, a grande maioria herdara ou desenvolvera um modelo de cuidados de saúde designado de hospitalocêntrico que apostava na concentração de alta tecnologia biomédica e em procedimentos curativos, altamente especializados e diferenciados, apenas ao alcance de uma minoria cidadina devido ao seu elevado custo (Erickson, 2008). Como resultado, uma percentagem significativa da população mundial continuou a gerir os seus problemas de saúde à margem da biomedicina.

### **1.2.1 Os cuidados de saúde primários**

Em meados da década de 1970, as prioridades dos organismos internacionais em matéria de promoção da saúde internacional mudaram radicalmente. A ênfase deixou de ser colocada na concentração de cuidados biomédicos altamente especializados e passou a estar centrada em programas de saúde que apostavam na descentralização de um pacote de cuidados de saúde básicos, realizados em proximidade, prestados localmente com recurso a poucos meios técnicos e geridos pelas próprias comunidades (Cueto, 2004).

O novo modelo foi designado de cuidados de saúde primários, e apostava em profissionais de saúde não tão qualificados do ponto de vista biomédico, como os Agentes de Saúde Comunitários (ASC), as parteiras e outros terapeutas locais. A ideia era basicamente capitalizar os recursos locais, de modo a prestar cuidados de saúde a custos mais baixos e de forma mais abrangentes. Os cuidados de saúde da mulher e da

criança seriam particularmente contemplados no âmbito desta nova abordagem à saúde pública. Um ano após a OMS anunciar publicamente o redirecionamento das suas políticas para os cuidados de saúde primários, a possibilidade de integração das chamadas medicinas tradicionais nos sistemas de saúde públicos ficou oficialmente consagrada através da Declaração de Alma Ata em 1978.

Apesar do conceito de medicina dita tradicional ter demorado a ser oficialmente definido ao nível dos organismos internacionais (Torri, 2017c), a diversidade terapêutica existente nos países ditos subdesenvolvidos com redes sanitárias deficitárias, ficou institucionalmente assumida a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

A iniciativa de incluir as medicinas locais nos sistemas de saúde públicos dos países mais carenciados inspirara-se no recente sucesso observado na República Popular da China (RPC) relativamente à integração da MTC no seu sistema de saúde público. A integração dos terapeutas ditos tradicionais permitiu ao governo chinês colmatar as suas carências em matéria de recursos técnicos e humanos biomédicos e alargar os serviços de saúde prestados à população sob o controlo do Estado (Rosenthal, 1981). Na Índia observou-se um fenómeno similar com a medicina védica e os seus praticantes (Foster, 1977). Este êxito acabaria por transformar por completo a ideia preexistente de sistema de saúde público (Leslie, 1978) e influenciaria, doravante, o tipo de medidas a aplicar nos países que evidenciavam falta de meios técnicos, humanos e financeiros necessários para manter um serviço de saúde público de envergadura, semelhante aos que se observavam em alguns países ditos desenvolvidos.

Apesar da assunção oficial e internacional da possibilidade de coabitarem medicinas distintas no interior dos sistemas de saúde públicos, as modalidades de inclusão dessa diversidade permaneceram com contornos imprecisos. Consequentemente acabaram por se desenvolver duas tendências distintas e sobrepostas. A primeira reportava para a formação biomédica de curta duração de ASC, aproveitando os terapeutas locais existentes com o propósito de atuarem localmente onde a biomedicina ainda não tinha chegado, como aconteceu, como se verá a jusante, com as Parteiras Ditas Tradicionais (PDT). A segunda sustentava a coabitação dentro da mesma estrutura sanitária de profissionais de saúde biomédicos e de terapeutas ditos tradicionais (Langwick, 2010). Estas medidas representavam uma otimização relativamente à escassez de pessoal técnico altamente especializado no domínio da biomedicina, aos recorrentes problemas

financeiros com que se debatiam muitos estados e aos frequentes obstáculos geográficos no acesso aos cuidados de saúde públicos.

A implementação das disposições legais supramencionadas nunca recolheu consenso, nem entre os decisores políticos nem entre os investigadores em Ciências Sociais. De um lado da barricada, encontravam-se os defensores desta iniciativa, alegando que a inclusão dos chamados terapeutas tradicionais era a solução mais viável para as diversas limitações dos sistemas de saúde públicos dos países subdesenvolvidos (Leslie, 1980). Do outro lado, estavam aqueles que encaravam esta abordagem com mais ceticismo. Vários antropólogos manifestaram-se de forma apreensiva ou negativa perante a abertura desta possibilidade (Foster & Anderson, 1978), alertando inclusive para o perigo de poderem fomentar o desenvolvimento do charlatanismo no seio das unidades de saúde (Leslie, 1980), para o facto de determinadas práticas médicas locais serem consideradas nocivas para a saúde (Alland, 1970; Foster, 1977) ou poderem retardar -ou até mesmo hipotecar a eficácia do tratamento orgânico (Foster, 1977). Outros alegaram as dificuldades em formar em termos biomédicos terapeutas detentores de procedimentos médicos secretos (Ira Harrison *apud* Foster, 1977). Somente áreas como da saúde mental - onde alguns curandeiros eram considerados tão eficazes como os psiquiatras - e da obstetrícia - com a utilização de parteiras locais - foram consideradas exequíveis (Foster, 1977).

Se bem que a formação biomédica de terapeutas locais se tenha generalizado no contexto do designado Terceiro Mundo, muito poucos países optaram pela coabitação. Aqueles que resolveram enveredar pelo estabelecimento de uma colaboração *in situ* entre a biomedicina e as medicinas locais acabaram desiludidos com a experiência principalmente por causa da atitude dos profissionais biomédicos, como aconteceu por exemplo na República do Congo (Gruénais & Mayala, 1988). Estes agentes de saúde revelaram enormes dificuldades em aceitar a presença de colegas que não estivessem creditados, do ponto de vista biomédico, nas unidades de saúde. Muitos deles inclusive recusaram-se a trabalhar em cooperação. O facto de pessoas muito menos qualificadas que os profissionais biomédicos pudessem exercer as mesmas tarefas assustava-os. Por isso, não os deixavam diagnosticar, nem prescrever medicamentos (John Bryant *apud* Foster, 1977). O modo discriminatório com que foram tratados os terapeutas oriundos da esfera da medicina tradicional contribuiu enormemente para o retumbante fiasco que

foi a experiência da coabitação. Apenas as parteiras locais gozaram de algum sucesso no âmbito desta política de integração.

O seu fracasso também se deveu aos critérios de seleção utilizados para integrar os terapeutas locais. Por causa da sua falta de credibilidade biomédica, concedeu-se uma importância exagerada à *materia medica*<sup>14</sup> que utilizavam (Leslie, 1980). As suas farmacopeias foram objeto de crivo biomédico, com o propósito de verificar eventuais doses excessivas ou a utilização de substâncias consideradas tóxicas ou prejudiciais para o organismo. Esta diligência teve como corolário, o isolamento bioquímico destas substâncias, isolando-as dos contextos em que os curandeiros a compreendiam e utilizavam (Leslie, 1980), e, portanto despojando-a de outros níveis de eficácia eventualmente presentes. A biomedicalização das práticas terapêuticas ditas tradicionais tornou-se assim uma precedência necessária para a sua incorporação nos sistemas de saúde públicos. Nessa época, a integração de curandeiros nos sistemas de saúde públicos foi sempre encarada como uma solução transitória enquanto se aguardava pela formação de mais pessoal biomédico (Foster, 1977).

A preocupação com a racionalização das etnofarmacopeias elegíveis à coabitação foi fortemente influenciada pelo modelo sanitário sónico. A medicina popular chinesa não existia anteriormente ao regime de Mao Tsé-Tung: foi criada sob medida partir de elementos selecionados dentre as várias correntes terapêuticas agrupadas sob a designação de medicina tradicional chinesa (Taylor & Leslie, 1973). A sua invenção visou unicamente a viabilização da integração de uma alternativa à biomedicina no seio do sistema de saúde público (Whyte, van der Geest, & Hardon, 2002).

Na década de 1980 assistiu-se ao afundamento económico de muitos países devido ao seu elevado serviço de dívida. No rescaldo desta insolvência, as políticas económicas liberais foram ganhando relevo no plano internacional. A sua predominância acabaria por se intensificar após a queda do Muro de Berlim, passando a dominar completamente o sector da cooperação internacional. Os cuidados de saúde primários foram as primeiras políticas de saúde pública a serem afetadas por esta nova ideologia política. Na Conferência de Alma Alta tinham sido lançadas as bases de financiamento destes serviços de saúde descentralizados. Todavia, os blocos - socialista e capitalista - revelaram convicções distintas relativamente a esta questão. Uns defendiam que estes

---

<sup>14</sup> Conjunto de drogas disponíveis numa sociedade particular ou num período histórico específico (Whyte et al., 2002).

serviços deviam ser gratuitos para o conjunto da população, e outras achavam de que se deveria introduzir algum tipo de custo, porque de outra forma seria inoportuno promover cuidados de saúde tão abrangentes às populações. A conjuntura económica e política mundial favoreceria os segundos. Sob a égide na doutrina liberal, os cuidados de saúde primários foram reformulados e rebatizados de «estratégias seletivas» (Turshen, 1999). Basicamente, a ideia anterior de que os cuidados de saúde deveriam ser estruturados horizontalmente e com recurso a pouca tecnologia foi substituída pela aplicação de pacotes de medidas avulsas, de natureza eminentemente técnica, visando unicamente a prevenção ou tratamento orgânico. A sua implementação era frequentemente feita de forma vertical, pontual, em total desarticulação com os sistemas de saúde locais e sem qualquer consideração pelas dinâmicas sociais locais. Paradoxalmente, acabariam por se tornar extremamente dispendiosos para os governos<sup>15</sup>, mais do que a promoção de cuidados de saúde primários mais inclusivos (Turshen, 1999).

### **1.2.2 A Iniciativa de Bamaco**

Os planos de ajustamento estrutural impostos pelas instituições de Bretton Woods, para os países insolventes continuarem a receber Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD), acelerou o processo de privatização dos sectores da saúde e introduziu o princípio de utilizador-pagador nos serviços de saúde fornecidos pelo Estado (Turshen, 1999). Alguns países, mormente na África subsariana, optaram por aderir à Iniciativa de Bamaco, proposta pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e ratificada mais tarde pela OMS (Paganini, 2004). Apesar de a Iniciativa de Bamaco pressupor igualmente a comparticipação dos utentes nos serviços de saúde prestados, os decisores políticos estavam convictos que não hipotecaria a filosofia subjacente aos cuidados primários (Ridde, 2004), como acontecera nos países em que a liberalização do sector não fora acautelada por um novo paradigma sanitário. No plano teórico, de facto, a Iniciativa de Bamaco era muito diferente das estratégias seletivas e parecia ser a solução ideal para continuar a promover cuidados de saúde primários, apesar de as dificuldades financeiras dos estados. O princípio de financiamento assentava na autonomia financeira das unidades de saúde graças à revenda no seu interior de Medicamentos Genéricos (MG) aos pacientes (Garner, 1989). A gestão da compra,

---

<sup>15</sup> Mas lucrativo para os exportadores da tecnologia biomédica.



venda e armazenamento de MG era da inteira responsabilidade da comunidade local, em consonância com o princípio da autonomia comunitária e da sustentabilidade das formações sanitárias propugnado pela Declaração de Alma Ata. Todavia, em qualquer uma destas situações, o acesso a cuidados biomédicos passou a implicar custos que anteriormente muitas vezes não existiam, mesmo que os serviços não fossem muito funcionais<sup>16</sup>. A sua implementação aconteceu num contexto de empobrecimento geral das populações, e por conseguinte, acabou por ter um efeito mais repulsivo do que atrativo (Ridde, 2004).

### **1.2.3 O VIH-SIDA**

Os anos 1990 tornar-se-iam a década sombria da saúde pública internacional. Os principais indicadores sanitários desse decénio são esclarecedores (WB, 1993, 1994) ainda que a informação estatística recolhida ou calculada dificilmente fosse fiável (Easterly, 2009). Neste período, a grande maioria da população nos países de baixo e médio rendimento geria os seus problemas de saúde na periferia dos sistemas de saúde públicos. Independentemente da fiabilidade dos números produzidos, a verdade é que o estado geral da saúde das populações sofrera um acentuado revés por causa da exposição a uma nutrição sistematicamente desadequada ou ao risco de infeção devido à insuficiência de infraestruturas básicas, como água potável ou rede de esgotos (Loewenson, 1993; Thomson, Kentikelenis, & Stubbs, 2017). Porém, os decisores políticos, em vez de ponderarem sobre os efeitos socialmente devastadores resultantes da implantação do liberalismo económico, optaram por desviar as atenções para um flagelo social emergente - o VIH-SIDA (Vírus da Imunodeficiência Humana – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) - que começava a atingir proporções alarmantes, pelo menos, segundo a informação veiculada pela comunicação social (Bastos, 2002).

As narrativas do poder político sobre a proliferação de uma doença altamente letal cujo principal meio de contaminação é feito através de relações sexuais, ou seja, uma das práticas sociais mais estruturantes de qualquer sociedade, desviaram a atenção sobre os reais responsáveis pelo estado calamitoso em que se encontravam muitos países. Quando, na realidade, ambas as variáveis se encontravam profundamente interligadas. Os impactos negativos dos Plano ou Programa de Ajustamento Estrutural (PAE) tinham

---

<sup>16</sup> O recurso por parte das populações ao mercado de medicamentos contrafeitos foi um dos principais argumentos apresentados por Jim Grant, diretor da UNICEF para a implementação da IB (Falisse, 2013).

tido uma influência decisiva na velocidade de propagação da doença no terceiro mundo (Barnett & Blackwell, 2004; Parker, 2002).

Como a biomedicina não tinha nenhuma solução farmacológica que combatesse a letalidade desta doença. A luta contra a epidemia do VIH-SIDA começou a ser travada através de uma forte ingerência no campo dos comportamentos sexuais que conhecida sob a designação de “*ABC*” *approach*<sup>17</sup> (Murphy, Greene, Mihailovic, & Olupot-Olupot, 2006). A construção ideológica do «sexo seguro» permitiu que novas regras fossem estabelecidas sobre a forma como as pessoas deveriam doravante gerenciar a sua sexualidade, partindo de uma premissa de base de que as relações sexuais cumpriam simplesmente uma função orgânica, passível de controlo biomédico (Giami & Perrey, 2012). A sua redução a um mero comportamento mecânico extirpou-as dos afetos, desejos, poderes e vulnerabilidades a que se encontram implicitamente associadas, os quais eram no entanto fundamentais para a compreensão dos comportamentos de exposição ao VIH-SIDA por parte das populações.

Em contrapartida, no seio da opinião pública, a incapacidade da biomedicina em lidar com esta pandemia, assim como, com outras perturbações que se tornavam cada vez mais frequentes, como os problemas do foro oncológico, gerou algum desalento relativamente à eficácia dos cuidados biomédicos (Hornosty, 2017). O facto de a biomedicina não ser capaz de tratar todo o tipo de enfermidade era um truísmo, especialmente para as populações dos países de baixo e médio rendimento. A grande novidade era a sua inaptidão em tratar uma doença cujo diagnóstico dependia exclusivamente da sua parafernália tecnológica biomédica. Este descrédito atingiu particularmente os países de elevado rendimento (Torri, 2017c). Anteriormente, na esteira da revolução cultural iniciada a partir dos finais dos anos 1950 pelo movimento *beatnik* nascera um interesse por outros estilos de vida e saberes terapêuticos, como a medicina védica (Silvestri, 2014) ou xamânica (Bierowski, 2014). Nessa época, o fascínio por terapias exóticas era assumidamente uma afirmação política e identitária contra o poder abusivo das principais instituições que governavam sociedades ditas ocidentais (Raskin, 2017). Contudo, rapidamente se transformou numa reivindicação, por parte de alguns segmentos populacionais pela legalização das práticas médicas concorrenciais à biomedicina que entretanto começavam a emergir no panorama

---

<sup>17</sup> “*ABC*” *approach*: *abstinence* [abstinência sexual], *Boeing faithful* [fidelidade conjugal], *using condoms* [uso de preservativos].

terapêutico. Contudo, só na década de 1990 é que esta oferta terapêutica plural seria finalmente legitimada sob a denominação de Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) (Frass et al., 2012).

De acordo com a definição avançada em 2003 pela OMS, as medicinas alternativas e complementares eram adaptações das ditas medicinas tradicionais utilizadas nos denominados países industrializados. Dito por outras palavras, as MAC eram práticas terapêuticas que não faziam «... *part of the conventional medicine [biomedicine] of a specific country and [...] [were] not fully integrated into the dominant local health care system.*» (Torri, 2017c, p. xi).

O elevado aumento dos custos dos cuidados biomédicos em alguns países como os EUA e a disseminação da filosofia económica liberal à escala mundial (Fran Collyer *apud* Torri, 2017b), colocou um grande ênfase na iniciativa privada através da exploração dos mercados existentes e a criação de novos nichos. O reconhecimento e florescimento da diversidade terapêutica no Global Norte encontram-se diretamente relacionado com a mercantilização dos cuidados de saúde (Herbert Northcott *apud* Torri, 2017b) e com o programa neoliberal relativamente à gestão da saúde das populações (Christopher Fries *apud* Hornosty, 2017). Esta estratégia focava-se na responsabilidade de cada um pela promoção e preservação da sua saúde (Terri Stratton & Jennifer McGivern-Snofsky *apud* Torri, 2017b), enfatizando a obrigação individual em adoptar estilos de vida saudáveis. Contudo, ignorava os determinantes sociais da saúde e encorajava a culpabilização da vítima (Hornosty, 2017).

Nessa mesma altura, as políticas de saúde internacionais revalidaram o seu interesse pelos conhecimentos fitoterapêuticos dos terapeutas ditos tradicionais dos denominados países subdesenvolvidos. Com a emancipação da sociedade civil, em consequência do processo de democratização colocado em curso por imposição dos organismos financeiros internacionais nos países altamente endividados, uma miríade de associações de terapeutas tradicionais ganhou vida (Foran, 2007), principalmente no continente africano (Green, 1988). A emergência da chamada medicina tradicional no seio da sociedade civil foi aproveitada politicamente pelos poderes políticos nacionais e supranacionais. O discurso político passou a advogar a reabilitação da denominada medicina tradicional com o propósito de melhorar as condições de saúde das populações mais carenciadas (OMS, 2002).

A principal função das organizações de terapeutas locais era tornar a chamada medicina tradicional mais fiável para os seus consumidores. Na prática, aquilo que ocorreu foi uma distinção entre os terapeutas oficialmente autorizados a exercer a sua medicina e aqueles que operavam de forma oficiosa, sem o aval do Estado. O critério de elegibilidade para ser membro destas confederações de curandeiros era baseado em padrões bioquímicos (Foran, 2007; Waldram, 2000).

Estas organizações, enquanto esperavam pela integração da medicina dita tradicional nos sistemas de saúde públicos, dedicaram-se à legitimação profissional dos curandeiros (Murray Last *apud* Johnson & Sargent, 1990b); à preservação da propriedade intelectual (Susan Reynolds Whyte, Geest, & Hardon, 2002); e à proteção da biodiversidade local (Chatora, 2003).

Nos países de elevado rendimento, as MAC tiveram de se sujeitar a um processo de reconhecimento bioquímico semelhante para poderem operar de forma legalizada (Erickson, 2008; Hornosty, 2017). Até porque neste contexto, a relação de confiança entre o terapeuta e o paciente dependia desta validação científica. A segurança dos fármacos utilizados era uma das principais preocupações dos consumidores destes serviços (Hornosty, 2017).

O escrutínio bioquímico da diversidade terapêutica remonta pelo menos ao século XVI. Desde que a Europa começou a estabelecer trocas comerciais diretas com o resto do mundo, estudiosos e boticários oriundos desta região interessaram-se pelas propriedades da flora global, dissecando-a sempre que possível até à exaustão para posteriormente adaptá-la às farmacopeias europeias (Genest, 1978). Estes estudos sobre plantas permitiram isolar vários tipos de alcaloides que dominaram os receituários biomédicos até ao advento dos antibióticos. Esta acumulação «enciclopédica» da farmacopeia existente à escala global para benefício exclusivo das ciências biomédicas esteve igualmente na origem do desenvolvimento da indústria farmacêutica.

A descoberta de que alguns terapeutas em África conseguiam tratar de forma eficaz muitas das infeções oportunistas típicas dos portadores do VIH-SIDA (Abdullahi, 2011) e/ou paliar alguns dos efeitos secundários nocivos dos retrovirais (Iraola, 2007) recrudesceu o interesse das empresas farmacêuticas multinacionais pelas farmacopeias de alguns países (Langwick, 2010). A construção ideológica da seropositividade entretanto tinha-se «africanizado», ou seja, deixara de estar preferencialmente relacionada com homossexuais caucasianos para passar a estar maioritariamente

associada a mulheres heterossexuais africanas economicamente desfavorecidas (Bastos, 2002). Esta renovada atenção das multinacionais farmacêuticas pelas plantas e raízes medicinais dos terapeutas locais precipitou diversas acusações de biopirataria (Tonye & Mayet, 2007).

A abertura das políticas de saúde globais à diversidade terapêutica em nada enfraqueceu a posição dominante da biomedicina. Muito pelo contrário, acabou por reforçá-la ao se tornar a bitola, a partir da qual as outras medicinas passaram a ser comparadas (Torri, 2017c).

#### **1.2.4 Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**

Desde os finais dos anos 1970 até à viragem do milênio, os programas de saúde internacionais tinham apostado principalmente em campanhas preventivas de promoção de boas «práticas de saúde» pouco onerosas e pouco eficazes. Assim como, em alguns projetos de biomedicina curativa verticais e pontuais, normalmente levados a cabo, conforme anteriormente referido, sem qualquer articulação com as prioridades dos ministérios da saúde dos países, conduzindo a inúmeras redundâncias interventivas.

Após o ano 2000, as ingerências dos organismos internacionais nos sistemas de saúde públicos dos denominados países de médio e baixo rendimento, tornaram-se mais incisivas e coordenadas. As prioridades da saúde pública internacional concentraram-se na questão do acesso aos cuidados de saúde públicos que, entretanto, se tornaram uma condição indispensável à melhoria do estado geral de saúde da população global - mesmo que faltassem evidências empíricas que corroborassem tal argumentação. Não é linear que «a biomedicalização da saúde» (Clarke, Shim, Mamo, Fosket, & Fishman, 2003) seja sinónimo de maior qualidade de vida e longevidade. A Declaração do Milênio, resultante do convénio realizado em 2000 pela ONU em Nova Iorque, materializou esta nova tendência a nível das políticas internacionais.

O problema das barreiras geográficas no acesso aos cuidados biomédicos começou a ser atacado ainda nos anos 1990. Um relatório publicado em 1987 pela UNICEF, intitulado o «Ajustamento de Rosto Humano», chamara à atenção para os efeitos perversos, sobretudo junto dos segmentos populacionais mais carenciados, das reformas estruturais políticas e económicas levadas a cabo pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial (BM) nos países com graves dificuldades orçamentais. Em consequência dessa publicação, o BM adotou uma postura de maior preocupação social e libertou uma linha de crédito para que os governos pudessem ampliar a sua rede

escolar e sanitária, diminuindo, desta forma, a longa distância que separava muitas populações das unidades de saúde ou dos estabelecimentos de ensino mais próximos (WB, 1994).

O levantamento das barreiras financeiras, por sua vez, foi uma das condicionantes impostas pelas instituições de Bretton Woods aos países altamente endividados na sequência da Declaração do Milénio. Para que pudessem usufruir do programa de perdão e alívio fiscal era fundamental que adjudicassem uma maior percentagem do orçamento de estado ao sector da saúde (Gueye, Johnson, Martin, & Vaugeois, 2007). Esta exigência orçamental passou a incluir também a eliminação das tarifas cobradas nos serviços de saúde públicos (Olivier de Sardan, Diarra, & Moha, 2017). Alguns países, como o Ruanda, conseguiram expandir a cobertura universal de cuidados de saúde a cerca de noventa por cento da população (Makaka, Breen, & Binagwaho, 2012). Porém, a grande maioria dos países optou por circunscrever o regime de gratuidade apenas aos principais grupos visados pelos Objetivos do Milénio (ODM): as mulheres (ODM 5), as crianças até à idade de 5 anos (ODM 4) e os portadores de VIH-SIDA, tuberculose (TB) e malária (ODM 6). O ODM 5 tinha como finalidade a melhoria da saúde materna. O principal alvo do ODM 4 era a redução da mortalidade infantil. E o ODM 6 era combater o VIH-SIDA, a malária e outras doenças. Para ajudar na luta das doenças infecciosas mais letais, seria entretanto criado em 2002 o Fundo Global de Luta Contra a SIDA, TB e Malária, o qual permitiria uma canalização alternativa de recursos (Fortier, 2009) para atingir as metas do ODM 6, sem sobrecarregar os orçamentos de Estado. A Fundação Bill & Melinda Gates tornar-se-ia o seu principal financiador. Ao contrário do que aconteceu com os ODM 4 e ODM 5 cujas metas implicariam um esforço financeiro tremendo por parte dos Países Pobres Muito Endividados (PPME).

A preocupação dos decisores políticos com a universalidade do acesso aos cuidados de saúde biomédicos concentrava-se unicamente no Global Sul. A ausência de bem-estar no seio de grupos sociais menos favorecidos, assim como, as desigualdade no acesso aos serviços de saúde em país como os EUA permaneceram um tabu ao nível das políticas de saúde públicas (Lazarus, 1988).

À medida que o prazo para alcançar os ODM se foi aproximando do fim, o número de relatórios produzidos pelos organismos internacionais multiplicou-se (Kifle & Hussain, Mohammed Mekonnen, 2002; UN, 2006, 2007, 2010). Regra geral, analisavam a evolução e impacto das reformas sociais postas em curso. A lenta

progressão de vários indicadores permitiu antecipar que as metas proposta não seriam alcançadas pela maioria dos países de baixo e médio rendimento.

Profissionais dos mais diversos quadrantes ligados de alguma forma às políticas de saúde públicas também se pronunciaram sobre as condições de enunciação dos ODM e sobre os resultados realmente alcançados. Uma das principais críticas estava relacionada com o carácter redutor destes objetivos que não revelavam nenhuma preocupação com o bem-estar das crianças [com idade superior a 5 anos], dos adolescentes, dos homens adultos ou dos idosos (Fehling, Nelson, & Venkatapuram, 2013; Lomazzi, Borisch, & Laaser, 2014), para além de veicularem uma ideia de promoção da saúde e bem-estar exclusivamente apoiada em premissas de natureza técnica (Fehling et al., 2013), ver biomédicas. Por último, alguns autores salientaram que os parcos progressos alcançados em muitos países deveriam ser sido analisados à luz de uma outra grelha interpretativa que tivesse em consideração variáveis, como o contínuo e elevado crescimento populacional, que muitas vezes comprometeu a visibilidade dos esforços realizados pelos governos (Easterly, 2009; Oya, 2011).

O conhecimento antecipado sobre o incumprimento dos ODM à escala global levou os planeadores de políticas de saúde públicas a se virarem para a questão da falta de qualidade dos serviços de saúde públicos (Nambiar et al., 2017). Um problema de contornos crónicos, que se arrastava há décadas em muitos países de médio e baixo rendimento. Com efeito, nos últimos anos, a aposta numa melhoria significativa da qualidade dos cuidados de saúde públicos tornou-se, conjuntamente com a cobertura universal, o porta-estandarte da promoção da saúde à escala global (WB, 2017).

### **1.2.5 Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**

A formulação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) veio corrigir algumas insuficiências da Declaração do Milénio. A sua enunciação teve a particularidade de resgatar pela primeira vez a preservação do património cultural como parte integrante do processo de promoção do bem-estar da população mundial (Hosagrahar, 2017). De igual modo, o pilar ambiental ganhou uma expressão que não tinha no quadro dos ODM. O progresso sanitário passou a estar articulado com a pegada antrópica e com a propagação das indústrias limpas. O combate às principais desigualdades sociais manteve-se um dos seus pilares essencial, reiterando-se a

importância da redução da pobreza<sup>19</sup> e da má nutrição, assim como, do acesso a infraestruturas fundamentais como a água potável e o saneamento básico. A criação de mais postos de trabalho passou a ser assumida de forma inequívoca como uma prioridade no combate às desigualdades sociais e uma pedra basilar para a prosperidade geral. A ideia de que o direito a uma vida saudável não deveria discriminar ninguém em função da idade ou do sexo trouxe de regresso o lema da «saúde para todos», conforme fora aclamado em 1977 pela OMS. Em comparação com os ODM, os ODS recusaram uma visão estritamente orgânica da saúde, reintegrando a promoção do bem-estar humano em dinâmicas sociais mais abrangentes.

### **1.3 A saúde reprodutiva**

Desde a primeira hora que as políticas de saúde pública se preocuparam com a melhoria da saúde das mulheres e crianças. Aliás, o interesse político pelo bem-estar da mãe e da criança foi inicialmente motivado pelas supramencionadas questões económicas e expansionistas. Mais tarde, a tónica na promoção de cuidados de saúde durante a maternidade e primeira infância foi reiterada quando surgiram as primeiras políticas internacionais de saúde. Sob a rúbrica da «saúde materna e infantil» desenvolveram-se programas de saúde preocupados com a preservação da saúde da mulher mas sobretudo dos seus filhos. Uma das principais questões abordadas era o espaçamento dos nascimentos, de forma a evitar o desmane precoce e a subsequente subnutrição infantil (Doris Bonnet *apud* Guillaume & Bonnet, 2004). Até aos anos 1960, a questão do intervalo entre gravidezes não era abordada através do Planeamento Familiar (PF) mas sim por via da abstinência sexual e da amamentação prolongada (Guillaume & Bonnet, 2004).

#### **1.3.1 Os programas de planeamento familiar**

A partir dessa década, a grande prioridade dos programas de saúde pública no domínio da reprodução foi direcionada para o PF (Ward, 1986). O crescimento exponencial a que se assistia da população mundial, principalmente no sudeste asiático, começou a trazer preocupações malthusianas aos decisores políticos internacionais

---

<sup>19</sup> Conceito polissémico que remete para múltiplas interpretações da realidade. O polissémico conceito de problema remete para múltiplas interpretações da realidade. De acordo com Alessandra Correa (2011) tem um significado dinâmico dependendo do contexto histórico, cultural e político em que está a ser analisado. Sobre esta questão, ver por exemplo, Robert Chambers (1995) ou Alf Jerve (2001).



(Guillaume & Bonnet, 2004). Com base no modelo de transição demográfica europeu, foram elaborados programas de saúde pública que promovessem a inversão das pirâmides etária do chamado Terceiro-Mundo através de um combate à excessiva fertilidade. Estas políticas visavam o controlo do tamanho, composição e distribuição das populações, imiscuindo-se nas atividades reprodutivas dos indivíduos (Browner, 1986). O incremento do consumo de contraceção bioquímica entre as mulheres casadas dos denominados países em desenvolvimento foi a principal medida preconizada no sentido de travar o elevado crescimento populacional. Alguns países optaram por decisões mais polémicas, como a política, do filho único ou as esterilizações femininas involuntárias<sup>20</sup>. Por vezes, estas «castrações» forçadas não se encontravam diretamente relacionadas como a redução do crescimento populacional, mas com preocupações eugenistas relacionadas com a proliferação da pobreza. As esterilizações de mulheres, durante os anos 1970, pertencentes aos segmentos mais desfavorecidos da população norte-americana ou a grupos étnicos minoritários sem o seu prévio consentimento (Angus McLaren *apud* Guillaume & Bonnet, 2004) é um bom exemplo das agendas escondidas por detrás de algumas medidas de controlo de crescimento da população. Relativamente ao continente africano, questões relacionadas com o excessivo aumento demográfico somente se tornariam pertinentes a partir dos anos 1990 (May, 2017). Curiosamente, quando os principais indicadores sanitários indicavam uma esperança de vida muito baixa associada a uma mortalidade materna e infantil muito elevada.

Em matéria de PF, as políticas de saúde públicas apostaram inicialmente em campanhas de informação e sensibilização que evidenciassem as vantagens económicas associadas à redução do tamanho da família e os benefícios para o corpo da mulher em reduzir o número de gravidezes e em aderir à vigilância biomédica durante o parto. Os esforços dos organismos internacionais em implementar a planificação do número de filhos por casal acabaram por resultar num retumbante fiasco em inúmeros países. Nem a taxa de consumo de contraceptivos aumentou, nem a curva de crescimento populacional tornou-se menos acentuada. A dificuldade das mulheres celibatárias em acederem a consulta de PF, em muitos países, explica parcialmente a origem do fracasso (MacQuarrie, 2014). O facto de nalguns países, as mulheres necessitarem da autorização dos seus respetivos maridos (Agnès Adjamagbo e Guillaume *apud* Guillaume &

---

<sup>20</sup> Mulheres que se submetiam a intervenções cirúrgicas como cesarianas ou remoção do apêndice acabavam hysterectomizadas sem que tivessem autorizado esse procedimento clínico (Guillaume & Bonnet, 2004).

Bonnet, 2004) para poderem utilizar métodos contraceptivos ajudava a esclarecer sobre os motivos que levavam as múltiparas com vários filhos a declinarem a oferta biomédica no domínio da contraceção.

Nessa altura, os organismos internacionais passaram a colocar métodos contraceptivos diretamente à disposição das formações sanitárias, de modo a fomentar o seu consumo. Por exemplo, a USAID (Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional) ajudou o governo marfinense a pôr pílulas anticoncepcionais e preservativos no mercado a preços subvencionados (Desgrées du Loû, 2000). Apesar do acesso à contraceção se ter simplificado, e alargado às mulheres jovens celibatárias, as taxas de adesão em muitos países continuaram a permanecer muito baixas.

Apesar do insucesso dos programas de PF em travar o ritmo exponencialmente elevado de crescimento da população mundial, até à data presente, as agendas políticas continuam a insistir na resolução dos problemas demográficos através da biomedicalização do corpo da mulher, mesmo que em alguns países, como a Costa do Marfim, tenham aparecido evidências em contrário. A redução do número de nascimentos por mulher não foi acompanhada por um aumento nas taxas de atendimento em matéria de consultas de PF. Por isso, presume-se que uma maior incidência à prática do aborto seja a principal explicação para esse declínio (Desgrées du Loû, 2000).

### **1.3.2 Os cuidados de saúde primários e a saúde da mulher**

Os cuidados de saúde primários, na sua formulação original, davam um grande destaque à promoção da saúde materna e infantil. Os cuidados de saúde da mãe e da criança encontram-se entre as principais vertentes destes cuidados de saúde de proximidade<sup>21</sup>. As suas principais balizas eram melhorar o estatuto nutricional das crianças, assegurar a sua imunização e combater a mortalidade através da redução do tamanho das famílias – subentenda-se através do PF – e do acesso de todos os rapazes e raparigas aos cuidados de saúde primários (OMS & UNICEF, 1978).

A utilização de terapeutas locais, de acordo com o espírito de Alma Ata, para colmatar as deficiências em termos de profissionais de saúde biomédicos, originou um

---

<sup>21</sup> As restantes valências eram educação para saúde, nutrição adequada, saneamento básico e água portável, controle das principais doenças infecciosas por meio de imunização, prevenção e controle de doenças localmente endémicas, tratamento de doenças e lesões comuns, e provimento de medicamentos essenciais (OMS & UNICEF, 1978).

renovado interesse pelas parteiras locais (Foran, 2007; Mangay-Manglacas & Puzurki, 1983; Verderese & Turnbull, 1975). Por todo o mundo, fora da alçada da biomedicina, eram sobretudo mulheres maduras - e não homens - que continuavam a deter competências específicas para darem assistência durante os nascimentos (Newton & Newton, 1972). Em 1978, a OMS evidenciaria que cerca de dois terços dos nascimentos globais eram assistidos por parteiras locais (Hollenberg, 2017b).

A eventual inclusão das parteiras locais nos sistemas de saúde públicos criou alguma controvérsia. Conforme anteriormente evidenciado, algumas administrações coloniais já tinham subordinado os seus saberes terapêuticos aos seus desígnios políticos e económicos (Barthélémy, 2005; Boddy, 1998; Langwick, 2011). Porém, no período pós-independências, esta ideia não era minimamente consensual. Defensores (Bayles, 2008; Djukanovic & Mach, 1975; Jordan, 1989, 1992; Leslie, 1980; Nianzy, 2008; Rowley, 2000) e opositores (Bergström & Goodburn, 2001) desta integração digladiaram-se durante anos, esgrimindo argumentos, sobre as vantagens e desvantagens desta opção política. De um lado da barricada, encontravam-se os advogados desta iniciativa, alegando que as estas terapeutas locais seriam a solução mais viável perante as diversas limitações dos sistemas de saúde públicos dos países ditos subdesenvolvidos (Leslie, 1980). Estas mulheres, para além de chegarem a um número muito mais elevado de parturientes, na grande maioria das vezes não implicavam quaisquer custos para os sistemas de saúde públicos porque a ocupação de parteira não era um trabalho a tempo inteiro. Muitas delas exerciam outras atividades geradoras de rendimentos com a agricultura, a venda em mercados ou a olaria (Nyonator, 2017). Do outro lado, estavam aqueles que encaravam esta abordagem com mais ceticismo, alertando para o perigo de determinadas práticas obstétricas locais que seriam nocivas supostamente para a saúde da mulher e criança, em consonância com um ponto de vista puramente biomédico. Esta polémica era aliás apenas um dos muitos pontos controversos da Declaração de Alma Ata.

Pelo facto de serem consideradas, de um modo geral, práticas terapêuticas inseguras (Nyonator, 2017), começou a ser equacionada pelos decisores políticos a possibilidade de sujeitar estas provedoras de cuidados de saúde a uma formação biomédica de curta duração na área da obstetrícia. Porém, conforme constatou John Paul Nyonator (2017) relativamente ao contexto ganês, mesmo com esse treinamento biomédico, as sinergias entre estas mulheres e os profissionais de saúde biomédicos eram particamente

inexistentes. O problema parecia residir no facto de existirem suspeitas ou acusações de que estas mulheres se envolviam em práticas terapêuticas altamente arriscadas que acabavam por expor a mãe e criança a infeções e eventualmente à morte. Por causa disso, muitos agentes biomédicos revelaram dificuldades em aceitar e trabalhar em parceria com as PDT. Embora muitas práticas locais fossem condenadas pelos profissionais de saúde, não existiam grandes evidências de que os seus procedimentos médicos fossem realmente prejudiciais. Aliás, muito pelo contrário, muitos destes partos eram considerados totalmente seguros<sup>22</sup> (Jordan, 1992[1978]; Kitzinger, 1991). A insegurança da biomedicina relativamente as PDT tinha na realidade muito mais a ver com a falta de água potável, de saneamento básico e de uma alimentação adequada para as mulheres e seus filhos (Davis-Floyd & Sargent, 1997b) do que propriamente com os procedimentos clínicos executados pelas PDT.

A preocupação dos profissionais biomédicos resultava do receio que tinham de que as culturas ditas tradicionais representassem um obstáculo na promoção da saúde (Torri, 2017a). Portanto, mesmo quando concordavam com a cooperação, estas parteiras continuavam a ser vistas como inferiores pela sua ausência de educação formal. Nunca eram consultadas sobre as suas competências relativamente à assistência ao parto. E eram frequentemente criticadas pela sua falta de compreensão da anatomia e fisiologia do corpo humano (Nyonator, 2017).

A implementação de forma sistemática de cursos de formação de PDT iniciar-se-ia em 1983 no âmbito das estratégias seletivas, com fundos da UNICEF, em colaboração com o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) e a OMS (Nyonator, 2017). A reabilitação das PDT tornar-se-ia numa das várias medidas avulsas do pacote destinado à saúde materna e infantil.

Nem todas as mulheres recrutadas eram as especialistas locais reputadas na assistência de trabalhos de partos difíceis. Algumas não passavam de curiosas com alguma experiência por terem auxiliado algumas familiares a darem à luz. A função social de parteira não se encontrava diferenciada em todas as comunidades (Langwick, 2011). Por vezes, as mulheres tinham de pagar para poderem aceder a estes conhecimentos esotéricos (Newton & Newton, 1972). Portanto, o seu estatuto variava muito de comunidade para comunidade (Cosminsky, 1976). Em algumas circunstâncias,

---

<sup>22</sup> Antes do seu contacto com a biomedicina, nalgumas sociedades já utilizavam uma série de fármacos como a ocitocina durante o trabalho de parto. Também se realizavam cesarianas e operações para alargar o canal vaginal (Newton & Newton, 1972).

a sua seleção para o curso de PDT dependia menos das suas competências técnicas do que da sua posição social. O facto de manterem algum tipo de relação familiar ou de afinidade com o chefe da aldeia, o principal recrutador desta mão-de-obra, contribuía para a sua escolha (Olivier de Sardan, Moumouni, & Souley, 1999). Nalguns locais escolhiam inclusive raparigas que ainda não tinham tido filhos, o que fazia com que fossem pouco solicitadas após a formação (Riss, 1989).

Na teoria, os conhecimentos biomédicos das PDT deveriam ser os cuidados de higiene, os conselhos e cuidados pré-natais e o reconhecimento das gravidezes de alto-risco que necessitariam ser referenciadas (Cosminsky, 1976). A promoção do planeamento familiar (Guillaume & Bonnet, 2004) e da vacinação infantil (Chi & Urdal, 2018) eram duas das suas outras oficiais incumbências. Porém, na prática, as suas funções acabavam por ser bastante heterogéneas, mesmo que a introdução de procedimentos higienizados aparecesse com a maior constante. Algumas assistiam os nascimentos que se desenvolviam dentro de um quadro considerado normal. Outras não auxiliavam partos, apenas referenciavam as parturientes à unidade de saúde mais próxima (Foster, 1977). Oficialmente não lhes eram reconhecidas capacidades para intervir clinicamente em caso de complicações graves durante o trabalho de parto. Mesmo que algumas delas possuíssem competências para o efeito, aprendidas no domínio da chamada medicina tradicional. Por exemplo, as mulheres da Sociedade Sande<sup>23</sup> da Serra Leoa tinham conhecimentos terapêuticos que lhes permitiam assistir parturientes em que os bebés se encontrassem na posição pélvica ou transversal (MacCormack, 1982), ou seja, se os fetos estivessem invertidos ou atravessados. Tampouco era dada às PDT formação biomédica para o efeito. Quando, na prática, as circunstâncias facilmente o justificassem. Os entraves às evacuações de parturientes com complicações graves eram diversos, desde a falta de meios de transporte à distância, e mesmo nalguns casos, à recusa dos maridos, que não autorizavam a evacuação das suas mulheres para as unidades de saúde de referência. Na verdade, as PDT viam-se muitas vezes obrigadas a assistir partos complicados (Nyonator, 2017) por sua conta e risco.

---

<sup>23</sup> Trata-se de uma associação secreta feminina existente na África ocidental cujos objetivos primordiais é preparar as raparigas mende para a idade adulta e para o casamento (“The Sande society. History & background,” 2009).

Vozes discordantes também se ergueram contra o ensino de técnicas biomédicas às PDT, alegando que os procedimentos clínicos aprendidos durante as formações eram insuficientes para prestar cuidados de saúde de índole biomédica. Principalmente por causa das fracas condições em que estes cursos eram administrados. A crônica falta de fundos levava a que o tempo de formação fosse drasticamente encurtado e as reciclagens formativas quase inexistentes. O reabastecimento destas mulheres em materiais consumíveis e perecíveis era outro dos problemas mais comuns. Com efeito, enquanto o programa da UNICEF perdurou, a formação e reciclagem de PDT foi marcada por imensas irregularidades e descontinuidades (Smith et al., 2000).

As «estratégias seletivas» relativas à saúde materna acabariam por reforçar a importância do aparato tecnológico biomédico nas políticas de promoção da saúde global. Mais tecnologia rapidamente se tornou sinónimo de melhor biomedicina (Kunisch, 1989). Todavia, o seu impacto no bem-estar das mulheres em idade reprodutiva seria mínimo. Conforme previamente referido, a adesão à contraceção bioquímica continuou a ser muito fraca. De igual modo, o número de partos clinicamente assistidos em muitos países permaneceu pouco expressivo. Mesmo que a recorrência às PDT se tenha vulgarizado, muitas delas prestavam na prática serviços de obstetrícia que as autoridades responsáveis pela elaboração de políticas de saúde pública dificilmente ratificariam. Em contrapartida, em termos de saúde infantil, observar-se-iam algumas mudanças. A imunização dos recém-nascidos e a procura de cuidados biomédicos durante os episódios de doença aguda infantil vulgarizaram-se (Dadhich, 2009).

A discussão sobre os benefícios e malefícios da participação PDT nos sistemas de saúde públicos manter-se-ia acesa ao longo de vários anos. Ainda assim, nos princípios dos anos 1990, as PDT eram consideradas responsáveis por assistir cerca de oitenta por cento dos nascimentos a nível global (Cecil Helman *apud* Hollenberg, 2017b). Com efeito,

*«This wide-scale establishment of TBAs [Training Birth Attendants] and midwives has occurred in spite of male domination of the reproductive health field since the 19th and 20<sup>th</sup> centuries, and recent struggles faced by professional midwives with regard to their professionalization...»*  
(Hollenberg, 2017b, p. 24).

As PDT veriam a sua posição ser reforçada a partir de 2002, graças ao reconhecimento oficial das MAC (Foran, 2007), no Global Norte.

### 1.3.3 A Iniciativa Maternidade Sem Risco

As sucessivas conferências internacionais em torno da temática da mulher que aconteceram durante a década de 1970 e 1980<sup>24</sup>, assim como, um contundente artigo publicado por Allan Rosenfield e Deborah Maine (1985) contribuíram para que a promoção da saúde da mãe passasse a ser assumida pelos decisores políticos como um realidade independente do bem-estar infantil. Até então, os programas de saúde pública tinham reduzido as mulheres a meras máquinas reprodutoras ao serviço da perpetuação da espécie, que necessitavam ser vigiadas e intervencionadas biomedicamente para dar à luz filhos saudáveis e robustos, e aumentar desta forma a sua probabilidade de sobrevivência na infância (Kunisch, 1989). Esta indiferenciação era até certo ponto compreensível. A sobreposição parcial entre o período perinatal e neonatal facilitava esta imprecisão conceptual. Todavia, as questões de saúde das crianças de cinco ou dez anos pouco ou nada têm em comum com os problemas específicos relacionados com a mulher. A própria designação de «cuidados de saúde materno-infantis» veiculava sub-repticiamente esta ideia de que a saúde materna se encontrava subordinada à saúde infantil (Rosenfield & Maine, 1985).

Neste seguimento, a OMS lançou em 1987 um programa vocacionado para a promoção da saúde materna denominado «Iniciativa Maternidade Sem Risco» (IMSR). No âmbito desta iniciativa, a saúde materna emergiu, pela primeira vez, em lugar de destaque nas políticas públicas de saúde. Os objetivos deste programa eram muito ambiciosos pois propunham uma abordagem mais globalizante da saúde centrada na mulher, se bem que circunscrita ao seu período reprodutivo. No âmbito da MSR foi pela primeira vez oficialmente anunciado o combate à morbidade e mortalidade materna como uma prioridade de um programa de saúde pública (Sousa, Waltisperger & Locoh, 1995). A importância do acesso a determinados procedimentos biomédicos durante a gravidez, parto, puerpério e período de amamentação foi igualmente reforçada. Porém, a promoção da saúde materna deixou de estar restringida aos cuidados de ginecologia e obstetrícia que apenas se preocupavam com o corpo da gestante ou da não-gestante, que suspendera momentaneamente a sua fertilidade com a ajuda de fármacos bioquímicos,

---

<sup>24</sup> A I Conferência Internacional sobre a Mulher, sob o lema “Igualdade, Desenvolvimento e Paz”, foi realizada em 1975 no México; a II Conferência Internacional sobre a Mulher, com tema “Educação, Emprego e Saúde”, teve lugar em 1980 na Dinamarca; a III Conferência Mundial sobre a Mulher, com tema central “Estratégias Orientadas ao Futuro, para o Desenvolvimento da Mulher até o Ano 2000” aconteceu em 1985 no Quênia (“Conferências mundiais da mulher,” n.d.).

de uma perspectiva biológica. As dimensões sociais, culturais, políticas e económicas em que as mulheres se encontravam inseridas passaram igualmente a ser assumidas como fundamentais para a melhoria do bem-estar materno. No quadro desta iniciativa continuaram a ser encaminhados recursos para a formação de PDT. Se bem que a partir de 1997, as verbas canalizadas para a sua formação decrescessem substancialmente por causa de uma mudança de prioridades ao nível dos decisores políticos internacionais. Doravante, nos programas de saúde pública dirigidos ao Global Sul, passar-se-ia a dar prioridade aos nascimentos assistidos por agentes de saúde especializados (Kruske & Barclay, 2004).

Logo a seguir, no âmbito da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIDP), realizada em 1994 no Cairo<sup>25</sup>, foi enunciado o conceito de saúde reprodutiva, com base na definição de saúde avançada pela OMS. Esta designação terá aparecido pela primeira vez nos finais dos anos 1980, pelas mãos da OMS e do FNUP (Guillaume & Bonnet, 2004), mas terá sido no quadro desta conferência que se terá sido oficialmente introduzida à comunidade internacional. Pela primeira vez apareceram preocupações de ordem ética relacionadas com a proteção da saúde e dos direitos dos indivíduos nos diferentes contextos socioculturais (José Barzelatto *apud* Guillaume & Bonnet, 2004). Assim, a saúde reprodutiva foi enunciada como «um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutivo, e não apenas com a ausência de doença ou enfermidade». A saúde reprodutiva passou igualmente a implicar que

*«... les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risques et que la reproduction ait une issue heureuse (survie des enfants et croissance satisfaisante). Cela signifie aussi que les individus soient capables de réguler leur fécondité et d'avoir une sexualité sans danger.»* (Mahmoud Fathalla *apud* Guillaume & Bonnet, 2004, p. 11).

O direito a uma vida sexual segura e satisfatória, à capacidade de reprodução e à liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes se quer fazê-lo introduziu uma dimensão política e sexual no conceito de saúde avançada pela OMS. A noção de saúde sexual tinha já sido formulada por ocasião de uma conferência da OMS realizada em 1975. Nessa altura dizia respeito às doenças do aparelho genital, assim como, às

---

<sup>25</sup> Foi sucedida no ano seguinte pela IV Conferência Mundial sobre a Mulher com tema central “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”, realizada na RPC. Vulgarmente conhecida como a Conferência de Pequim.



dimensões afetivas e sociais das relações sexuais (Alain Giami *apud* Guillaume & Bonnet, 2004). A sua enunciação fora de extrema importância porque permitira dissociar a sexualidade da procriação e abriu caminho para que em 1993 fosse forjada a noção de direito sexual, fundamentada na definição dos Direitos Humanos (Arlette Gautier *apud* Guillaume & Bonnet, 2004). Os direitos sexuais seriam utilizados tanto na reclamação do prazer sexual como no combate das feministas contra o assédio e a exploração sexual (Leonore Tiefer *apud* Guillaume & Bonnet, 2004). No quadro da saúde reprodutiva, as mulheres [e crianças] deixaram de ser consideradas as únicas protagonistas da reprodução. De igual modo, cessaram de ser vistas como objetos, para passarem a ser assumidas como sujeitos de pleno direito no processo de decisão em matéria de sexualidade e fecundidade. Ainda que na prática, em muitos países, esta capacidade decisória se encontre comprometida por diversas variáveis (Mahmoud Fathalla *apud* Guillaume & Bonnet, 2004). Estas conquistas encontram-se historicamente associado às reivindicações das feministas do Global Norte, designadamente à liberdade sexual e ao direito à contraceção e à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). O reconhecimento do direito à mulher de dispor livremente do seu corpo trouxe o problema das gravidezes indesejadas para a ribalta. O aborto ilegal e clandestino passou a ser problematizado como uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna, e, por isso mesmo, como um grave problema em matéria de saúde pública. Ainda assim, muitos governos manifestaram imensas reservas (Guillaume & Bonnet, 2004) relativamente a uma eventual despenalização da IVG.

A globalização do VIH-SIDA e a reincidência de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) conduziram a necessidade de alargar o espectro dos atores sociais da saúde reprodutiva aos homens e às mulheres no climatério (Guillaume & Bonnet, 2004); melhor dizendo, tanto homens como mulheres, nas diferentes etapas da sua vida sexual e reprodutiva: nascimento, adolescência, fase adulta e menopausa passaram a ser elementos visados pelas políticas de saúde reprodutiva (Tomris Turmen *apud* Guillaume & Bonnet, 2004). Em consequência disso, à noção de maternidade sem risco associou-se a ideia de sexualidade sem risco. As questões que se levantaram em torno da transmissão das DST conduziram à introdução das noções de responsabilidade e sexualidade partilhadas que assentavam no princípio de equidade entre homens e

mulheres (Guillaume & Bonnet, 2004). A Conferência de Beijing<sup>26</sup> sobre a mulher em 1995 reforçaria muitas destas exigências políticas (Kissling, 1996).

A tomada em consideração do estatuto da mulher pelos decisores internacionais teve um impacto residual em muitos dos países ditos subdesenvolvidos. As intervenções no âmbito dos projetos de desenvolvimento em geral e dos programas de saúde pública em particular não conseguiram reverter esta tendência. O estado demográfico, sanitário e económico calamitoso de muitos países associado à parcimónia de fundos canalizados para área da saúde pelo Global Sul<sup>27</sup> contribuiram para que a condição da mulher, no panorama global, pouco se modificasse.

A implementação da IMSR acabou se por ser feita num contexto económico, social e político adverso e, por isso mesmo, acabou por se revelar contraditória. A promoção de um programa de saúde abrangente dirigido às mulheres aconteceu numa altura em que se iniciava a privatização dos sectores da saúde em muitos países ditos subdesenvolvidos e que se começavam a cobrar os serviços de obstetrícios prestados nas unidades de saúde pública, em harmonia com as diretivas dos PAE (Turshen, 1999). Além do mais, assistia-se a uma progressiva marginalização económica das mulheres, as quais acabaram remetidas para o sector informal da economia<sup>28</sup> por causa do colapso do tecido formal sob as condicionantes impostas pelas instituições de Bretton Woods (Sadasivam, 1997). Em consequência de tudo isto, as mulheres acabaram por se afastaram ainda mais dos serviços de saúde públicos. Na realidade, a maioria dos objetivos elaborados no quadro da IMSR nunca chegaria a sair do papel. Em termos económicos, apenas foram tomadas algumas medidas pontuais, e muitas vezes descoordenadas com outros projetos, para tentar melhorar as condições de vida de alguns segmentos femininos carenciados das populações, através do recurso ao microcrédito para a criação do próprio emprego. Por exemplo, Ruhul Amin, Robert Hill e Yiping Li (1995) mostraram que o acesso das mulheres ao microcrédito no Bangladesh contribuiu para o aumento a taxa de utilização de métodos contraceptivos e, conseqüentemente, para a diminuição da fertilidade. No plano político foi dada uma especial ênfase à participação formal das mulheres na política (Tripp, 2017). Para tanto, foram criadas quotas de género para o exercício de determinados cargos políticos. Mas

---

<sup>26</sup> Também conhecida como a IV Conferência Mundial sobre a Mulher que se debruçou sobre o tema “Ação para a Igualdade, o Desenvolvimento e a Paz”.

<sup>27</sup> Com a queda do Muro de Berlim, os países do antigo Bloco de Leste tornaram-se a grande prioridade da APD (Afonso, 2005).

<sup>28</sup> Sobre a informalização da economia no chamado Terceiro Mundo, ver por exemplo, Keith Hart (1973).

estas providências pouco impacto tiveram para a esmagadora maioria da população feminina, favorecendo sobretudo uma minoria de mulheres instruídas e/ou com um capital social não negligenciável. Nenhuma deliberação política foi promulgada no sentido de aliviar os obstáculos à escolarização das raparigas ou os entraves relativamente ao acesso aos cuidados de saúde públicos. Apenas a redução das barreiras geográficas foi contemplada pela mencionada linha de crédito disponibilizada pelo BM. Mesmo no âmbito da Iniciativa de Bamaco, cuja principal prioridade era combater a mortalidade materna e infantil (Ridde, 2004), através do incremento da taxa de utilização dos serviços biomédicos pelas mulheres e crianças, era cobrada uma taxa fixa pelas Cuidados ou Consultas Pré-Natais (CPN) e pela assistência clínica durante o nascimento. Portanto, na prática, a IMSR resumiu-se à promoção do planeamento familiar e do parto assistido clinicamente através de campanhas de prevenção e à formação de PDT. Como resultado, o conceito de saúde materna formulado nessa altura acabou por traduzir essa prioridade que enfatizava a progressiva a progressiva biomedicalização do corpo da mulher, reduzindo o bem-estar da mulher à sua dimensão orgânica<sup>29</sup>. Reduzindo, desta forma, a condição da mulher à função materna (Sousa, Waltisperger & Locoh, 1995).

A conjuntura política e económica desfavorável em que se promoveu a IMSR contribuiu para que a promoção da saúde da mulher se resumisse a um conjunto de variáveis estatísticas que monitorizava a evolução de cada nação no combate à mortalidade materna através da tecnologia biomédica. Em numerosos países, principalmente africanos, os dados sobre a morbilidade materna eram, e nalguns casos continuam a ser, muito limitados (Easterly, 2009). Muitos óbitos de mulheres permanecem não reportados (Ali Soud, 2005). As estatísticas sanitárias basicamente apoiavam-se sobre a atividade existente nas formações sanitárias (Guillaume, Koffi, & Vimard, 1995). Os números reduzidos de partos clinicamente assistidos, fraca adesão ao planeamento familiar, na ausência dados empíricos mais credíveis, passaram a ser interpretados como fatores de risco para a morbilidade e mortalidade materna. Em bom rigor, as taxas de atendimento nos serviços de saúde públicos pouco informavam sobre o estado de saúde geral das populações. Na realidade, a importância da biomedicina

---

<sup>29</sup> De acordo com a definição veiculada durante muitos anos pela OMS, a saúde materna dizia respeito ao bem-estar da mulher durante a gravidez, parto e puerpério. Esta enunciação focava-se principalmente no combate às principais causas biológicas da mortalidade e morbilidade da mulher em consequência do ato de conceção. Por causa da tendência organicista presente na sua formulação, este conceito acabou por ser preterido em favor da noção de morte materna (OMS, n.d.).

para a melhoria da saúde materna está muito longe de ter sido um facto comprovado (Davis-Floyd & Sargent, 1997b).

Em alguns lugares, a elevada mortalidade ao nível das formações sanitárias era utilizada de forma totalmente descontextualizada para calcular a mortalidade materna de alguns países (Turshen, 1991a). O recurso à taxa de mortalidade como único instrumento de medida da saúde das mulheres foi muitas vezes criticado e denunciado (Fassin & Défossez, 1992). Além do mais, de acordo com Soheir Morsy (1995), é preciso olhar para mortalidade materna com cautela. A forma redutora como foi construído este indicador sanitário impede que determinadas causas relacionadas com a morte materna sejam consideradas e que outras variáveis que não impactam diretamente no óbito materno sejam concetualizadas como fatores de risco.

Alguns estudos demográficos sobre a mortalidade e morbidade materna foram realizados com base em pesquisas culturais, ou seja, a partir de declarações feitas pelas próprias mulheres (Guillaume et al., 1995). Contudo, para além de incidirem sobre problemas de saúde recentemente vivenciado pelas mulheres, também não permitiam distinguir quais dos transtornos mencionados tinham relação direta com a saúde reprodutiva. Mesmo que não fosse assumido de forma inequívoca, estes trabalhos procuravam traduzir biomedicamente as declarações de doenças feitas pelas entrevistadas, passando por cima do princípio, que será discutido a jusante, sobre a intraduzibilidade de entidades nosológicas locais em biomédicas.

Em muitos países era difícil recolher dados estatísticos credíveis sobre o número real de óbitos maternos. As PDT estavam supostamente incumbidas da tarefa de registar informação relevante sobre todos os nascimentos que atendessem (Langwick, 2011), e contribuir desta forma para uma melhoria dos dados censitários existentes (Nyonator, 2017). Contudo, os disfuncionamentos supramencionados associados a fraca ou nenhuma literacia dificultavam esta incumbência.

Na realidade, desconheciam-se muitos dos verdadeiros problemas vivenciados pelas mulheres de uma forma geral e principalmente pelas grávidas, parturientes e puérperas que geriam as gestações e nascimentos à margem dos sistemas de saúde públicos.

A construção de indicadores sociais e sanitários negativos com base na subtração das populações face aos serviços de saúde públicos na maioria dos países do Global Sul a partir de meados dos anos 1980 facilitou o aparecimento da ideia de que existiam barreiras sociais que impediam as mulheres de usufruírem cuidados de saúde

biomédicos (Tim Ensor & Stephanie Cooper *apud* Torri, 2017a). A redução da promoção da saúde da mulher ao combate à mortalidade materna levou a uma produção considerável de relatórios organismos internacionais (UNICEF, 2008a; WHO, 2005; WHO, UNICEF, UNFPA, & WB, 2010), onde foram reiteradas as principais causas fisiológicas de óbito materno. A identificação destas barreiras ajudou a consolidar a crença de que o parto assistido clinicamente era a forma mais segura de dar à luz, em vez de se tentar compreender as razões pelas quais as mulheres preferiam ter os filhos a domicílio. As narrativas patentes nestes documentos oficiais assumiam que quando e onde as crianças nasciam, dependia exclusivamente de decisões racionais por parte das mães (Neil Price & Neil Thomas *apud* Torri, 2017a).

A cultura é, muitas vezes, assumida como um verdadeiro obstáculo ao sucesso de um projeto de desenvolvimento sanitário (Sousa, Waltisperger & Locoh, 1995). Problemas relacionados com as dificuldades de comunicação (Torri, 2017a), o desconhecimento sobre o tipo de serviços de saúde disponíveis nas redondezas (Justion Parkhurst, Kirill Danischevski & Dina Balabanova *apud* Torri, 2017a), ou os receios de possíveis efeitos secundários relativamente ao planeamento familiar (Guillaume & Bonnet, 2004) são exemplos de entraves que remetem para o universo cultural.

O afastamento das mulheres dos centros de saúde podia também ser causado por obstáculos geográficos como a distância, as condições das estradas ou os problemas de transporte (Torri, 2017c), assim como os entraves de ordem financeira (Fassin, 1999a; Ridde, 2004; Torri, 2017c). Em vez de formular esta questão em termos de efeitos centrífugos, ou seja, colocando em evidência os obstáculos culturais, económicos, geográficos e institucionais, Hornosty (2017) preferiu uma abordagem que salientasse os aspetos positivos e atrativos da principal concorrente da biomedicina no contexto do Global Sul, a medicina dita tradicional:

*«... women choose TM [Traditional Medicine] for primary care over biomedicine (when both are available) because it aligns with their cultural and traditional values, because of skepticism of and cultural insensitivity on the part of biomedical health professionals, and because of the afford ability and general proximity of TM [...] lack of accessibility and transportation costs, time constraints, language and culture barriers, and opposition from their husband of family to biomedical health care.» (p. 236).*

### **1.3.4 O ODM 5: melhorar a saúde materna**

Com a Declaração do Milênio, a melhoria dos cuidados de saúde das crianças e das mulheres ficou ainda mais biologicamente circunscrita. O ODM 5 tinha como meta principal a redução drástica do número de mortos entre as grávidas, parturientes e puérperas. Somente mais tarde, em 2005, é que foi lavrada uma adenda a este objetivo, introduzindo igualmente como baliza o acesso universal à saúde reprodutiva. Este aditamento visava mais a vulgarização dos métodos anticoncepcionais bioquímicos do que os direitos sexuais e reprodutivos.

Com a formulação dos ODM, a melhoria do bem-estar materno cristalizou-se em torno do combate biomédico à mortalidade materna, tornando-se um assunto da exclusiva responsabilidade da biomedicina que podia ser monitorizado e traduzido estatisticamente. As restantes dimensões da saúde da mulher, assinaladas no quadro da IMSR, continuariam a ser bastante negligenciadas, mesmo que se tenham mantido como prioridades nalguns discursos políticos.

A importância excessiva conferida à dimensão biológica da saúde denota que os decisores políticos internacionais continuaram a reduzir a saúde reprodutiva aos órgãos reprodutivos femininos e que os problemas de saúde apresentados como realidades universais eram compreendidos, interpretados e experienciados por todas as mulheres da mesma maneira (Torri, 2017c). Esta ideia redutora de concentrar a promoção da saúde e bem-estar única e exclusivamente no combate à mortalidade também se encontrava patente no ODM 4.

Para além das variáveis associadas aos partos assistidos clinicamente e à adesão à contraceção familiar, o atendimento de CPN tornou-se outro parâmetro de avaliação do risco de morte materna. Tanto a percentagem de gestantes como a frequência com que se submetiam à vigilância pré-natal passaram a ser informação fundamental para calcular o risco de morte materna numa determinada região ou país.

À medida que o prazo para cumprir os ODM se aproximava do fim, começaram a chover críticas relativamente à formulação, execução e fiscalização das suas metas. O ODM 5 foi particularmente atingido por estas apreciações. Sem embargo das reformas realizadas para aproximar as mulheres das unidades públicas de saúde em questões relacionadas com o planeamento familiar, as CPN e o parto, os resultados continuaram muito aquém do previsto, principalmente na África subsariana (Easterly, 2009). Mesmo

quando os serviços hospitalares não eram cobrados e existiam nas proximidades, as taxas de utilização mantiveram-se baixas (Torri, 2017a).

A substituição da impopular imagem da delimitação dos nascimentos pelo seu espaçamento, dificilmente alterou a percepção negativa que muitas mulheres tinham sobre a contraceção bioquímica (Guillaume & Bonnet, 2004). O aumento do intervalo entre gravidezes permitiria às mulheres prolongarem o tempo de amamentação, reduzindo desta maneira a letalidade infantil por força da ablactação prematura e de diminuir também a probabilidade de morte materna por causa do prolapso uterino (UNICEF, 2008b). A supressão dos principais entraves relacionados com a sua distribuição, preço, acessibilidade geográfica e autorização do cônjuge não contribuiu para o incremento do seu consumo (Sedgh, Ashford, & Hussain, 2016).

Perante o retumbante fracasso das políticas de gratuidade, os decisores internacionais viraram-se então para a referida questão da qualidade. A aposta no incremento da qualidade dos serviços prestados foi a resposta política encontrada para ultrapassar o impasse entretanto criado na sequência do levantamento das barreiras financeiras e geográficas. A formação precária dos agentes de saúde na área da obstetrícia (Torri, 2017c) foi uma das razões avançadas para a falta de qualidade dos serviços de saúde. O desinteresse da UNICEF em continuar a financiar programas de formação de PDT (Maraesa, 2014) está relacionado com o facto de organismo considerar que estas prestadoras de cuidados de saúde não reúnem as competências necessárias para assistir de forma segura as parturientes. As diretivas dos organismos internacionais passaram a exigir que a vigilância da saúde materna fosse preferencialmente realizada por agentes técnicos altamente qualificados. Esta decisão internacional não deixa de ser surpreendente tendo em conta a recente reiteração da importância capital das PDT na saúde da mulher (Foran, 2007), designadamente na forma como a sua presença no interior das unidades de saúde aumentava a confiança da parturiente nos agentes de saúde locais (Torri, 2017b).

Uma opção alternativa tem sido os ASC, cujos programas de formação nunca deixaram de receber financiamentos internacionais (Perry, Serra-Esteban, & Berman, 2013). Até porque, conforme anteriormente mencionado, com a expansão das redes sanitárias no interior dos países, a necessidade de meios técnicos humanos multiplicou-se num espaço muito curto de tempo. Como criar um ASC de raiz era uma tarefa relativamente rápida, fácil e pouco dispendiosa, estes agentes de saúde comunitários

acabaram por preencher as lacunas de mão-de-obra especializadas no seio dos sistemas de saúde públicos.

A biomedicalização da saúde materna nunca se estendeu à fase do puerpério. Os cuidados pós-natais tanto para a mãe (Ali Soud, 2005) como para a criança (Amouzou, Habi, & Bensaïd, 2012) continuam a ser praticamente inexistentes. Ao contrário daquilo que se têm observado relativamente às medicinas locais (Frake & Frake, 1957; Newton & Newton, 1972; Sathoud, 2007). À exceção da assistência recebida no interior da própria família, os especialistas ditos tradicionais continuam as terapeutas ditas tradicionais continuam a ser os principais prestadores de cuidados de saúde às mulheres durante o período pós-parto (Dennis et al., 2007).

A radicalização da importância da biomedicina nas políticas públicas de saúde, sob a bandeira do incremento da sua qualidade, aconteceu contraditoriamente quando se verificava exatamente o oposto nalguns países de elevado rendimento. Após de algumas décadas de pressão política, os movimentos da sociedade civil que lutavam contra a biomedicalização excessiva do processo gestativo acabaram por conseguir a incorporação, nos cuidados de saúde públicos existentes nalguns países, de parteiras com formação alternativa à biomédica, designadamente as doulas (Gruber, Cupito, & Dobson, 2013). O dualismo que caracteriza as políticas de saúde materna internacionais mostra que o espaço ideológico da cooperação internacional ainda necessita ser convenientemente descolonizado.

No Global Norte, durante as últimas décadas têm-se observado que um número crescente de mulheres tem procurado as MAC para resolver distúrbios relacionados com a saúde reprodutiva como os transtornos menstruais, a menopausa, a gravidez ou o nascimento (Denise Tiran *apud* Torri, 2017c). As principais razões apresentadas pelas utentes relativamente à sua adesão às terapias propostas pelas MAC referem a recuperação do controlo sobre o próprio corpo e relativamente às terapias usadas, assim como, a resistência à biomedicina (Torri, 2017c). Embora as MAC sejam mobilizadas tanto pelo sexo masculino como feminino, as mulheres tendem a predominar tanto como clientes que como terapeutas (Marcus Doel & Jeremy Sgott *apud* Torri, 2017c). No Global Norte, o acesso às MAC muitas vezes depende dos recursos económicos disponíveis para o efeito (Hornosty, 2017) e portanto a sua utilização tornou-se mais prevalente entre estratos socioeconómicos mais elevados (Berveley Skeggs *apud* Torri, 2017a).



### **1.3.5 O ODS 3: promover a igualdade de gênero**

Ainda que a Agenda 2030 seja incontestavelmente bem-intencionada e apresente soluções mais articuladas e inclusivas, no que concerne a saúde das mulheres verificam-se muito poucas diferenças relativamente à Declaração do Milênio. Apesar do ODS 3 propugnar, de um modo geral, por uma ideia de saúde mais abrangente<sup>30</sup>, na prática as suas metas permaneceram mais ou menos idênticas às dos ODM. Mesmo que tenha sido introduzida uma variação diatópica [rural versus urbano] na avaliação do risco de morte materna, a promoção do bem-estar das grávidas e parturientes permaneceu circunscrito ao combate à mortalidade. Com a agravante da saúde sexual e reprodutiva ter sido completamente suprimida desta nova agenda.

---

<sup>30</sup> Crianças com mais de cinco anos, adolescentes, mulheres que não se encontrem em idade reprodutiva e idosos encontram-se contemplados enquanto grupos-alvo de intervenções no âmbito das políticas de saúde pública.

## **2 A Antropologia Médica e algumas declinações teóricas**

As vicissitudes associadas à implementação dos primeiros programas de saúde pública internacional conduziram à emergência, no quadro das ciências sociais, de um novo campo de saber autónomo, a Antropologia médica. O dinamismo teórico que caracterizou esta disciplina, sobretudo a partir dos anos 1970, acabou por facilitar o aparecimento de algumas especializações dentro e fora deste domínio científico.

### **2.1 Definição e delimitação do conceito de Antropologia Médica**

A área da Antropologia Médica emergiu na sequência do fracasso que foram os primeiros programas de saúde pública (Polgar, 1962; Scotch, 1963) implementados a seguir à Segunda Guerra Mundial . Este fiasco contrariou as expectativas dos estadunidenses que acreditavam que conseguiriam levar cuidados de saúde ao resto do mundo, exportando tecnologia biomédica. Nessa altura predominava a ideia entre os decisores políticos de que as práticas e instituições biomédicas se podiam adaptar sem qualquer problema a qualquer realidade local e a crença que as populações-alvo das intervenções sanitárias automaticamente aderissem à biomedicina, abandonando as suas anteriores práticas terapêuticas. O etnocentrismo que sustentava a superioridade do conhecimento biomédico acabou por dificultar a compreensão das razões pelas quais os habitantes das comunidades-alvo não tinham abraçado sem restrições a esta nova opção terapêutica (Foster, 1977). Esta falta de entusiasmo das populações locais é que levou os decisores políticos a solicitarem o contributo da Antropologia. O objetivo desta aliança era resgatar as dimensões sociais e culturais da doença de modo a facilitar a adoção de tratamentos biomédicos (Scotch, 1963). A partir da década de 1950, especialistas em Antropologia começaram a trabalhar com profissionais de saúde em projetos delineados pela OMS e outras organizações internacionais de modo a facilitar a divulgação de cuidados biomédicos de tecnologia avançada (Foster, 1977). O surgimento da Antropologia Médica está relacionado com a expansão da rede sanitária biomédica, principalmente nos denominados países subdesenvolvidos.

William Caudill (1953) foi o primeiro antropólogo a oficialmente constatar a incursão de antropólogos na esfera das políticas de saúde pública. Uma década depois, Norman Scotch (1963) formulou o conceito de Antropologia Médica, sem no entanto, delimitar o domínio científico desta disciplina. Como afirmaram mais tarde Anthony Colson e Karen Selby (1974), Scotch definiu antropólogos médicos e não a

Antropologia Médica. No seguimento desta enunciação, vários autores apresentaram as suas propostas de definição deste novo campo disciplinar (Colson & Selby, 1974; Fabrega, 1971; Lieban, 1973; Mitrani, 1981).

Durante as primeiras décadas de existência, a Antropologia Médica caracterizou-se pelas suas divergências conceptuais e pela falta de consenso relativamente à sua delimitação disciplinar (Colson & Selby, 1974; Fabrega, 1971; Foster & Anderson, 1978; Landy, 1977; Lieban, 1973; Polgar, 1962; Scotch, 1963; Weaver, 1968). A ausência de entendimento entre aquilo que deveria ou não pertencer a este domínio científico atrasou a sua estabilização (Colson & Selby, 1974). A variedade de disciplinas que se dedicavam a pesquisas na área da saúde e a diversidade de temáticas exploradas contribuíram para esta imprecisão. A liberdade de escolha sobre quais os temas e as subdivisões disciplinares pertinentes no campo da Antropologia Médica ainda hoje é evidente (Alexandrakis, 2011; Johnson & Sargent, 1990; Manderson, Hardon, & Cartwright, 2016; Sargent & Johnson, 1996). Ainda assim, até aos finais da década de 1970, três tendências distintas acabaram por se evidenciar: a etnomedicina, as pesquisas sobre os aspetos institucionais da saúde pública, e os estudos epidemiológicos.

A etnomedicina constitui-se como campo disciplinar alguns após Erwin Ackerknecht, (1971) ter isolado o conceito de doença como objeto de estudo nas denominadas sociedades primitivas. A intensificação da investigação sobre a doença no chamado Terceiro Mundo (Fabrega, 1971) e no seio das minorias étnicas norte-americanas (Rubel, 1960) levou vários autores a procurarem delimitar teoricamente esta emergente esfera académica (Colson & Selby, 1974; Fabrega, 1971; Foster & Anderson, 1978; Scotch, 1963; Wellin, 1977). Um dos principais contributos desta disciplina para a Antropologia Médica foi a criação da «tradição» em matéria de cuidados médicos. A banalização da expressão «medicina tradicional» para traduzir uma realidade tão diversificada a nível global revela que nessa época a heterogeneidade observada era menos importante do que a construção conceptual de uma alteridade [exótica] em relação à biomedicina (Hours, 1999). Em consequência disso, uma nítida separação conceptual foi estabelecida entre as esferas da biomedicina e da etnomedicina (Erickson, 2008; Pereira, 2015). Esta dicotomia fora formulada em 1924, a título póstumo, por William Rivers (2013) e aplicada por autores como Caudill (1953), Scotch (1963), Alexander Alland (1970), Ackerknecht, (1971) ou Horacio Fabrega (1977) ao

domínio da etnomedicina. De acordo com esta oposição dicotômica, a biomedicina seria especializada em lidar com a doença nos sítios onde que a presença dos serviços biomédicos se fazia sentir há muitos anos, ao passo que a etnomedicina diria respeito aos locais onde a biomedicina ainda não tinha chegado ou chegara recentemente. Esta divisão estender-se-ia à própria conceptualização de doença. Vários autores declinaram este conceito em duas noções distintas: *illness* e *disease*. Enquanto a conceptualização em torno de *disease* se manteve mais ou menos estável ao longo dos anos, o conceito de *illness* esteve sujeito a inúmeras reformulações em consonância com as perspectivas teóricas de cada um (Colson & Selby, 1974; Eisenberg, 1977; Fabrega, 1977, 1971; Kleinman, 1978; Leslie, 1980; Young, 1976).

Em paralelo ao desenvolvimento dos estudos etnomédicos, os antropólogos começaram igualmente a serem chamados para trabalhar em contextos mais burocráticos e institucionais. O leccionamento da Antropologia aplicada aos profissionais de saúde biomédicos e o trabalho de campo no interior das formações sanitárias (Caudill, 1953; Colson & Selby, 1974; Foster, 1975) tornaram-se dois novos nichos profissionais. Entre os trabalhos mais emblemáticos realizados dentro de unidades de saúde encontram-se a subcultura biomédica analisada por Carol Taylor (1970) e as pesquisas etnográficas sobre o funcionamento dos sistemas de saúde tanzaniano (van Etten, 1972) e camaronês (Hours, 1985). Os estudos sobre as instituições públicas de saúde fizeram emergir um novo conjunto de explicações para a subutilização dos serviços de saúde que permitiram transpor o determinismo cultural que presidira à emergência da Antropologia Médica. Questões como a falta de técnicos biomédicos qualificados (Colson, 1971); o comportamento dos agentes de saúde (Erasmus, 1952; Fabrega, 1971); os obstáculos linguísticos (Foster, 1975); a excessiva burocracia (Foster & Anderson, 1978); a desadequação dos horários de funcionamento das unidades sanitárias (Foster, 1977); as taxas cobradas pelos serviços (Erasmus, 1952; Fabrega, 1971; Foster, 1977; Foster & Anderson, 1978); a distância e as condições de transporte (Colson, 1971; Fabrega, 1971; Foster, 1977); a qualidade e conveniência dos serviços biomédicos (Foster, 1977) passariam a ser consideradas tão determinantes como os fatores culturais para o entendimento do comportamento das populações face aos sistemas de saúde públicos. No âmbito destes estudos, as características gerais dos programas de saúde passaram igualmente a ser escrutinadas (Genest, 1978) assim como, os programas de profissionalização de técnicos começariam a ser avaliados (Foster &

Anderson, 1978; Genest, 1978). A maioria destes temas voltaria a ser explorada mais tarde no âmbito da Antropologia Médica Crítica.

Scotch (1963) foi o primeiro autor a salientar a importância dos estudos epidemiológicos para a Antropologia Médica. Definiu-os como um método de estudar o fenómeno da doença baseado no pressuposto de que a causa, distribuição, curso, concepção e tratamento de síndromes ou sintomas de doenças particulares eram o resultado da combinação de fatores biológicos, ambientais, sociais e culturais. No quadro da Antropologia Médica, a forma como a cultura e o ecossistema influenciavam a incidência e distribuição das doenças seria sobretudo estudada no âmbito da ecologia médica (Buell & Breslow, 1960; Fabrega, 1971; Genest, 1978; Ostfeld & Lebovits, 1959; Stamler et al., 1960). O espectro da ecologia médica não se limitaria ao estudo sobre a ocorrência e repartição de algum aspeto mórbido afetando determinado um grupo específico (Genest, 1978). A sua abordagem era mais abrangente, procurando extrair os determinantes da saúde e da doença através de uma análise da adaptação bio cultural das populações humanas aos seus respetivos habitats. A saúde seria neste contexto o barómetro que mediria a adaptação de uma população ao seu meio ambiente (Walter, 1981). No contexto desta produção científica, a cultura tinha uma mera função mecanicista, representando uma mera resposta adaptativa do ser humano à pressão ambiental. E nesta sequência quanto maior fosse a adaptabilidade, maior era o crescimento populacional (Alland, 1970).

## **2.2 A diversidade terapêutica**

A prevalência de um modelo dicotómico como forma de explicação e representação da realidade observada dificultou durante muito tempo a conceptualização de comportamentos terapêuticos pluralistas. É certo que na segunda metade dos anos 1970, a oferta biomédica encontrava-se particularmente circunscrita à realidade urbana dos denominados países em desenvolvimento. Portanto, a ausência de referências à biomedicina nas etnografias realizadas em pleno mundo rural era até certo ponto compreensível. Porém, com a formulação dos cuidados de saúde primários equacionou-se pela primeira vez a possibilidade de integração das medicinas ditas tradicionais nos sistemas de saúde públicos dos países cujas redes sanitárias eram mais deficitária. Esta mudança de paradigma desenvolvimentista rapidamente influenciou a produção etnográfica no campo da Antropologia Médica.

### 2.2.1 O pluralismo médico

Nos anos que antecederam a formulação do conceito de pluralismo médico, um número crescente de investigadores começou a relatar comportamentos plurais em matéria de procura de cuidados de saúde (Colson, 1971; Genest, 1978; Gonzalez, 1966; Maclean, 1971).

A expressão «pluralismo médico» apareceu enunciada pela primeira vez numa obra de Leslie (1976), em referência ao facto do sistema nosológico indiano evidenciar uma pluralidade de doenças e etiologias, para as quais era necessário mobilizar diferentes terapeutas (Beals, 1976). No prefácio do trabalho publicado por John Janzen e William Arkininstall (1978), Leslie voltou a introduzir o termo, mas sem o circunscrever conceptualmente. Apenas refere que o pluralismo médico na RDC (República Democrática do Congo) devia ser entendido à luz transformações sociais e políticas induzidas pela colonização e pela independência do país. Dois anos mais tarde, uma edição da revista *Social Science & Medicine* publicou vários artigos sobre esta questão (Bhardwaj, 1980; Cosminsky & Scrimshaw, 1980; Heggenhougen, 1980; Leslie, 1980; Minocha, 1980). O texto da autoria de Leslie define o pluralismo médico como a oferta terapêutica disponível num determinado sistema médico local. Esta designação não deve ser confundida com a noção de sistema de saúde pública que remete unicamente às práticas médicas tuteladas pelo Estado. Segundo este autor, os sistemas médicos locais teriam sido inventados por organismos internacionais, como a OMS, para poderem legitimamente reclamar a responsabilidade legal de vigiar as condições de saúde das populações. Diziam respeito a unidades de observação imbuídas nas comunidades - por isso mesmo, todas diferentes umas das outras - que contemplavam muitas formas de cuidados de saúde ignoradas pelo poder político (Leslie, 1980). Poder-se-á dizer que os sistemas médicos por norma eram estruturas eminentemente pluralistas, ao passo que no caso dos sistemas de saúde pública, a pluralidade terapêutica dependia essencialmente da vontade política.

A partir de então, o conceito de pluralismo médico passou a ser utilizado para caracterizar múltiplas realidades tanto no âmbito da oferta médica plural como as múltiplas escolhas terapêuticas realizadas perante a doença (Benoist, 1996; Koss-Chioino, Leatherman, & Greenway, 2003; Morgado, 1994; Subedi, 2003; Sussman, 1981). Alguns autores, paralela ou posteriormente ao surgimento deste conceito, preferiram, no entanto, utilizar outras expressões para descrever esta mesma realidade

(Lock, 1980; Nichter, 1980; Peglidou, 2010). Além do mais, o próprio conceito de pluralismo médico não permaneceu estático ao longo do tempo. Muito pelo contrário, foi sendo frequentemente revisitado do ponto de vista conceptual (Baer, 2004; Cohen & Rossi, 2011; Foran, 2007).

No início, o pluralismo médico era um conceito essencialmente aplicado ao chamado Terceiro-Mundo. Contudo, rapidamente se constatou a sua disseminação ao Global Norte (Cant & Sharma, 1999; Han, 2002; Kunstadter, 1980; Leslie, 1980; Stevenson, Britten, Barry, Bradley, & Barber, 2003; Terrada, 2009; Tilburt & Miller, 2007; Votova, 2012; Wahlberg, 2007). Um estudo sobre a Grécia Antiga resgatou igualmente o pluralismo existente no seio desta sociedade até ao advento da Idade Moderna (Oberhelman, 2013). A antiguidade da diversidade terapêutica tinha sido previamente assinalada também por Kleinman (1974). Este autor afirmou relativamente ao sudeste asiático que os sistemas médicos plurais eram muito anteriores à presença da biomedicina. Esta ideia seria reforçada por Sarah Cant e Ursula Sharma (1999) quando declararam que o pluralismo médico era provavelmente uma realidade tão antiga quanto a própria humanidade.

No seio da sociedade norte-americana, conforme anteriormente referido, o recurso a outras práticas terapêuticas, para além da biomédica, fez-se durante décadas na clandestinidade por quem pertencia às minorias sociais marginalizadas. Porém, alargou-se à população em geral na década de 1980 Leslie (1980). A sua crescente visibilidade esteve diretamente relacionada com o aumento exponencial e complexificação da oferta disponível, devido ao florescimento das MAC. O crescente interesse por esta concorrência no mercado terapêutico conduziu mais tarde à elaboração da expressão «novo pluralismo médico» (Cant & Sharma, 1999). O atributo «novo» refere-se ao facto de ter existido até aos finais do século XIX, nos EUA, uma diversidade terapêutica pujante que acabaria por desaparecer à medida que as opções concorrenciais à biomedicina foram sendo ilegalizadas pelo poder político. Contudo, na prática, esta atmosfera de pluralidade de oferta médica só se terá dissipado nos locais em que a expansão e acessibilidade dos cuidados biomédicos ofuscaram a restante oferta terapêutica. Durante a vigência do «antigo» pluralismo médico, como a biomedicina não passava de uma mera opção médica entre as demais, a variedade terapêutica existente nunca esteve sujeita a qualquer exame de validação bioquímica pelas autoridades políticas. Com o ressurgimento do pluralismo médico nas ditas

sociedades industriais, vários autores passaram a defender o alargamento da esfera disciplinar da etnomedicina ao Global Norte (Brown & Closser, 2016; Erickson, 2008; Foster & Anderson, 1978; Genest, 1978; Nichter, 1992a). À medida que o campo da etnomedicina se foi tornando cada vez mais abrangente, a ausência da biomedicina, assim como, a sua dominância ideológica começou a ser cada vez mais questionada (Erickson, 2008; Genest, 1978). Paulatinamente, as pesquisas etnográficas começaram-se a direcionar igualmente para os cuidados biomédicos (Genest, 1978; Nichter, 1992b). Até então, os antropólogos tinham suspenso a sua vigilância epistemológica sempre se dedicavam a questões relacionadas com esta variante terapêutica (Young, 1982). Kleinman (1980, 1978) foi um dos pioneiros a assumir a biomedicina como uma simples opção terapêutica no meio da diversidade existente. O contributo mais importante desta reivindicação teórica foi ter retirado a biomedicina do seu pedestal, contribuindo para a remoção da barreira conceptual que a separava das restantes práticas médicas. Em consequência disso, a sua neutralidade científica começou a ser posta em causa (Scheper-Hughes & Lock, 1987, 1990). O englobamento da biomedicina pelos estudos etnomédicos implicou que investigadores deixassem de tratar a doença como uma edificação universal para passarem a tratá-la como uma mera construção localizada, ou seja, uma experiência individual, cultural e idiossincrática de um estado de existência socialmente desvalorizado (Nichter, 1992b).

Na esteira deste fenómeno globalizante, a etnomedicina tornou-se então o estudo de qualquer forma de medicina enquanto sistema cultural e todas as sociedades foram assumidas como tendo sistemas médicos que forneciam teorias da causa da doença, métodos de diagnóstico, prescrições e práticas para restabelecer a saúde ou paliativas. A etnomedicina passou a analisar quaisquer crenças e práticas que reestabeleciam a saúde (Brown & Closser, 2016) no seio das populações.

### **2.2.2 A decisão terapêutica**

O processo de decisão terapêutica seria discutido de forma exaustiva por Kleinman (1978, 1980). A sua contribuição teórica haveria de se repercutir durante décadas no campo da Antropologia Médica. Nos finais dos anos 1970, Kleinman era um licenciado em biomedicina, com formação pós-graduada em Antropologia, determinado em aproximar as pessoas da biomedicina. Para tal, elaborou um Modelo Explicativo da Doença (MED) que pudesse ser aplicado a qualquer episódio clínico, independentemente da sua localização geográfica, mas que tivesse em conta a



diversidade terapêutica existente localmente. Além do mais, reformularia o conceito de *illness*, recuperando-o das premissas demasiado exóticas em que tinha sido inicialmente conceptualizado, para que pudesse traduzir a doença em qualquer parte do globo. Nesta sequência, definiu-o como a percepção pessoal e a experiência de determinados estados socialmente desvalorizados incluindo, mas não se limitando, à doença. Assim como, a forma como a sociedade reagia a esse infortúnio através do próprio indivíduo, da sua família e restantes redes sociais, percebendo, nomeando, explicando, avaliando e respondendo (Kleinman, 1978) a esse acontecimento.

De igual modo, aprofundou a noção de *disease*. Para além das anormalidades na estrutura de funcionamento dos órgãos e do sistema orgânico e demais estados patológicos anteriormente assinaladas, introduziu a possibilidade destes transtornos biológicos nem sempre serem culturalmente reconhecidos. Por exemplo, para as pessoas que visitavam secretamente algum prestador de cuidados de saúde, sem nunca revelar a sua patologia no núcleo familiar, a existência social da doença resumia-se a uma díade entre o terapeuta e o paciente. Kleinman (1978, 1980) também criou o meta-conceito de *sickness* que englobava ambas as conceções de doença veiculadas por *illness* e *disease*. Na construção ideológica de *sickness* é que passaria a residir a chave para a promoção dos cuidados biomédicos.

Em consequência das enunciações supra elaborou um MED distintivo para *illness* e para *disease*. O primeiro seria mobilizado pelos pacientes e respetivas famílias e pelos terapeutas ditos tradicionais, ao passo que o segundo pelos profissionais de saúde biomédicos. Para este autor, o processo de decisão terapêutica iniciava-se no interior do espaço doméstico. Em consonância com a deliberação familiar, optar-se-ia pelo recurso à automedicação ou a um especialista exterior. Kleinman argumentou que a observância de qualquer terapia proposta implicava forçosamente um processo de concertação entre o paciente, quando estava em condições de decidir, a família e prestadores de cuidados de saúde que definiu em termos de «transações entre MED». Sem essa base prévia de entendimento, nenhum tratamento poderia ser administrado de forma bem-sucedida (Kleinman, 1978, 1980).

Do ponto de vista da sua argumentação, as negociações que envolviam terapeutas oriundos da esfera dita tradicional eram à partida mais fáceis porque as práticas médicas populares aproximavam-se mais em termos do conteúdo semântico e simbólico do património cultural das populações leigas do que com os agentes de saúde biomédicos

Kleinman (1978, 1980). Porém, conforme Leslie (1980) entretanto evidenciou, uma eventual partilha de símbolos e metáforas entre a população e alguns provedores de cuidados de saúde não era sinónimo de uma total anuência aos procedimentos médicos sugeridos. Com efeito, as tensões entre terapeutas, familiares e pacientes eram frequentemente e estavam relacionadas com o facto de estes terem ideias distintas sobre a forma como lidar com os problemas de saúde. Segundo Peter Brown, Jessica Gregg, e Bruce Ballard (1998), os pacientes e suas famílias, no seu entendimento [social] da doença, extraíam ideias em mais de um sistema médico. Logo, os MED que desenvolviam eram fundamentalmente interpretações interpessoais das etiologias, tratamentos e desfechos terapêuticos observados, com base nos quais davam significado às experiências vividas durante os episódios clínicos. Estas significações culturalmente apreendidas podiam ou não conduzir à adesão das terapias propostas (Brown et al., 1998).

Janzen (1978), baseado na pesquisa etnográfica que realizou, conforme mencionado na RDC, na altura denominada de República do Zaire, introduziu a expressão de «grupo de gestão terapêutica». Este conjunto era constituído pelos elementos envolvidos no processo de negociação terapêutica durante os episódios de doença, designadamente pelos familiares do paciente, pelo terapeuta e, por vezes, até pelo próprio doente. Nalguns casos podia igualmente envolver amigos, vizinhos, conhecidos e até outros atores sociais cujo reconhecimento da sua autoridade deliberativa fosse consensual no interior do grupo. Era precisamente no interior destes grupos de gestão terapêutica que as transações entre MED, descritas por Kleinman, ocorriam.

Nos processos de decisão terapêutica que envolviam a biomedicina, as dificuldades eram particularmente evidentes devido às enormes diferenças conceptuais existentes entre leigos e terapeutas (Fassin, 1992; Rubel & Hass, 1990). Portanto, as negociações eram mais complexas e os confrontos entre MED de natureza distinta aumentavam as possibilidades de fracasso. Estes conflitos foram designados por Kleinman (1978, 1980) de iatrogenia cultural.

Ademais, muitos agentes de saúde biomédicos não estavam preparados para negociar procedimentos terapêuticos. Em primeiro lugar porque acreditavam na superioridade científica e terapêutica da biomedicina (Salim, 2017) E, em segundo, porque receavam que a eficácia orgânica dos tratamentos propostos ficasse comprometida (Torri, 2017a). Contrariando estes estereótipos que prevaleciam entre os profissionais de saúde na área

da biomedicina, Kleinman (1978, 1980) argumentou que tanto para o sucesso das negociações como para uma adequada observância dos tratamentos propostos era importante que o técnico biomédico incorporasse igualmente o MED do paciente e família através de um intenso diálogo entre as partes.

As transações entre MED seriam então negociações de natureza cognitiva que permitiam uma apreciação profunda dos mecanismos através dos quais a cultura influenciava decisões sobre tratamentos e a avaliação dos mesmos. Por causa disso, este autor defendia que os MED eram fundamentalmente modelos de comunicação e de mudança cognitiva. Portanto, quando uma apropriação dos valores leigos pelos científicos tinha lugar, as possibilidades de um desfecho terapêutico positivo elevavam-se exponencialmente porque as taxas de utilização dos serviços de saúde pública aumentavam Kleinman (1978, 1980). Dentro deste quadro negocial é que o meta-conceito de *sickness* ganha inteligibilidade. Uma vez que designa o suposto domínio de atuação de qualquer agente de saúde biomédico que implica forçosamente que ambos os conceitos de *illness* e *disease* sejam apoderados pelo terapeuta durante o episódio clínico.

Um dos aspetos mais positivos que pode ser assinalado relativamente ao MED diz respeito ao argumento de que o sucesso terapêutico da biomedicina dependia do facto de o agente de saúde se deixar «aculturar» pelas crenças locais, e não o contrário, como tantos autores advogavam nessa altura. Em contrapartida, uma das grandes críticas apontadas ao MED estava relacionada com as suas limitações na análise dos processos de construção das decisões terapêuticas (Brown & Closser, 2016). Kleinman (1978, 1980) reconheceu a coexistência de uma pluralidade de crenças médicas, que definiu como dissonâncias cognitivas ou múltiplas estratégias de saúde, assim como o peso da família no processo deliberativo de quando e onde procurar cuidados de saúde. Todavia, não previu a não-aceitação do desfecho terapêutico por parte do paciente e família, nem a possibilidade das pessoas procurarem diversos terapeutas para uma mesma doença ou episódio sintomatológico (Janzen, 1978). De facto, um desfecho terapêutico aquém das expectativas pode perfeitamente conduzir a uma nova diligência terapêutica no mesmo ou noutros domínios médicos (Fatma Ali Soud, 2005; Genest, 1978). Entretanto, percebeu-se que o trânsito entre diferentes terapeutas, durante um mesmo episódio clínico, não implicava forçosamente a elaboração de um novo diagnóstico. Tal como a questão dos tratamentos escolhidos raramente se cingirem a uma única opção

terapêutica. Com efeito, para muitas famílias, a questão da recuperação do bem-estar dos seus elementos passava pela aposta em diversas opções médicas mobilizadas simultânea ou sequencialmente de forma a assegurarem um desfecho terapêutico mais próximo do expectável (Honwana, 2002). No início da década de 1960, Sam Schulman (1960) já tinha afirmado que a um episódio de doença podia corresponder um tratamento multifásico e muito variado no qual a biomedicina não passava de uma opção qualquer. Apesar de Kleinman ter compreendido que não era necessário que o indivíduo doente incorporasse o conceito orgânico de doença para que procurasse auxílio junto dos agentes de saúde biomédicos, nunca chegou a conceptualizar

*«... que les recours à un système médical ne sont pas exclusifs, qu'on observe des syncrétismes, et que les malades ne mettent pas en scène des conduites prédéterminées par un bagage cognitif univoque et homogène.»*  
(Hours, 1999, p. s/p).

Fassin (1992) foi um dos primeiros autores a explorar a forma como as trajetórias terapêuticas descritas durante os episódios de doença eram afetadas por constrangimentos de ordem económica. Posto de uma forma mais simples, este autor indagou sobre a forma como os segmentos economicamente mais vulneráveis da população senegalesa solucionavam os seus problemas de saúde. Segundo Brown e Svea Closser (2016), a carência de recursos era um dos principais motivos que limitava as opções de tratamento. Esta falta de disponibilidade financeira não pode porém ser desarticulada da sua dimensão política, ou seja, das contradições locais em que se encontravam inseridas as famílias e da correlação de forças existente no interior do grupo familiar (Hamidi, 2015). Nos casos de auto tratamento, as relações de poder envolvidas nas escolhas terapêuticas são menos evidentes porque os recursos económicos necessários são por norma baixos, principalmente quando se tratam de medicamentos bioquímicos contrafeitos ou oriundos das farmacopeias locais. Mas, quando o episódio clínico, pela sua manifestação ou duração, é percecionado com maior gravidade (Fassin, 1992), a análise das hierarquias e estatutos sociais no seio do espaço doméstico não pode ser descurada. Se é verdade que a procura de auxílio médico especializado depende da liquidez disponível no momento de eclosão das manifestações do distúrbio, o peso distintivo de cada elemento na construção da decisão terapêutica, em função de variáveis como a anterioridade [idade], o género ou o contributo financeiro para as despesas familiares são fundamentais na compreensão das dinâmicas em torno desta questão. As redes sociais e o acesso geográfico aos recursos de saúde são

dois aspetos também a ter em linha de conta no entendimento desta matéria (Kunitz, 1989). Assim como, a urgência da sintomatologia que pode levar circunstancialmente ao envolvimento de outros elementos exteriores à família que, de outro modo, dificilmente participariam do processo decisório (Diarra, 2003).

Para concluir, e em consonância com a perspectiva de Fassin (1992), as trajetórias terapêuticas podiam culminar numa destas três opções: na recuperação esperada, na morte ou na interrupção dos cuidados de saúde por falta de recursos.

### **2.3 A intraduzibilidade dos dispositivos nosológicos populares**

A autonomia verificada entre as diferentes explicações da doença oferecidas e os procedimentos terapêuticos escolhidos acabaria por aprofundar os estudos sobre os sistemas nosológicos.

Não obstante autores como Kleinman (1978, 1980) e Parsons (1991) terem alertado indiretamente para a intraduzibilidade entre os conceitos de doença forjados pela biomedicina e pelas populações leigas, muitas monografias continuaram a assumir abusivamente uma correspondência conceptual entre ambas as realidades. Durante muito tempo predominou no seio da Antropologia a crença de que os sistemas nosológicos ditos tradicionais tinham sido parcialmente aculturados com a chegada do aparato biomédico (Colson, 1971; Erasmus, 1952). A utilização de uma palavra com uma fonética semelhante à nomenclatura biomédica para patologias até então desconhecidas localmente levou muitos antropólogos a interpretar estas designações como uma apropriação local do glossário científico. Estas falaciosas traduções (Field, 1960) permitiram a sub-reptícia banalização da ideia que a troca do conteúdo semântico local pelo biomédico acontecia recorrentemente. Esta tendência continuou-se a verificar mesmo após a conceção de aculturação começar a ser cada vez mais contestada no quadro deste domínio disciplinar. O estabelecimento de correspondências inadvertidas entre entidades nosológicas biomédicas e populares por vezes ainda se observa em algumas monografias.

Somente nos finais dessa década é que a falta de vigilância semântica e epistemológica associada a estas práticas teóricas seria finalmente resgatado para a ribalta, graças a uma obra publicada Yannick Jaffré e Jean-Pierre Olivier de Sardan (1999) sobre a forma como era construída socialmente a doença. Nesta coletânea, algumas entidades nosológicas presentes em comunidades residentes na África

ocidental foram revisitadas à luz das forças históricas. E conseqüentemente foi resgatado que um mesmo transtorno físico ou comportamental podia ser classificado em várias entidades nosológicas distintas por diferentes elementos de uma mesma população. Uma denominação específica de uma doença podia corresponder a sintomatologias e/ou etiologias totalmente distintas, conforme o interlocutor. Em suma, estes antropólogos demonstraram que as doenças não eram conceptualizadas nem organizadas de forma homogénea no interior de uma mesma comunidade.

A compreensão de que a construção nosológica das doenças não era uniformemente repartida no interior de uma sociedade acabaria por lançar pistas sobre as diferentes tensões e contradições existentes que a caracterizaram ao longo da história. Para além das entidades nosológicas poderem ser apreendidas de forma distinta pelos diferentes elementos de uma comunidade, essa própria apropriação era dinâmica e fluída (Jaffré, 1999a; Olivier de Sardan, 1999b), reatualizando-se permanentemente em função dos principais constrangimentos sociais, políticos e económicos vivenciados no quotidiano.

A razão pela qual era impossível realizar transferências conceptuais entre diferentes entidades nosológicas estava relacionado com o facto de,

*«... les rapports quotidiens que les gens entretiennent aujourd'hui avec les maladies continuent bien souvent à être pensés et dits avec des mots et des catégories peu influencés par la biomédecine occidentale, et qui font partie en quelque sorte du «fond culturel local».» (Olivier de Sardan, 1999a, p. 7).*

Dito de outra forma, esta dissonância conceptual entre entidades nosológicas locais e biomédicas resultava de processos de históricos altamente diferenciados.

Por exemplo, Véronique Duchesne (2000) mostrou a intraduzibilidade entre o conceito biomédico de vagina e a entidade nosológica de *bobodoman* entre os anyi da Costa do Marfim. Esta constatação era igualmente válida para os casos em as entidades nosológicas locais eram designadas, pelo menos foneticamente, com denominações semelhantes àquelas propostas pelo vocabulário biomédico. Marie-Laure Durand-Comiot (1977) chamou à atenção para o problema da tradução do conceito de psicose puerperal, uma etiologia exclusivamente orgânica, para a realidade senegalesa. Segunda esta autora, neste país, a depressão pós-parto não se devia a questões de ordem fisiológica e/ou hormonal, mas sim aos conflitos inconscientes e simbólicos em torno do significado da maternidade para as mulheres senegalesas. Nas ilhas Bijagós da Guiné-Bissau, constatou-se que mesmo que as pessoas aceitassem que existia uma doença chamada malária transmitida pela picada de um mosquito, isso não as impedia de acusar

alguém de ter enviado esse anófele por via da feitiçaria (Sousa et al., 1995). Por exemplo, segundo Alcina Honwana (2002), no sul de Moçambique, o conceito de tuberculose aplicava-se indistintamente a uma doença provocada por uma transgressão social como originada por um bacilo. A assunção da impossibilidade de tradução entre entidades nosológicas forjadas por forças históricas distintas permitiu repensar as transformações observadas nos dispositivos ou módulos locais em termos de acumulação em vez de aculturação.

A rigidez conceptual associada ao conceito de sistema nosológico levou Jaffré e Olivier de Sardan a proporem a sua substituição por conceitos mais maleáveis que pudessem abarcar as dinâmicas acima descritas. Mesmo que algumas definições de sistema admitissem alguma porosidade, a verdade é que neste contexto tendiam a representar uma realidade demasiadamente invariável, estanque e autossuficiente que subordinava as forças históricas e a reprodução social das crenças médicas à enumeração, caracterização e classificação exaustiva das doenças localmente identificadas. A desadequação do conceito de sistema será novamente abordada a jusante no âmbito da pluralidade de oferta terapêutica. Deste modo, Jaffré (1999) introduziu a ideia de dispositivo [nosológico], que permite englobar simultaneamente parte das diferentes representações de existem sobre uma determinada doença numa comunidade e a diversidade de comportamentos entre pacientes que partilham similares concepções de uma mesma doença. Por sua vez, Olivier de Sardan (1999, p. 28) apresentou o conceito de módulo [nosológico]:

*«Chaque entité nosologique populaire mobilise [...] des représentations différentes, plus ou moins variées, foisonnantes. Mais on retrouve toujours l'ensemble «nom générique + noyau de représentations stables + variantes périphériques». C'est cet ensemble que nous proposons de nommer module.»*

Apesar de distintas na sua formulação, ambas suas proposições teóricas, procuram resgatar a heterogeneidade nosológica existente relativamente a uma mesma designação de doença ou a um conjunto sintomatológico semelhante. Uma pluralidade de versões nosológicas distintas, fruto do dinamismo histórico e da existência de estatutos sociais, políticos e económicos diversificados entre os diferentes elementos das populações, sempre coexistiu pacificamente no coração de qualquer sociedade. A exposição às forças históricas é que foi ditando quais as entidades nosológicas que desapareceram, persistiram ou emergiram ao longo do tempo. O carácter dinâmico e cumulativo dos dispositivos nosológicos pode se aplicado a qualquer realidade histórica e geográfica.

No Global Norte, este dinamismo foi menos evidente pelo menos ao longo do século XX. Ainda assim, apesar da limitação da diversidade terapêutica e da tendência uniformizadora do ensino, dos órgãos de comunicação social e do raciocínio positivista, as entidades nosológicas populares nunca deixaram de contestar as explicações biomédicas e de reformulá-las à luz das contradições vivenciadas. A emergência do «novo pluralismo médico» é uma prova cabal de que grelhas interpretativas alternativas para os episódios de doença tornaram-se social, cultural, e até politicamente mais visíveis.

As forças históricas supramencionadas não transformaram apenas os módulos nosológicos existentes no interior das comunidades, a oferta terapêutica disponível localmente também se foi modificando sob influência de dinamismos históricos específicos.

## **2.4 Terapeutas e terapias**

Nos finais dos anos 1970 começaram a ser elaboradas as primeiras grelhas classificativas da diversidade terapêutica local. Os critérios utilizados ainda eram fundamentalmente estáticos e formais. O espaço doméstico era distinguido de forma nítida do espaço profissional, assim como, a natureza da formação recebida pelo terapeuta.

Kleinman (1978, 1980) foi um dos primeiros autores a dedicar-se à organização da oferta médica plural. Para tanto, desenvolveu uma ideia de sistema médico local enquanto instituição cultural que pudesse abarcar a totalidade de cuidados de saúde existentes num dado contexto sociocultural, dizendo respeito a instituições profissionais e populares, forma de conhecimentos e valores e comportamentos relacionados com a saúde. Portanto, remetia para uma realidade socialmente construída (Kleinman, 1974). Os sistemas médicos abarcavam a oferta terapêutica disponível em qualquer ponto geográfico, inclusive nos chamados países desenvolvidos (Kleinman, 1978; 1980).

No desenlace da definição supra enunciada, dividiu os sistemas de cuidados de saúde locais em três sectores distintos: o popular, o folk e o profissional. O primeiro representava o tratamento dentro da esfera da família ou da comunidade, ou seja, sem ser necessário recorrer a nenhum especialista. Era neste domínio que também se decidia optar por cuidados de saúde mais especializados. O segundo dizia respeito aos terapeutas cujos conhecimentos médicos tinham sido adquiridos oralmente. O último



referia-se à biomedicina, quiropraxia e restantes medicinas eruditas (Kleinman, 1978; 1980), como a sínica, védica, kampo ou unani.

Na sua diligência em representar a diversidade da oferta médica, Kleinman (1978, 1980) deu particular importância à componente da automedicação [sector popular] por ser um dos *locus* privilegiados de observação do pluralismo médico, onde fármacos de múltiplas origens eram frequentemente combinados durante um mesmo episódio clínico.

Alguns anos antes, Colson (1971) reparara em dinâmicas terapêuticas muito semelhantes: «... *self-treatment, which is everywhere employed for the treatment of numerous illness episodes, tends to involve elements of numerous systems simultaneously.*» (p. 227). Este autor chamaria igualmente à atenção para a existência de um fenómeno que haveria de se banalizar durante os anos 1980 e 1990, ou seja, os vendedores ambulantes de medicamentos e para o facto de o auto tratamento ser totalmente negligenciado ao nível das políticas de saúde pública. Com efeito, apenas na década seguinte, com a explosão de medicamentos bioquímicos contrafeitos, oriundos de países como a Índia ou a Nigéria (Pouillot et al., 2007), nos mercados informais, é que esta questão começaria a ganhar relevância no panorama político e das ciências sociais. Os decisores internacionais consideravam estas drogas perigosas para a saúde por causa dos problemas relacionados com a sobredosagem e a toxicidade. Com a desregulação do mercado farmacêutico, em consequência da crise económica e da privatização do sector da saúde, o controlo de qualidade destes produtos deixou de ser uma prioridade para muitos consumidores (Moussa, 2000).

Para além de organizarem a oferta médica disponível, os separadores referidos foram utilizados para estabelecer comparações transculturais entre os vários sistemas de saúde locais existentes. O propósito destas análises paralelas era extrair denominadores comuns entre as várias realidades culturais examinadas, i.e., encontrar elementos constantes em qualquer sociedade para além de toda a amálgama de cuidados terapêuticos observáveis a olho nu. Para esse fim, os processos históricos subjacentes à emergência desta diversidade médica local foram simplesmente ignorados (Brown & Closser, 2016).

Kleinman (1978, 1980) ainda chegou a reconhecer que existia uma sobreposição parcial entre os três sectores enunciados e que cada um deles se encontrava sujeito a

transformações ao longo do tempo. Porém, não explicou em que é que consistia essa mudança.

A recuperação da dimensão temporal respeitante à diversidade terapêutica local foi um processo moroso e complexo. Ainda assim, algumas práticas médicas nunca foram assumidas como realidades imutáveis. A biomedicina e, de uma certa maneira, as medicinas eruditas asiáticas, pela influência que tiveram na constituição da primeira, acabaram por ser poupadas deste processo de cristalização. A influência da medicina aristotélica também nunca deixou de ser enaltecida (Modell, 2010). O resgate das grandes epidemias que assolaram no passado a humanidade, através de estudos na esfera da história da Epidemiologia, foi uma temática que mobilizou investigadores desde os anos 1930 (Duffy, 1953; Shope, 1958). Estes relatos contribuíram para que uma meta narrativa sobre a fundação da biomedicina fosse construída, como se tratasse de uma predestinação messiânica vocacionada para a salvação da vida humana. A história da biomedicina contribuiu para a criação de um imaginário coletivo sobre a sua infalibilidade, reforçada pelos seus inúmeros êxitos tecnológicos, consolidando desta forma o seu poder hegemónico (Jordan, 1997). Somente mais tarde é que este discurso seria revisitado e salientado o carácter circunstancial da sua aparição histórica.

No domínio da denominada medicina tradicional, que privilegiava a oralidade como meio de reprodução de conhecimentos terapêuticos (Kleinman 1978, 1980), Victor Turner (1967) foi um dos primeiros antropólogos a reconhecer a capacidade de transformação dos rituais terapêuticos populares. Na sequência do seu longo trabalho de campo desenvolvido junto dos ndembu da Zâmbia constatou que as cerimónias e as práticas médicas locais se tinham modificado ao longo do tempo. Este autor assumiu na época que estas mudanças eram uma consequência do contacto das populações locais com as infraestruturas ditas modernas de inspiração europeia. Esta ideia de que a capacidade de transformação das estruturas «indígenas» dependia da presença de instituições sociais «alógenas» trazidas, primeiro pelas potências colonizadoras, e mais tarde pelos programas de desenvolvimento encontrava-se em consonância com a vigência das teorias da modernização (Machado, 1970). No quadro deste paradigma, vaticinara-se uma diminuição drástica, ou até mesmo, o desaparecimento dos terapeutas tradicionais (Foster, 1977). Acreditava-se que a aculturação dos sistemas nosológicos populares pela biomedicina levaria ao abandono da procura de curandeiros locais pelas populações. Contudo, o que acabou por se observar foi precisamente o contrário. A

partir das últimas duas décadas do século XX, o número de profissionais de saúde designados de populares ou tradicionais simplesmente multiplicou-se.

O recrudescimento e complexificação da denominada medicina tradicional levaram alguns autores a prestarem mais atenção à forma como estes prestadores de cuidados de saúde se reproduziam socialmente. As regras de aquisição de competências terapêuticas passaram então a ser alvo de escrutínio analítico. Segundo Fassin (1992), o saber médico dito tradicional poderia ser adquirido de quatro maneiras distintas: aprendizagem, revelação, experiência individual ou aquisição. A primeira remetia para a longa instrução de um aprendiz junto de um mestre, independentemente de manterem ou não algum laço familiar. Por norma, o especialista somente era substituído nas suas funções após a sua retirada ou falecimento. A segunda referia-se a algumas epifanias tidas durante os sonhos, nas quais eram reveladas conhecimentos mágicos e terapêuticos. A terceira dizia respeito à obtenção de determinadas competências terapêuticas na sequência da vivência de algum tipo de episódio de doença específico. E a quarta aludia à compra de algum tipo conhecimento médico junto de algum curandeiro já conceituado. Em qualquer um dos três últimos casos, a formação terapêutica estava associada a uma transferência de competências num espaço de tempo muito reduzido. Ao passo que no primeiro caso, implicava um moroso processo de aprendizagem que se aproximava em termos temporais mais com o ensinamento no quadro das medicinas eruditas, e até mesmo, da biomedicina.

A partir dos finais dos anos 1980, as formações de curta duração começaram a tornar-se cada vez mais predominantes entre os terapeutas locais. Uma aquisição rápida de competências terapêuticas passou a ser mais facilmente conotada com uma vocação mercantilista, patente através de uma profissionalização a tempo inteiro (Fassin, 1992). Nestes casos, o processo de obtenção de conhecimentos médicos mantinha-se muitas vezes envolvido numa aura de opacidade e secretismo (Masquelier, 2009). Este facto, apesar de criar um clima de desconfiança entre as populações, por envolver normalmente deslocações e estadia noutros pontos geográficos do globo, não parecia ter grande peso na hora de procurar de cuidados de saúde. Este sentimento de suspeição estendia-se igualmente a qualquer terapeuta que resolvesse assentar areais longe da comunidade onde apreendera o ofício de curandeiro.

Os prestadores de cuidados de saúde que alcançavam as suas qualificações de forma célere e/ou nebulosa – que pode ser considerado *fast know-how* - distinguiam-se dos

demais terapeutas - *slow know-how* - por concentrarem as suas atividades preferencialmente nas cidades e por oferecerem cuidados mais generalistas, mais adaptados à procura cidadina. Os restantes curandeiros, cuja capacitação para tratar pacientes demorava anos a ser atingida, tendiam a se concentrar no campo e a se especializar nalgum domínio médico em particular, como a assistência durante os partos, a circuncisão ou as luxações e ossos fraturados (Fassin, 1992). Esta nova categoria de provedores na área da saúde, que floresceu sobretudo por causa das contradições sociais vivenciadas em muitos países do Global Sul, passou a ser designada de terapeutas neotradicionais (Chassagne, Deharo, Punley, & Bourdy, 2017; Dillon-Malone, 1988).

O reconhecimento da medicina dita tradicional pelos governos dos países ditos subdesenvolvidos acabou por ser um marco importante na certificação profissional destes novos especialistas (Dozon, 1995). Na impossibilidade das populações validarem as suas credenciais porque adquiridas noutros lugares, a legitimação institucional podia ser muito vantajosa. Com vista a esse fim, muitos empenharam-se em constituir ou aderir às associações da sociedade civil vocacionadas para a promoção das suas práticas terapêuticas. Em contrapartida, os adeptos de um treinamento mais demorado, independentemente da tradição médica a que estivessem alicerçados, tendiam a dispensar este género de reconhecimento corporativo pelo facto das suas competências terem sido validadas durante anos a fio pelo tecido social e cultural envolvente (Fassin, 1992; Gruénais & Mayala, 1988).

Se bem que o aparecimento dos terapeutas ditos neotradicionais era uma prova irrefutável do dinamismo histórico dos denominados sistemas médicos tradicionais, essa vitalidade continuava a ser conceptualizada como um corolário da presença europeia (Schulman, 1960). No que dizia respeito ao período pré-colonial, os cuidados terapêuticos locais continuaram a ser idealizados como fenómenos sociais invariáveis. O marco mais decisivo para o resgate das forças históricas anteriores à presença das potências colonizadoras foi a revolução teórica em torno do conceito antropológico de etnia (Morgado, 2008). A sua desconstrução permitiu trazer para a ribalta o passado pré-colonial dos povos subjugados pelas potências europeias cuja cultura material não deixara evidências irrefutáveis. Gradualmente, as narrativas patentes nas monografias dos princípios do século XX, que tinham assegurado o carácter estático das sociedades colonizadas, foram sendo revisitadas e, conseqüentemente, a história pré-colonial dos

seus sistemas médicos acabou por ser também recuperada. No que diz respeito ao continente africano, Steve Feierman e Janzen (1992) foram os primeiros autores a colocar em evidência o dinamismo histórico das medicinas locais.

A vitalidade dos sistemas médicos era particularmente evidente entre os terapeutas ditos neotradicionais. Estes prestadores de cuidados de saúde, cuja visibilidade aumentou drasticamente durante as últimas décadas no panorama terapêutico global, sobretudo nos chamados países do Terceiro-Mundo, destacavam-se principalmente pela originalidade das possibilidades terapêuticas colocadas à disposição das populações. Os múltiplos e altamente diferenciados tratamentos oferecidos tinham a particularidade de ir ao encontro das principais preocupações e necessidades médicas evidenciadas a nível local. Na sequência da crise económica internacional iniciada na década de 1970 e da consequente generalização da cartilha liberal à escala mundial, muitas comunidades iniciaram um processo de galopante pauperização. Muitos destes curandeiros neotradicionais representaram uma resposta endógena das sociedades face a algumas das principais contradições sociais vivenciadas na época, designadamente a necessidade de aceder a cuidados de saúde no contexto pandémico do VIH-SIDA e de introdução de taxas nos sistemas nacionais de saúde. Esta oferta terapêutica de contornos claramente idiossincráticos representava a resiliência e a capacidade contínua de reinvenção e reatualização dos cuidados médicos locais em contextos políticos, económicos e sociais adversos. A tendência para as pessoas com menos recursos utilizarem mais plantas medicinais e recorrem com maior frequência aos curandeiros locais já tinha sido assinalada por Charles Erasmus (1952).

Os medicamentos consumidos no interior do espaço doméstico, de forma preventiva ou durante os episódios clínicos, assim como, o florescimento das MAC ilustram igualmente a constante capacidade reformulação da oferta terapêutica existente. Os fármacos utilizados no âmbito da automedicação passaram a ser conceptualizados como produtos específicos de forças históricas locais e globais (Whyte et al., 2002). É impossível ignorar impacto da banalização do acesso à farmacopeia bioquímica contrafeita ou do desaparecimento de determinadas plantas medicinais, em consequência das alterações climáticas (Das, Jain, & Malhotra, 2016) no bem-estar das populações.

Os estudos sobre a natureza e composição da oferta médica local complexificar-se-iam a partir do momento em que se passou a reconhecer a existência de elementos

alógenos, no interior de tradições médicas distintas. Esta tendência começou por ser inicialmente observada junto dos denominados especialistas neotradicionais. Com efeito, estes provedores de cuidados de saúde, no seu permanente processo de recomposição terapêutica, apropriavam-se muitas vezes, sem qualquer preocupação com a autenticidade ou a coerência da erudição clínica anunciada, de elementos médicos historicamente produzidos noutros contextos sociais. Sobretudo pertencentes às escolas médicas eruditas mais globalizadas, como a biomedicina ou a MTC. Um vasto conjunto de estudos etnográficos relatou estas inusitadas apropriações. Principalmente no que dizia respeito à utilização do estetoscópio, à administração de injeções, à administração de farmacopeia bioquímica (Meissner, 2009) e ao uso da acupuntura (Wassouni, 2011). Fassin (1992) descobriu inclusive que determinadas componentes biomédicas usurpadas por estes especialistas eram por vezes modificadas para se adaptarem às suas necessidades profissionais. Conforme observou relativamente a uma transformação do bico de pato ginecológico por um terapeuta senegalês. A transmissão de saber por via oral era particularmente propícia à produção de conhecimentos heterogêneos. A transferência de conteúdos e práticas não eram impermeáveis à forma como os indivíduos experienciam localmente as forças sociais globais (Fassin, 1992) através dos seus problemas, obstáculos e oportunidades. O relato de Susan Rasmussen (2006) relativamente à forma como as tradições médicas femininas tuaregues se foram modificando ao longo da história evidencia tanto as apropriações de elementos terapêuticos oriundos de domínios exteriores como as mutações ao nível das relações de poder estabelecidas por estas curandeiras locais com os marabutos e os serviços biomédicos locais.

A incorporação de componentes oriundas de diferentes correntes médicas não era pertença exclusiva da medicina popular. Pelo menos desde os anos 1970 que se sabe que alguns médicos tradicionais chineses utilizavam substâncias injetáveis nos seus pacientes (Cunningham, 1970). Neste caso específico, o sincretismo observado era obra do próprio poder político. Como anteriormente mencionado, a criação da MTC pelo governo chinês é um exemplo de como o património médico «tradicional», pôde ser manipulado para um determinado fim específico (Torri, 2017c). Designadamente, através da enxertia de determinados elementos biomédicos. A invenção das matronas pelas autoridades coloniais ou das PDT pela UNICEF pode ser interpretada como outro exemplo de interferência das autoridades internacionais nos conhecimentos e

procedimentos médicos de especialistas locais vocacionados para a prestação de cuidados às mulheres e crianças. Aliás, o facto de muitas PDT prescreverem paracetamol em vez de utilizarem as farmacopeias locais (Nyonator, 2017) ilustra bem a profundidade destes sincretismos.

A transferência de elementos terapêuticos entre distintos domínios médicos também passou a ser observada ao nível dos cuidados biomédicos. Por exemplo, alguns autores observaram que as práticas biomédicas locais podiam ser influenciadas por crenças mágico-religiosas. A plantação de determinados arbustos nos recintos de algumas maternidades nigerinas especificamente com o propósito de afastar os feiticeiros comedores de almas de recém-nascidos (Olivier de Sardan, Moumouni, & Souley, 2001) ilustra bem esta afirmação. Esta fluidez entre a biomedicina e as denominadas medicinas tradicionais foi igualmente assinalada por Jennie Hornosty (2017) tanto relativamente à realidade do Global Norte como do Global Sul.

As práticas biomédicas acabaram igualmente sujeitas a uma minuciosa inspeção. É certo que os profissionais de saúde biomédicos possuem um tipo de formação terapêutica que lhes permite praticar a biomedicina em qualquer parte do mundo. Este cosmopolitismo, que lhes autoriza a exercer tanto na maior cidade como no lugar mais recôndito do planeta, advém do facto deste saber terapêutico se ter profissionalizado a partir dos finais do século XIX. Todavia, por mais que o leccionamento da biomedicina esteja há décadas institucionalizado e controlado por órgãos administrativos nacionais e transnacionais, as variações locais são imensas (Lock & Nguyen, 2010). Em bom rigor, apesar das reclamações dos profissionais de saúde no sentido da uniformidade, a biomedicina está longe de ser um corpo de conhecimentos homogéneo. Muito pelo contrário, é constituída por uma grande variabilidade de crenças e práticas (Payer, 1996). A tradução ou interpretação local da matriz científica comum confirma a sua glocalidade<sup>31</sup>.

As interpenetrações, fusões e apropriações observadas entre os vários sectores dos sistemas médicos locais vieram reforçar o argumento que declarara que o antagonismo entre elementos terapêuticos modernos e tradicionais era inconsequente. Desde o início dos anos 1970 que a diluição de fronteiras entre o denominado moderno e tradicional tinha sido indiretamente assinalada no domínio da automedicação. A administração em

---

<sup>31</sup> O termo glocal foi cunhado por Roland Robertson (1995) para explicar a forma como, no contexto da globalização, o global se expressa no local e como o local representa uma particularização do global.

simultâneo de *materia medica* proveniente das farmacopeia local, com a medicação bioquímica regulamentada e/ou contrafeita rapidamente, banalizou-se em muitas sociedades na sequência da introdução dos cuidados biomédicos. No entanto, foi necessário observar esta tendência nas esferas médicas controladas por especialistas para que esta dicotomia fosse desconstruída. Esta afirmação era inclusivamente válida para os profissionais de saúde biomédicos que também acumulavam imensa experiência e sabedoria clínica (Laplantine, 1992) à margem do conhecimento médico de base científica. Porém oficialmente, a biomedicina privilegiava a substituição e a unicidade, em vez da coexistência de paradigmas e de versões plurais da verdade (Kleinman, 1997).

O facto de conhecimentos terapêuticos estruturados em tradições médicas totalmente distintas terem sido agrupados sob o mesmo rótulo de medicina tradicional durante a vigência do modelo de oposição binária terá contribuído para que as partilhas, apoderamentos, sinergias, imbricações ou negociações entre diferentes curandeiros e/ou especialistas passassem despercebidas (Rasmussen, 2006), sobretudo quando não envolvessem componentes identificadas com a biomedicina.

Conforme a oferta médica foi crescendo e complexificando constatou-se que o conceito de sistema médico local deixou de ter capacidade de traduzir ou representar a diversidade clínica disponível. As múltiplas imbricações e constantes recomposições terapêuticas acabaram por tornar as fronteiras entre os vários sectores porosas, assim como, entre o sistema e a restante realidade. Mesmo que Kleinman (1978, 1980) tivesse reconhecido, conforme se viu a montante, dentro de um certo limite, uma sobreposição entre o sector popular, folk e profissional, o seu modelo organizativo da diversidade terapêutica era demasiado rígido. A forma como os separadores tinham sido construídos impossibilitava a apreensão do dinamismo presente nos múltiplos e coexistentes saberes médicos locais. Também excluía a possibilidade de elementos externos ao sistema serem absorvidos e participaram nos processos de mudança que ocorriam no seu interior. Tanto ao nível das reformulações terapêuticas que trespassavam as fronteiras conceptuais previamente construídas entre escolas e tradições médicas distintas, como das novas alternativas terapêuticas que entretanto emergiram nas mais diversas paisagens locais, como aconteceu relativamente a muitas das MAC ou às igrejas pentecostais. A enorme permeabilidade ao longo das suas linhas divisórias e a sua incapacidade em albergar a oferta médica em permanente reactualização tornaram a



noção de sistema inapropriada para circunscrever e organizar pluralidade terapêutica disponível localmente.

Por causa da forma como a definição de pluralismo médico se apoiava numa noção sistémica da diversidade terapêutica (Leslie, 1980), Roberto Malighetti (2011) questionou a utilidade desta expressão para designar a multiplicidade de opções médicas existentes em qualquer lugar. Anteriormente, Jean-Pierre Dozon e Nicole Sindzingre (1986) já tinham preferido substituí-la pela expressão «pluralismo terapêutico» por esta última permitir uma captação do dinamismo associado à oferta médica local. A partir de então, alguns autores seguiram o seu exemplo e começaram a empregar este termo em vez do conceito de pluralismo médico, mas sem qualquer preocupação em defini-lo conceptualmente em relação à realidade observada (Harrell, 1991; Islam, 2005; Lovell, 1995; Mishra et al., 2015; Yoro, 2012). Apesar das evidentes limitações teóricas em captar grande parte do dinamismo terapêutico local, o conceito de pluralismo médico continuou a ser utilizado por inúmeros investigadores.

A conceção de pluralismo terapêutico teve a particularidade de trazer para a ribalta a singularidade de conhecimentos e práticas médicas associadas a cada e qualquer provedor de cuidados de saúde. Os terapeutas são indissociáveis dos conhecimentos que veiculavam, das aprendizagens a que se submetem e dos procedimentos médicos que administram. Cada um deles mobiliza um corpo de saber particular que o distingue dos demais. Esta afirmação é particularmente válida em relação às medicinas cuja transmissão de conhecimentos é feita verbalmente. Como foi mais acima afirmado, é precisamente na oralidade que reside a vitalidade e originalidade dos mecanismos de reprodução social responsáveis pela renovada perpetuação dos dispositivos nosológicos populares e especialistas, assim como, da gama de procedimentos terapêuticos administrados pelos curandeiros. A transmissão de conhecimentos médicos de forma não-escrita é que permite que as forças locais sejam ininterruptamente recapituladas e reinterpretadas (Fassin, 1992). O privilégio da comunicação verbal é justamente permitir uma constante reatualização dos conteúdos terapêuticos em função da atualidade social, política e económica. Por causa disso, na cultura popular, a heterogeneidade encontra-se sempre presente (Fabian, 1998). Em contrapartida, graças aos procedimentos normativos associados ao ensino através da escrita, o presente é muitas vezes traduzido de forma diferida, e por conseguinte, a variedade de competências teóricas e técnicas entre os profissionais da biomedicina ou das medicinas

eruditas tende a ser muito menor. Consegue-se, deste modo, atingir um maior grau de homogeneidade.

A individualidade terapêutica que caracteriza cada provedor de cuidados médicos permite banalizar as contínuas transferências de conhecimentos entre diferentes domínios médicos, retirando-lhes o carácter de exterioridade, principalmente quando se tratam de elementos extraídos do campo da biomedicina ou da denominada cultura moderna. Ademais, facilita a exposição dos diferentes terapeutas ou tipos de terapias [quando envolve a automedicação] mobilizados sucessivamente durante um mesmo episódio de doença. Esta procura sequencial de distintos procedimentos clínicos com o propósito de restaurar a saúde e/ou equilíbrio social, perdidos na sequência da irrupção de determinadas manifestações corporais e comportamentais, será designada no contexto deste trabalho de trajetória terapêutica.

## **2.5 A Antropologia Médica Crítica e a Antropologia da Saúde Pública**

Na década de 1990, o fracasso das campanhas de prevenção contra a propagação do VIH-SIDA, centradas na responsabilidade individual sobre a sexualidade, trouxe de volta a questão das assimetrias sociais à equação da doença. A velocidade de disseminação desta pandemia veio mostrar que relações de poder desvantajosas eram o principal veículo de exposição ao contágio (Bastos, 2002). Em consequência disso, começou-se a reconhecer as desigualdades políticas e económicas influíam na forma como se encontravam repartidas as doenças (Brown & Closser, 2016) geográfica e socialmente.

Em muitos países da América latina, a progressiva industrialização de não foi acompanhada por uma diminuição da mortalidade e morbidade causada pelas principais doenças contagiosas. Desde muito cedo que os epidemiologistas observaram uma maior incidência e prevalência de problemas de saúde como a lepra, a cólera, a malária ou a TB entre as camadas mais desfavorecidas. Esta correlação entre estatutos sorológicos positivos e pobreza rapidamente se estendeu ao VIH-SIDA. Com a «africanização» desta síndrome, a Epidemiologia social brasileira conseguiu demonstrar que existia uma correspondência entre as clivagens sociais existentes tanto no plano nacional como internacional e a forma como se propagava a doença (Bastos, 2002). A partir de então, as disparidades sociais passaram a ser tidas em linha de conta na distribuição social e espacial de outras doenças biomedicamente diagnosticadas.

Constrangimentos de ordem política e económica não aumentavam apenas a exposição à doença por parte das camadas sociais mais desfavorecidas, também influenciavam o tipo de cuidados de saúde a que acediam. Doravante, para o estudo de qualquer doença passou a ser necessário identificar as condições políticas, económicas, sociais e ambientais dentro de um grupo particular ou sociedade (Alexandrakis, 2011), ou seja, a forma como as patologias e demais transtornos eram influenciados pelas forças globais (Brown & Closser, 2016).

Paul Farmer (2004) introduziu a noção de violência estrutural<sup>32</sup> para designar «...*the degree to which agency is constrained [...] [and] correlated inversely, if not always neatly, with the ability to resist marginalization and others forms of oppression.* » (p.307). Esta formulação remetia para a questão da agencialidade dos indivíduos que se encontravam inseridos em múltiplas relações de poder desvantajosas. Todavia, como o próprio autor referiu, o conceito de violência estrutural acabou por ser apropriado por diversos investigadores que o reformularam de acordo com os seus desígnios. Por exemplo, Deborah Winter e Dana Leighton (2001) descreveram-no como a violência da injustiça e desigualdade, imbuídas em estruturas sociais ubíquas e normalizadas por instituições estáveis e pela experiência quotidiana. Brandon Kohrt e Emily Mendenhall (2016) atestariam que a violência estrutural fazia as pessoas sentirem-se angustiadas, sem esperança, contribuindo para uma parca saúde mental. Nestas duas definições observa-se uma tendência para conceptualizar a violência estrutural como um fenómeno incorporado. Mais tarde, Fassin (2007) asseverou que a narrativa da experiência deveria ser tida também em conta na compreensão dos mecanismos de desigualdade. Para Vinh-Him Nguyen e Karine Peschard (2003), a incorporação das desigualdades sociais coloca em evidência as diferentes formas através das quais a violência é exercida numa sociedade e as formas como o corpo serve de registo, de local e de luta contra diferentes formas de dominação.

A Antropologia Médica Crítica e a Antropologia da Saúde Pública foram duas áreas disciplinares que emergiram, de forma mais ou menos simultânea, no panorama das Ciências Sociais, com o objetivo de perceber as razões pelas quais as populações do Global Sul tinham acesso a cuidados de saúde tão escassos e ineficientes.

---

<sup>32</sup> Este conceito já tinha sido anteriormente utilizado Johnathan Galtung (1990) para definir as estruturas políticas, culturais, religiosas, legais que impediam os indivíduos, os grupos e as sociedades de atingir todo o seu potencial.

A emergência desta problemática esteve intimamente associada aos principais indicadores sanitários produzidos estatisticamente que indicavam uma redução acentuada da esperança média de vida em muitos países do Global Sul em consequência da pandemia do VIH-SIDA e da privatização dos sectores da saúde, num contexto de pauperização galopante da população mundial.

A Antropologia Médica Crítica apareceu como um subdomínio da Antropologia Médica e a Antropologia da Saúde Pública agregada à escola antropológica francesa. Ambas surgiram no quadro da Antropologia-em-acção com o propósito de contribuir para o desenvolvimento de soluções concretas para a crise que assolara a saúde global. A partir de então, a Antropologia médica começou a discutir determinadas questões de forma muito mais politizada, envolvendo-se cada vez mais no combate às injustiças sociais provocadas pelas forças globais, abordando problemas de saúde premente em todo o globo através de pesquisas, intervenções, e até mesmo, de ações políticas. Esta politização permitiu-lhe aumentar a sua capacidade de lidar com a realidade social envolvente (Singer & Baer, 2007).

Farmer (2001), que é considerado um dos fundadores da Antropologia Médica Crítica, foi um dos primeiros autores a se dedicar ao estudo do impacto das políticas e dos programas de saúde públicos na promoção da saúde das populações-alvo. Este licenciado em biomedicina, com uma especialização na área da Antropologia, explorou múltiplas questões relacionadas com a formulação das políticas de saúde pública e com a canalização dos fundos necessários para colocá-las em prática. Do outro lado do Atlântico, Fassin (1990, 1994, 1998, 1999a) foi dos primeiros investigadores franceses a abordar este género de temáticas. À semelhança de Farmer, a sua formação de base era em biomedicina, com uma pós-graduação em Antropologia. Numa coletânea que publicou em coautoria com Jean-Pierre Dozon é analisado, a partir de diferentes cenários, o direito desigual à saúde à luz das condições, lógicas, efeitos das políticas de saúde e dos desafios sanitários locais e internacionais (Dozon & Fassin, 2001).

Um dos primordiais aspetos evidenciados foi a enorme disparidade entre os recursos canalizados para a área da saúde no Global Norte e no Global Sul. Basicamente, os decisores políticos só desbloqueavam meios financeiros quando se tratavam de problemas que pudessem se alastrar aos países do hemisfério norte. Outra questão aprofundada foi a forma como os programas de saúde implementados localmente contribuíam para aprofundar os fossos sociais pré-existentes. Por exemplo, o acesso à

triterapia ou a antibióticos de segunda linha para os portadores de VIH-SIDA e Tuberculose Multirresistente (TBMR) respetivamente, em contextos populacionais muito empobrecidos dependia da sua capacidade de se tornarem elegível para os projetos sanitários em curso. Para além de todas as clivagens já existentes, os promotores destes programas acabariam por criar uma nova forma de diferenciação entre quem tinha acesso aos fármacos bioquímicos, e talvez sobrevivessem, e aqueles que não tinham, e que provavelmente iriam perecer por causa destas doenças. Alegadamente, a ingerência da cooperação internacional na saúde pública dos designados países do Terceiro-Mundo era justificada com o combate às desigualdades sociais. Contudo, a implementação de muitos programas contribuía para o contrário, ou seja para agravar as disparidades locais (Farmer, 2001). A forma como foi gerida, por exemplo, a pandemia do VIH-SIDA, com as suas campanhas de sensibilização totalmente desajustadas da realidade mostra quão estreita podia ser a focagem das intervenções em matéria de saúde pública. Por uma questão de contenção de custos, os organismos internacionais optaram por atacar o problema do VIH-SIDA concentrando-se apenas na prevenção. Optando, desta forma, por negar deliberadamente o acesso aos dispendiosos retrovirais à crescente população seropositiva oriundo das camadas mais desfavorecidas dos países do Global Sul (Bastos, 2002; Farmer, 2001; Guillaume & Bonnet, 2004).

O desenvolvimento da Antropologia Médica Crítica permitiu que problemas como a desregulação dos mercados internacionais ou o excessivo poder da cooperação e organismos financeiros internacionais passassem a ser tidos em linha na interpretação do estado de saúde de uma população. Neste seguimento, uma variedade de agências públicas, organizações não-governamentais e governos foi inspecionada em função das complexas relações existentes entre elas (Brown & Closser, 2016). De igual modo, começou-se a prestar mais atenção à dimensão cultural e política da saúde pública, à burocracia da saúde global e às crenças culturais, normas e premissas implícitas, nas quais o seu financiamento e administração se encontravam baseados (Biehl & Petryna, 2013).

No que concerne a realpolitik dos governos dos designados países do Terceiro Mundo, trabalhos de terreno realizados nos mais variados pontos geográficos trouxeram esclarecimentos sobre as consequências das suas políticas sobre as populações. Farmer, (2001) mostrou que a crónica falta de recursos do sistema de saúde haitiano impedia de

submeter os portadores de TBMR aos antibióticos de segunda linha quando a terapêutica de primeira linha se revelava ineficaz. O protocolo mandava repetir o mesmo tratamento infrutífero, aumentando desta forma a despesa do erário público sem qualquer contrapartida para o paciente além do prolongamento do seu sofrimento. Fassin e Helen Schneider (2003) analisaram as polémicas decisões tomadas pelo Presidente sul-africano Thabo Mbeki relativamente ao VIH-SIDA. Ao negar a existência do vírus, o governo da África do Sul deixou de estabelecer o combate a esta pandemia como uma das prioridades da sua agenda política. Em consequência disso, os seropositivos existentes neste país foram deixados à sua sorte, sem qualquer tipo de tratamento disponibilizado pelo Estado. Outro assunto que Fassin (1999b) debateu foi a discriminação social e racial sofrida pelos emigrantes africanos no sistema nacional de saúde francês. Brown e Closser (2016) demonstraram que as instituições de saúde biomédicas tendiam a agravar as disparidades sociais e os programas de formação das escolas biomédicas contribuía para o reforço de estereótipos raciais. O facto de «... *many health care providers [...] [were] middle - and upper - class men [...] [might] further reinforce gender inequalities and ethnic discrimination in interaction with patients.*» (Torri, 2017a, p. 110). A forma como ideologias raciais trespassavam os conteúdos programáticos das escolas superiores de biomedicina norte-americanas já vinha sendo assinaladas há muitos anos (Brown & Closser, 2016). Os circuitos comerciais de medicação bioquímica contrafeita foi um dos temas também explorados por Fassin (1986, 1992). Este autor demonstrou a forma como a inoperância da administração senegalesa em fazer face a este flagelo internacional expôs a população deste país aos mais diversos riscos associados à utilização destes produtos.

Ao nível do financiamento dos sistemas de saúde, a matéria que esteve sujeita a um maior escrutínio foi a introdução de taxas nos serviços de saúde públicos. A cobrança dos serviços de saúde públicos ao utilizador foi um condicionalismo externo imposto a partir da segunda metade dos anos 1980 pelos organismos financeiros internacionais, com o propósito de revitalizar os sistemas de saúde nacionais. O efeito repulsivo desta iniciativa, com o abandono massivo por parte das populações dos dispensários e hospitais contribuiu para que as barreiras de ordem financeira comesçassem a ser cada vez problematizadas como uma violação dos direitos humanos, sobretudo depois da viragem do milénio (Castillo, Garrafa, Cunha, & Hellmann, 2017). Fassin e Défossez (1992) demonstraram como os valores aplicados pelos serviços de saúde públicos

equatorianos tiveram um efeito negativo na frequência de utilização por parte da população. Valéry Ridde (2004) trabalhou a subutilização dos serviços de saúde no quadro da Iniciativa de Bamaco. E Meredith Turshen (1999) discutiu a questão da privatização do sector da saúde em África, mostrando que a emergência do sector privado biomédico e a introdução do princípio utilizador-pagador nas unidades de saúde públicas em nada contribuiu para incrementar a qualidade dos serviços prestados na esfera da biomedicina nem para aumentar a sua taxa de atendimento.

Outros autores interessaram-se pelas condições de acesso ao domínio privado [não-biomédico] da saúde. Até então, ficara tacitamente assumido que a proliferação da medicina tradicional ou neotradicional, pelo menos no contexto da África subsariana, estava associada a um acréscimo da procura de cuidados de saúde por parte de segmentos populacionais empobrecidos, financeiramente incapazes de acederem aos serviços biomédicos. Este argumento foi contestado por Fassin (1992) e Amadou Oumarou (2009). De acordo com este sociólogo, determinados terapeutas locais podem capitalizar sobre as circunstâncias adversas dos seus clientes e inflacionar os seus preços até valores superiores àqueles cobrados nas formações sanitárias.

Os disfuncionamentos ao nível dos sistemas de saúde públicos foram analisados no quadro de diversos trabalhos etnográficos (Hahonou, 2000, 2001; Jaffré, 1999b; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003b; Jewkes, Abrahams, & Mvo, 1998; Moumouni & Souley, 2004; Souley, 2001; Sundari, 1992). Para Farmer (2001), a falta de meios dos sistemas de saúde públicos é que hipotecava a qualidade dos serviços médicos prestados, sobretudo no que dizia respeito às camadas mais pobres. Alguns anos mais tarde, a obra coletiva publicada por Olivier de Sardan e Valéry Ridde, (2012) convergiria nessa argumentação.

As primeiras publicações que analisam as disfuncionalidades ao nível das unidades de saúde de base procuravam analisar as contradições dos sistemas de saúde públicos à luz das dinâmicas sociais, políticas, culturais e políticas locais, ignorando o impacto das forças globais no comportamento dos agentes de saúde. Porém, alguns autores, como Morsy (1990), integraram desde muito cedo uma perspetiva histórica e económica na análise das condutas dos profissionais de saúde e da organização dos serviços biomédicos.

Apesar dos argumentos supra enunciados serem sobretudo baseados em dados etnográficos recolhidos no Global Sul, muitos deles apropriavam-se igualmente ao

Global Norte. O deliberado obscurantismo da classe política norte-americana no poder durante a década de 1980 perante o galopante alastramento do VIH-SIDA no seu território ilustra bem quão prejudiciais para a saúde dos cidadãos podem ser determinadas agendas políticas (Bastos, 2002).



### **3 A saúde da mulher no contexto da reprodução**

#### **3.1 O nascimento dos cuidados obstétricos e a biomedicalização da reprodução humana**

Com a emergência primeiras das políticas de saúde públicas na Europa, a procriação acabou por ser enquadrada pelo poder político de uma forma sem precedentes. Tal não significa que anteriormente a reprodução humana não fosse política e socialmente controlada. As sociedades humanas sempre tiveram regras muito precisas sobre o acesso à maternidade e paternidade, assim como, preceitos específicos relativamente aos cuidados prestados às grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos. Os supramencionados imperativos de ordem económica e bélica levaram o poder político a imiscuir-se de uma forma nunca vista na vigilância da gravidez e do trabalho de parto. Por causa das necessidades adicionais de mão-de-obra, esta progressiva ingerência tecnológica relativamente ao corpo da mulher facilitaria a emergência de um novo tipo de governamentalidade política (Candiotta, 2010) que invadiu esferas que eram consideradas íntimas ou privadas femininas, principalmente entre as mulheres oriundas de grupos populares metropolitanos ou de populações colonizadas.

Ao que tudo indica, a biomedicina começou a interferir no ciclo reprodutivo da mulher na Grã-Bretanha, durante o século XVII (Hollenberg, 2017b). Contudo, alguns autores consideram que este fenómeno apareceu primeiro em França (Laget, 1982; Leavitt, 1988). No seio das famílias abastadas francesas, a partir do século XVIII, começou-se a banalizar o hábito de chamar o «cirurgião» durante o trabalho de parto das damas aristocratas e da alta burguesia. As parturientes eram habitualmente colocadas sobre as compridas mesas da cozinha onde tinham os filhos na posição decúbito dorsal. Durante o trabalho de parto, o «cirurgião» por vezes recorria à utilização de fórceps (Laget, 1982). Nessa mesma época, foi inaugurado em Londres o primeiro hospital maternidade, também conhecido como *lying-in-hospital* (Salim, 2017).

No princípio, a biomedicina intrometia-se de forma muito superficial na gravidez. Como havia muito pouco controlo sobre o processo gestativo em si, a condição de gestante era muitas vezes assumida publicamente perto do seu termo, dificultando qualquer tentativa de introdução de cuidados biomédicos durante o período pré-natal. Avaliações ginecológicas intravaginais não eram praticadas nem antes, nem depois do

parto, frequentemente por questões de decoro e pudor. Regra geral, nessa altura, os agentes biomédicos acreditavam que o desenvolvimento fetal era controlado por forças divinas, e por conseguinte, não era suposto ser alvo de qualquer tipo de interferência (Oakley, 1984).

A crença de que a procriação era um assunto da exclusividade de Deus levou à proliferação em Inglaterra, a partir do século XV, de instituições hospitalares especializadas em dar assistência durante o trabalho de parto. Estes estabelecimentos, dirigidos por mulheres religiosas, visavam o atendimento de mulheres originárias dos estratos socioeconómicos mais baixos. O principal objetivo destas maternidades era combater as práticas terapêuticas de muitas parteiras locais, consideradas pagãs ou até mesmo hereges (Oakley, 1984). Mesmo se os cuidados que prestavam ficassem muitas vezes aquém dos conhecimentos empíricos das obstetrias que procuravam eliminar (Monica Moscucci *apud* Hollenberg, 2017b).

O combate à diversidade de cuidados oferecidos no âmbito do nascimento não se circunscreveu às instituições religiosas. No século XVI, as universidades de Oxford e Cambridge mandaram uma petição ao Parlamento relativamente ao perigo de continuar a autorizar pessoas consideradas ignorantes e sem competências a administrarem procedimentos clínicos e realizarem cirurgias. A advertência visava particularmente as curandeiras e parteiras locais cujos cuidados prestados eram considerados nocivos para as suas pacientes e parturientes (Juane Clarke *apud* Hollenberg, 2017b). Esta movimentação política tivera como principal propósito o reconhecimento e legitimação de um subgrupo específico de parteiras<sup>33</sup>. À semelhança das freiras que assistiam partos dentro dos estabelecimentos religiosos, foram utilizadas para combater a feitiçaria praticada pelas curandeiras e parteiras heréticas, com a devida supervisão do clero (Hollenberg, 2017a, 2017b). Esta luta contra a heterodoxia de práticas terapêuticas em torno do nascimento facilitou o processo de padronização no atendimento de parturientes. A homogeneização dos cuidados obstétricos sob o patrocínio das instituições religiosas acabaria por preceder em alguns séculos o *modus operandi* da biomedicina.

Segundo Ann Oakley (1984), a capacidade de detetar precocemente a gravidez através de instrumentos de verificação, como o raio X ou, mais tarde, os testes laboratoriais, permitiu à biomedicina retirar o seu controlo das mãos do divino, e

---

<sup>33</sup> Através do Ato Médico Britânico de 1512 (Hollenberg, 2017b).

inaugurar a monitorização pré-parto. A emergência dos cuidados pré-natais biomédicos foi considerada por esta autora uma ocasião crucial para a biomedicalização da saúde, do bem-estar humano e da própria vida. Conforme ficou previamente subentendido, a vigilância durante a gravidez não foi uma arte inventada pela biomedicina. Nos mais variados locais, e desde tempos imemoriais, as mulheres sempre foram assistidas durante a gravidez, o parto e o puerpério. A grande distinção está relacionada com a natureza dos cuidados de saúde que a biomedicina acabou por assumir na esfera da reprodução.

A definição durante a era vitoriana da mulher como um ser frágil, débil e com pouca resistência à dor; física e emocionalmente inferior ao homem; e mais fraca que a mulher dita primitiva (Leavitt, 1988) alimentou todo um imaginário coletivo sobre a sua suscetibilidade à doença e facilitou a representação da gravidez como uma anomalia ou uma patologia. Esta fragilidade autorizou que a biomedicina reduzisse os transtornos femininos à sua dimensão biológica, transformando a mulher num recetáculo passivo de cuidados biomédicos (Martin *apud* Torri, 2017c). A ideia que a mulher era incapaz de ter filhos sem o apoio da biomedicina legitimou o carácter invasivo que estes cuidados assumiram desde os primórdios (Leavitt, 1988; Martin, 1992). A construção ideológica de inspiração cartesiana do corpo feminino enquanto reservatório da tecnologia biomédica acabou por transformá-lo conceptualmente numa máquina. O nascimento não escapou a essa redução. O hospital tornou-se a fábrica, o corpo da mãe o engenho e a criança o produto de um processo industrial (Salim, 2017), à semelhança de qualquer outra linha de montagem (Shaw, 1974).

A ideia de que a mulher era incapaz de suportar a dor durante o trabalho de parto facilitou o desenvolvimento de procedimentos clínicos indolores, como a anestesia (Howells, 1972), a escopolamina<sup>34</sup> (Leavitt, 1988) e, mais recentemente, a epidural. A escopolamina foi uma substância que apareceu durante os anos 1930 na Alemanha (Davis-Floyd & Sargent, 1997b) e que supostamente permitia dar à luz sem dor através da sedação das parturientes (Leavitt, 1988). Grupos femininos pertencentes à sociedade civil norte-americana acabariam por forçar a sua implementação nas formações sanitárias norte-americanas (Davis-Floyd & Sargent, 1997b). Mais tarde, descobriu-se que esta substância apenas fazia perder a memória e que durante o trabalho de parto

---

<sup>34</sup> Substância que provoca amnésia na parturiente e que a coloca num estado de torpor durante o trabalho de parto. Prosaicamente conhecida sob a designação de «sono crepuscular» ou «boa noite Cinderela», a droga da violação.

algumas mulheres se comportavam de forma totalmente selvática sem guardarem qualquer memória do acontecido (Davis-Floyd & Sargent, 1997b). Para além de indolor, o trabalho de parto passou a ser exigido que também fosse rápido. E, neste sentido, foram desenvolvidas intervenções técnicas que facilitassem a sua aceleração, como a episiotomia ou a oxitocina sintética. O propósito era diminuir drasticamente o tempo que o obstetra dedicava a cada parturiente, impossibilitando a eventual criação de qualquer laço social entre ambos (Leavitt, 1988). No final, a grande conquista tecnológica conseguiu expropriar a mãe da sua capacidade de experienciar o nascimento dos seus filhos (Kunisch, 1989).

A crescente necessidade de monitorização do crescimento do feto, com o objetivo de detetar precocemente qualquer anomalia, conduziu ao aperfeiçoamento constante de técnicas de vigilância intrauterina, entre as quais a monitorização fetal, a amniocentese (Howells, 1972) ou o teste sanguíneo fetal do couro cabeludo (Newton & Newton, 1972). Desde dos primórdios que o desenvolvimento tecnológico no domínio específico dos cuidados pré-natais foi alimentado por uma ideologia eugenista de apuramento da espécie humana, uma vez que o principal propósito da monitorização da gravidez era detetar eventuais anomalias genéticas no embrião ou feto. A utilização da amniocentese para o aborto seletivo de fetos do sexo feminino é outro exemplo de como esta tecnologia podia ser ideologicamente manipulável (Jeffery, Jeffery, & Lyon, 1984). O contínuo aprimoramento de técnicas associadas à Procriação Médica Assistida (PMA) assentava em premissas bastante semelhantes (Stolcke, 1986).

O surgimento da vigilância biomédica pré-natal foi um aspeto fundamental no processo de democratização dos cuidados obstétricos. Até então, a assistência biomédica era o apanágio das mulheres pertencentes aos grupos mais abastados. A partir dos finais do século XIX, com o progressivo alargamento destes serviços biomédicos às camadas populares, as questões em torno da gestação e do parto tornaram-se um assunto administrado pelo poder político e pelo corpo biomédico (Gélis, Laget, & Morel, 1978; Laget, 1982). Este processo foi coincidente com o advento da saúde pública.

À semelhança do que acontecera relativamente a outros subdomínios da biomedicina, a popularização do acesso aos serviços de obstetrícia foi acompanhada por uma ilegalização das parteiras locais. Após a viragem do século XX, as autoridades políticas começaram a proibir o exercício da arte do partejo por parte destas mulheres

(Dougherty, 1978, 1982). Com efeito, «...*female midwives [had] being supplanted by biomedically trained male midwives, despite women's traditional as midwives and birth assistants...*» (Wendy Mitchinson *apud* Hollenberg, 2017a, p. 5). O objetivo desta medida política era tornar a assistência obstétrica provida pela biomedicina na única legítima (Hollenberg, 2017b).

Na Grã-Bretanha, as pretensões políticas de tornar a biomedicina na exclusiva opção terapêutica para tratar de questões de saúde relacionadas com o nascimento manifestaram-se logo no século XVIII. As parteiras que sob a alçada das autoridades religiosas combatiam as práticas obstétricas pagãs acabaram também por ser oficialmente substituídas por outro género de terapeutas. Mais precisamente por especialistas do sexo masculino com formação na área da biomedicina:

*«... the professionalization of midwifery in Britain was revoked in 1642, when British College of Physicians gained authority to directly license midwives [...] male midwives took possession of the field of midwifery and established state legitimacy and recognition as a professional and autonomous group ...»* (Hollenberg, 2017b, p. 27).

À medida que o corpo de peritos em torno do nascimento se foi masculinizando sob a égide da biomedicina (Kunisch, 1989) profundas transformações acabaram por ocorrer. Em primeiro lugar, os conhecimentos terapêuticos neste domínio deixaram de estar circunscritos ao universo «ginecocrático»<sup>35</sup> (Newton & Newton, 1972). Em segundo lugar, a transmissão de conhecimentos entre gerações deixou de ser feita de forma oral, como acontecia por exemplo em França, quando predominavam as matronas<sup>36</sup> (Laget, 1982). Terceiro, as redes de apoio e solidariedades feminina que se mobilizavam em torno do parto e puerpério acabaram por se perder (Laget, 1982). E, por último, não somente milhares de curandeiras desapareceram durante este processo, como um inestimável conhecimento médico foi perdido ou acabou por se ter de subjugar à dominância masculina (Hollenberg, 2017a).

A uniformização dos cuidados de saúde no campo da obstetrícia não foi acompanhada por uma automática melhoria da saúde da mulher e da criança. No início do século XX, a mortalidade materna nas formações sanitárias era muito elevada (Leavitt, 1988). Os procedimentos obstétricos continuavam a ser mais perigosos e

---

<sup>35</sup> Nestas circunstâncias os terapeutas masculinos somente interferiam em caso de complicações mais graves, e por norma não contactavam diretamente com as parturientes (Newton & Newton, 1972).

<sup>36</sup> As matronas eram as mulheres que antigamente exerciam de forma ilegal o ofício de parteira (“Définitions : matrone - Dictionnaire de français Larousse,” n.d.).

menos eficazes do que aqueles prestados por muitas das parteiras proscritas (Ehrenreich & English *apud* Hollenberg, 2017b). Este facto não impediu os técnicos de biomedicina, licenciados e do sexo masculino, de obterem o monopólio dos cuidados sobre a maternidade e o nascimento (Hornosty, 2017) nalguns países europeus.

Relativamente ao contexto sanitário francês, a padronização dos cuidados de obstetrícia não conduziu a uma masculinização dos serviços biomédicos. Aliás, muito pelo contrário. A partir do século XIX, as autoridades políticas empenharam-se em criar uma rede de *sages-femmes*<sup>37</sup> que abrangesse todo o território nacional (Laget, 1982; Vouilloz Burnier, 1995). Nos primórdios, a formação destas prestadoras de cuidados de saúde ainda não se encontrava totalmente uniformizada. Tanto era realizada por especialistas na área da biomedicina como por eclesiásticos. Vários manuais sobre cuidados biomédicos, entretanto publicados, eram utilizados como material de apoio. As formandas assumiam as despesas relativamente à sua aprendizagem em troca de poderem ficar a exercer nas suas localidades de origem (Vouilloz Burnier, 1995).

Nos EUA, as mulheres pertencentes às camadas mais abastadas conseguiram manter algum controlo sobre o parto até aos anos 1920, solicitando a presença quer de parteiras, quer de profissionais biomédicos durante o parto, o qual era preferencialmente realizado a domicílio. Esta situação era possível porque nessa altura o estatuto dos provedores de cuidados biomédicos não era socialmente muito elevado, e por conseguinte, conseguiam facilmente subordiná-los aos seus interesses (Leavitt, 1988). Além do mais, como os custos com os cuidados obstétricos entretanto introduzidos pela biomedicina eram incomportáveis para os segmentos populacionais mais carenciados, muitas parteiras continuaram a sobreviver do seu ofício na clandestinidade (Davis-Floyd & Sargent, 1997b; Litoff, 1978; Mongeau, Smith, & Maney, 1961). Apesar do poder político se ter empenhado em erradicar as parteiras ditas leigas através de alertas feitas à população

---

<sup>37</sup> Segundo a OMS, a *sage-femme* é uma «personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise.» (“Profession sage-femme,” 2012).

sobre a perigosidade das suas práticas (Dougherty, 1978; Goody, 1988; Litoff, 1978), a padronização do parto clinicamente assistido foi um processo muito contestado pelas mulheres norte-americanas. Mesmo parturientes que não se encontravam economicamente tão necessitadas procuravam muitas vezes locais para o nascimento que provessem um bom ambiente de suporte (Davis-Floyd & Sargent, 1997b).

De igual modo, nalguns contextos coloniais, em vez de se ter interditado o exercício das parteiras locais, em alguns lugares foi-lhes dada alguma formação biomédica com o propósito de atenuar a elevada mortalidade materna e infantil local que ameaçava a reprodução física da massa assalariada. Algumas delas passaram inclusive a trabalhar dentro de maternidades que prestavam serviços de saúde exclusivamente às populações nativas (Barthélémy, 2005).

As exíguas redes sanitárias existentes durante a primeira metade do século XX em muitos pontos geográficos do globo atrasariam significativamente o processo de biomedicalização da reprodução humana. Nessa época, este fenómeno encontrava-se fundamentalmente circunscrito às grandes urbes. Somente nalguns países europeus é que os serviços obstétricos abrangiam a totalidade da população feminina em idade reprodutiva. Um novo impulso surgiria mais tarde, no rescaldo da Segunda Guerra Mundial, com o nascimento das políticas de saúde internacionais.

### **3.2 A segunda vaga do movimento feminista e a desbiomedicalização do nascimento**

Os movimentos da sociedade civil que a partir da década de 1960 começaram a reclamar o reconhecimento de terapias alternativas à biomedicina nos denominados países desenvolvidos encontram-se intimamente associados à emergência da segunda vaga do movimento feminista. Ao contrário das sufragistas que tinham lutado sobretudo pelo direito das mulheres ao voto, estas ativistas encontravam-se fortemente empenhadas em combater os valores morais dominantes e os constrangimentos impostos pela sociedade em consequência da maternidade (Françoise Héritier *apud* Guillaume & Bonnet, 2004) O aparecimento da pílula anticoncepcional acabou por despoletar essas reivindicações femininas, principalmente nas sociedades europeias e norte-americanas, graças ao controlo que a mulher doravante passou a poder ter sobre a sua fertilidade. Esta extraordinária invenção permitiu que a maternidade deixasse ser percecionada como um determinismo biológico a que quase todas as mulheres se

deviam sujeitar durante o seu percurso social de vida. Ser mãe tornou-se uma escolha e não uma predestinação. Em consequência disso, os partidários da causa feminista começaram a lutar pelo empoderamento da mulher no quadro da maternidade (Braun, 1987; Guillaume & Bonnet, 2004) . Entre outras coisas, passaram a advogar o direito das mulheres pertencentes aos grupos sociais mais abastados acederem ao mercado de trabalho<sup>38</sup> e construírem à semelhança dos homens uma carreira profissional. A reclusão ao espaço doméstico, ao qual tinham sido relegadas durante a era vitoriana chegava finalmente ao fim.

O controlo sobre a vida genésica levou também a uma reclamação de um maior domínio sobre a gravidez e o parto. A subtração feminina à autoridade patriarcal também passou a ser expressa através de uma crítica aberta à biomedicina. Nesta sequência, surgiu uma extensa literatura que procurou resgatar o nascimento da condição de patológico e/ou anómalo construída pela biomedicina (Litoff, 1978). Com a sua patologização acabou por ser dada uma ênfase desproporcional aos fatores de risco durante a gravidez e o parto, justificando desta maneira a natureza invasiva das intervenções clínicas (Salim, 2017). Os procedimentos biomédicos foram definidos pelas feministas académicas como um locus privilegiado de produção e reprodução das relações de poder, argumentando que a maioria dos cuidados prestados pela biomedicina tinha reduzido o indivíduo a um corpo doente (Robbie David-Floyd; Ann Oackley *apud* Torri, 2017c).

Após ter gozado de uma reputação inabalável durante décadas, mesmo depois de ter sido reconhecido oficialmente as negativas implicações de procedimentos clínicos como a lobotomia ou o uso da escopolamina durante o trabalho de parto, a biomedicina foi colocada debaixo de fogo pelas feministas, tanto por causa da sua excessiva e muitas vezes despropositada tecnologia (Kunisch, 1989) utilizada na monitorização do nascimento, como pela forma como esse aparato tecnológico expropriava a mulher do seu próprio corpo. Paradoxalmente, a biomedicina criara os seus próprios antagonistas. A libertação da mulher relativamente às contingências da reprodução resultava de uma descoberta feita pela biomedicina denominada pílula contraceptiva oral. A dimensão libertadora e opressiva da biomedicina não deixavam de ser duas faces de uma mesma moeda.

---

<sup>38</sup> As mulheres que pertenciam aos estratos mais desfavorecidos da população nunca deixaram de trabalhar por causa de condicionalismos impostos pela maternidade.



A natureza desnecessária e coerciva de determinados procedimentos terapêuticos como a imobilização dos membros superiores e inferiores da parturiente; o corte do períneo ou episiotomia; ou a realização de enemas (Newton & Newton, 1972) foram colocadas em evidência para dar consistência às reivindicações políticas feministas perante a opinião pública. A utilização da posição decúbito dorsal durante o trabalho de parto, principalmente, após terem sido provados cientificamente os seus malefícios para a parturiente (William Mengert e Murphy Douglas *apud* Newton & Newton, 1972) tornou-se um dos alvos preferenciais de ataque. O perigo de infecção hospitalar decorrente do parto assistido clinicamente (Leavitt, 1988), assim como, as excessivas e desnecessárias cesarianas foram aspetos igualmente assinalados.

O desapossamento da mulher como resultado da progressiva biomedicalização do nascimento pode ser decomposto em três vertentes distintas: a perda de património em termos de conhecimento, de experiência corporal e de capital social.

A masculinização dos cuidados prestados no âmbito do nascimento pela biomedicina baseava-se na superioridade do homem e das suas capacidades médicas (Barbara Ehrenreich & Deirdre English *apud* Hollenberg, 2017b). O advento do obstetra combinava a metáfora da máquina como a utilização de equipamentos como os fórceps ou o espécuro. Estes dispositivos tinham permitido a substituição do toque efetuado pelos dedos femininos, por mãos mecânicas controladas pelo homem (Martin, 1992). A forma como os profissionais biomédicos na área da obstetrícia eram «maquinizados» durante o seu tempo de formação foi mencionada por Nancy Shaw (1974). Com a emergência dos movimentos feministas, essa supremacia masculina nos cuidados prestados em torno do nascimento passou a ser contestada. Após as parteiras locais terem sido banidas durante décadas pelo poder político, observou-se uma reapropriação da arte do partejo pelas mulheres (Hollenberg, 2017a).

Os discursos feministas também colocaram a tónica na perda de poder e controlo da mulher sobre o seu corpo (Jordan, 1990, 1992; Sargent, 1990) em resultado da biomedicalização do parto. Assim que as parturientes entravam nas instalações sanitárias era notória essa desapropriação:

*«... decisions about care and interventions during childbirth [...] [were] decided solely by the medical team [...] women's [...] sensations and feelings [...] were ignored [...] the patient [...] [was] not conceived in her whole but only as a body deprived of feelings.»» (Salim, 2017, p. 77-78).*

Sob a égide dos cuidados biomédicos, a mulher deixou de ser a protagonista do nascimento, transformando-se numa mera espectadora que um processo que outrora dominara. Esta progressiva marginalização da mulher do centro de decisão potenciou uma radical transformação ao nível da percepção de si mesma e do seu lugar na sociedade. Por exemplo, a gradual transferência do nascimento para a jurisdição da biomedicina conduziu a uma transformação semântica a nível discursivo na língua francesa. A palavra tradicionalmente utilizada para designar o ato de dar à luz acabou por sofrer uma modificação. O verbo *s'accoucher*, que significava a capacidade da mulher colocar crianças no mundo pelos seus próprios meios acabou por perder o seu pronome reflexivo, dando origem a um verbo intransitivo *accoucher*, que suprimiu o protagonismo da parturiente durante o trabalho de parto (Laget, 1982). Anteriormente, Harold Atlee já tinha mostrado que o prestígio e o reconhecimento social do nascimento tinham sido usurpados à mãe pelo técnico de obstetrícia (Newton & Newton, 1972). Essa ideia seria retomada mais tarde por Costanza Torri,

*«The procedure for giving birth in the hospital was designed to facilitate the doctor's task, so that the doctor is "giving birth", so to speak. The horizontal position allows the doctor to observe the delivery process, but is not necessarily a position that ensures a comfortable delivery for the women.»* (2017a, p. 112).

Outra consequência nefasta do parto assistido clinicamente foi a descapitalização da parturiente em termos de redes sociais de apoio e solidariedade femininas (Leavitt, 1988; Newton & Newton, 1972). As familiares, amigas e vizinhas que antigamente se mobilizavam em torno do parto a domicílio e que amparavam a puérpera durante todo o período de convalescença acabaram por ser substituídas por um corpo clínico masculinizado que provê cuidados de forma totalmente impessoal (Davis-Floyd & Sargent, 1997b).

Embora muitas feministas continuassem a considerar que o parto biomedicamente assistido fosse a melhor solução para certos diagnósticos de risco, para a grande maioria dos nascimentos, que ocorriam sem qualquer tipo de complicação, estas ativistas argumentavam que o hospital era um obstáculo social e cultural para a parturiente porque transformava o nascimento numa experiência alienante (Parry, 2008). Uma solução encontrada pelas hippies da Califórnia para contrariar essa alienação foi começaram a ter os filhos em casa e a fazer do nascimento um acontecimento social, convidando os seus amigos para festejar com elas todo o processo do trabalho de parto (Newton & Newton, 1972). Conforme afirmou muito mais tarde Torri (2017a), as inter-

relações entre as pessoas e o meio ambiente são fundamentais para compreender a preferência das mulheres pelo parto em casa.

As reclamações por partos menos biomedicalizados acabariam por levar à organização de grupos políticos no interior da sociedade civil, especialmente norte-americana (Leavitt, 1988). Estes movimentos cívicos passariam a reclamar «... [*the ownership of their own healing profession – as well as their own health and bodies.*» (Hollenberg, 2017a, pp. 13–14). Um livro publicado por Sheila Kitzinger (1978) foi decisivo para a legitimação destas organizações que defendiam, entre outras coisas, o retorno ao parto natural<sup>39</sup> e/ou a domicílio. Nesta obra, a autora apresentou à população britânica uma variabilidade de cuidados populares eficazes na gestão do parto para demonstrar as arbitrariedades terapêuticas relativamente aos cuidados biomédicos. Em consequência da sua argumentação defendeu o regresso do controlo sobre o parto à mulher. Apesar de seu claro enviesamento em favor das mulheres brancas, urbanas e com recursos norte-americanas, a generalização da ideia de que as intervenções biomédicas na esfera do nascimento eram vitais porque as mulheres eram incapazes de tomar decisões sobre o seu corpo foi contestada por vários autores numa coletânea editada por Shelly Romalis (1981).

Mesmo com o resgate desta inequívoca descapitalização social e identitária feminina em consequência do enquadramento da reprodução humana pela biomedicina, muitas mulheres continuaram a se sentirem apenas seguras durante a gravidez e parto, quando rodeadas de um aparato tecnológico (Davis-Floyd, 2004). A crença na tecnologia biomédica tinha tamanha força que a declinação de determinados procedimentos clínicos fá-las-ia parecerem e sentirem-se irresponsáveis (Browner & Press, 1995) pela forma como supostamente comprometeriam a sua saúde e a da criança (Kunisch, 1989). Esta construção tecnológica da segurança materna e infantil encontrava-se subordinada a diversos interesses económicos (Kunisch, 1989) que se estavam por detrás da progressiva mercantilização da gestação e do nascimento (Rothman, 1987).

A partir dos anos 1980, na esteira da emergência das MAC, observou-se o regresso da diversidade em matéria de cuidados obstétricos em países como os EUA. Passou a haver oficialmente muitas opções para além da anterior uniformidade: presença do pai

---

<sup>39</sup> As reclamações pelo regresso ao parto natural permitiram que o método de Lamaze se vulgarizasse. Este procedimento, desenvolvido pelo obstetra francês Fernand Lamaze como uma alternativa à intervenção biomédica durante o nascimento, apostava no relaxamento da parturiente através do controlo da sua respiração (Newton & Newton, 1972).

durante a gravidez e parto, o renascimento do sistema de partejo e da amamentação, o parto a domicílio, o parto na água e mesmo o parto não-assistido (Davis-Floyd & Sargent, 1997b). Algumas mulheres começaram a querer ter um maior controlo sobre a experiência do nascimento (Tieraona Low Dog *apud* Hollenberg, 2017a). A experiência sensorial e as relações sociais passaram a ser tidas como um aspeto tão importante como o processo fisiológico em si (Salim, 2017). O acompanhamento familiar assim como a segurança de se dar à luz num ambiente aconchegado, íntimo e privado tornaram-se prioritários (Torri, 2017a). Apesar desta pluralidade em matéria de oferta, o parto clinicamente assistido continuou a predominar nos EUA. Os movimentos contra o parto biomédico ou em favor da redução da sua biomedicalização na realidade representavam uma pequena minoria (Davis-Floyd & Sargent, 1997b) pertencente aos estratos mais abastados da população (Torri, 2017c).

As reclamações pela despatologização do nascimento acabaram por ter um impacto muito residual na formulação de políticas de saúde públicas internacionais. Os decisores políticos manter-se-iam indiferentes ao corpo teórico desenvolvido sobre esta matéria a partir dos anos 1970 no seio da Antropologia e Sociologia, em consequência do impulso inicial dado pelos estudos feministas (Downe, 2017).

### **3.3 A saúde da mulher nas Ciências Sociais**

A chegada de uma criança ao mundo não é, nem nunca foi, um simples processo fisiológico. É igualmente um fenómeno iminente social, cultural, político e económico. Conforme foi anteriormente mencionado, todas as sociedades têm normas específicas sobre o acesso à reprodução. A chegada de um recém-nascido transforma por completo as condições de vida da mãe e do grupo social mais próximo (Newton & Newton, 1972). Além do mais, todas as comunidades ao longo da história desenvolveram conjuntos de crenças e preceitos a serem cumpridos pela mãe e, nalguns casos, por outros elementos da família de forma a assegurarem a vinda ao mundo de crianças viáveis. O nascimento é um processo marcado por interações entre pessoas e lugares. O ato de dar à luz caracteriza-se por uma troca de conhecimentos entre a mãe, a criança e quem assiste o trabalho de parto, os quais vão interagindo uns com os outros durante o fenómeno que conduz à expulsão do recém-nascido (Salim, 2017). Não obstante todas estas evidências, os cuidados de saúde prestados às mulheres em torno do nascimento demoraram a despertar interesse nas Ciências Sociais.

Os primeiros textos a abordarem questões relacionadas com a saúde reprodutiva das mulheres remontam aos anos 1930 e representavam sobretudo críticas virulentas tecidas a determinados procedimentos terapêuticos, como o uso da escopolamina durante o trabalho de parto (Kunisch, 1989). Os efeitos iatrogénicos decorrentes de determinadas intervenções obstétricas eram a principal preocupação destes trabalhos. Nessa mesma altura começaram igualmente a surgir trabalhos na área da história sobre os cuidados prestados no quadro das medicinas eruditas relativamente ao período gestativo e trabalho de parto. Os artigos de Preston Maxwell (1927) sobre os cuidados obstétricos na China do século XIII e de Marcel Granet (1990[1922]), que se debruçava sobre alguns rituais em torno do nascimento na China antiga, ilustram bem essa tendência. O resgate de uma dimensão histórica relativamente às principais medicinas eruditas enquadrava-se na necessidade teórica de distingui-las das demais medicinas ditas tradicionais de base oral, de forma a poderem ser incorporadas na grande narrativa histórica sobre o carácter excepcional e messiânico da biomedicina.

Até ao advento da segunda vaga do movimento feminista, o panorama das Ciências Sociais manteve-se bastante inexpressivo relativamente a questões relacionadas com a problemática da procriação. As poucas exceções vinham do campo da Antropologia, onde informação sobre as crenças e práticas referentes à concepção, gravidez e parto referentes às sociedades ditas primitivas eram abordadas, de forma subordinada a outras temáticas em vários trabalhos (Evans-Pritchard, 1937; Lévi-Strauss, 1949; Malinowski, 1982[1929]). Por vezes, eram feitas alusões aos serviços obstétricos colocados à disposição pelas autoridades coloniais (Goodman, 1951; Teixeira da Mota, 1954), apresentadas, como se tratassem realidades terapêuticas situadas em planos totalmente distintos. Se bem que Leonard Goodman (1951) tenha chegado a referir que devido à incapacidade dos curandeiros locais em lidar com problemas de obstrução prolongada durante o trabalho de parto, as parturientes ganesas eram, por vezes, trazidas tarde demais aos serviços biomédicos. Este discurso redutor que faz tábua rasa das dinâmicas sociais em jogo quando é necessário evacuar alguma parturiente ainda hoje se encontra presente ao nível dos relatórios oficiais dos organismos internacionais.

O desinteresse dos antropólogos, esmagadoramente do sexo masculino, pelas manifestações sociais e culturais associadas à reprodução devia-se muitas vezes apenas a dificuldades em observar práticas que em diversas sociedades se encontravam interditas aos homens (Newton & Newton, 1972). Conforme afirmou Dana Raphael

(1975), foi preciso esperar pelas antropólogas para que domínios que não se encontravam acessíveis ao sexo masculino fossem finalmente desvendados. Estes impedimentos explicam em parte a parca informação recolhida sobre esta matéria até à década de 1960. Ainda assim, as adversidades assinaladas não impediram a publicação de alguns estudos comparativos entre diversas sociedades (Engelmann, 1884; Ford, 1945; Spencer, 1949) e de diversos artigos científicos (Erny, 1969a, 1969b; Fuchs, 1939; Gerdel, 1949; Gilmore, 1931; Lockett, 1939; Marchand, 1932; Olbrechts, 1931; Radcliffe-Brown, 1912). Um dos artigos de Pierre Erny (1969b) debruçava-se, contrariamente à tendência dominante focada na conceção, sobre a questão da infertilidade. Todavia, os dados recolhidos não eram suficientes para proceder a estudos comparativos (Newton & Newton, 1972), uma das ferramentas metodológicas mais utilizadas pela Antropologia.

A supramencionada batalha pela emancipação da mulher relativamente ao determinismo biológico da maternidade chamou à atenção para o facto do domínio reprodutivo ser uma área negligenciada das Ciências Sociais (Kitzinger, 1978). Algumas historiadoras e sociólogas debruçaram-se sobre o processo histórico que permitira que uma aplicação massiva de tecnologia (Davis-Floyd & Sargent, 1997b) desse à biomedicina o controlo político, social e cultural da reprodução humana através do corpo da mulher (Gélis et al., 1978; Laget, 1982; Oakley, 1984). Estes trabalhos, fortemente influenciados pelas correntes neomarxista e social construtivista, resgatariam a gestação e o parto da dimensão biológica em que tinham sido encerrados pela biomedicina nas ditas sociedades ocidentais. Para além das mencionadas críticas sobre a forma como a biomedicalização do nascimento descapitalizara a mulher, esta produção académica haveria de contribuir de forma ímpar para o desmantelamento dos pilares ideológicos da biomedicina, participando desta forma no processo de desconstrução da hegemonia biomédica pelas Ciências Sociais iniciado nos finais da década de 1980.

A dimensão social e psicológica da gravidez e procriação começaram a ser exploradas ainda na década de 1960. Uma das primeiras coletâneas foi publicada por Stephen Richardson e Alain Guttmacher (1967), abordando esta questão sob diversos ângulos: psicológico, psiquiátrico, sociológico, antropológico e ecológico. No âmbito desta obra destaca-se o texto de Mead e Newton (1967) que comparou cuidados perinatais em quarenta sociedades ditas primitivas que depois contrastou com algumas práticas obstétricas realizadas nos EUA e na Grã-Bretanha. Este género de confrontos

entre as práticas biomédicas e oriundas da dita medicina tradicional seria uma estratégia metodológica muito utilizada pelos primeiros antropólogos que trabalharam de forma sistemática sobre a dimensão social e cultural do nascimento. Principalmente quando se tratava de realizar comparações entre as crenças e práticas das sociedades ditas primitivas e das sociedades europeias antes da revolução industrial (Konner & Shostak, 1987; Montagu, 1949). Apesar do claro enviesamento evolucionista subjacente a esta opção metodológica, estas comparações transculturais não procuravam conceptualizar estas representações ditas primitivas como estágios evolutivos anacrónicos em relação à biomedicina. Muito pelo contrário, procuravam recuperar antigas práticas terapêuticas, entretanto, proscritas pelo poder religioso ou político, consideradas benéficas para a saúde da mulher. Alguns anos depois, Newton e Newton (1972) publicaram um artigo semelhante no qual estabeleceram inúmeros paralelismos sobre um conjunto de características culturais existentes em torno do parto à escala global. O seu era intuito de extrair padrões que pudessem ser aplicados em posteriores procedimentos clínicos no dito mundo industrializado, contribuindo desta forma com soluções para os problemas dos cuidados de saúde maternos. Para tanto, estes autores confrontaram dados sincrónicos com diacrónicos, assim como, as chamadas práticas primitivas com as biomédicas. Por um lado, argumentaram que a medicina védica, chinesa ou romana [relativa ao Império Romano] suplantavam os conhecimentos biomédicos que existiam no século XIX. Por outro, alegaram que os cuidados obstétricos propostos pela biomedicina nos EUA acabaram por suprimir uma série de práticas em torno do nascimento, como por exemplo a estimulação sensorial ou o fornecimento de alimentos às parturientes. O propósito destes trabalhos eram mesmo utilizar informação referentes a várias culturas para construir um modelo de comportamento materno alternativo nas sociedades ditas industriais. Em última análise, procuravam demonstrar que as mulheres desde tempos imemoriais davam à luz sem necessitarem do aparato biomédico tecnológico entretanto colocado à sua disposição. O trabalho de Mead e Newton (1967) neste sentido foi muito importante pois foi pioneiro na desconstrução de algumas verdades validadas cientificamente pela biomedicina no domínio do nascimento que careciam de evidências fidedignas.

As duas autoras em questão seriam posteriormente reconhecidas como as precursoras responsáveis pela legitimação de um tópico relacionado com os cuidados obstétricos no seio das ciências antropológicas (Jordan, 1997). O conceito de etno-obstetrícia seria

forjado somente na década seguinte por Carol McClain (1975). A comparação da obstetrícia biomédica, enquanto fenômeno eminentemente cultural, com qualquer outro sistema etno-obstétrico apareceria pelas mãos de Robert Hahn (1987), mas somente após o conceito de sistema médico local ter sido apresentado por Kleinman (1978; 1980).

A partir do artigo de Mead e Newton (1967), o interesse científico por estas questões aumentou consideravelmente e investigações começaram a aparecer no âmbito das ciências sociais (Salim, 2017). A luta por um maior controlo feminino da reprodução levou a que informações sobre o nascimento em diversas culturas começassem a ser solicitadas (Davis-Floyd & Sargent, 1997b). A biomedicina, por seu lado, também se começou a empenhar na procura de dados sobre padrões culturais no contexto do nascimento (Newton & Newton, 1972). A obra coletiva editada por Howells (1972) abordava questões tão abrangente como a infertilidade, o aborto espontâneo ou provocado, a *couvade*<sup>40</sup>, os cuidados pré-natais, o trabalho de parto, a pseudociese<sup>41</sup> ou a gestão de filhos com necessidades especiais, privilegiando uma interpretação psiquiátrica de qualquer um destes fenômenos. O artigo de Newton & Newton (1972) é parte integrante desta coletânea.

A partir dos anos 1970, a produção científica começou a tornar-se mais regular. As análises comparativas transculturais na esfera do nascimento mantiveram-se pelo menos até à década de 1990 (Boddy, 1998; Jordan, 1992; Kitzinger, 1978; 1982; Laughlin, 1992, 1994; Lozoff, Jordan, & Malone, 1988; McClain, 1982; Paige & Paige, 1982; Wall, 1995). Questões como a circuncisão, menarca, menstruação e couvade, a menarca foram igualmente abordadas no âmbito destes estudos comparativos (Paige & Paige, 1982). Com a emergência dos direitos sexuais, novas temáticas surgiram nestes estudos comparativos, como o planeamento familiar (Berelson *apud* Browner & Sargent, 1990); o infanticídio (Laughlin, 1994) ou o aborto (Laughlin, 1994; Rylko-Bauer, 1996).

A partir dos anos 1990, principalmente no âmbito da Antropologia Médica Crítica e da Saúde Pública, este procedimento metodológico seria criticado de forma virulenta. Reiterando um argumento anterior, muitos dos paralelismos estabelecidos através destas análises careciam de rigor científico porque equiparavam realidades resultantes de

---

<sup>40</sup> Também conhecida como gravidez psicológica.

<sup>41</sup> Período de restrição de atividades por parte do pai durante um certo período de tempo após o nascimento (Newton & Newton, 1972).



processos históricos dissemelhantes. Como afirmou Olivier de Sardan (1999a) existem, pelo menos, duas maneiras diferentes de efetuar comparações:

*«L'un est le comparatisme planétaire, ou moins, à très grande échelle, qui franchit allégrement les distances culturelles, voire les époques: le prix à payer est une forte décontextualisation des énoncés comparatifs. L'autre est le comparatisme de [...] proximité [...] Il s'agit donc d'un comparatisme intensif, où les contextes sont délibérément proches, voisins, connexes. Cette vicinalité est tout à la fois culturelle (géographique) et thématique.»* (p. 9-10).

De facto, somente é possível comparar fenômenos que partilhem uma base histórica comum. Ora, na maioria destas comparações, o denominador-comum era o processo fisiológico em si. Apesar das críticas relativamente à imprecisão científica patente nestas comparações transculturais (Olivier de Sardan, 1999a), muitos antropólogos continuaram a se refugiar nesta ferramenta metodológica com o propósito de extrair informação relevante sobre dados etnográficos recolhidos.

O subdomínio da Epidemiologia foi uma das primeiras esferas da Antropologia médica em que começaram a ser exploradas questões relacionadas com a reprodução humana. As supramencionadas preocupações políticas relacionadas com o exponencial crescimento populacional a partir da segunda metade do século levaram à elaboração de estudos demográficos sobre a forma como a fertilidade se distribuía à escala global e sobre os principais fatores sociais e culturais que explicavam essa repartição (Chen, Ahmed, Gesche, & Mosley, 1974; Lorimer, 1954; Nag, 1966; Newman & Nyce, 1985). Apesar das políticas de controlo da natalidade só terem chegado nos anos 1990 ao continente africano, os demógrafos não deixaram de ser interessar por esta região do globo. Retel-Laurentin (1974) publicou um trabalho sobre a origem patológica da infertilidade na África equatorial. Remi Clignet (1977) procurou estabelecer correspondências entre diferentes tipos de casamento [monogâmicos e poligâmicos] e a fecundidade. Nicholas David e David Voas (1981) correlacionaram o crescimento populacional negativo nos Camarões com uma elevada infertilidade provavelmente causada por doenças venéreas. Thérèse Locoh (1984) salientou as discrepâncias regionais em matéria de fecundidade ao nível do continente.

Os antagonismos entre defensores e opositores da PDT, em consequência da formulação dos cuidados de saúde primários, facilitaram igualmente a emergência de estudos comparativos transculturais sobre as parteiras no sentido de reabilitá-las estatutariamente. Sheila Cosminsky (1976) examinou o papel e estatuto das parteiras

locais em várias sociedades ditas não-industrializadas com o objetivo de contribuir para o melhoramento dos programas de formação das PDT. Esta antropóloga mostrou que algumas destas mulheres tornavam-se parteira por causa de um chamamento espiritual e outras por herança ou vontade própria. Por norma, a aprendizagem terapêutica era um processo que se estendia no tempo. Brigitte Jordan (1992[1978]) comparou o nascimento em quatro países distintos: EUA, México, Países Baixos e Suécia. Verificou que no primeiro dominavam as intervenções biomédicas, no segundo, as parteiras locais ainda detinham o monopólio dos cuidados obstétricos e nos dois últimos prevaleciam outros géneros de parteiras distintos. A importância destas prestadoras de cuidados de saúde, apesar da sua heterogeneidade de conhecimentos e práticas, levou esta autora a reconhecer as suas competências sociais, técnicas e terapêuticas através da formulação do conceito de «conhecimento autoritário».

A noção de conhecimento autoritário defende que dentro de qualquer domínio vários sistemas de conhecimento coexistem. Contudo, alguns destes conhecimentos, por consenso, têm mais peso do que os outros porque explicam melhor o estado das coisas para o propósito em causa, portanto, são mais eficazes; porque estão associados a uma base mais forte de poder; ou então, como acontece muitas vezes, por ambas (Jordan, 1992[1978]; 1997). Em muitas situações, sistemas de conhecimento igualmente legítimos existem em paralelo e as pessoas movem-se facilmente entre eles, usando-os sequencialmente ou em paralelo tendo em vista propósitos particulares (Jordan, 1997). A coexistência razoavelmente pacífica de diferentes conhecimentos autoritários foi assinalada por Carol Laderman (1987) relativamente à Malásia rural. A falta de meios humanos e técnicos disponíveis acabou por conduzir a uma colaboração entre aquilo que a autora denominou de parteiras tradicionais e parteiras governamentais, contra o agrado das autoridades políticas. Amara Jambai e Carol MacCormack (1997) observaram igualmente um fenómeno de cooperação entre ASC e parteiras locais no cenário de guerra civil serra-leonesa.

Por vezes um tipo específico de conhecimento ganha ascendência sobre os demais. Uma consequência da legitimação de um tipo de conhecimento enquanto autoritário é o repudiamto de todos os outros tipos de conhecimentos. Aqueles que continuam a defender estes outros conhecimentos são frequentemente rotulados de atrasados, ignorantes ou de perturbadores (Jordan, 1997). A constituição do conhecimento autoritário é um processo contínuo que tanto constrói como reflete relações de poder

presentes nas práticas de uma comunidade (Wertz & Wertz, 1989). A desvalorização de sistemas de conhecimento não autoritário é um mecanismo geral através do qual estruturas de conhecimento hierárquicas serão geradas e evidenciadas (Jordan, 1997). O advento e consolidação da biomedicina, na viragem do século XX, são um bom exemplo deste tipo de processo. O conhecimento biomédico foi considerado superior e dominava as outras formas de conhecimento (Salim, 2017). A biomedicina acabou por ficar colocada numa posição de autoridade cultural, poder económico e influência política (Jordan, 1997). A autoridade cultural diz respeito à prevalência de determinados valores e significados tidos como válidos e verdadeiros (Starr, 1982). A partir de determinada altura, a autoridade de um sistema de conhecimento particular e as relações sociais que o suportam e que beneficiam dele deixa de ser percebido como uma [muitas vezes coerciva] construção cultural, mas como um facto natural [no sentido bourdiano] que não pode ser mudado (Jordan, 1997), como se fosse impensável de outra maneira (Rayna Rapp *apud* Jordan, 1997).

O processo de ilegalização de curandeiras e parteiras femininas na viragem do século XX encontra-se intimamente associada à forma como o modelo e a tecnologia biomédica conseguiram dominar o processo de procriação enquanto desacreditavam e desvalorizavam outras formas de dar à luz e de prestar cuidados no âmbito do nascimento (Salim, 2017). O treinamento de PDT também foi uma forma indireta do conhecimento biomédico tentar estabelecer-se de forma autoritária. As agências de desenvolvimento internacional, um foco de conhecimento autoritário, começaram a trabalhar em cooperação com os prestadores de cuidados de saúde locais nos anos 1970 (Pigg, 1997). Porém, partiam do princípio que os conhecimentos das parteiras estavam errados e eram inferiores àqueles que a biomedicina apresentava (Jordan, 1992[1978]). Portanto, tomavam as suas competências como se não existissem, ou pelo menos, fossem invisíveis. Em vez de procurarem trabalhar com estes saberes e práticas, os programas de formação procuravam somente sobrepor-se com os seus conhecimentos biomédicos (Pigg, 1997).

A enunciação de conhecimento autoritário por um lado permitiu condensar numa única expressão o processo histórico de consolidação do poder biomédico às expensas da subordinação ou ilegalização da restante diversidade terapêutica, designadamente na arte do partejo e, por outro, permitiu que os saberes terapêuticos mobilizados por uma gama bastante diversa de parteiras fossem reconhecidos além da esfera circunscrita das

parturientes e famílias, designadamente em termos académicos (Browner & Sargent, 2007). Estas mulheres que, muitas vezes, desempenhavam outras funções na esfera do nascimento para além da assistência durante o trabalho de parto tinham por norma um elevado prestígio social no seio das populações por causa da confiança que as pessoas depositavam nelas (Laget, 1982).

### **3.3.1 Antropologia do nascimento**

Mais tarde, alguns autores propugnariam, como corolário do impacto teórico que trabalho de Jordan (1992[1978]) teve no quadro das Ciências Sociais, a inauguração de uma nova corrente antropológica, a Antropologia do nascimento<sup>42</sup>. Este subdomínio, especializado na forma como a cultura modelava as práticas em torno do nascimento e nos modelos de cuidados de saúde locais (Salim, 2017), podia ter sido perfeitamente enquadrado no domínio da Antropologia Médica. A requalificação das PDT deu igualmente lugar a pesquisas etnográficas focadas no resgate das especificidades culturais dos tratamentos propostos por estas mulheres com vista a melhorar os programas de formação existentes (Bayles, 2008; Jordan, 1989; Langwick, 2011; Sargent, 1982).

Ainda de acordo com Jordan (1997), as decisões terapêuticas estariam intimamente relacionadas com a aceitação de um conhecimento autoritário em particular. Era com base nesse conhecimento que justificavam os seus comportamentos terapêuticos. O conhecimento que as mulheres tinham sobre o seu corpo era um tipo de conhecimento que não era aceite em ambiente hospitalar. Por causa disso, as mulheres com maiores redes sociais de suporte tinham mais facilidade em fazer prevalecer os seus pontos de vista em matéria de obstetrícia.

Carol McClain (1975) foi uma das primeiras autoras a procurar compreender o comportamento reprodutivo das mulheres no contexto da diversidade terapêutica. Ainda que o conceito de conhecimento autoritário não tivesse sido ainda formulado, esta autora evidenciou o entendimento que grávidas mexicanas tinham sobre o seu próprio corpo. Estas mulheres recusavam-se a receber injeções porque acreditavam que fechava o colo do útero e impedia o bebé de respirar.

Sargent (1982), por sua vez, mostrou relativamente aos bariba do Benim que as escolhas em matéria de saúde obstétrica, no quadro de uma oferta local plural,

---

<sup>42</sup> Robbie Davis-Floyd também foi considerada uma precursora deste subdomínio (Salim, 2017).

dependiam sobretudo de referenciais culturais, que podiam remeter para diferentes tipos de conhecimento autoritário, se bem que a autor não utilizasse expressamente esta designação. Assim, as parturientes rurais preferiam recorrer às parteiras com quem partilhavam referenciais culturais, ao passo que as funcionárias públicas cidadinas, «aculturadas» à cultura dita moderna, deslocavam-se mais facilmente à maternidade quando entravam em trabalho de parto. O seu argumento era fortemente influenciado pelo conceito de MED desenvolvido por Kleinman (1978, 1980), mesmo que o nascimento no âmbito desta pesquisa etnográfica fosse conceptualizado como uma condição, e não como uma patologia, e de ter afirmado que o parto clinicamente assistido retirava poder e prestígio à mulher, colocando-a numa posição de subordinação financeira face ao marido.

### **3.3.2 Antropologia da reprodução**

A partir dos anos 1980, as investigações aprofundadas de terreno passaram gradualmente a serem privilegiadas em detrimento das comparações transculturais. Os temas dos trabalhos etnográficos tornaram-se mais diversificados. Dennis McGilvray (1982) descreveu os rituais relativamente à menarca; as representações referentes à circuncisão, menarca, conceção e gravidez; os costumes relativamente ao nascimento; as crenças acerca do aleitamento e do desmame; as estratégias de combate à infertilidade; e o comportamento perante o planeamento familiar no seio de duas comunidades do Sri Lanka oriental. Victoria Ebin (1982) relatou interpretações e práticas terapêuticas realizadas por terapeutas locais ganeses no combate à infertilidade. Carolyn Sargent (1982) trabalhou sobre o período do climatério no seu estudo sobre as mulheres beninesas. Nicholas David e David Voas (1981) investigaram os problemas relacionados com a infecundidade no norte dos Camarões. Carole Browner (1985a, 1985b, 1986) dedicou-se ao estudo da contraceção na Colômbia e no México. Una Mclean (1982) falou sobre a gestão local da gravidez, parto e cuidados durante a infância na Nigéria. Doris Bonnet (1988) estudou as representações locais em torno do fenómeno da procriação no Burkina-Faso. Anteriormente, Durand-Comiot (1977) já se tinha debruçado sobre a fase do puerpério no Senegal. Nesta altura, nem todas as monografias evidenciavam preocupações de enquadramento das pesquisas no contexto da diversidade terapêutica. Regra geral, a grande prioridade era ainda resgatar as semiologias populares no domínio da reprodução.

O alargamento das temáticas exploradas em torno do fenómeno da procriação levou Thomas Johnson e Sargent (1990a) preferiam denominar este campo disciplinar de Antropologia da reprodução. De acordo com estes autores, o domínio da Antropologia da reprodução resultava da convergência de duas correntes distintas. Uma que privilegiava as monografias intensivas sobre os conceitos folk de etnofisiologia e a sua relação com as práticas rituais, reprodutivas e terapêuticas. Outra que se dedicava à análise dos processos de decisão terapêutica, principalmente relacionado com a questão da fertilidade. Um interesse particular foi dedicado os comportamentos femininos em matéria de fertilidade. As razões pelas quais as mulheres mais desfavorecidas eram tão relutantes em utilizar contraceção biomédica passaram a ser analisadas tendo em conta as conjunturas sociais, económicas e políticas em que se encontravam inseridas as populações (Agouké, Lévi, & Pilon, 1994; Benoit, 1995; Caldwell & Caldwell, 1987, 1995; Desgrées du Loû, 2000; Pilon & Guillaume, 2000; Randall & Legrand, 2003).

As descrições etnográficas detalhadas sobre as representações culturais e sociais que envolviam nascimento, e até mesmo sobre outros aspetos relacionados com a saúde reprodutiva, não surgiram nos finais da década de 1980. Apesar da tendência observada no período que se seguiu à Segunda Guerra Mundial para se publicarem comparações transculturais, mesmo nessa altura era necessário que alguns investigadores fizessem pesquisas de terreno aprofundadas de modo a recolherem o material etnográfico necessário a estas análises comparativas (Newton & Newton, 1972). A título de exemplo, J. Franklin Ewing (1960) trabalhou sobre os costumes envolvendo o nascimento nas Filipinas. Goodman (1951) estudou os cuidados obstetrícios locais durante a gravidez e parto entre as mulheres nativas do Gana. SMG Moller (1958, 1961) escreveu sobre as teorias de conceção e os tabus alimentares na gravidez e puerpério presentes comunidades haya do Tanganica.

Sob influência da IMSR, os estudos etnográficos na esfera da saúde reprodutiva sofrem um outro tipo de inflexão. Daí em diante, denotou-se uma preocupação em muitos trabalhos etnográficos de contribuir para o melhoramento dos programas de saúde vocacionados as mulheres. Nesse sentido foi dada primazia à análise dos comportamentos terapêuticos plurais, tendo em conta a subutilização dos serviços de saúde públicos. Nadja Reissland e Richard Burghart (1989) mostraram como as parturientes nepalesas utilizavam simultaneamente cuidados de saúde ditos tradicionais e biomédicos durante os nascimentos dos seus filhos. Esta concomitante mobilização

era possível por causa da falta de recursos hospitalares. Neste caso, as parturientes e as suas redes sociais negociavam em que modalidades os cuidados biomédicos eram integrados conjuntamente com as práticas obstétricas locais. Mohamed (2010) estudou a gestão da gravidez e do nascimento no norte do Mali, no contexto da diversidade terapêutica. Olivier de Sardan, Adamou Moumouni e Aboubacar Souley (1999, 2001) fizeram um estudo semelhante na República do Níger. O trabalho de Browner (1985), apesar de ter sido publicado antes da implementação do programa IMSR, enquadra-se perfeitamente nesta linha teórica, ao estudar os critérios locais usados por mexicanos para selecionar as plantas medicinais apropriadas para a reprodução e saúde reprodutiva. O seu propósito era fornecer informação antropológica pertinente aos decisores políticos internacionais para que pudessem ser elaborados programas de saúde mais adaptados às realidades sociais.

Com o enquadramento institucional da diversidade terapêutica, a questão da «autenticidade» dos dados recolhidos, ou seja, a recuperação de informação sobre as crenças e práticas em torno do nascimento antes da presença europeia foi-se tornando cada vez mais irrelevante. Este género de preocupação tinha atormentado sobretudo os etnógrafos que tinham feito pesquisas de terreno nas primeiras décadas do século XX (Newton & Newton, 1972). Ainda assim, resquícios deste pensamento continuaram, de forma mais esporádica, a ser observadas em alguns textos. Cosminsky (1982) preocupou-se em resgatar as crenças locais em torno do nascimento na aldeia montanhosa de Chuchexic na Guatemala, as quais se encontravam ameaçadas pelas mudanças trazidas pela biomedicina. Younoussa Touré (2000) procurou recuperar as representações «tradicionais e autênticas» songhay sobre a gravidez com recurso à memória individual e/ou coletiva de anciãos residente na cidade maliana de Gao. Para tal, este autor não introduziu qualquer filtro relativamente às narrativas orais recolhidas cujo teor esteve sujeito a permanentes reformulações à luz da experiência e contradições sociais vivenciadas pelos entrevistados.

A ênfase colocada no combate à mortalidade materna, no quadro da IMSR, também potenciou a produção de trabalhos científicos centrados na recuperação dos determinantes sociais e culturais que impactavam negativamente no corpo biológico da mulher em idade reprodutiva (Cantrelle & Locoh, 1990; Haaga, Wasserheit, & Tsui, 1997) ou da sua prole (Guillaume et al., 1995; Vangeenderhuysen & Souley, 2001). Konou Wade (2001) debruçou-se, entre outras coisas, sobre o impacto em termos

sanitários da maternidade celibatária. Este género de textos abraçava sem rodeios o primado positivista e, por isso mesmo, aproximava-se do ponto de vista epistemológico, da produção académica existente no quadro da demografia sobre a repartição espacial da fertilidade. Ambos procuravam explicações sociais e culturais para fenómenos que os programas de saúde pública tinham reduzido a variáveis estatísticas. Regra geral, estes trabalhos eram bem acolhidos pelos decisores políticos, pois permitiam subdelegar de parte da responsabilidade pelo fracasso das políticas de saúde nas próprias mulheres. Para estes autores, a promoção da saúde reprodutiva encontrava-se inequivocamente relacionada com a biomedicalização do corpo da mulher.

Trabalhos que enalteciam o determinismo biológico dos comportamentos terapêuticos na esfera da reprodução já haviam sido publicados antes do conceito de maternidade sem risco ter sido formulado. Designadamente relativamente à fase de aleitamento, a qual Mead designara como «período de transição» (Mead & Newton, 1967). Por exemplo, Melvin Konner e Majorie Shostak (1987) subordinaram aspetos sociais e culturais relacionados com a abstinência sexual e espaçamento de nascimentos entre os saan da África austral a considerações de ordem puramente fisiológicas. Estes autores indagavam sobre a existência ou não de um período de amenorreia entre as lactantes. Porém, as interdições sexuais justificadas com o facto de o sémen estragar o leite impediam de conhecer até que ponto as mulheres eram fecundas durante esse espaço de tempo. Dentro dessa mesma linha de pensamento, Etienne van de Walle e Francine van de Walle, (1972) analisaram a influência da amamentação na fecundidade na França pré-industrial. Estas investigadoras descobriram tabus de natureza sexual relativamente ao período do aleitamento. Por causa disso, as mulheres das camadas sociais mais abastadas contratavam amas-de-leite para amamentar os seus filhos, de forma a promoverem o mais rapidamente possível o acesso dos seus maridos aos seus corpos na sequência de um nascimento.

Alguns investigadores debruçaram-se sobre os fatores repulsivos, que condicionavam o acesso das mulheres, às unidades de saúde pública em matéria de cuidados biomédicos na esfera da saúde reprodutiva. Claire Konan Bla (2003) trabalhou sobre este assunto na Costa do Marfim. Hadiza Moussa (2003); Souley (2001, 2003); e Moumouni e Souley (2004) analisaram o contexto nigerino. Yannick Diallo e M. Campell Camara (2003) fizeram trabalho de campo num centro de saúde de base comunitária da Guiné-Conacri. Jaffré, Younoussa Touré e A. Bouré (2003)



investigaram os disfuncionamentos existentes em duas unidades de saúde de base. A falta de condições gerais no interior de muitas formações sanitárias existentes nos países ditos em desenvolvimento levou mesmo alguns autores, tal como TK Sundari (1992), a defenderem a realização dos partos a domicílio. Este autor argumentou que as condições de higiene deploráveis existentes em muitas maternidades representavam um risco elevado para a saúde da parturiente, puérpera e recém-nascido devido à grande probabilidade de contaminação infecciosa. Além da insalubridade, a falta de qualidade dos cuidados prestados devido à falta de meios e de preparação dos profissionais de saúde foi igualmente assinalada (Sousa et al., 1995) com uma das razões para o afastamento das mulheres das formações sanitárias.

### **3.3.3 A saúde «glocal» da mulher**

Até aos princípios dos anos 1990, a vasta maioria dos trabalhos etnográficos tinha feito tábua das forças sociais globais que modelavam a experiência individual da gravidez e parto (Browner & Sargent, 2007). Porém, a partir de então, à semelhança do que se observara no domínio da Antropologia Médica Crítica, o domínio da saúde reprodutiva tornou-se mais politizado. Conforme mencionaram (Davis-Floyd & Sargent, 1997b):

*«...the cultural arena of birth serves as a microcosm in which the relationships between rapid technological progress and cultural values, normative behaviors, social organization, gender relations, and the political economy can be clearly viewed.» (p.6)*

As práticas e experiências reprodutivas dos indivíduos passaram a ser cada vez mais examinadas tendo em conta as desigualdades transnacionais e enquadradas com o conceito de violência estrutural. As pessoas não eram consideradas recipientes passivos das forças glocais. Muito pelo contrário, as suas lógicas culturais locais e as suas relações sociais eram mobilizadas diariamente para incorporar, rever ou resistir à influência de forças políticas e económicas aparentemente distantes (Ginsburg & Rapp, 1995b). A conceptualização desta glocalidade permitiu reformular as dimensões económicas e políticas que os teóricos marxistas já tinham trazido para o campo da reprodução. Mas, retirando-lhes algum do determinismo subjacente às interpretações que viam as mulheres como meras vítimas passivas da autoridade política masculina, como argumentou Tabet (1985), ou do poder financeiro, como argumentou W. Penn Handwerker (1990).

Neste seguimento, apareceu no âmbito das ciências sociais um conjunto de trabalhos coletivos que procurou relacionar diversos aspetos do domínio da saúde reprodutiva com a disseminação do liberalismo à escala global e do conseqüente agravamento das desigualdades sociais (Carvalho, 2018; Davis-Floyd & Sargent, 1997a; Ginsburg & Rapp, 1995a; Turshen, 1991c, 1999, 2000).

A emergência do VIH-SIDA e a incapacidade das políticas de saúde pública travaram o ritmo de propagação através das suas medidas preventivas pouco eficazes conduziram a um novo olhar sobre as mulheres dos chamados países subdesenvolvidos. Apesar das inúmeras campanhas de sensibilização alertando para os comportamentos de riscos e dos rumores sobre a doença entre as pessoas conhecidas que iam falecendo, muitas mulheres continuaram a gerir a sua vida sexual e reprodutiva como se essa espada não estivesse sobre as suas cabeças. Os seus desconcertantes comportamentos, à luz das racionalidades dominantes, contribuíram para que muitos autores se debruçassem sobre as suas estratégias reprodutivas e de sobrevivência, visto ambas estarem totalmente imbricadas, tendo como pano de fundo contradições locais vivenciadas. Entre outras coisas, estes trabalhos permitiriam que, no âmbito dos estudos de género, as análises sobre as desigualdades de entre homens e mulheres se aprofundassem a um nível sem precedentes.

Vários autores constataram que nos países do Global Sul, as mulheres, regra geral, desejavam constituir prole. A infertilidade era uma condição estatutária bastante recuada (Moussa, 2012). Com efeito, a maternidade<sup>43</sup> podia trazer diversas vantagens de índole social e estatutária (Alfieri, 2000; Nzegwu, 2001; Paulme, 1963; Riss, 1989; Sargent, 1982), quais se podiam revelar fundamentais em termos de sobrevivência principalmente em locais onde o Estado é omissivo. O nascimento preferencialmente devia acontecer dentro do quadro legal de um contrato matrimonial. Nalgumas sociedades, as gravidezes de mulheres celibatárias tendiam a ser reprovadas (Fortier, 2013; Vangeenderhuysen & Souley, 2001; Wade, 2001), impedindo-as de usufruir de todos os benefícios associados à chegada de uma criança.

A aspiração de ser mãe não significava que a grande multiparidade, ou seja, um número de gravidezes superior a cinco, fosse uma condição que muitas mulheres ambicionassem. Porém, as relações de poder desvantajosas em que se encontravam inseridas acabam muitas vezes por ditar o seu desempenho reprodutivo. Os processos

---

<sup>43</sup> O processo social de se tornar mãe foi definido por Raphael (1975b) de matrescência.

sociais que contribuem para aumentar a fecundidade tendiam invariavelmente a traduzir uma dominação masculina sobre as mulheres (Tabet, 1985). As mulheres eram muitas vezes pressionadas pela linhagem do cônjuge (Pearce, 1995), sobretudo pelos maridos e sogras (Desgrées du Loû, 2000) a multiplicarem a sua prole de forma contínua. Para além do prestígio social subjacente a uma família numerosa, a diversificação das estratégias de sobrevivência dependia muitas vezes da quantidade de elementos familiares disponíveis para trabalhar (Morsy, 1995; Gilliard, 2005; Pearce, 1995). Marie Denise Riss (1989) argumentou que com o fenómeno da urbanização e a proliferação das relações monogâmicas contribuiu para que a prática tradicional de abstenção sexual durante o período da ablactação tenha caído em desuso em todo o continente africano, independentemente de as mulheres fazerem ou não planeamento familiar durante esse tempo. Segundo Annabel Desgrées du Loû (2000), este prolongado período de abstinência sexual acontecia sobretudo no seio de relações poligâmicas. Contudo, devido à elevada competição pelos magros recursos disponíveis, até as mulheres casadas em regime de poligamia deixaram de praticar essa abstinência.

Regra geral, as mulheres aspiravam a um número de filhos mais reduzidos que os seus maridos (Browner, 1986; Lovell, 1995). Muitas vezes as metas reprodutivas não eram partilhadas uniformemente no seio das famílias e muito menos no interior das comunidades (Browner, 1986; 2000). Principalmente por causa do acesso diferenciado ao poder e ao prestígio existente dentro das sociedades. Por exemplo, Carole Browner (1986) analisou os conflitos entre os desejos reprodutivos de uma comunidade mexicana de ter mulheres muito fecundas e as agendas demográficas nacionais e/ou internacionais apenas preocupadas em conter a natalidade. Em consequência deste antagonismo, as mulheres mesmo que partilhassem o desejo de reduzir o tamanho das suas famílias, deixaram de não conseguir fazê-lo. A presença e disponibilidade de contraceptivos bioquímicos teve um efeito contrário ao esperado, pois tornou as mulheres “ainda mais” suspeitas aos olhos da comunidade, tornando inclusive a utilização de outros métodos de planeamento familiar ditos tradicionais muito mais difícil. Em contextos de violência doméstica, normas conflituosas de masculinidade e limitadas oportunidades socioeconómicas para as mulheres, a regulação dos nascimentos depende da permissão do marido (Torri, 2017c). Os cônjuges, mesmo que nalguns casos não desejem uma descendência muito numerosa, por vezes não autorizam a utilização de contraceção com receio que possa potenciar a infidelidade conjugal (Guillaume & Bonnet, 2004). O facto

desta capacidade de decisão se encontrar distribuída de forma diferenciada no seio da família contribui para reforçar as desigualdades de género e a incapacidade da mulher tomar determinadas decisões sobre o seu corpo e a sua saúde (Pat Armstrong *apud* Torri, 2017a).

A dependência económica e/ou social relativamente à família alargada no quadro do casamento tornou a margem negocial de muitas mulheres muito estreita, tanto em relação aos comportamentos em matéria de fecundidade como dos encargos com a saúde (Guillaume & Bonnet, 2004). Qualquer atitude aberta de desafio às normas sociais instituídas podia provocar uma descapitalização, nomeadamente através do abandono ou divórcio. Consequentemente, observou-se que as mulheres tendiam a desenvolver estratégias subversivas de gestão da sua fecundidade, independentemente de serem casadas ou viverem em uniões informais. Por um lado, cada vez que assumiam uma nova relação procuram gerar um novo filho para cimentar as relações com a família do progenitor e, deste modo, melhorarem a sua condição social. Por outro, demonstraram não ter qualquer problema em recorrer dissimuladamente à limitação dos nascimentos sempre que as circunstâncias assim o exigiam. Odile Reveyrand-Coulon (1993) mostrou que as senegalesas que iam em peregrinação a Meca utilizavam métodos contraceptivos por causa da interdição de pisarem solo sagrado durante a menstruação. Alexandra Sousa, Dominique Waltisperger e Thérèse Locoh (1995) referiram um comportamento semelhante entre as mulheres bijagós da Guiné-Bissau durante um período de festividades específico. Tola Pearce (1995) argumentou que devido ao longo período de abstinência sexual imposto pela aleitação, muitas mulheres yoruba da Nigéria recorriam ao planeamento familiar para evitar o afastamento e desinteresse dos maridos. O aborto e o infanticídio foram igualmente duas práticas observadas no seio das mulheres casadas, designadamente em situações de crianças incapacitadas (Einarsdóttir, 2004), adultério ou gravidezes tardias, ou seja, após o nascimento dos primeiros netos. O investimento parental diferenciado, também denominado de infanticídio passivo, relativamente à descendência foi registado por Nancy Scheper-Hughes (1993) entre mulheres economicamente desfavorecidas residentes em favelas do nordeste brasileiro. As desvantagens associadas à opção de reduzir deliberadamente o número de filhos foram contornadas através de uma aposta seletiva nos elementos da prole fisicamente mais viáveis ou capitalizáveis. Uma teoria totalmente oposta foi desenvolvida por Jónína Einarsdóttir (2004) relativamente às

mulheres papéis da Guiné-Bissau. Segundo esta autora, apesar da elevada fertilidade e mortalidade infantil na região, as mães empenhavam-se na recuperação dos filhos doentes, independentemente da sua viabilidade. De igual modo, Odile Journet (1990) observou que as mulheres diola de Casamança, quando sequenciais gravidezes não chegavam a termo ou quando faleciam sucessivamente vários filhos durante a primeira infância, submetiam-se a um ritual terapêutico conjurador, denominado *kañaalen*, de forma a assegurar a sobrevivência da criança seguinte. Como referiram Browner e Sargent (2007), a gestão da reprodução é algo de muito complexo que mobiliza ideologias de género, políticas domésticas, religiões e cosmologias, hierarquias ocupacionais, medicinas locais e a estrutura dos serviços de saúde subvencionados pelo Estado.

O risco de exposição das mulheres, sobretudo pertencentes às camadas mais desfavorecidas e/ou residindo no Global Sul, à DST tende a ser uma consequência das suas estratégias reprodutivas e de sobrevivência. A forma como o empobrecimento generalizado das populações, em resultado da mencionada crise económica internacional nos finais dos anos 1970 e da consequente disseminação da cartilha liberal à escala global, agravou as assimetrias de género tornou-se particularmente visível no contexto emergente do VIH-SIDA (Browner & Sargent, 2007; Fassin, 1999; Nasirumbi, 2000). No Global Norte, os primeiros grupos sociais a serem atingidos por esta síndrome eram definidos como marginais e, por causa disso, a opinião pública podia facilmente responsabilizá-los pelos seus comportamentos de risco. Pelo contrário, no Global Sul, a construção do risco rapidamente se estendeu às mulheres que mantinham uma relação estável [formal ou informal], as quais na viragem do Milénio tinham-se tornado no grupo social mais exposto à contaminação por VIH. A construção estatística deste segmento populacional como o mais vulnerável à contração da infeção devia-se ao facto de muitas mulheres serem despistadas no quadro da gravidez.

Paradoxalmente, no contexto do casamento, um veículo de excelência de promoção social da mulher pelo enquadramento legal que confere à maternidade, é que muitas das vulnerabilidades femininas se tornaram evidentes em razão do acelerado ritmo de propagação do vírus no seio das famílias. Desgrées du Loû (2000) mostrou que, quando as mulheres grávidas marfinenses eram despistadas positivamente para o VIH-SIDA, raramente informavam o marido e a família sobre a sua seropositividade; utilizavam preservativos durante as relações sexuais; interrompiam a sua vida genésica; ou

deixavam de amamentar os filhos. O medo de perderem os recursos cruciais à sua sobrevivência e dos seus filhos levava muitas mulheres a optarem pelo silêncio. Uma notícia desta natureza facilmente precipitava o divórcio ou abandono, agravado pela impossibilidade de voltarem a casar após a notícia sobre a seu estatuto serológico se espalhar no seio da família e comunidade.

A condição de seropositividade era sobretudo escondida no quadro da poligamia (Moha, 2011). Com essa omissão tornava-se extremamente difícil negociar sexo protegido com o seu marido sem que o risco de um clima de suspeição de infidelidade ou promiscuidade se abatesse sobre a conduta moral da mulher (Bledsoe, 1990) ou sobre o comportamento sexual de ambos (Guillaume & Bonnet, 2004). Muitas mulheres eram inclusive proactivas na ocultação do seu estatuto sorológico, continuando a engravidar e a amamentar a descendência, ignorando completamente os eventuais perigos associados a estas novas gestações. As mulheres precisavam de continuar a ter filhos para manterem laços estáveis com os homens e os seus recursos. Quanto maiores fossem as redes que conseguissem estabelecer através dos seus filhos maiores eram as suas hipóteses de sobrevivência. A mudança frequente de marido ou de parceiro no caso das relações informais aumentavam ainda mais o risco de exposição ao VIH-SIDA (Bledsoe, 1990). Brooke Schoepf, Walu Engundu, Rukarangira Nkera, Payanzo Ntsomo e Claude Schoepf (1991) designaram as estratégias de sobrevivência adotadas pelas mulheres no contexto desta pandemia de estratégias de morte. Nos anos 1990, o risco de contaminação por VIH-SIDA era algo que acompanha diariamente as estratégias de sobrevivência das mulheres (Bledsoe, 1990), principalmente daquelas que são oriundas das camadas mais desfavorecidas.

Cada nova gestação reforçava a posição da mulher no seio da família (Desgrées du Loû, 2000), dissipando quaisquer dúvidas que pudessem existir em torno de uma eventual contaminação. Se as mulheres se recusassem em amamentar os seus próprios filhos ariscavam-se a ser estigmatizadas no seio da própria família (Guillaume & Bonnet, 2004). O medo de descapitalização social por causa desta síndrome era algo de omnipresente. Por exemplo, no Uganda, Tony Barnett e Piers Blaikie constataram que quando se sabia ou suspeitava que o cônjuge tivesse morrido de complicações relacionadas como o VIH-SIDA, as viúvas e filhos eram deserdados e obrigados a adotar estratégias individuais de sobrevivência (Guillaume & Bonnet, 2004).

A tendência comportamental não significava que as mulheres não entendessem a noção de risco de contágio. Desgrées du Loû (2000) observou que as mulheres múltíparas diagnosticadas com VIH, quando já tinham um número considerável de filhos que lhes permitisse subtrair à pressão conjugal e familiar, normalmente encerravam a sua vida genésica. Chiara Alfieri (2000) mostrou que, por medo de uma eventual contaminação, as crianças bobo do Burkina Faso tinham deixado de ser amamentadas pelas mulheres da sua família para passarem a ser aleitadas exclusivamente pela sua progenitora.

Nos locais onde a competição por bens escassos é elevada, a viabilização do acesso da mulher aos recursos familiares, designadamente através da preservação do seu estatuto social de casada, é um elemento fundamental nas suas estratégias de sobrevivência. Por causa disso, em prole de um bem maior, valia a pena sacrificar o eventual bem-estar de alguns dos seus filhos. O perigo de transmissão vertical durante a gravidez, parto ou aleitação era, muitas vezes, percecionado com um problema menor para quem diariamente tinha de lidar tensões, conflitos e estratégias centrífugas no interior e exterior do espaço doméstico. Esta estratégia de dar à luz filhos potencialmente inviáveis aproximava-se mais do que se afastava do padrão comportamental descrito por Scheper-Hughes (1993). A uma conclusão semelhante chegou Alice Desclaux (2000) relativamente ao aleitamento por parte de mulheres portadora de VIH, antes das políticas de saúde públicas generalizarem os programas de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV). A elevada incidência da subnutrição entre os filhos das mães seropositivas levou a OMS a decretar que o risco de contágio através da amamentação passou a ser preferível do que a morte por inanição. Estes constrangimentos diários que as mulheres se encontravam subordinadas deviam ser tidos em linha de conta pelas campanhas de prevenção ao VIH-SIDA (Desgrées du Loû, 2000). O risco de contaminação por VIH-SIDA é algo que acompanha diariamente as estratégias de sobrevivência das mulheres (Bledsoe, 1990), principalmente daquelas que são oriundas das camadas mais desfavorecidas. Numa linha muito próxima, Torri (2017) afirmou que era preciso desafiar estes pressupostos e relocalizar a saúde reprodutiva das mulheres dentro dos contextos globais, nacionais, regionais e locais porque o corpo somente podia ser entendido em relações e espaços específicos.

O foco de análise rapidamente se estendeu além da saúde reprodutiva feminina, que, aliás, foi considerado redutor por circunscrever o bem-estar da mulher à sua

componente reprodutora (Browner & Sargent, 2007) (Browner & Sargent, 2007; Raymond, Greenberg, & Leeder, 2005). Portanto, tornou-se igualmente importante compreender como os mecanismos de diferenciação e as relações de dominação, influenciavam, de uma maneira geral, a saúde das mulheres (Turshen, 1991b) por via das suas estratégias de sobrevivência. Brigit Obrist (2003, 2006) estudou a forma como elementos de grupos femininos mais desfavorecidos administravam as suas preocupações em matéria de saúde na Tanzânia. Anteriormente, Patricia Jeffery, Roger Jeffery e Andrew Lyon (1984) tinham argumentado que as exigências laborais das mulheres indianas oriundas das camadas mais desfavorecidas tinham repercussões negativas sobre o seu estado de saúde e dos seus filhos. Por causa disso, estes autores chamaram à atenção para o facto de os programas de saúde públicos terem um entendimento desadequado da posição social da mulher nas sociedades. Joyce Avotri e Vivienne Walters (1999) constataram que poucos e irregulares recursos associados a uma sobrecarga excessiva de trabalho tendiam a ser percebidos pelas mulheres ganesas como algo de nefasto para o seu estado de saúde, facilitando o desenvolvimento de um tipo de mal-estar psicossocial. Essas preocupações eram muitas vezes expressas através de um género de discurso que colocava em evidência as suas constantes inquietações quotidianas. Mark Nichter (1981) denominara, algumas décadas antes, esta forma de expressão, relativamente ao contexto indiano, de 'idioma da angústia'. Ainda no início da década de 1980, Browner (1983) apresentou outro exemplo de como as contradições sociais vivenciadas no dia-a-dia podiam se exprimir através do corpo dos indivíduos. Esta antropóloga argumentou que as grávidas colombianas residentes em meio urbano que dependiam apenas do suporte económico provido pelos seus parceiros reportavam mais frequentemente situações de covade. Dito por outras palavras, os companheiros sobre os quais era exercida uma maior pressão enquanto provedores financeiros do agregado familiar tendiam a manifestar um conjunto de sintomas de mal-estar durante o tempo de gestação das suas companheiras. Os dois trabalhos coletivos publicados por Turshen (1991c, 2000), com referência à saúde da mulher, introduziram nesta equação variáveis como os PAE, a violência doméstica, o trabalho renumerado ou o trabalho doméstico e sexual.

As decisões terapêuticas tomadas pelas mulheres relativamente à sua saúde devem portanto ser analisadas à luz destas dinâmicas histórias e das correlações de força em que se as mulheres se encontram inseridas. Presentemente não se mais deixar de assumir



que questões como o facto de as mulheres não terem direito de adquirir bens em seu nome, de reclamar a guarda dos filhos em caso de divórcio ou de reivindicar direitos sucessórios (Guillaume & Bonnet, 2004) influenciam diretamente os seus comportamentos em torno da procura de bem-estar.

Por último, a questão do risco materno. 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 percebido 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 locais 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). 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).

## SEGUNDA PARTE

### 4 NIGER – Apresentação do País

A República do Níger é um país situado na África ocidental, sem litoral marítimo (Charlick, 1991), que faz a norte com a Líbia e a Argélia; a oeste, com o Mali e o Burkina-Faso; a sul com o Benim e com a Nigéria e a leste com o Chade (Burton & Justus, 2013). Dois terços do seu território são deserto (Galy, 2010). Segundo o último censo (2012), a sua população ultrapassa os dezassete milhões de habitantes (Burton & Justus, 2013) e tem como principais características residir maioritariamente em meio rural<sup>44</sup>, ser muito jovem (Burton & Justus, 2013) e professar a religião muçulmana (Galy, 2010). O exponencial crescimento populacional desta nação deve-se ao facto de o número médio de crianças por mulher exceder os sete filhos (Burton & Justus, 2013). Apesar de ser o país com a taxa mais elevada de fertilidade no mundo (Gaudreault, 2015), durante a última década tem ocupado frequentemente o último lugar de classificação do Índice de Desenvolvimento Humano<sup>45</sup> (IDH) (UNDP, 2018). Aproximadamente dois terços da população vivem abaixo da linha da pobreza, ou seja, com menos de um dólar por dia cento (Harrigan, 2017; MDM, 2011).

A principal atividade económica do país é a agricultura para autoconsumo, combinada com a pastorícia, silvicultura, caça e/ou pesca (Gréma, 2014). Contudo, apenas numa faixa de território situada mais abaixo do décimo quinto paralelo norte (Mounkaïla, 2002) é possível praticar agricultura. A limitação de terras aráveis para cultivo tem conduzido a uma elevada pressão demográfica sobre o meio ambiente. Esta intensa pegada antrópica, associada às alterações climáticas que se vêm sentido durante as últimas décadas, tem contribuído para uma drástica queda de produtividade agrícola, hipotecando desta forma a segurança alimentar da população nigerina.

O país também tem uma longa tradição de agricultura comercial. Até aos anos 1970, as principais matérias-primas exportadas eram o amendoim, a carne, os produtos lácteos

---

<sup>44</sup> A República do Níger tem uma taxa de urbanização de cerca de vinte e um por cento (Ali & Samaila, 2013), ou seja, tem o valor mais baixo de toda a África ocidental (Burton & Justus, 2013).

<sup>45</sup> Os principais indicadores sanitários respeitantes ao país encontram-se exibidos no quadro 39 do ANEXO C.

(Charlick, 1991) e as peles curtidas. A partir de 1973, estes bens alimentares foram entretanto suplantados pelo urânio (Singh, 2008). O artesanato é o ramo da economia que mais contribuiu para o seu Produto Interno Bruto (PIB), logo após o sector agro-silvo-pastoral (Burton & Justus, 2013).

Presentemente, a República do Níger é quarto produtor mundial de urânio (Mohanty, 2010). Para além da exploração deste mineral, a produção de carvão, de óleo de amendoim e de cimento, assim como a extração de ouro e, durante a última década, a perfuração e refinação de petróleo constituem as principais indústrias extrativas e transformadoras. Apesar de se observar alguma diversificação no seio da economia, o desenvolvimento destas atividades tem contribuído de forma muito modesta tanto para o crescimento económico do país como para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida da população. A mineração do carvão para a produção de energia elétrica esteve, até bem recentemente, subordinada às necessidades resultantes da extração e transformação do urânio (Idrissa & Decalo, 2012). Após ter tido alguma procura por parte do mercado francês, a produção de óleo alimentar rapidamente se contraiu para responder somente às necessidades do comércio interno (Charlick, 1991). O custo de obtenção do cimento tornou-o durante muito tempo pouco competitivo comparativamente ao valor dos inertes importados da Nigéria. O consórcio responsável pela exploração aurífera acabou por se desfazer devido à fraca qualidade do ouro extraído (Burton & Justus, 2013; Gréma, 2014). Apesar recente produção nacional de carburantes, os preços praticados permaneceram demasiadamente elevados para o nível de vida das populações (Cours du Baril, 2018). Por isso mesmo, o contrabando de combustíveis nigerianos (Charlick, 1991) não abrandou com a proliferação de estações de serviço por todo o país. Os custos energéticos excessivamente elevados para a população, associados a uma rede viária atrofiada e degradada<sup>46</sup> (AFP, 2016) e ferroviária residual (Le Ven, 2016), pouco têm contribuído para a criação de riqueza a nível nacional.

De acordo com Finn Fuglestad (1983), o subdesenvolvimento do país era um problema de ordem estrutural cuja origem remontava à época da colonização e às medidas políticas implementadas durante esse período. Desde então, as forças económicas e políticas globais têm somente contribuído para a crescente marginalização

---

<sup>46</sup> Em 1960 nenhuma estrada era ainda alcatroada. A partir de 1965 procurou-se melhorar a rede rodoviária e os transportes. Com a assistência económica internacional expandiu-se a rede viária mas essencialmente onde havia interesses económicos que o justificaram (Charlick, 1991).

deste país no domínio do comércio internacional e agravar o carácter endémico da pobreza nigerina.

#### **4.1 Enquadramento institucional e político**

A região que corresponde atualmente à República do Níger foi ocupada por forças militares francesas na viragem do século XX (Fuglestad, 1983). Em 1922, foi atribuído a este território pela metrópole de Paris a designação de «Colónia do Níger». A sua ocupação prendera-se com razões de natureza estratégica. O governo francês pretendia impedir a coroa britânica a ligar Cairo ao Cabo, estabelecendo um corredor territorial ligando Saint-Louis [Senegal] a Djibouti. Como ninguém acreditava nas potencialidades económicas desta colónia, a administração colonial nunca se preocupou em desenvolver infraestruturas de base, com o intuito de promover o desenvolvimento económico local e potenciar a fixação de colonos. Até aos anos 1940, basicamente apenas se cultivava amendoim para exportação nalgumas regiões mais férteis do país (Charlick, 1991). Porém, a seguir à Segunda Guerra Mundial e em consequência de uma série de mutações políticas que ocorreram no plano internacional, a França alterou radicalmente as suas políticas relativamente às suas possessões além-mar. Imbuída pelo espírito humanista do pós-guerra fez a modernização das suas colónias, uma absoluta prioridade. Assim, em 1946 foi criado o Fundo de Investimento para o Desenvolvimento Económico e Social (FIDES), um organismo responsável pelo desenvolvimento social e económico dos territórios ultramarinos da união francesa (Fuglestad, 1983).

À semelhança da grande maioria das ex-colónias da África Ocidental Francesa (OAF), a República do Níger alcançou formalmente a sua independência em 1960 (Salifou, 1993). Após ter estado à frente dos desígnios do país durante um período de transição que se estendeu de 1958 a 1960, Hamani Diori foi empossado como primeiro presidente da república nigerina. Desde a primeira hora, a nação recém-criada revelou uma grande dependência da ajuda externa, mormente da França, inclusive para questões de execução orçamental. A subordinação, sobretudo económica e técnica, à antiga metrópole, advinha do facto do estado não possuir quadros técnicos necessários, nem ter receitas próprias suficientes tanto para assegurar o funcionamento das infraestruturas públicas existentes como para continuar a desenvolver o país (Fuglestad, 1983). A exportação do amendoim, a um preço subvencionado, para a indústria alimentar

francesa continuou a ser a principal de receita fiscal do estado nigerino. Em contrapartida, um conjunto de empresas francesas ficou com o monopólio da importação de um conjunto de bens e serviços (Charlick, 1991).

Nos anos 1960, a crescente procura de amendoins nos mercados internacionais levou ao desenvolvimento da indústria agroalimentar local. Conforme referido a montante, o amendoim transformado em óleo passou igualmente a ser exportado. Todavia, passado alguns anos, a demanda externa desta oleaginosa caiu drasticamente e este empreendimento industrial acabou por colapsar. Fábricas para processar algodão e arroz, dois outros tipos de produção agrícola para fins comerciais que se tentaram desenvolver no país, foram igualmente construídas, mas acabaram por ser encerradas por falta de matéria-prima disponível e de mercados para escoar os produtos transformados. Dois grandes curtumes foram colocados em funcionamento na região central do país, perto da fronteira com a Nigéria, mas sem grande sucesso. Os grupos nómadas nigerinos que eram os principais fornecedores de matéria-prima tinham dificuldade em descapitalizar-se das suas cabeças de gado para ir ao encontro das exigências dos mercados (Thebaud, 1988). Além do mais muitas cabeças de gado eram contrabandeadas para não pagarem impostos (Charlick, 1991).

No princípio da década de 1970, a região do Sahel sofreu um período de seca prolongada devido a uma grande escassez e irregularidade pluviométrica. Não era a primeira vez que esta região se via a braços com problemas de carência alimentar. Todavia, esta catástrofe assumiu contornos distintos das anteriores crises<sup>47</sup> registadas ao longo do século XX, principalmente por causa da sua magnitude, intensidade e duração (Alpha Gado & Mounkaïla, 2007). Dentro desta conjuntura adversa, a agricultura de renda colapsou e a exportação de gado tornou-se a segunda principal receita do país. A fome que grassava por todo o país precipitou o golpe de Estado levado a cabo pelos militares em Abril de 1974. No período que antecedeu a tomada do poder político pelo exército, o governo de Diori tomara algumas decisões políticas muito impopulares. Para além, de ter continuado a exigir o pagamento de imposto, recorrendo por vezes a métodos brutais, junto das comunidades rurais afaimadas, os víveres canalizados através da ajuda de emergência, em vez de terem sido distribuídos gratuitamente à população, acabaram por ser vendidos a quem podia pagar (Charlick, 1991). O putsch liderado por

---

<sup>47</sup> Nomeadamente em 1911-1914; 1930-31; 1937-1939 e 1949 (Charlick, 1991).

Seyni Kountché levou à instauração de um regime militar de exceção que perdurou para além da morte do general em 1987.

Desde o princípio, Kountché procurou-se demarcar do estilo da anterior governação, caracterizada por uma ingerência excessiva dos franceses nos assuntos de Estado (Stoller, 1995). A primeira década do seu governo é, muitas vezes, tomada como referência positiva na análise da situação do país (Ibrahim, 2017). A exportação de urânio para os mercados internacionais iniciou-se sob o seu regime. As suas receitas foram sobretudo aplicadas na promoção do desenvolvimento rural com vista à soberania e autonomia alimentar da população nigerina. A produção de víveres para autoconsumo e a autossuficiência nutricional foram duas das prioridades máximas do seu governo. O êxodo rural, que caracterizara os últimos anos da administração Diori, foi combatido através da criação de condições que favorecessem a fixação das populações à terra. A pressão fiscal sobre os agricultores foi reduzida, o valor das mercadorias agrícolas foi aumentado e o preço dos cereais passou a ser subvencionado pelo Estado. As infraestruturas sofreram melhorias significativas graças a um maior investimento em serviços sociais e em comunicações, através da construção de estradas, poços, sistemas de irrigação e de abastecimento de água, e postos médicos. Projetos agrícolas de grandes dimensões foram implementados graças à ajuda externa canalizada através de agência internacionais como o Fundo Europeu de Desenvolvimento (FED), USAID e BM. Porém, tal como o seu antecessor, o governo de Kountché privilegiou as comunidades sedentárias em detrimento das nómadas, prestando pouca atenção à economia pastorícia (Charlick, 1991).

A prosperidade económica e social dos primeiros anos do regime de Kountché haveria de se revelar «sol de pouca dura». Nos finais dos anos 1970, os preços das matérias-primas despencaram nos mercados internacionais, em consequência das sucessivas crises petrolíferas que marcaram essa década. Com esta desvalorização, a balança comercial nigerina sofreu um forte desequilíbrio (Kimba, 2008). As receitas comerciais tornaram-se insuficientes para assegurar o funcionamento das instituições públicas e o desenvolvimento do país. Em consequência, tornou-se muito mais difícil continuar a canalizar fundos através da APD para dar continuidade aos grandes projetos de desenvolvimento, muitos dos quais tinham retumbado em enormes fracassos (Charlick, 1991). A segurança alimentar, a que Kountché tinha tanto aspirado, na realidade, nunca chegara a sair do papel.

Apesar de ter privilegiado o desenvolvimento do mundo rural, este dirigente não descuroou o melhoramento das condições de vida urbana. Na capital realizaram-se grandes operações de transformação paisagística graças à construção ou conclusão de grandes obras públicas. A Universidade de Niamey, a Ponte John Kennedy, a Grande Mesquita de Niamey, o Hotel Gaweye, o Palácio de Congresso de Niamey ou o Centro Hospitalar Universitário - presentemente denominado Hospital Nacional de Lamordé - foram infraestruturas colocadas ao serviço da população durante o regime de Kountché. Além do mais, este governo militar apostou na edificação de bairros sociais e na eletrificação das principais cidades. O investimento na formação de quadro técnico também foi muito expressivo, sobretudo na área da saúde, agricultura e ensino (Kimba, 2008). Como corolário, o número de efetivos na função pública aumentou exponencialmente. Salvo a produção agrícola, à qual se dedicava como se viu a vasta maioria da população, o Estado era o principal empregador de mão-de-obra do país, em consonância com os paradigmas desenvolvimentistas dominantes na altura. Por causa do volume de APD, canalizado durante os primeiros anos do seu governo, a era de Kountché ficou igualmente marcada por indícios de elevada corrupção (Charlick, 1991; Stoller, 1995).

Confrontada com um problema sério orçamental e face ao aumento galopante da dívida externa, a República do Níger viu-se forçada a ter de solicitar a ajuda do FMI. Assinou em 1983 o primeiro acordo de confirmação com este organismo que lhe disponibilizou as verbas necessárias para o reequilíbrio da balança comercial (Gervais, 1995) Esta ajuda foi essencialmente utilizada para o pagamento de salários em atraso na Função Pública e para a execução orçamental (Kimba, 2008). O encaixe deste montante permitiu acalmar a agitação social que se vivia na época. Uma nova crise alimentar provocada pela seca de 1984-1985 e a eclosão de uma revolta tuaregue no norte do país (Djibo, 2003; Salifou, 1993) agravavam ainda mais o cenário político desfavorável provocado pela crise económica.

Mais tarde, em 1986, na sequência do acordo assinados com os organismos financeiros internacionais procedeu-se à implementação do primeiro PAE. No ano seguinte, foi introduzido um Programa de Ajustamento do Sector Público Empresarial (PASPE) com vista à facilitação e ao reforço de execução do PAE, o qual permitiu a canalização de verbas adicionais (Gervais, 1995). A gestão destes programas acabou por ficar a cargo de Ali Saïbou, o militar que assumiu a liderança do país após a morte do

general Kountché. As principais condicionantes do primeiro PAE visavam essencialmente o reequilíbrio das finanças públicas e do sector bancário; a reforma do sector público, através de uma reestruturação do orçamento de investimento, reduzindo percentualmente as despesas de funcionamento face ao investimento produtivo; a liberação das forças de mercado e a promoção do sector privado (Gervais, 1995; Kimba, 2008). O desmantelamento dos monopólios estatais supostamente deveria contribuir para o desenvolvimento do sector económico [formal] privado e consequente aumento das exportações. Para além da França, o principal importador de produtos nigerinos era a Nigéria. Ora, por essa mesma altura, este país também se encontrava sob os condicionalismos dos PAE, e tinha entretanto procedido a uma desvalorização de setenta e cinco por cento da sua moeda, a naira. A República do Níger, devido à particularidade de partilhar a sua moeda com os restantes países da Comunidade Financeira Africana (CFA), pelo contrário, manteve uma paridade muito elevada que facilitava sobretudo a importação de bens. Consequentemente, por causa da diminuição de poder de compra da população nigeriana, as exportações para este país acabaram por contribuir de forma muito parcimoniosa para o desenvolvimento do sector privado nigerino, uma consequência não acautelada por nenhuma das duas instituições financeiras internacionais (Gervais, 1995).

Durante a vigência do seu governo, Ali Saïbou, o novo presidente do Conselho Militar Supremo (CMS) procurou afastar-se do estilo autoritário do seu predecessor, procedendo a uma política de reconciliação nacional (Englebert, 2003; Kimba, 2008). Os presos políticos foram libertados (Salifou, 1993), os exilados políticos foram autorizados a regressar ao país (Englebert, 2003; Kimba, 2008; Niandou Souley, 2001) e os civis foram reintegrados na Administração Política (Englebert, 2003; Kimba, 2008). Este período ficou vulgarmente conhecido como a «era do desanuiamento» (Hahonou, 2009; Kimba, 2008). Além do mais, protelou ao máximo a implementação dos condicionalismos externos, sobretudo as medidas que visavam a taxaço das camadas sociais mais favorecidas, promoviam o congelamento dos salários na Função Pública, e limitavam os novos recrutamentos (Gervais, 1995). A relutância do Governo em afrontar os privilégios das elites económicas e dos funcionários públicos é reveladora da importância que acordava a estes segmentos sociais na sustentabilidade do poder político deste regime.



A pressão externa dos organismos internacionais não permitiu continuar a adiar a implementação do pacote de medidas acordadas. O anúncio de um plano de austeridade provocou grandes tumultos no seio de alguns grupos profissionais como os professores, mineiros, estudantes e funcionários públicos que se recusavam a pagar o preço do ajustamento estrutural (Gervais, 1995). A agitação social tomou conta das ruas, mergulhando o país num caos. As manifestações e as greves sucederem-se, umas atrás das outras, acabando por ser brutalmente reprimidas pelas forças militares (Kimba, 2008). Os sindicatos praticamente paralisaram o país entre 1990 e 1991 (Niandou Souley, 2001). A implementação das condicionantes externas fez com que Ali Saïbou perdesse a sua base de sustentação popular, precipitando o advento da democracia. Para agravar a situação, uma nova sublevação tuaregue eclodiu entretanto no norte do país (Kimba, 2008). Esta revolta que se iniciou nos princípios dos anos 1990 assumiu contornos mais complexos do que as anteriores rebeliões por se ter cindido rapidamente em várias fações com reivindicações distintas. Em 1991, os rebeldes criaram a Frente de Libertação do Aïr e Azawad (FLAA) como expressão da sua luta (Salifou, 1993), a qual mais tarde acabou por se dividir em cinco movimentos políticos distintos<sup>48</sup> (Deycard, 2011).

Em paralelo a estes acontecimentos, os partidos políticos, entretanto legalizados sob pressão do governo francês (Englebert, 2003; Kimba, 2008) e demais organizações da sociedade civil que emergiram no panorama nacional, organizaram uma Conferência Nacional Soberana. A Conferência Nacional Soberana (CNS) teve lugar entre Julho e Novembro de 1991 (Niandou Souley, 2001) e lançou as fundações do sistema democrático nigerino. Uma das principais resoluções votadas durante este convénio foi a suspensão da ajuda condicionada sob a forma de PAE. Em retaliação, todos os parceiros financeiros internacionais, salvo o governo francês, retiraram as suas verbas de apoio à execução orçamental (Englebert, 2003; Gervais, 1995). Em causa estava a recusa da redução da massa salarial da Função Pública através da redução salarial, passagens compulsivas à reforma e despedimentos coletivos. Esta deliberação acabou por enfraquecer o embrião democrático. O embargo financeiro internacional acabou por agravar ainda mais a crise financeira e social do país. Na ausência de um acordo com o FMI e BM, o serviço da dívida continuou a crescer, chegando em 1992 a consumir setenta e cinco por cento das receitas internas do estado. A receita fiscal manteve-se em

---

<sup>48</sup> Designadamente, a FTL, ARLNN, FPLS, CRA e ORA.

declínio e as despesas correntes do Estado continuaram a aumentar, principalmente por causa do pagamento de salários (Kimba, 2008). Apesar do contínuo déficit nas contas públicas, durante esta fase de transição, o número de funcionários públicos continuou a aumentar. Os problemas orçamentais conduziram a um progressivo abandono, por parte do Estado, das suas funções económicas e sociais, agravando ainda mais a crise económica e contribuindo para uma progressiva informalização da economia (Gervais, 1995).

No mês de Janeiro de 1993 foram realizadas as primeiras eleições democráticas multipartidárias. Três meses mais tarde, Mahamane Ousmane tomou posse como quarto Presidente da República do Níger e nomeou Mahamadou Issoufou - o atual chefe de Estado do país - seu primeiro-ministro (Englebert, 2003; Kimba, 2008). Nessa época, o Estado nigerino acumulava diversos atrasos no pagamento do serviço de dívida aos credores externos, assim como, aos fornecedores internos e os funcionários públicos tinham vários meses de salário por pagar (Kimba, 2008). Portanto, uma das prioridades do governo recém-eleito foi retomar o diálogo com os parceiros financeiros internacionais (Englebert, 2003).

No princípio do ano seguinte, o governo de Paris anunciou o fim da paridade entre o franco francês e o Franco da Comunidade Financeira Africana (FCFA), procedendo à desvalorização em cinquenta por cento da moeda da comunidade financeira africana<sup>49</sup>. O FCFA tornou-se então a moeda oficial de duas novas organizações regionais entretanto criadas: a União Económica e Monetária da África Ocidental (UEMOA) a Comunidade Económica e Monetária da África Central (CEMAC) (Chaïbou, 2007). A República do Níger passou a integrar a UEMOA conjuntamente com o Benim, a Costa do Marfim, o Mali, o Senegal, o Togo e, mais tarde, a Guiné-Bissau. Nos dias que se seguiram ao anúncio da depreciação da moeda, o governo nigerino assinou mais um acordo com o FMI. As condições de elegibilidade para o novo programa de austeridade, a Facilidade de Ajustamento Estrutural Reforçada (FAER), passaram a implicar a elaboração de um memorandum conjuntamente com o FMI e BM, onde eram discriminados os sectores que necessitavam prioritariamente de intervenção política e económica. Este documento, também designado de programa-quadro para o alívio da pobreza (Kimba, 2008), foi uma novidade introduzida pelos organismos financeiros internacionais na sequência do supramencionado relatório publicado pela UNICEF

---

<sup>49</sup> Presentemente, 1 € equivale aproximadamente a 656 FCFA.

sobre o «Ajustamento com Rosto Humano». As responsabilidades do Estado nigerino, no âmbito deste acordo, eram de levar a cabo uma série de reformas com o objetivo de aumentar as receitas fiscais e de controlar a despesa pública. O não-cumprimento das medidas acordadas passou a implicar penalizações na ajuda, podendo mesmo conduzir à suspensão do financiamento (Gervais, 1995).

Em Setembro de 1994, a aliança política que sustentava Mahamane Ousmane no poder desfez-se com a resignação do primeiro-ministro (Decoudras & Abba, 1995). No mês seguinte, o chefe de Estado dissolveu a Assembleia Nacional e foram convocadas novas eleições legislativas que se realizaram em Janeiro de 1995. A oposição acabou por conquistar a maioria dos assentos parlamentares, colocando a coligação do Presidente da República numa desconfortável posição minoritária no Parlamento. O líder do maior partido da oposição, Hama Amadou foi nomeado primeiro-ministro para um então inédito governo de coabitação (Decoudras & Abba, 1995; Englebert, 2003; Kimba, 2008).

O advento do multipartidarismo acabar-se-ia por caracterizar por um contínuo impasse em termos de governação (Kimba, 2008). A crise económica e financeira atingiu proporções nunca vistas. Para além da habitual acumulação de atrasos no pagamento dos salários na Função Pública e das bolsas<sup>50</sup>, os investimentos e desenvolvimento do sector privado paralisaram e o custo de vida sofreu um aumento vertiginoso na sequência da depreciação do FCFA. Durante a vigência do regime de coabitação, a taxa de inflação aproximou-se dos quarenta por cento. A União dos Sindicatos dos Trabalhadores do Níger (USTN) paralisou o país durante cinquenta e cinco dias consecutivos por causa das medidas de austeridade referentes à redução drástica da massa salarial na Função Pública. A fome grassava no norte e leste do país em consequência da rebelião tuaregue. Para agravar mais ainda a situação, uma epidemia de cólera e outra de meningite fizeram alguns milhares de mortos no país (Kimba, 2008).

A resolução do problema relacionado com sublevação tuaregue foi uma das poucas situações em que a terceira República do Níger se destacou positivamente (Englebert, 2003). Apesar dos seus diferendos, as autoridades nigerinas empenharam-se em solucionar a questão. Entre Outubro de 1994 e Abril de 1995 foram assinados dois

---

<sup>50</sup> Entre 1990 e 1995, apenas dois anos letivos decorreram dentro de alguma normalidade. Os estudantes também lutaram contra a austeridade, recusando a diminuição do número de bolsas, assim como, os novos critérios de atribuição das mesmas.

tratados de paz com as forças rebeldes que ficaram conhecidos como os acordos de Ouagadougou (Decoudras & Abba, 1995; Deycard, 2011). Todavia, este processo de conciliação não conseguiu envolver a totalidade de grupos insurretos. Algumas fações não concordaram com os termos dos acordos, designadamente no que dizia respeito à reinserção dos amotinados na vida nacional e por isso mesmo, alguns focos de rebelião mantiveram-se no nordeste do país (Kimba, 2008). Os próprios militares também desaprovavam a incorporação de elementos rebeldes nas forças armadas nacionais (Abdourhamane, 1999). Alegadamente, esta visão «anti tuaregue» no seio do exército remontava a 1985, quando um conjunto de instalações militares foi atacado por alguns grupos de revoltosos (Idrissa & Decalo, 2012) causando a morte a vários elementos do exército. Esta contenda com o Governo por causa da reintegração dos membros pertencentes às diversas fações de amotinados manter-se-ia até 1998, tanto por parte dos revoltosos como das forças militares.

A incapacidade do poder executivo bicéfalo, que caracterizava este regime semipresidencialista<sup>51</sup>, em chegar a determinados consensos, sobretudo por causa das inúmeras querelas em torno da partilha e distribuição dos cargos e recursos disponíveis, renunciou o carácter efémero desta primeira experiência democrática. No início de 1996, em pleno Ramadão, as forças armadas voltaram a tomar conta do país. O coronel Ibrahim Baré Maïnassara foi designado para assumir a liderança do país. Este novo putsch foi justificado com a situação de ingovernabilidade criada pela coabitação (Kimba, 2008). Um Conselho de Salvação Nacional foi instaurado e o estado de emergência decretado. A assembleia nacional foi dissolvida e os partidos políticos foram suspensos (Englebert, 2003). A promessa feita pelos militares de que as instituições democráticas seriam restabelecidas assim que a ordem estivesse reposta foi aparentemente muito bem acolhida pela população nigerina, inclusive pelos partidos, sindicatos e estudantes em razão do descrédito que anterior governo fez recair sobre a classe política. Até mesmo a rebelião tuaregue, que ainda não tinha deposto as armadas, se mostrou favorável a esta mudança política (Kimba, 2008).

As novas autoridades procuraram dar seguimento às políticas de reestruturação económica iniciadas sob o governo anterior no sentido de concluir o processo respeitante às modalidades de financiamento propostas pelo FMI e BM (Englebert,

---

<sup>51</sup> Sobre as diferenças entre formas de governo presidencialista e semipresidencialista, ver por exemplo, o trabalho coletivo organizado por Robert Elgie e Sophia Moestrup (2007).

2003). Em 1995, tinha sido assinado o primeiro Programa-Quadro para o Alívio da Pobreza (Kimba, 2008). Porém, perante a consumação do golpe de Estado, os organismos financeiros internacionais decidiram suspenderam toda a ajuda, à exceção da humanitária. A interrupção das negociações com as instituições de Bretton Woods (Englebert, 2003) acabou por impossibilitar a implementação do memorando ratificado pelas partes. O governo de Paris inicialmente condenou de forma veemente a tomada do poder político pelos militares. Contudo, rapidamente reviu a sua posição, passando a sustentá-lo de forma ativa, através de uma progressiva retoma da cooperação bilateral entre os dois países. Esta mudança de atitude por parte das autoridades francesas acabou por facilitar a reabilitação do diálogo com os parceiros internacionais (Kimba, 2008).

O Conselho de Salvação Nacional marcou um novo calendário eleitoral e uma nova – a sexta - constituição nigerina foi referenciada pela população. As grandes novidades em relação à carta constitucional anterior diziam respeito à reabilitação do poder das forças armadas (Kimba, 2008), que tinha ficado muito enfraquecido na sequência da CNS e à restauração de um regime presidencialista, com a concentração do poder exclusivamente nas mãos do presidente de modo a evitar novas situações de bloqueio político. No passado, este sistema de governo já tinha sido adotado durante a governação de Diori (Colin, 1990). Apesar de Ibrahim Baré Maïnassara, que entretanto fora nomeado general, ter inicialmente afirmado não ter qualquer intenção de se candidatar ao cargo de Presidente da República, acabou, à última da hora, por mudar de ideias (Englebert, 2003; Kimba, 2008). Como se encontrava excluído das dinâmicas partidárias existentes, para concorrer à eleição presidencial teve de fundar o seu próprio partido (Englebert, 2003; Kimba, 2008). Os seus principais apoiantes eram os PAC, as organizações que tinham sido marginalizadas durante a experiência democrática anterior e as chefaturas ditas tradicionais (Kimba, 2008). Ibrahim Baré Maïnassara acabou por vencer o escrutínio presidencial. Contudo, devido às irregularidades que pautaram o ato eleitoral (Englebert, 2003; Kimba, 2008), a oposição contestou o seu resultado do escrutínio (PNDS-Tarayya, n.d.). Com a sua eleição desfez-se o consenso político que, entretanto, tinha criado durante o governo de transição constituído na sequência do golpe de Estado. A partir de então, um foco permanente de tensão emergiu entre as forças da oposição e as autoridades políticas (Englebert, 2003). Quatro meses depois foram também realizadas eleições legislativas, as quais a grande maioria das forças partidárias optou por boicotar (Kimba, 2008), permitindo que o partido de

Ibrahim Baré Maïnassara ficasse com a maior parte dos assentos parlamentares. Apesar da postura irreduzível da oposição, o ato eleitoral acabou por validado pela comunidade internacional na sequência da pronúncia favorável por parte dos observadores externos relativamente à forma como o escrutínio decorrerá (Englebert, 2003).

Durante o curto período que separou a revisão constitucional da eleição presidencial tinham sido retomadas as negociações com os parceiros financeiros internacionais. Nesse seguimento fora elaborado um novo memorando – designado, desta vez, de Programa-Quadro Nacional de Luta contra a Pobreza - onde tinham ficado discriminadas as intervenções a realizar durante um período de três anos para endireitar as finanças públicas e promover o crescimento económico. As medidas de austeridade decorrentes do programa de recuperação económica começaram a ser implementadas logo no início do ano seguinte (Kimba, 2008).

Em Janeiro de 1997, foi posto em prática um novo plano de saneamento das contas públicas que previa a redução dos salários dos funcionários públicos entre trinta e quarenta por cento, do número de bolsas universitárias e dos efetivos da Função Pública graças à passagem compulsiva para a reforma após trinta anos de serviços (Kimba, 2008). Um programa de privatizações foi igualmente posto em marcha (Abdourhamane, 1999; Englebert, 2003). A venda de empresas estatais, como os hotéis da capital ou a empresa de telecomunicações, provocou um fenómeno de acavalamento entre o sector público e privado<sup>52</sup> porque foram essencialmente elementos intimamente ligados ao poder que adquiriram estas empresas (Abdourhamane, 1999). Este processo de desestatização gerou ondas de despedimento colectivo, que não puderam ser absorvidas por um tecido formal privado inexistente. A aplicação destas novas medidas de austeridade contribuiu essencialmente para acelerar ainda mais o processo de informalização da economia nigerina<sup>53</sup>. A contestação social tomou conta outra vez das ruas. As greves repetidas e ilimitadas sucederam-se uma atrás das outras (Kimba, 2008). O Governo optou por responder de forma musculada e os confrontos dos manifestantes com as forças policiais tornaram-se frequentes. Os partidos políticos da oposição aproveitaram esta onda de agitação para fazer valer as suas reivindicações. As

---

<sup>52</sup> Sobre esta questão ver por exemplo Jean-François Bayart (1989, 1992).

<sup>53</sup> Em 1999, o denominado sector informal já correspondia a mais de setenta e quatro por cento do PIB (Kimba, 2008). Sobre o processo de informalização da economia nigerina provocado pelos programas de ajustamento estrutural, ver, por exemplo, a coletânea organizada por Patrick Guillaumont e Sylviane Guillaumont (1991).

manifestações contras as políticas de austeridade foram utilizadas para reclamar a anulação das eleições presidenciais e o retorno liberdade de imprensa (Englebert, 2003).

Em Abril de 1997, o executivo político de Ibrahim Baré Maïnassara assinou um acordo de paz simbólico com as frentes armadas tuaregues que ainda se encontravam no ativo. Neste armistício foram revistas as condições de integração das forças rebeldes na vida civil e militar. O Presidente líbio, que financiava a guerrilha tuaregue desde os anos 1980 (Idrissa & Decalo, 2012), participou no esforço das autoridades políticas nigerinas na resolução da questão tuaregue. Desde que o coronel Muammar al-Gaddafi tinha reclamado em 1981 parte dos territórios a norte do país onde se encontravam as jazidas de urânio (Charlick, 1991) as relações diplomáticas entre a República do Níger e a Líbia tinham arrefecido. Este chefe de Estado terá alegadamente financiado a revolta tuaregue pelo menos desde 1990 (Idrissa & Decalo, 2012). Contudo, com a chegada de Ibrahim Baré Maïnassara ao poder, Gaddafi terá mudado de estratégia política. Para além de ter auxiliado o CSN, quando os parceiros financeiros internacionais suspenderam a ajuda na sequência do golpe de Estado, empenhou-se na solução deste conflito que durava há quase uma década. Ainda assim, nem todas as fações depuseram as armas com a assinatura deste novo tratado (Englebert, 2003). Somente no ano seguinte é que três importantes grupos dissidentes da revolta tuaregue aceitaram voltar-se a sentar à mesa das negociações em N'Djamena para ratificar os acordos finais de paz (Deycard, 2011).

A instabilidade social criada pela implementação dos novos condicionalismos externos precipitou uma reorganização do Governo. A presença exacerbada de PAC no seio da administração acabara por contribuir para uma grande personificação e informalização do poder político (Kimba, 2008). A luta intestinal entre as várias fações internas era de tal forma intensa, nomeadamente por causa da aquisição de algumas empresas públicas que se encontravam em processo de privatização, que por vezes se sobrepunham às tensões com a oposição. Um dos aspetos mais salientes do regime de Ibrahim Baré Maïnassara foi a possibilidade de acumulação material que proporcionou a uma pequena elite associada ao seu executivo (Abdourhamane, 1999). Os militares que se encontravam à frente das várias regiões do país também foram substituídos por civis (Englebert, 2003). Esta decisão foi recebida com desagrado no seio das forças armadas. Os níveis de descontentamento no exército já eram elevados por causa da redução de benefícios, dos salários em atraso e da integração das forças rebeldes tuaregues. Esta impopular medida teve um efeito catalisador negativo na eclosão em

simultâneo por todo o país de motins entre as forças armadas. Esta insurreição revelou quão frágil se tinha tornado a base de apoio militar de Ibrahim Baré Maïnassara (Englebert, 2003; Kimba, 2008).

Em Setembro de 1998 foi aprovada uma lei definia as coletividades territoriais que tinham sido criadas dois anos antes (Hahonou, 2009), no âmbito de processo de descentralização do poder político nigerino, iniciado aquando da independência. Este emolduramento legal atribuía personalidade jurídica e a autonomia financeira das entidades administrativas regionais (Decoudras & Abba, 1995). Na sequência da sua promulgação foram organizadas as primeiras eleições locais. Os parceiros internacionais tinham exigido que o escrutínio se desenrolasse de forma totalmente transparente sob pena de suspenderem a ajuda (Abdourhamane, 1999). Porém, o processo de votação foi mais uma vez pautado por inúmeras irregularidades (Kimba, 2008). Ao que parece, a oposição teria ganho as eleições por larga maioria, mas os resultados acabaram por ser manipulados (Bain, n.d.).

Os tumultos sociais provocados pela austeridade; o desenvolvimento de uma frente-comum pelos partidos da oposição; o recrudescimento da agitação no norte do país por causa de alguns grupos rebeldes de tuaregues; a corrupção institucional e na cúpula do governo; as sublevações nas forças armadas; e o problema da insegurança alimentar que entretanto ganhara contornos crónicos na sequência de sucessivos anos de produção agrícola deficitária (Englebert, 2003) fizeram com que o poder de Ibrahim Baré Maïnassara entrasse em franco declínio. Em Abril de 1999, o presidente foi assassinado na pista do Aeroporto Internacional Diori Hamani quando se preparava para viajar para o interior do país (Englebert, 2003; Kimba, 2008).

O novo golpe de Estado demorou alguns dias a ser reivindicado porque nenhuma alta patente do exército queria assumir a liderança do país. Essa tarefa acabou por ter de ficar a cargo de Daouda Malam Wanké, chefe da guarda presidencial de Ibrahim Baré Maïnassara (Kimba, 2008). A Assembleia Nacional foi novamente dissolvida, os partidos políticos e a constituição suspensos, e as eleições locais anuladas. Um Conselho de Reconciliação Nacional (CRN) foi entretanto criado para representar a autoridade máxima legislativa e executiva durante este novo período de transição (Englebert, 2003). O major Wanké comprometeu-se a repor as instituições democráticas até ao último dia do mês de Janeiro de 1999 (Englebert, 2003; Kimba, 2008). Uma nova



carta constitucional foi redigida, consagrando a restauração de um semipresidencialista e a criação de um tribunal constitucional independente (Kimba, 2008).

A consumação de um novo putsch levou mais uma vez à retirada do apoio financeiro dos parceiros internacionais. O governo de Paris voltou a embargar todas as formas de ajuda, tirando a humanitária (Englebert, 2003). O auxílio económico prestado pelo FMI e BM foi igualmente suspenso (Kimba, 2008). A situação financeira do país tornou-se deveras periclitante. Em consequência, o CRN elaborou um programa financeiro de urgência que visava um aumento das receitas fiscais através de um melhoramento na cobrança de taxas e impostos, e uma redução da despesa pública através da imposição de novas medidas de austeridade aos salários da função pública. Nessa altura, os estudantes acumulavam trinta meses de moras no pagamento das suas bolsas. Os funcionários públicos tinham um atraso de treze meses nos seus salários. Como seria de esperar, a introdução destas medidas acabou por dar origem a uma série de novas greves (Kimba, 2008).

Nos finais do mês de Dezembro de 1999, Tandja foi eleito Presidente da República do Níger (Englebert, 2003). Assim que assumiu os destinos do país, a sua principal prioridade foi restabelecer as conversações com os parceiros financeiros internacionais. Para tanto, decidiu dar continuidade ao programa de austeridade posto em marcha por Ibrahim Baré Maïnassara. A implementação destes impopulares condicionalismos continuou a provocar muita agitação no seio da sociedade civil, mas acabaram por surtir o efeito desejado. Em 2000, Tandja conseguiu que o país se tornasse elegível no quadro da iniciativa promovida pelo FMI em favor dos PPME. Ao abrigo deste programa, a República do Níger ficou encarregada de elaborar anualmente um Documento Estratégico para a Redução da Pobreza (DERP), sob pena de perder as regalias acordadas em termos de redução de dívida. A ideia era colocar a questão da «boa governança» no epicentro da resolução dos problemas sociais e económicos dos ditos países com baixo rendimento. A adesão a este programa permitiu renegociar em condições muito vantajosas o serviço da dívida. E em contrapartida, viu-se obrigada a afetar uma maior percentagem do seu orçamento de estado aos sectores sociais, designadamente à educação e à saúde.

O Programa-Quadro Nacional de Luta contra a Pobreza elaborado durante a governação de Ibrahim Baré Maïnassara permitira a aprovação de fundos para a produção animal e agrícola, a luta contra a pobreza e reforço da democracia, a

segurança alimentar, a cobertura sanitária e o aumento da taxa de escolarização. A canalização de parte destas verbas estava relacionada com as linhas de crédito disponibilizadas pelo BM na sequência das supramencionadas críticas tecidas pela UNICEF relativamente aos efeitos sociais perniciosos dos PAE. Tandja aproveitou para capitalizar politicamente à custa destes recursos adicionais colocadas à disposição dos países mais pobres, criando um Programa Especial do Presidente Contra a Pobreza. Os condicionalismos externos impostos relativamente a um maior investimento nos sectores sociais foram politicamente instrumentalizados e transformados em ações beneméritas do novo Presidente da República (Diarra, 2011) em prol da promoção do bem-estar da população nigerina. De facto, muitos dos efeitos das políticas implementadas durante a governação de Ibrahim Baré Maïnassara acabaram por se repercutir mais tarde, quando Tandja se encontrava no poder (Kimba, 2008).

Em 2003, o ministro da saúde nigerino foi chamado para uma reunião em Nova Iorque no BM, onde lhe foi comunicado de forma unilateral que doravante o seu país teira que implementar um regime de isenção nalguns serviços de saúde públicos (Olivier de Sardan *apud* Saguirou, 2012) com vista a atingir as metas propostas pelos ODM 4, ODM5 e ODM 6. Depois da Cimeira do Milénio, a captação de verbas externas pelos PPME passou também a estar dependente dos progressos entretanto alcançados no domínio da saúde pública (Olivier de Sardan et al., 2017).

Em termos económicos, o governo de Tandja caracterizou-se por uma grande prosperidade. No seu segundo mandato, o crescimento da economia nacional atingiu os nove por cento, ultrapassando todos os países da região da África ocidental. Apesar dos focos de instabilidade entretanto provocados pela eclosão de uma nova rebelião tuaregue. A subida dos preços das matérias-primas nos mercados internacionais e captação de IEP (Investimento Estrangeiro Privado), sobretudo chinês permitiram a realização de grandes obras públicas e o desenvolvimento do tecido económico formal privado, principalmente na área dos serviços. Durante a sua administração, a redução da dependência energética tornou-se uma questão prioritária, de forma a reduzir a dependência em relação à Nigéria em termos de abastecimento de eletricidade e combustíveis. A primeira concessão para extração e refinação de petróleo foi outorgada a uma empresa estatal chinesa nessa altura. O início das obras de construção da barragem de Kandadji sobre o rio Níger, um sonho acalantado desde o tempo de Kountché (Charlick, 1991), também se realizou durante a governação de Tandja.

Alegadamente, este chefe de Estado nigerino terá encetado conversações com o Presidente da República Islâmica do Irão, Mahmoud Ahmadinejad, para a eventual construção de uma central nuclear, em pleno deserto do Saara, destinada exclusivamente à produção de energia elétrica (Grégoire, 2011), mas nunca se chegou a comprovar a veracidade destes rumores.

O processo de descentralização burocrática do país foi retomado em 2002. Em resultado, a divisão administrativa do território ficou composta em oito regiões e trinta e sete departamentos, e a sede de cada departamento foi elevada à categoria de cidade (Motcho, 2007). Dois anos após a conclusão desta reforma administrativa realizaram-se novas eleições locais (Issaka, 2009).

Em 2005, eclodiu no país uma crise alimentar sem precedentes que acabou por envolver tardiamente a comunidade internacional. O presidente Tandja não assumiu imediatamente a dimensão real do problema e protelou ao máximo o pedido de ajuda de emergência. Conforme ficou anteriormente subentendido, desde 1990 que a produção agrícola vinha sendo deficitária. Porém em 2004, as fracas colheitas foram igualmente agravadas pela seca e pelas pragas locustas (Alpha Gado & Mounkaïla, 2007). Ao contrário da crise de 1968-1974, em que havia efetivamente uma enorme carência de cereais na região, em 2005 não faltavam cereais no mercado (Olivier de Sardan, 2007b), o problema é que tinham atingidos preços tão exorbitantes - devido à especulação que se gerou entre uma procura elevada e uma oferta muito baixa - que a grande maioria das famílias não tinha poder de compra para adquiri-los (Alpha Gado & Mounkaïla, 2007). Para Maman Waziri Mato, a insegurança alimentar tornou-se «... *un phénomène structurel caractérisant les systèmes de production contemporaine en Afrique sahélienne*» (Mato, 2007, p. 20).

Em 2007, o Movimento Nigerino para a Justiça (MNJ), recém-fundado e liderado por antigos rebeldes tuaregues implicados na revolta tuaregue dos anos 1990 voltou a pegar nas armas (Alzouma, 2009; Galy, 2010) alegando que as cláusulas dos anteriores acordos de paz não tinham até então sido respeitadas. O chefe de Estado recusou-se negociar e reforçou a presença das forças militares na região em conflito. Esta sublevação durou até Outubro de 2009. Nessa altura Tandja concedeu um armistício às forças rebeldes, resolvendo provisoriamente este problema (Grégoire, 2013).

Perto do final da sua administração, o Presidente da República comunicou ao país que precisava de mais um mandato para concluir todos os projetos de desenvolvimento

económico e social que ainda se encontravam em curso. Porém, a constituição vigente na altura interditar a recandidatura ao cargo de Presidente da República por mais de dois mandatos consecutivos. Tandja tentou em vão forçar uma revisão constitucional que lhe permitisse ser reeleito uma terceira vez. Mas a proposta foi chumbada, tanto pela Assembleia Nacional como pelo Tribunal Constitucional. Em retaliação, o chefe de estado dissolveu ambos os organismos, instaurando um novo governo presidencialista e referenciando junto da população a sua decisão antidemocrática (Vampouille, 2010). Apesar do resultado do referendo ter legitimado por esmagadora maioria a sua permanência no poder (Miller, 2011), a forma anti democrático como todo este processo se desenrolou foi fortemente condenado pelos partidos da oposição, algumas facções importantes da sociedade civil e pela comunidade internacional (ME, 2009).

Em Fevereiro de 2010, as forças armadas nigerinas lideradas por Salou Djibo tomaram outra vez o poder (Burton & Justus, 2013), derrubando o regime de Tandja e instaurando uma nova junta militar denominada de Conselho Supremo para a Restauração da Democracia (CSRD). O golpe de Estado foi oficialmente justificado com uma vontade expressa pelos militares de fazer da República do Níger um modelo exemplar de democracia e boa governação para os demais países da África subsariana. Dito de outra forma, qualquer tipo de abuso de poder por parte dos governantes doravante legitimaria uma interferência militar para repor a normalidade democrática (Armstrong, 2010). Antes de devolver o poder aos civis, o CSRD teve de lidar com a nova crise alimentar (Janin, 2010), a qual mais uma vez resultava da incapacidade económica dos agregados familiares mais vulneráveis em fazer face ao elevado preço dos cereais nos mercados.

Em Abril de 2011, Mahamadou Issoufou foi conduzido ao cargo de Presidente da República após ganhar a segunda volta das eleições presidenciais (Burton & Justus, 2013). Apesar do revés económico observado em 2015, em consequência da quebra dos preços das matérias-primas nos mercados internacionais, os seus dois mandatos, até ao ano de 2017, evidenciaram um crescimento da economia de forma contínua (Freland, 2017). Porém, este presidente tem sido muitas vezes acusado de governar mais em consonância com a agenda dos parceiros financeiros internacionais do que em função dos interesses da população (Bérenger, 2017). A queda, desde 2012, para último lugar de classificação do IDH (UNDP, 2018) dá uma ideia das prioridades governativas deste executivo político.

Um conjunto de empreendimentos iniciados durante a governação de Tandja foi concluído pela administração, eleita democraticamente, seguinte. A refinaria petrolífera de Zinder iniciou as suas funções somente em Dezembro de 2011, quando Issoufou já se encontrava à frente dos desígnios do governo do país (AMC, 2010). Apesar da República do Níger se ter transformado num país produtor de petróleo e dos seus derivados, o preço muito elevado dos combustíveis, conforme anteriormente referido, tende a atrofiar o desenvolvimento económico e a potenciar o contrabando de carburantes vindos da Nigéria (Barma, 2017). Em Setembro de 2013 foi terminada a obra referente à requalificação do nó rodoviário na Avenida Mali Béro (NIAMEYCOM, 2013), uma das maiores artérias da capital, possibilitando desta forma uma franca melhoria no escoamento do trânsito caótico da capital. A ligação ferroviária que une Dosso a Niamey foi concluída em Janeiro de 2016 (COMMODAFRICA, 2016). A etapa seguinte deveria ligar Dosso a Parakou no Benim. Porém, conflitos e interesses contraditórios relativamente à adjudicação dos trabalhos têm vindo a protelar de forma sistemática o arranque da continuação dos trabalhos (Vidjingninou, 2017). A conclusão do próximo troço tem uma importância vital para a economia nigerina pois permitirá romper com o isolamento que caracteriza a maioria dos países interiores da África ocidental. Esta ligação faz parte de um projeto férreo que remota ao período colonial e que pretendia ligar as principais capitais da África ocidental através de uma rede de caminhos-de-ferro começando em Abidjan e terminando em Cotonou (PANAPRESS, 2018). O Hospital de Referência de Niamey, construído com capitais provenientes da RPC, foi inaugurado em Agosto de 2018. Embora seja considerado uma formação sanitária de referência tecnológica em toda a África ocidental (Moussa, 2018), o custo elevado dos cuidados prestados nesta unidade de saúde, torna os seus serviços proibitivos para a grande maioria da população. Outro dos legados de Tandja foi a construção da barragem de Kandadji. Devido a problemas de financiamento, os trabalhos estiveram durante algum tempo suspensos, e a conclusão da obra tem vindo sistematicamente a ser adiada (Nagaya, 2018).

O presidente Issoufou também se tem empenhado em procurar outras soluções com vista a diminuir a dependência energética do país. O abastecimento elétrico representava uma questão política sensível desde o início do seu primeiro mandato. Segundo um relatório publicado pelo Instituto Nacional de Estatísticas nigerino, somente sessenta e cinco por cento da população urbana e seis por cento da população rural tinham acesso à

eletricidade (INS-Niger, 2016). Mesmo que o mundo rural praticamente não se encontre eletrificado, o fornecimento de energia elétrica às principais cidades processava-se de forma irregular, com cortes de energia frequentes e prolongados. Para acabar com este problema foi edificação de uma central termoelétrica alimentada a gásóleo em Niamey (Ismaël, 2017).

A política nigerina tem sido marcada, durante os últimos anos, por alguma instabilidade política e social nas regiões fronteiriças malianas e nigerianas. A crise líbia que emergiu na sequência da contestação popular ao regime do coronel Gaddafi (Mounkaïla, 2015) trouxe muita insegurança à zona saheliana. O repatriamento massivo de migrantes tuaregues fortaleceu as reivindicações separatistas do Movimento Nacional de Libertação do Azawad (MNLA) relativamente ao território de Azawad<sup>54</sup>. A máquina de propaganda do Estado maliano aproveitou a insegurança provocada pela presença de determinadas células islâmicas radicais<sup>55</sup> no norte do país (Burton & Justus, 2013) para desacreditar o movimento separatista tuaregue, acusando-o de manter relações estreitas como o Al-Qaeda no Magrebe Islâmico (AQMI) e como grupo salafista Ansar Dine (Dufour, 2012). Alguns destes movimentos radicais começaram-se igualmente a infiltrar na República do Níger (Savannah de Tessières, 2018), provocando alguns ataques principalmente na região de Tillabéri (Grégoire, 2015). Para agravar a situação, o Boko Haram<sup>56</sup> começou a instalar células radicais islâmicas ao longo da fronteira com a Nigéria (Burton & Justus, 2013). As frequentes incursões das milícias pertencentes a esta organização fundamentalista islâmica têm gerado bastantes baixas no contingente militar e algumas na população civil (Deveaux, 2015). A grande insegurança existente na região legitimou a pressão dos organismos internacionais para que as despesas com o sector da defesa nigerino aumentassem substancialmente (Burton & Justus, 2013). Em consequência do conflito armado que opôs o exército maliano e os seus aliados aos grupos radicais islâmicos, um fluxo importante de refugiados atingiu a

---

<sup>54</sup> O Azawad é uma região situada no norte do Mali cujas delimitações territoriais não são totalmente consensuais. Para alguns, este território encontra-se circunscrito às fronteiras malianas (“Mali Tuareg rebels control Timbuktu as troops flee,” 2012) . Mas para outros, envolve igualmente parte no norte da República do Níger e do sul da Argélia (“Who are the tuareg?,” n.d.).

<sup>55</sup> Designadamente, o grupo salafista Ansar Dine, o AQMI e o MUJAO.

<sup>56</sup> O Boko Haram é uma organização fundamentalista islâmica, de métodos terroristas, que busca a imposição da lei islâmica no norte da Nigéria (Dörrie, 2015).

República do Níger, instalando-se preferencialmente em Tillabéri<sup>57</sup>, Tahoua e na cidade de Niamey (Dia, 2016).

Para concluir, a Presidência lançou em 2011 uma iniciativa denominada 3N<sup>58</sup> com o objetivo de combater a insegurança alimentar crónica e as recorrentes crises alimentares que têm assolado o país. Esta ação política encontra-se enquadrada num programa mais vasto denominado de «Renascimento» da República do Níger<sup>59</sup> que tem como objetivo promover o desenvolvimento sustentado do país, em harmonia com as metas propostas pelos ODS. É verdade que oficialmente não houve mais nenhuma crise alimentar depois de 2012 (SG, 2018), mas provavelmente apenas porque a comunicação social não voltou a mediatizar a fome provocada pela falta de poder de compra como aconteceu durante a crise alimentar de 2005 (Mahaman, 2008).

Em síntese poder-se-á afirmar que a história económico-social pós-independência da República do Níger tem sido marcada por golpes de Estado intercalados com períodos democráticos de curta ou média duração (Abdourhamane, 1999; Arrous, 2003; Gazibou, 1999) e por revoltas tuaregues e crises alimentares regulares.

## 4.2 Estratégias de sobrevivência locais

Desde o tempo pré-colonial que as populações sedentárias residentes no território nigerino desenvolveram estratégias de sobrevivência diversificadas para fazer face às condições ecossistémicas agrestes (Morgado, 2008; Olivier de Sardan, 1984a). Nesta região inóspita do Sahel, de clima rude e seco (Galy, 2010), a prática agrícola circunscreve-se à curta estação das chuvas, que dura aproximadamente três meses. A agricultura saheliana caracteriza-se por uma grande pobreza edáfica, uma forte aleatoriedade pluviométrica e recorrentes pragas de gafanhotos.

Na época pré-colonial, os principais grupos sedentários, combinavam a agricultura do milho ou sorgo com alguma pecuária e comércio. Também tinham celeiros de reserva onde aprovisionavam excedentes agrícolas para fazer face aos anos em que as

---

<sup>57</sup> Para localizar espacialmente as várias localidades nigerinas referidas ao longo do texto, ver Figura 6 do ANEXO A.

<sup>58</sup> 3N é uma abreviatura do *slogan* «Les Nigériens Nourrissent les Nigériens», que significa literalmente em francês, «os nigerinos alimentam os nigerinos».

<sup>59</sup> O programa «Renascimento» assenta em oito componentes distintas: a promoção da cidadania responsável; a consolidação das instituições democráticas; o reforço da segurança nacional; o acesso à água potável e a preservação dos recursos hídricos; a promoção da segurança alimentar através da iniciativa 3N; o desenvolvimento das infraestruturas de comunicação e energéticas; o investimento nos sectores sociais da educação e saúde; e a promoção do emprego jovem (“Le programme de la Renaissance,” n.d.).

colheitas eram deficitárias (Fuglestad, 1983). Em contrapartida, as comunidades conciliavam a transumância com razias às aldeias das situadas nas proximidades das suas rotas (Salifou, 1993). Algumas diferenças entre as diversas comunidades obedeciam a clivagens étnicas. Os songhay-zarma e os haussa diferenciar-se-iam pela importância que o trabalho escravo e o comércio assumiam respectivamente nas distintas estratégias de sobrevivência. Os tuaregues distinguir-se-iam dos restantes povos nómadas por manterem aldeias exclusivamente habitadas por escravos que cultivavam os cereais necessários à sua alimentação (Fuglestad, 1983). As incursões nos aglomerados populacionais vizinhos não eram o apanágio dos grupos nómadas. Algumas comunidades songhay também faziam razias com o objetivo de capturar prisioneiros para trabalharem nos seus campos ou para venderem nos mercados locais (Olivier de Sardan, 1976, 1984b). O sedentarismo também era praticado por alguns grupos nómadas fulas (Fuglestad, 1983), encetando tanto processos provisórios como definitivos de fixação. O artesanato para fins comerciais era transversal a todas as comunidades residentes no território nigerino, tanto no comércio de proximidade como de longa distância (Charlick, 1991).

Com a chegada dos franceses nos finais do século XIX, as dinâmicas sociais locais sofreram profundas alterações. As chamadas campanhas de «pacificação» provocaram um verdadeiro genocídio em algumas zonas do território (Fuglestad, 1983). Depois, com a instalação do aparato administrativo colonial foi introduzida uma forma de governação territorial que exigia um grande esforço por parte das comunidades locais, agravando substancialmente as suas condições de vida. Os recrutamentos forçados de mão-de-obra e a introdução de taxas tornar-se-iam os principais meios de financiamento do empreendimento colonial nesta região. As anteriores formas de armazenamento de cereais foram substituídos pelos celeiros coloniais que passaram a servir de válvula de segurança para os funcionários coloniais e seus subordinados diretos. Estes depósitos cerealíferos tornaram-se obrigatórios numa época em que os agregados familiares evidenciavam maiores dificuldades em aprovisionar víveres para situações de emergência (Charlick, 1991). A abolição da escravatura<sup>60</sup> entre 1905 e 1906 levou a deserção nalguns da principal mão-de-obra utilizada na agricultura (Charlick, 1991; Salifou, 1993), nomeadamente por alguns grupos songhay (Olivier de Sardan, 1984b) e

---

<sup>60</sup> Nalguns locais do país, o fenómeno da escravatura continua a persistir. Sobre esta questão, ver, por exemplo Kadir Galy (2010).



pelas confederações tuaregues. A libertação dos cativos foi uma medida política implementada com o objetivo de facilitar a sedentarização os povos nómadas de forma a ser mais fácil administrá-los e cobrar impostos. A revolta tuaregue de 1916-17 deve ser entendida à luz deste contexto (Salifou, 1993), ou seja, como uma recusa em abraçar o modo de vida promovido pela administração colonial.

A implementação deste pacote de medidas coercivas obrigou as populações locais a reformularem as suas estratégias locais. Alguns grupos nómadas optaram por se subtrair à influência do poder colonial. Determinadas comunidades sedentárias decidiram aderir às culturas comerciais promovidas pelos colonizadores. Ao passo que noutras, a preferência recaiu na migração de forma temporária para outras colónias (Charlick, 1991). Os empreendimentos migratórios eram muitas vezes combinados com um conjunto de microestratégias que passavam muitas vezes pelo boicote à capitação, aos trabalhos forçados e aos celeiros coloniais, assim como, pela venda de algum excedente agrícola (Olivier de Sardan, 1995).

O recurso à migração sazonal envolvia sobretudo jovens celibatários do sexo masculino (Bornand, 2005; Rouch, 1956; Stoller, 1995), que após a colheita no final da curta estação húmida rumavam às regiões costeiras onde permaneciam durante os cerca nove meses respeitantes à estação seca, regressando à sua aldeia para a sementeira seguinte. Harouna Mounkaïla (1999) definiu a migração sazonal masculina da seguinte maneira:

*Nous entendons par migrations saisonnières, tous les déplacements dont la durée n'excède pas celle de la saison sèche, c'est-à-dire tous les déplacements qui ont une durée inférieure à un an, mais supérieure à trois mois. Nous avons retenu la limite inférieure de trois mois, car nous supposons que pour valablement exercer une occupation qui puisse procurer les ressources migratoires satisfaisantes pour un retour au village d'origine, il faut séjourner au minimum trois mois. Le caractère saisonnier de la migration traduit l'intensification de la circulation migratoire [...] La forme saisonnière de la migration a toujours dominé dans ces villages d'autant qu'elle s'intègre mieux dans les stratégies de production des familles.» (pp. 196-197).*

A cadência migratória estava condicionado pela pluviometria anual na região. O seu objetivo era ganhar algum dinheiro que lhes permitissem pagar os impostos do agregado familiar e economizar o suficiente para pagar o seu casamento, designadamente o preço da noiva. O prestígio social associado a esta aventura migratória, à semelhança de qualquer outro rito de passagem, também motivava muitos rapazes a deixarem as suas

aldeias (Stoller, 1995). Este fenómeno, enquanto empreendimento aventureiro, remontava inclusive à época pré-colonial (Painter, 1988; Rouch, 1956; Stoller, 1995).

Nos anos 1950, após mais de uma década de promoção da agricultura para exportação, começaram a surgir problemas alimentares entre as populações que tinham aderido a esta atividade económica. A primazia ocupada pela cultura do amendoim diminuiu drasticamente o número de hectares dedicados ao cultivo de cereais para a subsistência, nomeadamente de milho e sorgo. O pagamento da produção do amendoim a preços baixos associado aos impostos coloniais (Charlick, 1991) e à falta de alimentos disponíveis para sustentar as famílias precipitou igualmente a migração sazonal entre os agregados familiares que tinham primordialmente optado pela agricultura comercial (Fuglestad, 1983).

A independência do país não significou um ponto de mudança para a grande maioria das populações rurais (Stoller, 1995). Apenas relativamente aos empreendimentos migratórios tradicionalmente dirigidos ao Gana (Rouch, 1956) observaram-se algumas modificações. O destino preferencial passou a ser a Costa do Marfim (Olivier de Sardan, 1984b) por causa do encerramento das fronteiras no seguimento da crise desencadeada pela queda dos preços do cacau nos mercados internacionais (Marshall, 1981). Mesmo que o poder das chamadas chefaturas tradicionais tenha diminuído, sob o regime de partido único, a gestão do quotidiano nas aldeias continuou a ser marcado pelo mesmo ritmo que caracterizara o período referente à ocupação francesa. A grande novidade poder-se-á dizer, foi a substituição dos impostos pelas quotizações partidárias e obrigatórias à cabeça (Charlick, 1991; Stoller, 1995). De facto, Diiori governou exclusivamente para uma pequena elite urbana. A maioria das infraestruturas ditas modernas e serviços sociais existentes encontrava-se concentrada nas cidades, principalmente na capital. Em contrapartida, o grosso dos impostos arrecadados pelo Estado advinha de contribuições feitas pelos habitantes que residiam no mundo rural. Esta captação conjuntamente com valores baixos pagos pelos produtos agrícolas contribuiu para que as condições de vida fossem particularmente duras em muitas aldeias. Nos antípodas encontravam-se os funcionários públicos e privados urbanos que tinham direito a uma série de compensações e subsídios para viajar, a habitação e a abono de família. Nenhum destes benefícios sociais era extensível aos agricultores (Charlick, 1991).

A seca saheliana de 1968-1974 praticamente acabou com a cultura de renda. O desenvolvimento da cultura do feijão (niébé) contrariou um pouco esta tendência, substituindo comercialmente o amendoim. Os primeiros anos de governação Kountché tiveram um impacto largamente positivo na qualidade de vida da população nigerina de uma forma geral, e das comunidades rurais em particular. Os grandes projetos de desenvolvimento rural levaram à criação de várias empresas paraestatais, aumentando desta forma as oportunidades de emprego na Função Pública, principalmente em meio citadino (Charlick, 1991). Ainda que não existam dados censitários sobre esta matéria, é provável que durante a ditadura militar de Kountché, os fluxos migratórios masculinos sazonais tenham sofrido uma inflexão negativa, em razão da melhoria das condições de vida em meio rural.

A partir de 1984, as condições de vida na República do Níger voltaram-se a agravar. À crise económica que entretanto estalara no país, juntou-se um novo período de seca no Sahel que retumbou em mais uma época de fome na região (Bonnecase, 2010). Nessa altura, os primeiros condicionalismos impostos pelo FMI começavam a ser aplicados (Gervais, 1995). Portanto, este défice de produção agrícola aconteceu num contexto de liberalização dos preços dos cereais e despedimentos em massas em consequência do encerramento de muitas empresas paraestatais. Apesar da escassez generalizada de alimentos, o governo de Kountché procurou controlar o êxodo populacional, sobretudo para a capital. Basicamente não queria que os camponeses esfomeados deambulassem pela cidade à procura de víveres (Bonnecase, 2010) como acontecera durante a anterior crise alimentar e que levava as autoridades políticas a terem de distribuir cereais gratuitos para poder reconduzir as populações às suas aldeias. Para tanto começou a associar a ajuda alimentar à execução de trabalhos agrícolas relacionados com os sistemas de irrigação, inclusive nas zonas mais isoladas (Charlick, 1991). O costume das populações citadinas albergarem os seus familiares oriundos do campo foi também interdito (Alidou, 2005; Charlick, 1991), precisamente com o propósito de travar estes fluxos.

Os grupos nómadas foram particularmente fustigados pela seca de 1984 (Thebaud, 1988). Para além da descapitalização ganadeira a que tinha estado sujeitos na década anterior em consequência da seca saheliana e das constantes e das constantes quezílias com os agricultores por progressivamente ocuparem terrenos tradicionalmente utilizados para a prática da transumância e bloqueando, desta maneira, os corredores de

passagem para o gado, o poder político aproveitou a ocasião para tomar determinadas medidas que promovessem a transferência das cabeças de gado para as mãos de grupos sedentarizados, mais adaptados às regras dos mercados. A perda dos seus meios de produção levou algumas famílias de pastores a se sedentarizarem (Charlick, 1991), tanto de forma permanente como provisória, até conseguirem reconstituir o seu capital ganadeiro (Greenwood, 2011). Outras preferiram por continuar a viver da pastorícia e transumância cuidando de animais pertencentes a outros proprietários (Charlick, 1991; Thebaud, 1988). A migração para a Argélia foi outra das soluções encontradas para fazer face à fome. A revolta tuaregue que eclodiu nesse ano e a consequente fuga de elementos considerados «subversivos» para a Líbia por causa das relações privilegiadas que este grupo étnico entretinha com o regime de Gaddafi (Decoudras & Abba, 1995) está relacionada com as interferências governamentais no modo de vida nómada. A Líbia treinou e armou tuaregues durante muitos anos. Muitos deles acabavam recrutados para a guarda pessoal do presidente líbio (Salifou, 1993).

A partir dessa época, as condições de sobrevivência da população foram-se agravando progressivamente. Apesar da parcimónia com que Ali Saïbou implementou as condicionantes económicas impostas pelos organismos financeiros internacionais, a sua contenção ao impediu o seu afastamento do poder, nem a suspensão da ajuda externa na sequência da realização da CNS. A acumulação de salários em atraso levou os agregados familiares a terem de improvisar, sobretudo nas cidades, para diversificarem as suas fontes de rendimento. Nesta altura, a recorrência à delinquência e a prostituição para obter alguma liquidez tornou-se uma prática comum (Alidou, 2005; Charlick, 1991). A venda de património fundiário no centro da capital e a consequente transferência da residência para os bairros periféricos foi uma solução pela qual muitas famílias optaram no sentido de travarem o processo de gradual descapitalização em que se encontravam inseridas (Adamou, 2005).

Neste contexto de grande carência e desigualdade económica surgiram os primeiros movimentos reformistas islâmicos (Alidou, 2005). Em consequência do processo de democratização nigerino, diversas associações religiosas emergiram no panorama nacional defendendo uma distribuição mais justa da riqueza (Masquelier, 2009; Sounaye, 2016) e criticando a banalização do recurso a práticas como a delinquência e prostituição como forma de sobrevivência (Alidou, 2005). Comerciantes com ligações a movimentos islâmicos radicais existentes na vizinha Nigéria começaram a aliciar

jovens, sem quaisquer perspectivas de futuro, para os seus esquemas de comércio piramidal que acabaram por se tornar os principais vetores destas reformas religiosas no país (Masquelier, 2009). As principais transformações sociais trazidas por estes movimentos reformistas resultaram num novo enquadramento social da mulher nigerina, designadamente através de um maior controlo político do corpo feminino. Assim observou-se uma generalização do uso do *hijab*, o encorajamento da reclusão das mulheres casadas e a consequente reafirmação do marido como único provedor da família. O preço da noiva também foi reduzido de forma a democratizar o acesso masculino ao casamento e potenciou-se o ensino das mulheres na língua árabe, para que pudessem aceder diretamente às Escrituras Sagradas, de forma a se tornarem melhores esposas e mães (Morgado, 2017). A partir dessa época, as publicações individuais e coletivos de fervor religioso intensificaram-se no interior do espaço público (Sounaye, 2016), transformando-se em paisagens sociais quotidianas perfeitamente banais.

O mundo rural também foi afetado pela crescente informalização da economia nigerina (Kimba, 2008). As intervenções das instituições de Bretton Woods visavam, pelo menos no plano teórico, atenuar as discrepâncias existentes entre o mundo rural e urbano através da promoção da iniciativa privada em meio rural (Gervais, 1995). Contudo, contrariamente ao previsto, a gestão do quotidiano nas aldeias agravou-se na sequência da liberalização da economia. Com a desregulação do preço dos cereais, a monetarização da economia intensificou-se. Este processo fora iniciado pelos franceses, quando impuseram o pagamento dos impostos em dinheiro (Stoller, 1995). Porém, com a crescente liberalização da economia nigerina, começou a ser necessária uma maior liquidez para adquirir determinados produtos alimentares e serviços, principalmente na área da saúde, educação e transportes, que entretanto tinham deixado de ser subvencionados pelo estado. O preço de alguns bens alimentares importados, como o açúcar ou os «cubos maggi®», após a desvalorização do FCFA, atingiram valores perfeitamente proibitivos para a maioria dos agregados familiares.

O processo de monetarização rapidamente se estendeu às relações sociais (Olivier de Sardan, 2007a), invadindo as principais celebrações que pautavam o ritmo de existência das comunidades, ou seja, os casamentos, funerais e cerimónias de atribuição de nome. Ora, as redes sociais são uma expressão da integração do indivíduo na sociedade e, portanto, mesmo em tempo de crise era importante investir nelas (Charlick, 1991). A sua manutenção funcionava como uma garantia face às incertezas do dia-a-dia.

As urgências monetárias levaram muitas unidades familiares a terem de vender parte da sua colheita no início da estação seca, quando os preços dos cereais estavam muito baixo devido à imensa oferta no mercado. Esta comercialização, porém, não dizia respeito ao excedente agrícola, como acontecia na década de 1960 (Gréma, 2014), mas sim a uma parte da produção que supostamente seria necessária à sua sobrevivência das famílias. Desde a década de 1980, que o número de agregados familiares com produções cerealíferas insuficientes foi gradualmente aumentando (Charlick, 1991; Fuglestad, 1983; Olivier de Sardan, 2007a).

Nos locais onde se praticava a agricultura extensiva, como acontecia por exemplo na região de Tillabéri, era necessário grandes extensões de terra e muita mão-de-obra para produzir cereais suficientes que permitissem alimentar uma família durante o ano interior (Charlick, 1991). Com a progressiva nuclearização familiar e fragmentação das terras de cultivo durante o século XX (Olivier de Sardan, 1984b), o equilíbrio existentes entre a família alargada patriarcal e o ecossistema desfez-se. A dispersão dos recursos humanos disponíveis para trabalhar a terra, agravada pela migração masculina internacional, afetou a produção agrícola familiar. Além do mais, a progressiva desflorestação, motivada pela procura de carvão para cozinhar, também acabou por ter impactos diretos sobre a produtividade dos solos. O debilitamento das barreiras naturais contra a expansão do deserto do Saara permitiu que ventos fortes comesçassem a varrer cada vez mais frequentemente a superfície das terras de cultivo ferríticas, agravando a sua fraca fertilidade e assoreando os escassos mas vitais poços existentes (Charlick, 1991).

Nas localidades em que a agricultura intensiva predominava, como por exemplo no departamento de Maradi, a pressão demográfica associada à falta de terras disponíveis para cultivo levou os agricultores a suprimirem a prática do pousio e a ocuparem solos menos férteis situados acima da linha pluviométrica de segurança (Charlick, 1991; Fuglestad, 1983). Esta ocupação criou grandes conflitos entre sedentários e nómadas visto que estes terrenos serem tradicionalmente utilizados para a prática da transumância (Burton & Justus, 2013; Thebaud, 1988). A pressão fundiária nesta região remonta à época colonial e está relacionada com o desenvolvimento das culturas de renda. A escassez de terrenos disponíveis facilitou a atomização das famílias e acelerou

precocemente a privatização da terra<sup>61</sup>. Além do mais, a agricultura comercial degradou a fertilidade dos campos, tornando mais difícil produzir excedentes agrícolas mesmo nos anos agrícolas favoráveis (Charlick, 1991).

Um dos principais corolários do declínio de produtividade foi a dilatação considerável do intervalo de tempo de exposição de muitos agregados familiares à *soudure*<sup>62</sup>. Em termos práticos, significou que, cada vez mais, se tornou necessário recorrer à compra de cereais quando os seus preços atingiam valores mais elevados (SAVE THE CHILDREN, 2009). A desregulação dos preços dos cereais atingiu particularmente as famílias mais vulneráveis, provocando a sua descapitalização e pauperização (Charlick, 1991) e arrastando-as para a esfera da pobreza estrutural, ou seja, introduzindo-as num processo de empobrecimento dificilmente reversível (Andries du Toit, 2005). Estas dinâmicas socioeconómicas acabaram por agravar as desigualdades sociais em meio rural, favorecendo a acumulação de uma minoria que conseguiu enriquecer às expensas dos restantes agricultores e de alguns grupos nómadas, por ter revelado maiores facilidades em multiplicar os seus rendimentos graças à especulação que passou a girar em torno dos cereais (Olivier de Sardan, 2007a). Este contexto acelerou ainda mais o processo de transferência do capital gadeiro para as mãos destes grandes proprietários (Greenwood, 2011). Muitos destes novos empresários rurais eram na realidade habitantes citadinos que viram oportunidades de negócio na esteira da liberalização económica do mundo rural (Charlick, 1991).

A necessidade de liquidez para a compra de víveres contribuiu para uma maior diversificação das atividades económicas em torno da agricultura. A intervenção da cooperação internacional, no sentido de atenuar a insegurança alimentar em meio rural, acabou facilitar para essa diferenciação. Designadamente através da implementação das culturas de contra estação e das iniciativas «comida por trabalho» ou «dinheiro por trabalho» promovida pelo PAM (Programa Alimentar Mundial). A primeira visava a prática da agricultura durante a estação seca como forma de atenuar os danos resultantes

---

<sup>61</sup> Embora a reforma do sistema tradicional de posse de terra só ter sido iniciado muito mais tarde, em 1986 (Lund, 1998). Um Código Rural foi aprovado em 1993 com o objetivo de garantir a propriedade fundiária, organizar o mundo rural e gerir de forma sustentável os recursos naturais e o território (Burton & Justus, 2013).

<sup>62</sup> A palavra *soudure* significa textualmente na língua francesa francês «soldadura», mas que no contexto das sociedades sahelianas assume uma conotação diferente. Basicamente diz respeito ao intervalo temporal que se estende do esgotamento da produção agrícola para autoconsumo até à recolha seguinte (Charasse & Gouteyron, 2005).

de produções agrícolas cronicamente insuficientes (Bonfils, 1987; Gilliard, 2005) e as restantes permitiam às famílias trocarem trabalho por comida (Salifou, 1993).

Depois da crise alimentar de 2005, as agências cooperantes internacionais começaram a promover atividades geradoras de rendimentos de contornos menos assistencialista. No âmbito do Programa Especial do Presidente Contra a Pobreza, o recurso ao microcrédito difundiu-se entre as populações rurais (République du Niger, 2007) e várias ONG internacionais e sub-regionais [da África ocidental] (Mato, 2007) fomentaram o desenvolvimento da produção de uma gama de produtos hortícolas<sup>63</sup>.

As intervenções locais realizadas por organismos exteriores visavam principalmente a criação de mecanismos de subsistência que permitissem travar o fenómeno da migração rural (Olivier de Sardan, 2007b), cuja dimensão atingira proporções verdadeiramente alarmantes. Se antigamente afetava sobretudo os homens celibatários rapidamente passou a envolver outros membros dos agregados familiares. O agravamento das condições de vida na aldeia precipitou a partida de muitos homens casados rumo os países costeiros à procura dos recursos necessários à sobrevivência das suas famílias. Por causa do elevado grau de iliteracia entre as populações rurais nigerinas, estes empreendimentos migratórios encontravam-se particularmente vocacionados para o mercado informal. Porém, com a saturação deste tecido económico, o envio de remessas foi-se tornando cada vez mais difícil (Morgado, 2011). Com o agravamento das condições económicas tornara-se mais difícil ser bem-sucedido num espaço de tempo tão curto no país de acolhimento. Por isso, muitos migrantes começaram a prolongar as suas estadias, deixando de regressar todos os anos na estação das chuvas. Em contrapartida, as famílias que, entretanto, ficavam para trás na aldeia tinham muitas vezes que procurar sobreviver às suas próprias custas. Contudo, num contexto de pauperização generalizada da população, tornou-se cada vez mais difícil recorrer à solidariedade de emergência no seio da família, vizinhos ou amigos (Mounkaila, 2002; Gilliard, 2005). Com o esgotamento dos capitais familiares, observou-se uma transformação na composição dos fluxos migratórios rurais que passaram a integrar outros membros da família, nomeadamente mulheres casadas, crianças, idosos e, até mesmo, indivíduos com deficiências. Regra geral, escolhiam como local de acolhimento os polos urbanos mais próximos, os quais em virtude do seu

---

<sup>63</sup> Designadamente, mandioca, batata-doce, batata, sementes de sésamo, chufa, goma-arábica, alho, pimento, tomate e cebola.



dinamismo económico abriam outras possibilidades em termos de sobrevivência imediata (Gilliard, 2005).

A dispersão geográfica de forma temporária dos vários elementos de um mesmo agregado familiar potencia a perda de capital fundiário e a desagregação de forma permanente da unidade familiar (Gilliard, 2005). O património agrário pode ser perdido de muitas maneiras, designadamente através da sua venda, do incumprimento no reembolso de algum crédito (Charlick, 1991) ou por açambarcamento por parte das autoridades locais por alegado abandono (Lund, 1998; Gilliard, 2005), um pretexto facilmente evocado quando os vários membros de uma mesma família se encontram envolvidos em empreendimentos migratórios. De acordo com Mounkaïla (2002), a migração sazonal é sempre um movimento populacional centrífugo que, mais cedo ou mais tarde, acaba por conduzir inevitavelmente ao êxodo definitivo. Além do mais, esta migração de forma dispersa, à semelhança de outros fenómenos migratórios potencia a exposição a DST (Mounkaïla, 1999), a gravidezes indesejadas (Xu, Mberu, Goldberg, & Luke, 2013), ao abandono ou divórcio (Agadjanian & Hayford, 2017), assim como, uma elevada iliteracia entre as crianças (Tamanja, 2016).

O processo de instalação urbano, mesmo que temporário, tende a contribuir para a multiplicação de forma desordenada de bairros degradados a um ritmo muito superior às infraestruturas existentes (Charlick, 1991; Motcho, 2007), sem água canalizada nem saneamento básico. Estas condições de insalubridade são propícias ao aparecimento de determinadas patologias como a cólera, a malária ou a febre tifoide.

### **4.3 A migração feminina nigerina**

A migração feminina nigerina não pode ser apenas compreendida à luz das conjunturas atuais nigerinas mas tendo em conta a forma como as forças históricas modelaram a natureza e composição destes fluxos migratórios.

No continente africano, a migração feminina remonta ao período pré colonial. Nessa época, estas movimentações espaciais estavam associadas a estratégias matrimoniais patrilocais e virilocais (Meillassoux, 1992) que implicavam uma mudança de residência por parte da mulher. Porém, as distâncias percorridas na maioria das vezes eram tão inexpressivas que acabaram por não ser percecionados enquanto empreendimentos migratórios. Com a ocupação efetiva do continente pelas potências europeias, as políticas de enquadramento populacional restringiram enormemente a mobilidade

espacial por iniciativa das próprias populações locais, principalmente das mulheres. A sua fixação nas aldeias era fundamental para assegurar a reprodução física e social da mão-de-obra necessária ao funcionamento da economia capitalista colonial. Após, a Segunda Guerra Mundial, os movimentos migratórios envolvendo mulheres ter-se-ão voltado a intensificar em consequência do processo de urbanização que assolou as principais cidades africanas. Nessa altura, as mulheres viajavam sobretudo na companhia os seus maridos ou de outros familiares com o objetivo de se instalarem em meio urbano (Balandier, 1985; Boakye-Yiadom & McKay, 2006; Rodet, 2009). Se bem que alguns trabalhos tenham igualmente feito referência ao facto de algumas mulheres nessa época migrarem de forma desacompanhada. Marie Rodet (2008, 2009) estudou, no seio das sociedades escravagistas, o êxodo rural de cativas que as administrações coloniais libertaram com a abolição da escravatura. De igual modo, esta autora investigou, as mulheres que tinham abandonado os seus casamentos na aldeia para residirem na cidade (Rodet, 2007). Deyssi Rodriguez-Torres (1992) analisou as divorciadas, viúvas e mães solteiras que residiam nos bairros urbanos degradados, na companhia dos seus filhos (Rodriguez-Torres, 1992). Contudo, estes trabalhos diziam respeito a mulheres socialmente marginalizadas (Baker & Aina, 1995), cuja importância para o estudo das migrações foi durante muito tempo negligenciada no seio das ciências sociais, permitindo desta maneira que uma construção ideológica masculinizada dos fenómenos migratórios prevalecesse (Vause & Camille, 2015).

Somente mais tarde, sobretudo após a supramencionada crise económica que se alastrou ao continente africano nos princípios dos anos 1980, é que começou a aparecer uma produção científica focalizados especificamente na migração feminina, dissociando-a da ideia de que era um mero apêndice dos projetos migratórios masculinos (Antoine & Oumar, 2000; Awumbila, 2007; Awumbila & Ardayfi-Schandorf, 2008; Diop, 1989; Findley, 1989; Jeune, Piché, & Poirier, 2004; Molyneux, Mung'ala-Odera, Harpham, & Snow, 2002; Odotei, 1992; Yeboah, 2008). Os abundantes trabalhos académicos que, entretanto, se produziram sobre esta temática facilitaram a construção da migração feminina como um fenómeno recente, argumentando muitas vezes que a feminização dos fluxos migratórios (Stark, 1991), pelo menos em África, eram uma consequência da disseminação da cartilha liberal à escala global e da progressiva monetarização das economias locais. Quando na realidade tratava-se apenas de uma mudança de perspectiva relativamente a um

fenómeno que sempre existira (Vause & Camille, 2015) por causa da alteração que sofreram os empreendimentos migratórios, em termos de composição, em consequência da crise económica.

A grande maioria das mulheres que passaram a compor estes fluxos migratórios não tinham quaisquer competências profissionais específicas, eram relativamente jovens (Gugler & Ludwar-Ene, 1995), viajavam sem qualquer vigilância masculina e independentemente das redes sociais de apoio que possuíam no local de destino escolhido (Anarfi et al., 2006; Whitehead, Hashim, & Iversen, 2005). Aderanti Adepoju (2002) designou este fenómeno de Migração Autónoma Feminina (MAF). Os movimentos migratórios podiam ter como destino outros continentes, outros países africanos (Adepoju, 2006; Zlotnick *apud* Bove, 2009) ou, até mesmo, outras regiões rurais ou urbanas dentro do próprio país. Em termos de mercado de trabalho, às migrantes autónomas femininas encontrava-se reservado o sector informal, o doméstico e o comércio do sexo (Carmona Benito, 2000; Ketema, 2014).

As migrações feminina podiam tanto corresponder a estratégias coletivas como individuais. Algumas mulheres migravam com o propósito de prover a família com alguma regular liquidez. Outras tinham em vista benefícios de natureza pessoal (Fleury, 2016). Mas, na maioria das vezes, os projetos conjugavam ambas as tendências. Os empreendimentos migratórios envolviam sobretudo mulheres celibatárias e raramente tinham um carácter definitivo, circunscrevendo-se apenas a algum período das suas vidas (Antoine & Oumar, 2000; Awumbila, 2007; Awumbila & Ardayfio-Schandorf, 2008; Diop, 1989; Sudarkasa, 1977).

No que concerne a República do Níger, não existem muitos dados referentes à migração autónoma feminina (Issaka Maga, 2011; Maiga, 2011; Tabapssi, 2011). A maioria da informação existente diz respeito às mulheres oriundas dos países vizinhos que migram para este país para trabalharem como empregadas domésticas nas casas dos expatriados. Esta procura em específico de empregadas togolesas ou beninesas deve-se ao facto de falarem fluentemente francês e terem hábitos culturais mais próximos dos europeus.

As primeiras descrições conhecidas sobre a migração de mulheres nigerinas de forma autónoma remontam aos anos 1950 e referem-se às mulheres viúvas e divorciadas, particularmente vulneráveis do ponto de vista socioeconómico, que seguiam os trilhos migratórios dos jovens nigerinos até ao Gana (Rouch, 1956). Esta ideia foi reforçada

por Mounkaïla (1999), para quem a migração feminina de forma desacompanhada dizia sobretudo respeito às mulheres que eram chefes de família por viuvez, divórcio ou porque os seus maridos se encontravam fisicamente incapacitados. A presença de mulheres que viviam sozinhas em meio urbano, graças ao negócio da prostituição foi igualmente assinalado por Robert Charlick (1991). A migração autónoma feminina atingiu precocemente alguns grupos nómadas nigerinos. Esta prática encontrava-se particularmente difundida, pelo menos desde os princípios dos anos 1960, entre as mulheres fulas casadas de origem wodaabe, residentes na zona de Dakoro e Abalak, no sul do país (SAVE THE CHILDREN, 2009). Estas migrantes rumavam aos países vizinhos, por determinadas temporadas, com o propósito de vender as suas plantas medicinais e demais farmacopeicos que gozavam de grande reputação na região da África ocidental. Por causa dos seus empreendimentos migratórios, os seus filhos lactentes eram muitas vezes desmamados precocemente (Boesen, 2010). Os empreendimentos migratórios independentes encontravam-se circunscritos a uma minoria, socialmente marginalizada, à qual também pertenciam as migrantes wodaabe por não professarem a religião muçulmana. Segundo Timothée Tabapssi (2011), a migração autónoma feminina também envolve desde os anos 1960 projetos migratórios que são impulsionados para a aquisição de competências profissionais, porém este autor não chega a fazer a transposição para a sociedade nigerina. De facto, um número inexpressivo de mulheres nigerinas desloca-se igualmente por razões académicas<sup>64</sup> ou profissionais, inclusive para o estrangeiro (Issaka Maga, 2011).

A crise alimentar de 1984 e a concomitante intervenção do FMI na economia local transformou o volume e composição destes empreendimentos migratórios que passaram a envolver um número crescente de mulheres celibatárias (Oumarou, 2015), casadas (Mamoudou, 2010), e mais recentemente, algumas mulheres mais velhas que se encontravam já no período do climatério (Gilliard, 2005). De acordo com o trabalho realizado por Adama Mamoudou (2010) sobre as migrantes oriundas de Simiri, no departamento de Ouallam, as mulheres casadas que rumavam a Niamey durante a estação seca deixavam os seus filhos ao cuidado da família do marido. Nalgumas situações traziam consigo as crianças ainda lactentes, mas sempre que possível,

---

<sup>64</sup> Os fluxos migratórios desta natureza continuam a ser muito pouco expressivos. Por exemplo, os últimos dados censitários (2012) mostram que apenas aproximadamente um quarto das jovens estudantes residentes nas principais aglomerações urbanas nigerinas não eram nativas das cidades (Ousmane Ida, 2015).

procediam à ablactação para que criança ficasse igualmente entregue à família (Mamoudou, 2010).

Os fluxos migratórios femininos passaram essencialmente a ser compostos por uma mão-de-obra rural pouco qualificada dirigida preferencialmente à capital. Ainda assim, ocorrências semelhantes foram também reportadas em relação a outras cidades do país (Alidou, 2005). Ao que tudo indica, as mulheres nigerinas pareciam escolher como lugares de destino polos urbanos relativamente próximos, onde se falava predominantemente na sua língua materna, realizando movimentos migratórios temporários e circulares entre a sua aldeia e a cidade. A tradição das mulheres migrarem para Niamey remonta à seca saheliana de 1968-1974. Nessa altura, as mulheres viajavam na companhia dos seus maridos, pais e/ou restante família à procura de comida na cidade (Mounkaïla, 1999). Este padrão migratório continua a persistir, mesmo que tenha sido entretanto suplantado pela migração autónoma feminina.

A alteração da natureza da migração autónoma feminina anulou o seu carácter marginal, tornando-a um elemento central e incontornável da sociedade nigerina. Apesar disso, alguns autores continuaram a fazer tábua rasa deste fenómeno ou, então, a tratá-lo como se dissesse respeito a dinâmicas sociais marginais (Adamou, 2005; Boube, 2007; Hamadou, 2011; Mounkaïla, 2002) Ainda assim, o número de trabalhos dedicados ao estudo da migração autónoma feminina nigerina tem vindo gradualmente a aumentar (Hamadou, 2011; Hassane, 2011; Mamoudou, 2010; Nabara, 2017; Oumarou, 2015; Touomi, 2005).

A expansão da migração autónoma feminina aconteceu paradoxalmente, em simultâneo e em paralelo, às reformas religiosas supramencionadas, as quais, entre outras coisas, instrumentalizaram em termos discursivos o corpo da mulher, transformando-o no símbolo máximo de um regresso a uma suposta «autenticidade» islâmica. Neste contexto generalizou-se uma ideia de recato feminino através de uma construção metafórica da reclusão da mulher, que na prática significava que a sua mobilidade espacial se encontrava totalmente subordinada à autoridade do marido (Cooper, 1997; Masquelier, 2009). De facto, este fenómeno carecia de aprovação por parte de diversos quadrantes da sociedade nigerina. A condenação destas práticas na praça pública não o impediu de se continuar a desenvolver. A forma como reflete a falência da produção agrícola em algumas regiões rurais do país mostrava que está longe de ser um acontecimento social transitório ou passageiro. Mesmo que nem todas

as mulheres migrantes deixem as suas aldeias por questões relacionadas com a insegurança alimentar.

Patrick Gilliard (2005) mostrou que algumas mulheres migravam com o objetivo de fazerem o seu enxoval ou de adquirirem alguns objetos de prestígio como tecidos ou utensílios de cozinha. Num contexto de pauperização crescente das comunidades rurais é importante assinalar esta heterogeneidade. No seio de agregados familiares menos vulneráveis, as mulheres podem recorrer à migração sazonal autónoma para acumularem um conjunto de artigos, aos quais dificilmente acederiam se permanecessem o ano todo na aldeia.

## 5 A saúde pública nigerina: políticas globais, soluções locais

A história da saúde pública na República do Níger pode ser dividida em três fases distintas. A primeira que diz respeito à concentração de infraestruturas em meio urbano, e que se estendeu entre a década de 1920 e 1970. A segunda que se refere à expansão rede sanitária em meio rural, iniciada sob o regime de Kountché. E a terceira, à implementação da Iniciativa de Bamaco e às políticas de isenção que entretanto se acavaram sobre esta iniciativa.

A saúde pública chegou à colónia do Níger pelas mãos dos franceses. À falta de empreendimentos coloniais, como as economias de plantação ou a extração mineira, não houve necessidade de regular biomedicamente o corpo dos nativos. Com efeito, as primeiras campanhas de vacinação neste território visaram a inoculação do gado, em consequência de doenças como a peste bovina ou o carbúnculo (Thebaud, 1988). Esta preferência por vacinar o capital ganadeiro em detrimento das pessoas mostra a importância económica de uns e outros tinham para o governo de Paris.

Até 1922, quando a capital administrativa transitou de Zinder para Niamey, os serviços de saúde na colónia eram praticamente inexistentes (Fuglestad, 1983). Somente nesse ano é que foi criado o Hospital dos Auxiliares da Administração Colonial que, mais tarde, daria origem ao Hospital Nacional de Niamey (HNN), a infra-estrutura hospitalar mais importante do país até à construção do Hospital de Referência de Niamey. Em 1929, foi fundada a maternidade central de Niamey, rebatizada, em 1997, de Maternidade Issaka Gazobi de Niamey em homenagem ao primeiro médico obstetra nigerino (Moumouni & Souley, 2004). Em razão do número inexpressivo de colonos residentes no território (Fuglestad, 1983), como o próprio nome indica no caso da unidade hospitalar, presume-se que estas unidades de saúde tenham sido construídas para dar assistência aos funcionários subalternos vindos de outras colónias francesas<sup>65</sup>. O seu funcionamento era principalmente assegurado por pessoal técnico formado na Escola de Medicina da África Ocidental Francesa (EMAOF), também conhecida como «Escola Jules Carde». Este instituto assegurava tanto a formação de médicos indígenas auxiliares - que assistiam os médicos coloniais e que asseguravam o funcionamento dos hospitais indígenas - como de *sages-femmes*. Ao que tudo indica, não havia matronas afetas à maternidade central, ao contrário do que acontecia noutras colónias

---

<sup>65</sup> A falta de quadros técnicos subalternos indígenas levou a que funcionários oriundos de outras colónias fossem transferidos para a colónia do Níger (Djibo, 2003).

(Barthélémy, 2005). Os serviços de saúde prestados nestas unidades eram gratuitos e mantiveram-se assim até 1962 (Charlick, 1991).

A maioria da população nativa nigerina não estava contemplada nestes serviços, e por isso mesmo, continuaram a recorrer em matéria de cuidados de saúde aos diversos curandeiros anteriormente existentes, designadamente sacerdotes que dirigiam os rituais de possessão espiritual [*zimma* e *boka*], marabutos, barbeiros-excisadores ou herboristas. Ainda que ironicamente, muitos terapeutas tradicionais fossem perseguidos pelas autoridades coloniais e pelas missões religiosas (Gréma, 2014). Em termos de saúde da mulher, a função social diferenciada de parteira não existia em nenhuma comunidade nigerina. As múltiparas da própria família ou da aldeia davam normalmente assistência às parturientes durante e após o trabalho de parto. Durante o nascimento, as suas funções em algumas comunidades resumiam-se ao corte do cordão umbilical e ao enterro da placenta (Olivier de Sardan et al., 1999). No seio das comunidades tuaregues existia um grupo de terapeutas femininas denominadas de *tinesmegelen*, que tinham vastos conhecimentos no domínio da saúde reprodutiva e que eram chamadas em caso de complicações durante o trabalho de parto (Rasmussen, 2000).

Ao abrigo do FIDES, a rede sanitária nigerina cresceu mas manteve-se circunscrita à esfera urbana. A grande maioria da população local continuou a gerir o seu bem-estar à margem dos serviços biomédicos disponíveis, que aliás eram muitas vezes encarados com alguma suspeição (Olivier de Sardan, 1995). Esta tendência manter-se-ia até à formulação dos cuidados de saúde primários.

As primeiras intervenções no âmbito da descentralização dos serviços de saúde públicos aconteceram ainda em 1966. Um projeto pioneiro, financiado pela UNICEF, foi implementado na região de Maradi. Esta iniciativa visava a formação de ASC, nomeadamente de socorristas e de PDT através de cursos de formação que duravam dez e quinze dias respetivamente. Estes agentes de saúde comunitária eram escolhidos pelos próprios habitantes das aldeias e prestavam um tipo de cuidados de saúde que pode ser denominado de *slow care*. Como residiam na mesma localidade, deslocavam-se às habitações dos utentes para a prestação de cuidados de saúde. Para além do mais, tinham tempo e disponibilidade para enquadrar socialmente as necessidades dos seus pacientes. Estes ASC tratavam doenças como a malária ou a diarreia, feridas superficiais e algumas doenças de pele e oculares. Porém, para os decisores políticos, seu papel preponderante estava relacionado com o desenvolvimento da biomedicina



preventiva: educação para a saúde e nutrição, com especial ênfase para a prática da ablactação; melhoria dos padrões de higiene; e evacuação para unidades sanitárias de referência. Os registos estatísticos, sobretudo dos nascimentos, também se encontravam entre as suas funções. Como trabalhavam segundo um regime de voluntariado, as próprias populações locais é que asseguravam a sua alimentação, presenteando-os frequentemente (Djukanovic & Mach, 1975). A partir de então, os cursos de formação de PDT, denominadas localmente de matronas, tornaram-se uma prática recorrente.

A expansão da rede sanitária durante a governação de Kountché foi acompanhada com uma formação de quadros especializados no quadro da saúde, de forma a diminuir a dependência da cooperação técnica nessa área. A primeira Escola de Ciências da Saúde foi fundada em 1974, mudando de nome para Faculdade das Ciências da Saúde em 1984. Esta instituição universitária forma presentemente médicos generalistas e em quatro especialidades distintas [cirurgia, ginecologia-obstetrícia, pediatria e medicina interna]; enfermeiros diplomados e paramédicos<sup>66</sup>. A Escola Nacional de Saúde Pública entrou em funcionamento em 1965 com o nome de Escola Nacional de Enfermeiros, formando dois géneros de enfermeiros distintos: diplomados, com dois anos de formação, e de base, com apenas um ano de formação. Em 1970, a formação de enfermeiro diplomado passou para três anos e o curso de *sages-femmes* começou também a ser lecionado nesta instituição. A partir de 1975, a formação de enfermeiros de base e de assistentes de enfermagem transitou para a cidade de Zinder. O curso de técnico laboratorial começou a ser lecionado em 1979<sup>67</sup>.

Até ao abalo económico provocado pela quebra dos preços do urânio nos mercados internacionais, o poder político preocupou-se em prestar cuidados de saúde biomédicos de proximidade com qualidade, em consonância com a Declaração de Alma Ata ratificada por este país. Durante este período, a saúde pública deixara de ser vista como um privilégio urbano (Raynaut, 1987), se bem que a rede sanitária continuasse a ser bastante deficitária.

Com a eclosão da crise económica, os disfuncionamentos que emergiram nos serviços de saúde públicos começaram a colocar em causa os custos e a qualidade dos serviços prestados. O orçamento de estado dedicado ao sector da saúde não chegava para pagar a massa salarial. O armazenamento de consumíveis e a manutenção dos

---

<sup>66</sup> (“Faculté de science de la santé,” n.d.).

<sup>67</sup> (“L’Ecole National de Santé Publique,” n.d.).

equipamentos passou a ser inexistente. Um conjunto de cuidados de saúde que se tinham tornado gratuitos a partir de meados dos anos 1970, passaram a ser cobrados a título pessoal pelos agentes de saúde e a procura por medicamentos contrafeitos nos circuitos informais disparou a partir dos princípios dos anos 1980 (Moussa, 2000). A desvalorização do FCFA ainda acelerou mais este processo, ao tornar inacessíveis, à grande maioria dos nigerinos, os medicamentos bioquímicos importados. A incapacidade do Estado em aplicar a lei existente em termos de importação e comercialização de produtos farmacêuticos (Karki *apud* Mounkaila, 1999) também contribuiu para a saturação do mercado informal com estes produtos farmacêuticos. Estes medicamentos encontravam-se, muitas vezes, mal acondicionados e fora de prazo de validade. Muitos dos vendedores eram iletrados, e por causa disso, prestavam às vezes informações posológicas erradas que podiam comprometer a saúde dos seus clientes (Moussa, 2000). De resto, estes vendedores, para além de poderem comercializar em simultâneo outras mercadorias como cigarros e cosméticos, reclamavam-se muitas vezes igualmente especialistas em plantas medicinais e/ou em MTC. Estas práticas comerciais e terapêuticas exemplificam bem quão indefinidas podem ser as fronteiras conceptuais que separavam a biomedicina das demais opções terapêuticas.

Apesar de todos os constrangimentos vividos quotidianamente no interior das formações sanitárias, a República do Níger não deixou de sancionar todas as iniciativas propostas pelos organismos internacionais com vista à prestação de cuidado de saúde numa abordagem integrativa. Em 1985, na Conferência da OMS realizada em Lusaca foram traçados os fundamentos para a descentralização dos sistemas de saúde africanos (Perrot, 2005), de forma a facilitar e consolidar o acesso aos cuidados de saúde primários pelas populações. Do ponto de vista organizacional previa-se a divisão dos sistemas públicos de saúde em três níveis distintos: central, intermediário e periférico. Esta desmultiplicação dos sistemas de saúde era uma questão crucial, uma vez que a prestação de cuidados de saúde primários deveria principalmente acontecer no nível periférico, ou seja, ao nível das formações sanitárias de base espalhadas pelo país. Mais tarde, em 1987, realizou-se uma nova assembleia da OMS em Harare, na qual se clarificou alguns aspetos referentes à desconcentração dos sistemas públicos de saúde. A Declaração sobre o Reforço dos Distritos Sanitários com Base nos Cuidados de Saúde Primários que saiu desta conferência lançou as bases do DS, definindo-o como:

*«...more or less self-contained segment of the national health system which comprise a well-defined population living within a clearly defined administrative and geographical area, either rural or urban, and all institutions and sectors whose activities contribute to improved health.»* (OMS, 1987, p. 26).

A mencionada reforma precedeu a Iniciativa de Bamaco, formulada um mês tarde, e que assentava precisamente no autofinanciamento do funcionamento dos DS através dos MG. Uns meses antes, na Conferência de Nairobi tinham sido lançadas as bases da IMSR. A assembleia seguinte foi realizada na capital nigerina com a designação de Conferência Regional sobre a Maternidade sem Risco para a África Francófona Subsariana. A sua realização esteve relacionada com o facto de muitos países africanos francófonos não terem atendido o primeiro convénio no Quénia. Deste convénio saiu o «Apelo de Niamey» que, alinhado com o espírito da Iniciativa de Bamaco, exortava à reorientação dos recursos disponíveis e ao engajamento decisivo e determinado dos vários intervenientes, na prossecução e alcance dos objetivos defendidos (Ouédraogo, 1989).

As convulsões políticas e económicas associadas à transição democrática na República do Níger acabariam por atrasar a implementação desta nova estratégia de financiamento dos serviços de saúde públicos. A Iniciativa de Bamaco seria apenas introduzida durante o regime de Ibrahim Baré Maïnassara. Poucos meses após a sua chegada ao poder foi publicado um decreto<sup>68</sup> que regulamentava a criação, organização e atribuições do DS (MSP/LCE, 2002). Esta demora esteve fundamentalmente associada ao facto dos fundos canalizados pela ajuda externa para a sua implementação terem sido suspensos em 1993 (Kanji, 1989) devido à instabilidade política no país. Um projeto-piloto fora implementado em 1989, ainda durante o governo de Ali Saïbou. As primeiras experiências foram realizadas nos departamentos de Say, Boboye (Wouters, 1995) e Illéla entre 1993 e 1994 (Diop, Yazbeck, & Bitran, 1995). Contudo, por causa da instabilidade política causada pela coabitação foi necessário esperar até 1997 para esta reforma se estendesse a todo o país. A modalidade de cobranças aos utentes nigerinos baseava-se no pagamento de uma taxa fixa conforme a categoria do episódio clínico (MDM, 2008). Este pagamento dava direito à consulta e a todos os consumíveis necessários ao tratamento. No quadro da Iniciativa de Bamaco, as CPN e os partos

---

<sup>68</sup> Decreto n° 0069/MSP/SG de 3 de Junho de 1996.

assistidos clinicamente nas unidades de saúde de base passaram a ser cobrados ao preço tabelado de mil FCFA cada.

Apesar das preocupações da comunidade internacional com o ritmo de crescimento muito acelerado da população nigerina, os métodos contraceptivos continuaram a ser vendidos e não distribuídos gratuitamente como seria expectável. A formação de matronas, no contexto da IMSR, continuou a ser patrocinada pela UNICEF<sup>69</sup>.

Por altura da generalização da Iniciativa de Bamaco a todo o território nigerino, já tinham sido publicados alguns estudos sobre os efeitos nefastos da introdução de um princípio utilizador-pagador nos serviços de saúde, sobretudo entre os grupos mais carenciados (Andrew Cassels, Lucy Gilson *apud* Kanji, 1989). No caso da República do Níger, este autofinanciamento através dos MG representava apenas cerca de cinco por cento dos gastos totais no sector da saúde (Olivier de Sardan & Ridde, 2012). A UNICEF também tinha em sua posse os primeiros relatórios de avaliação sobre a sua implementação em oito países. Os resultados não eram muito animadores: atrasos no pagamento dos salários; fraca promoção da biomedicina preventiva; exclusão dos agregados mais pobres; abastecimentos irregulares em MG; e fraca participação comunitária (Beigbeder, 2001). A Iniciativa de Bamaco previa um sistema de isenção para os indivíduos e famílias mais desfavorecidas, mas estas medidas nunca chegariam a sair do papel (Olivier de Sardan & Ridde, 2012). Ao contrário do que os decisores políticos tinham imaginado, a Iniciativa de Bamaco não aproximou as populações dos centros de saúde. As estatísticas mostram que, apesar da população se encontrar em clara expansão, o número de utentes que utilizavam as formações sanitárias era percentualmente muito baixo. Mesmo onde existiam formações sanitárias nas proximidades, muitos agregados optavam por gerir questões relacionadas com o seu bem-estar à margem dos sistemas de saúde públicos e da esfera da biomedicina formal. Em Niamey, a deserção dos serviços de saúde públicos atingiu uma tal magnitude que uma das formações sanitárias passou caricaturalmente a ser conhecida como o Centro de Saúde Integrado (CSI) «dos três doentes» (Diarra, 2012).

Em contrapartida, os serviços de saúde privados formais desenvolveram-se bastante durante este período que coincidiu com a liberalização da economia nigerina, principalmente em meio urbano. O florescimento destes estabelecimentos acabou por

---

<sup>69</sup> A formação de algumas matronas aconteceu de forma mais empírica e informal. As suas competências obstétricas eram adquiridas através do seu estatuto de voluntárias no interior das maternidades e centros de saúde.

agravar a inoperacionalidade do sistema público de saúde, sangrando-o de meios técnicos e humanos. Muitos profissionais de saúde acabaram por transitar para o sector privado por ser mais bem remunerado e com eles levaram muitos aparelhos de despistagens existentes nas unidades de saúde públicas para apetrechar essas formações sanitárias privadas (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003a). Unidades biomédica privadas geridas por organizações religiosas muçulmanas, como o dispensário islâmico existente no bairro Boukoki (Moussa, 2003) ou a Clínica do Irão que praticavam preços mais acessíveis também emergiram no panorama nacional. Segundo Olivier de Sardan e Ridde (2012), unidades de saúde exteriores ao sistema público de saúde nigerino de carácter caritativo, religioso ou associativo sempre prestaram cuidados de saúde gratuitos ou a preços muito reduzidos à população nigerina. O crescimento do sector biomédico privado acabou por se realizar sem qualquer coordenação com o Ministério da Saúde. Consequentemente, passou a haver em meio urbano, sobretudo na capital, uma redundância de serviços disponíveis, ao passo que em meio rural continuou a reinar a escassez.

Ao contrário do que tinham vaticinado os defensores da Iniciativa de Bamaco, o mercado de fármacos biomédicos contrafeitos não se retraiu. Muito pelo contrário, um aumento de procura contribuiu, em vez disso, para a sua expansão. Estes medicamentos tornar-se-iam doravante o veículo de excelência de contacto dos grupos mais desfavorecidos com a biomedicina (Moussa, 2000; Pouillot et al., 2007).

No âmbito da IB, foram assinalados vários problemas relativamente ao funcionamento das unidades de saúde. Em termos logísticos destacam-se os problemas de salubridade (Moussa, 2012), tempos de espera demasiado elevados pelas consultas; e problemas de comunicação por causa da falta de familiaridade com o universo hospitalar e de domínio língua ou linguagem técnica falada nestes espaços (Hahonou, 2001). Dentre as falhas deontológicas mais importantes evidenciam-se o mau atendimento, que pode ser declinado em faltas de respeito pela intimidade das utentes (Moussa, 2012); extorsões e cobranças indevidas referentes à venda privada de consumíveis pertencentes à unidade de saúde (Moumouni & Souley, 2004); abuso de poder e nalguns casos mesmo violência física ou verbal; a discriminação positiva dos parentes, amigos e conhecido versus a indiferença perante o utente anónimo (Hahonou, 2001); apropriação indevida de material clínico, e privatização a título pessoal dos serviços de saúde públicos para a realização de procedimentos clínicos ilegais mas

muito lucrativos como as IVG (Souley, 2003). Todas estas anomalias acabariam por contribuir para uma progressiva informalização dos cuidados biomédicos prestados principalmente devido à frequente subdelegação de funções clínicas em subordinados sem qualificações biomédicas para o efeito (Hahonou, 2001; Moussa, 2003).

A oferta terapêutica no domínio da denominada medicina tradicional também aumentou sob a Iniciativa de Bamaco. Uma pluralidade de opções médicas apareceu no mercado da saúde emergente, inclusive na esfera da MTC (Morgado, 2012). Essa diversidade de oferta terapêutica refletia, em larga medida, o contexto socioeconómico que dominava o país desde os finais dos anos 1980 e que se caracteriza por uma urgência permanente de liquidez financeira. Basicamente, a principal prioridade de muitos terapeutas era lucrarem com a prestação de cuidados de saúde que ofereciam, independentemente da sua eficácia. No passado, eram poucos os curandeiros que se vangloriavam na praça pública acerca das suas competências terapêuticas. Contudo, com o agravamento das condições socioeconómicas do país, muitos terapeutas optaram por apostar numa maior visibilidade social, publicitando os seus serviços nos meios de comunicação social ao seu alcance, desde a rádio à televisão, aos jornais, à distribuição de volantes e aos placards publicitários. Alguns inclusive transferiram o exercício da sua profissão para consultórios privados, intitulado-se inclusivamente de «doutores» e oferecendo uma melhor conservação e apresentação dos produtos que comercializam (Gréma, 2014).

O Estado nigerino começou a manifestar interesse pela dita medicina tradicional a partir de 1991, altura em que foi criada «...*au sein du Ministère de la Santé Publique, [...] une Direction de la Pharmacie et des Laboratoires comportant une division chargée de la médecine traditionnelle*» (Gréma, 2014, p. 17). Quatro anos mais tarde surgiu no panorama nacional a primeira Associação de Curandeiros Tradicionais do Níger (ATPN), fundada por diversos atores que intervinham no domínio da farmacopeia tradicional. Os membros da ATPN encontravam-se divididos em três categorias distintas: espiritualistas, não-espiritualistas e mistos [simultaneamente espiritualistas e não-espiritualistas]. Dentre os espiritualistas destacavam-se os feiticeiros [que agiam para prejudicar os seus semelhantes, provocando doenças incuráveis], anti feiticeiros e os adivinhos. Os curandeiros não-espiritualistas eram fundamentalmente os fisioterapeutas [que tratam fundamentalmente à base de plantas], as parteiras locais, os herboristas [conhecedores das plantas que vendiam], boticários [que utilizavam

substâncias medicinais de origem animal, vegetal e mineral para fazerem medicamentos que vendiam aos pacientes], endireitas [tratavam empiricamente maleitas como luxações, fraturas ou entorses] ou barbeiros tradicionais [que realizam circuncisões, cicatrizes faciais ou sangrias]. No que concerne os terapeutas mistos eram fundamentalmente os marabutos [sacerdotes muçulmanos que utiliza versículos corânicos e por vezes plantas com objetivos terapêuticos ou para proteger do mau olhado] e os feiticeiros [que utilizavam o poder da magia e a propriedade das plantas para fazer bem ou mal<sup>70</sup>] (Gréma, 2014).

Na sequência da fundação da ATPN, outras organizações se seguiram como a Associação Fármaco-Saúde Amin, a Associação Nigerina para a Inovação da Farmácia Tradicional (ANIPT), a Cooperativa de Fitoterapia Banituri ou a Ervanária «Plantas da esperança<sup>71</sup>», também conhecida como Maganin Galgagiya<sup>72</sup>. As associações de terapeutas ditos tradicionais encontram-se presentemente organizadas numa plataforma denominada de Coletivo de Organizações da Medicina Tradicional (COMEDT).

Apenas em 1997, sob a liderança de Ibrahim Baré Maïnassara é que a medicina e farmacopeia ditas tradicionais foram finalmente alvo de enquadramento legal:

*«... la médecine et la pharmacopée traditionnelles comme étant l'ensemble de toutes les connaissances, techniques de préparation et utilisation de substances, mesures et pratiques en usage, explicables ou non à l'état actuel de la science, qui sont basées sur les fondements socio-culturels et religieux des collectivités nigériennes, et qui servent à prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social ou spirituel.»* (excerto do Despacho nº 97-002 de 10 Janeiro de 1997).

As categorias profissionais abrangidas por esta definição eram os denominados curandeiros tradicionais, as parteiras locais, os herboristas e os boticários. Apesar do despacho apresentar uma grelha classificatória muito mais generalista do que aquela elaborada pela ATPN, o seu intuito era precisamente o mesmo: enquadrar formalmente o exercício da chamada medicina tradicional, discriminando positivamente as categorias profissionais aptas para fazê-lo. Ao nível destas organizações da sociedade civil existiam frequentemente quezílias entre os membros relativamente aos critérios de admissibilidade. As dinâmicas clientelistas que trespassavam e que caracterizavam o funcionamento de muitas ONG locais (Olivier de Sardan, 1995), encontravam-se

---

<sup>70</sup> Os *zimma* e *boka* enquadram-se tanto na conceção de fetichistas, como de adivinhos ou de anti-feiticeiros.

<sup>71</sup> No original, *herboristerie* «Plantes de L'Espoir».

<sup>72</sup> Que significa textualmente em haussa «medicina ou remédio tradicional».

particularmente presentes no seio destas associações e, muitas vezes, eram preponderantes na admissão de novos elementos. A partir da publicação desta resolução, supostamente qualquer terapeuta que enveredasse pela medicina ou farmacopeia dita tradicional necessitava de formalizar esse pedido junto do Ministério da Saúde Pública e da Luta Contra as Endemias (MSP/LCE). Contudo, o decreto-lei que estipulava as modalidades de acesso a esta categoria profissional somente seria publicado dois anos depois. Ainda nos dias de hoje, estas associações de curandeiros continuam à espera de ver legislado o exercício desta profissão como parte integrante do sistema público de saúde. Reiterando aquilo que foi anteriormente dito, a principal preocupação das autoridades nigerinas, em conformidade com as diretivas da OMS, era tão-somente combater o charlatanismo<sup>73</sup>, «separando o trigo do joio», ou seja, distinguindo os terapeutas formalmente aptos para o exercício da chamada medicina tradicional dos restantes trapaceiros relegados para o campo da informalidade, designado pejorativamente de curandeiros pseudotradicionais (Gréma, 2014).

A necessidade de diferenciação da oferta médica disponível no domínio da chamada medicina tradicional encontrava-se bem patente a nível universitário. No departamento de biologia da Faculdade de Ciências e Técnicas da Universidade Abdou Moumouni em Niamey, uma equipa de investigadores dedicava-se ao isolamento dos princípios ativos utilizados pela farmacopeia local e ao estabelecimento de intervalos de segurança, de forma a prevenir eventuais intoxicações, em função da classe etária do paciente, nomeadamente distinguindo as doses ideais para adultos e crianças.

A aproximação da população nigerina ao sistema público de saúde aconteceu durante o regime de Mamadou Tandja. Após os tumultos sociais e políticos que assolaram o país durante a última década de 1990, com a eleição deste presidente, a calma regressou ao país. Assim que conseguiu restabelecer o diálogo com os parceiros financeiros internacionais, procedeu ao alargamento da rede sanitária nacional (Olivier de Sardan & Ridde, 2011) com as supramencionadas linhas de crédito disponibilizadas pelo BM. Em consequência disso, CSI e Postos de Saúde (CS) foram construídos por todo o interior do país e Hospitais de Distrito Sanitário (HD) foram edificados ou reabilitados<sup>74</sup>. Porém, a multiplicação de unidades de saúde não foi sinónimo de uma automática aproximação das populações rurais aos serviços de saúde providos pelo

---

<sup>73</sup> Em 2012, no âmbito do combate a charlatanice determinadas práticas terapêuticas, as autoridades políticas retiraram da televisão *spots* publicitários alusivos a medicamentos chineses.

<sup>74</sup> Sobre a organização do sistema público de saúde nigerino, ver Figura 8 do ANEXO A.



Estado. Para além dos entraves de ordem financeira que tinha um efeito verdadeiramente repulsor na frequência das estruturas sanitárias, o funcionamento destas novas unidades implicava mobilizar recursos técnicos, materiais e humanos que o país não possuía e que não podiam contractar por causa das limitações orçamentais. A cooperação internacional acabou por canalizar as verbas necessárias ao apetrechamento dos dispensários e a formação de ASC foi intensificada para colmatar esta lacuna em matéria de mão-de-obra qualificada<sup>75</sup>. Se bem que as competências técnicas do ponto de vista da prática da biomedicina fossem discutíveis. Muitos detinham apenas a escolaridade obrigatória e tinham estado sujeito a uma formação biomédica de apenas três meses (Olivier de Sardan & Ridde, 2011). Alguns dos edifícios construídos permaneceram inativos (MSP/LCE, 2011) por falta de condições necessárias ao seu funcionamento.

A carência de quadros técnicos superiores na área da saúde foi sendo parcialmente colmatada com o aparecimento de um conjunto de escolas superiores privadas nas principais cidades nigerinas. Contudo, a incapacidade do Estado nigerino em fiscalizar a qualidade do ensino administrado teve como corolário a formação dos quadros clínicos pouco qualificados do ponto de vista técnico. Tal incapacidade acabou, obviamente, por ter consequências na natureza dos serviços de saúde prestados tanto a nível público como privado. A coletânea publicada por Jaffré e Olivier de Sardan (2003b) põe, entre outras coisas, precisamente em relevo esta falta de competências clínicas de muitos profissionais de saúde nigerinos. A grande vantagem desta fraca formação foi ter evitado a fuga de cérebro na área da saúde (ICMDP, 2015), pois estes quadros dificilmente eram elegíveis para exportação. Outro problema que dificultava o aprovisionamento do mundo rural com mão-de-obra técnica altamente qualificada no mundo rural era o facto de muitos agentes de saúde não aceitarem ser transferidos para o interior do país, dificultando desta forma a afetação de pessoal clínico às regiões mais recônditas (Jaffre & Prual, 1994, 1993).

Políticas sectoriais de gratuidade, visando as metas propostas pelo ODM 4 e ODM 5, começaram a ser implementadas em 2005, na sequência da promulgação de um decreto presidencial que abolia os custos referentes às cesarianas. No ano seguinte passaram a ser distribuídos gratuitamente métodos contraceptivos biomédicos. As políticas de

---

<sup>75</sup> Mais recentemente com a inauguração do Hospital de Referência de Niamey, esta carência foi colmatada com profissionais de saúde chineses e cubanos (Sylla, 2018).

isenção estenderam-se às CPN. No âmbito destas consultas, cujo principal propósito era a despistagem de gravidezes de risco, eram realizados exames de sangue e de imagiologia. A profilaxia anti malária, os suplementos em micronutrientes e demais consumíveis relacionados com a gestação (Ousseïni, 2011b) eram igualmente fornecido as gestantes no quadro da vigilância pré-natal. Ainda nesse ano foi igualmente introduzida a gratuidade dos cuidados de saúde referentes a crianças até à idade de cinco. Um projeto-piloto no domínio das CPN e da saúde infantil tinha sido igualmente levado a cabo pela ONG HELP nos DS de Téra, Keita e Mayaki antes destas reformas políticas serem introduzidas no sistema de saúde público nigerino (Olivier de Sardan & Ridde, 2011; Ousseïni, 2011b) Em 2007, as políticas de isenção foram igualmente alargadas aos tratamentos oncológicos no colo do útero.

Desconhece-se a forma como se processou à introdução da gratuidade nos cuidados de saúde terciários de natureza oncológica. No entanto, relativamente à distribuição de métodos contraceptivos bioquímicos, estes passaram a ser fornecidos gratuitamente às mulheres casadas durante as consultas de planeamento familiar realizadas ao nível dos CSI. Em contrapartida, as mulheres celibatárias nigerinas tinham muitas dificuldades em aceder à contraceção bioquímica (Moussa, 2012). O Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP) é que assegurava o abastecimento nacional destes fármacos (Ousseïni, 2011b) ao nível das unidades de saúde de base.

O governo nigerino protagonizou também algumas medidas no sentido de atingir os objetivos propostos no ODM 6. Em 2006, a OMS recomendou aos países de baixo e médio rendimento que distribuíssem gratuitamente retrovirais de primeira linha de forma a combater a morbidade e mortalidade associada à seropositividade. O objetivo desta política era diminuir o abandono terapêutico precoce, de forma a reduzir o número de pacientes submetidos aos onerosos tratamentos de segunda linha em consequência do desenvolvimento de uma resistência viral aos primeiros medicamentos (Taverne, 2010). O primeiro organismo estatal dedicado à luta contra o flagelo do VIH-SIDA foi o Comité Nacional de Luta Contra a Sida, criado em 1987. Mais tarde, em 2002, o Governo adotou um Quadro Estratégico de Luta Contra as DST e o VIH-SIDA que se pretendia multissetorial e descentralizado (République du Niger, 2008). Em 2005 iniciaram-se as políticas de isenção graças aos fundos canalizados nomeadamente através do BM e do Fundo Global de Luta contra a Malária, Tuberculose e VIH, e ao apoio técnico de ONG como a Solidariedade Terapêutica e Iniciativas para a Saúde

(SOLTHIS). No âmbito desta política, os portadores de VIH, passaram a estar contemplados os medicamentos retrovirais e para tratamento de infeções oportunistas; os reagentes químicos e outros insumos, assim como, a distribuição de preservativos (Olivier de Sardan & Ridde, 2011). A prevenção da transmissão vertical do VIH-SIDA iniciou-se em 2002 dentro do quadro da luta contra esta patologia. Inicialmente este serviço clínico encontrava-se apenas disponível ao nível dos HD (MSP/LCE, 2005). A partir de 2004, o protocolo de PTV do VIH foi descentralizado e passou a estar também disponível gratuitamente ao nível das unidades de saúde de base, no quadro das CPN (Diarra & Moumouni, 2008a; Moha, 2011). Designadamente através da despistagem voluntária para o VIH-SIDA, do aconselhamento e acompanhamento das mulheres sob profilaxia retroviral.

Ao contrário do que se verificou relativamente ao VIH-SIDA, as patentes referentes aos medicamentos para tratamento da malária não foram libertadas, à semelhança do que aconteceu com as doenças tropicais negligenciadas (Rey & Milleliri, 2016). Para combater o custo demasiadamente elevado das moléculas anti maláricas, algumas farmacêuticas têm desenvolvido parcerias com organizações da sociedade civil com o objetivo de colocar medicamentos no mercado a preços mais acessíveis (Boulanger, 2007; Fonteilles-Drabek, Banerji, & Reddy, 2016).

Na República do Níger, o Programa Nacional de Luta contra o Paludismo foi criado em 1985, em resposta às novas diretivas da OMS relativamente ao problema da malária. Por causa da quimiorresistência desenvolvida pelas populações dos países com zonas endémicas desta doença, a profilaxia em massa deixou de figurar entre as medidas de combate a este flagelo. Doravante, as medidas preventivas ficavam circunscritas aos grupos de risco: as gestantes, as crianças de baixa idade e os viajantes oriundos de países não palustres (Poutrain, Adjagbe, Hane, Konan, & Ndoye, 2005). Com a reformulação destas políticas sanitárias passou-se a apostar mais na prevenção, através da distribuição gratuita de redes mosquiteiras impregnadas de inseticidas (Dozon, 2005) do que na componente curativa. O alinhamento institucional do Estado nigerino com as políticas de saúde internacionais de combate ao paludismo não teve qualquer impacto no bem-estar da população. Desde que as unidades de saúde deixaram de funcionar convenientemente, no rescaldo da supramencionada crise económica, que este problema de saúde era preferencialmente resolvido com recurso à chamada medicina tradicional e/ou ao mercado informal (Julvez, 1999; Julvez, Mahamane, Abdulkarim, Abdoulaye,

& Aboubacar, 1995). Com a implementação da Iniciativa de Bamaco, a prevenção e o tratamento anti palúdicos passaram a estar contemplados nos serviços prestados ao nível das formações sanitárias de primeira linha (Paganini, 2004; Uzochukwu, Onwujekwe, & Eriksson, 2004). Porém, como a grande maioria da população não conseguia aceder economicamente a estes serviços, as suspeitas de paludismo<sup>76</sup> continuaram a ser geridas à margem do sistema nacional de saúde.

Em 2000, o país ratificou a Declaração de Abuja e o respetivo plano de ação de combate à malária denominado «Roll Back Malaria» (Chaïbou, 2007; PNLP, 2006; Poutrain et al., 2005). O objetivo deste programa era atenuar os efeitos socioeconómicos nefastos provocados por esta doença estabelecendo um conjunto de metas prioritárias a serem atingidas. No plano preventivo, a distribuição de redes mosquiteiras à população e a profilaxia de grávidas e crianças com menos de cinco anos. No plano curativo, o acesso a tratamentos rápidos, adequados e pouco onerosos para pelo menos sessenta por cento das pessoas afetadas por este flagelo (Chaïbou, 2007; Poutrain et al., 2005) A partir de 2003, o combate contra o paludismo ganhou um novo impulso graças às verbas canalizadas através do Fundo Global, as quais permitiram uma importante mobilização de meios técnicos e financeiros na luta contra esta doença (PNLP, 2006). O Fundo Global através do PNLP (Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo) passou a apetrechar as unidades de saúde com redes mosquiteiras, medicamentos preventivos e curativos contra a malária, os quais passaram a ser dados às grávidas e crianças no quadro das políticas de isenção (Olivier de Sardan & Ridde, 2011).

Em 2008, o Fundo Global lançou uma iniciativa designada «Mecanismo de Medicamentos para Malária a Preços Acessíveis<sup>77</sup>», a qual permitiu tornar o custo terapêutico associado ao tratamento do paludismo mais acessível à população graças a uma subvenção parcial da medicação (Jusot & Alto, 2015). Três anos mais tarde, esta medida começou a ser implementada na República do Níger (OMS, 2011). As farmácias privadas começaram a vender anti palúdicos a preços muito moderados (Gaoh, 2011).

---

<sup>76</sup> Segundo a biomedicina, o paludismo é uma doença cujo diagnóstico requer confirmação serológica, principalmente por causa do seu quadro sintomatológico ser muito parecido com o da febre tifoide (Keong & Sulaiman, 2006), de modo a evitar um tratamento desadequado. No contexto nigerino, apesar da elevada incidência de ambas as doenças, o autodiagnóstico da malária é muitas vezes feito exclusivamente a partir do conjunto de sintomas (Dozon, 2005), principalmente devido ao custo elevado das análises clínicas. Consequentemente o recurso à automedicação antipalustre bioquímica [formal ou informal] e/ou chamada tradicional acontece independentemente da forma como o indivíduo constrói a entidade nosológica referente ao transtorno e de uma eventual confirmação biomédica da patologia.

<sup>77</sup> Em inglês, *Affordable Medicines Facility – malaria (AMFm)*.

Apesar de esta ação ter sido publicitada nos meios de comunicação social, a procura destes medicamentos não disparou.

A TB, assim como, a lepra já tinham neste país um quadro de isenção há vários anos (Olivier de Sardan & Ridde, 2011). O CNAT (Centro Nacional Antituberculoso) é o local onde se processa ao despiste e tratamento desta doença (Moussa, 2003).

A implementação das políticas de gratuidade acabou por trazer um conjunto de problemas financeiro às unidades de saúde que impactou no funcionamento das mesmas. Segundo Olivier de Sardan e Ridde (2011), a introdução de medidas de isenção para crianças com menos de cinco anos e grávidas aconteceu sem qualquer aviso prévio, e por conseguinte, os agentes de saúde da noite para o dia foram obrigados a se adaptar rapidamente a esta mudança. Um dos primeiros problemas que tiveram de gerir foi a afluência massiva de mulheres e crianças aos CSI, após a isenção de custos ter sido anunciada nos meios de comunicação social. O pessoal técnico disponível era insuficiente para gerir um aumento em cerca de quarenta por cento em termo de taxa de atendimento (Ousseïni, 2011b). Estas perturbações de ordem funcionais foram rapidamente agravadas por falta de verbas disponíveis. Desde a primeira hora que a República do Níger revelou imensas dificuldades em financiar o regime de isenção. Teoricamente, com o perdão da dívida externa total até 2008, era expectável que o governo nigerino conseguisse afetar uma maior quantidade de recursos ao sector da saúde. Porém, na prática esta disponibilidade financeira era inexistente. Por causa disso, a Agência Francesa para o Desenvolvimento (AFD) tornou-se numa parceira financeira incontornável na concretização deste objetivo (Olivier de Sardan & Ridde, 2011). Além do mais, os mecanismos de reembolso ao nível dos DS eram morosos e complexos e acabavam por comprometer o bom funcionamento das unidades de saúde de base. As constantes ruturas de MG começaram a afetar também os utentes-pagadores, ou seja, aqueles que não eram contemplados pela gratuidade (Olivier de Sardan & Ridde, 2011; Ousseïni, 2011b). Por isso mesmo, determinados fármacos passaram a ser refundidos com o propósito de serem unicamente utilizados nas consultas pagantes. A sobrecarga de trabalhos (Olivier de Sardan & Ridde, 2011) levou a uma redução do tempo médio de consulta e de tratamento ambulatorio. Para fazer face às recorrentes falhas no abastecimento de medicação, a prescrição de consumíveis banalizou-se (Olivier de Sardan et al., 2017). Com efeito, a improvisação tornou-se a palavra de ordem para gerir os constrangimentos impostos pelas políticas de isenção (Burgess, 2016; Olivier de

Sardan, 2014), mesmo que nem sempre fossem as práticas deontologicamente mais apropriadas. Como corolário, surgiram novas práticas de corrupção ao nível das unidades de saúde. Por causa disso, muitos agentes de saúde manifestaram-se contra a gratuidade (Olivier de Sardan & Ridde, 2011).

Apesar de todos estes problemas, os dados estatísticos mostram que a mortalidade materna na República do Níger tem vindo a decrescer (Adakal, Moussa, & Mounkaila, 2015), embora a percentagem de partos assistidos clinicamente continue abaixo dos trinta por cento e taxa de utilização de contraceção bioquímica ronde os doze por cento (Ali & Samaila, 2013). Para não falar de uma taxa de cesarianas, não obstante o quadro da gratuidade, inferior a dois por cento (Charbit, 2015), ou seja, muito longe dos dez ou quinze por cento recomendados pela OMS (WHO, 2015). Algumas das quais nem sequer eram realizadas em situações de intervenção obstetrícia de emergência.

Entre 2006 e 2012, a incidência de morte em crianças até à idade de cinco anos diminuiu para metade. Em 2012, Agbessi Amouzou, Oumarou Habi e Khaled Bensaïd (2012) publicaram um artigo dando conta das principais razões que conduziram a essa redução vertiginosa da mortalidade infantil nigerina. De acordo com os seus autores, esta diminuição devia-se fundamentalmente: ao alargamento da rede sanitária às regiões e locais onde era praticamente inexistente; à introdução de um regime de isenção para grávidas e crianças até cinco anos [Programa Alargado de Vacinação (PEV), suplementos de vitamina A e ATPR<sup>78</sup>] no acesso a cuidados de saúde públicos; à introdução de algumas Práticas Familiares Essenciais (PFE) no que concerne os cuidados infantis, tais como a amamentação exclusiva até aos seis meses, o uso do sabão para desinfetar as mãos ou de redes mosquiteiras impregnadas<sup>79</sup>. A eliminação de barreiras e financeira permitiu as crianças deslocarem-se com muito maior facilidade às unidades de saúde para serem vacinadas. O suporte dado às grávidas e crianças subnutridas pelo sistema público de saúde e no âmbito da crise alimentar de 2005, com o apoio do PAM (Koné, 2006; Olivier de Sardan, 2007a) terá sido decisivo na redução deste indicador sanitário. Mesmo assim, não deixam de ser espantosos os números apresentados tendo em conta as duas crises alimentares e um golpe de Estado que suspendeu a ajuda externa durante quase um ano.

---

<sup>78</sup> Alimentos terapêuticos prontos para uso, como o Plumpy'Nut® passaram a ser utilizados no combate à subnutrição severa. O Plumpy'Sup® um suplemento alimentar começou a ser administrado nos casos de subnutrição moderada.

<sup>79</sup> Sobre esta questão ver Hamani Oumarou (2013).

Quando analisada mais à lupa, esta contração da mortalidade infantil dizia respeito a crianças com mais de vinte e quatro meses. Os progressos referentes à mortalidade perinatal, neonatal e infantil até um ano foram praticamente inexistentes. As principais razões apontadas para a persistência da mortalidade durante este período foram a falta de assiduidade às CPN; a preferência por partos sem assistência clínica; a pouca vigilância no período pós-parto, tanto da mãe quanto da criança; e a parca adesão a contraceção bioquímica (Amouzou et al., 2012).

Com a introdução das políticas de gratuidade, o mecanismo de financiamento informal das evacuações denominado de «cêntimos adicionais» generalizou-se ao nível das unidades de saúde de primeira linha (Olivier de Sardan & Ridde, 2011; Ousseïni, 2011b). Este sistema basicamente consistia em cobrar uma quantia simbólica pela aquisição do boletim de grávida durante a primeira CPN de forma a financiar a transferência das parturientes que desenvolviam complicações durante o trabalho de parto para as unidades de referência (Diarra, 2011). Mesmo no contexto da gratuidade, as evacuações podem representar um grande problema para as famílias por causa dos custos não contemplados pelas políticas de isenção. A retirada de uma parturiente para a cidade envolve no mínimo mais duas pessoas para acompanhá-la: a acompanhante e um familiar do sexo masculino. Este parente normalmente é responsável pelo pagamento de quaisquer eventuais despesas hospitalares, por alguma incursão noturna de urgência para aquisição de algum fármaco solicitado ao nível da unidade de referência, e pelos gastos referentes ao seu alojamento e alimentação, assim como, da acompanhante (Olivier de Sardan et al., 1999).

Nos últimos anos, o Estado nigerino tem evidenciado um maior compromisso com as políticas de isenção. As prescrições ao nível das CPN (Olivier de Sardan & Ridde, 2011) e a cobrança dos «cêntimos adicionais» foram entretanto proibidas por alegadamente atentarem contra o princípio da gratuidade (Diarra, 2012). Além do mais, nos últimos anos, em consonância com os ODS, as autoridades nigerinas tem-se preocupado em alargar a cobertura de isenção sanitária. Há alguns anos realizaram-se dois projetos-piloto no DS de Keita com o propósito de estender a isenção de custos ao parto normal [pélvico] (Diarra, 2014). Mais recentemente, o Estado tem-se procurado soluções no sentido de introduzir uma cobertura universal dos cuidados de saúde através de sistemas de financiamento baseado no pré-pagamento dos custos (Amadou, 2018).

## **6 Estudo-caso**

Neste capítulo serão discutidas as trajetórias terapêuticas das mulheres migrantes durante a gestação e o nascimento à luz das suas dinâmicas matrimoniais e migratórias. Para uma melhor compreensão da discussão, é fundamental acompanhar a leitura com os quadros, narrativas e figuras que constam dos Anexos, em particular os quadros nº1, 3,4,5 e 6 do ANEXO C, que exibem informação sobre o nome e idade, escolaridade, local de partida, e reclamação étnica; as NARRATIVAS 1, 2 e 3 (ANEXO B), que fornecem alguma informação complementar relativamente a alguns constrangimentos e vicissitudes encontradas relativamente à recolha desses dados empíricos.

O presente capítulo encontra-se dividido em quatro partes. A primeira secção focar-se-á sobre as dinâmicas matrimoniais em que as mulheres estudadas se encontravam inseridas. A segunda será dedicada à construção de uma tipologia das migrações relativamente ao universo de mulheres selecionado. A terceira analisará o processo de integração na malha urbana de Niamey tendo em conta três fatores primordiais: os motivos e as causas das migrações; o processo de acolhimento na cidade e o processo de integração económico destas migrantes. A quarta examinará as trajetórias terapêuticas destas mulheres durante a gravidez e parto.

### **6.1 Situação face ao casamento**

Optou-se por esta designação em detrimento de «estado civil», porque esta última indicação dificilmente abarcaria as dinâmicas sociais pretendidas. Primeiro, porque muitos nigerinos ainda não procedem ao registo civil dos seus casamentos. A dimensão social e religiosa desta cerimónia tende a predominar sobre as questões de carácter institucional e oficial. Segundo, porque são muito raros os nigerinos que permanecem casados toda a vida com uma única pessoa. Ao longo dos seus percursos individuais de vida, a tendência é para os homens e as mulheres desenvolverem relações maritais com várias pessoas distintas.

O facto de as uniões matrimoniais dificilmente durarem a vida inteira, não diminui em nada a importância nuclear desta instituição no seio da sociedade nigerina. De facto, não é possível compreender a maioria das dinâmicas e comportamentos sociais minimizando a sua relevância na gestão que a população faz do quotidiano. Principalmente porque é algo que a sociedade espera de todos os indivíduos, praticamente sem exceção. O ato de casar é um acontecimento social que se encontra de



tal forma naturalizado, na conceção bourdiana do termo, que habitualmente não é alvo de qualquer tipo questionamento. É como um rito de passagem, ao qual todos se devem assujeitar a dada altura das suas vida. Uma forma de legitimação social indispensável à vida em sociedade. Além do mais, é o único mecanismo socialmente aceitável de acesso à sexualidade e conseqüentemente à reprodução. As crianças que nascem de uniões informais, denominados localmente de «bastardos», costumam passar por processos de socialização difíceis, marcado por uma grande estigmatização.

Numa sociedade como a nigerina, onde a proliferação de movimentos religiosos reformistas têm acentuado a codificação dos comportamentos sociais que giram em torno da sexualidade, especialmente da feminina, o celibato dificilmente é uma opção. Muito pelo contrário, pelo que se pôde observar, este estatuto pode causar bastante desconforto social, sobretudo quando se permanece solteira para além de uma certa<sup>80</sup>. Estas mulheres são apelidadas de forma depreciativa de *vieilles filles* cuja tradução em francês aproxima-se da ideia de «solteirona». Apesar de uma intensa pressão social para casar, as regras de acesso ao matrimónio são por vezes bastante rígidas, sobretudo em meio rural, principalmente no meio dos grupos étnicos com passado escravagista pronunciado. O hiato simbólico entre nobres e escravos que caracterizava as formações sociais pré coloniais acabou por perdurar no tempo devido à proibição de casamentos entre os descendentes da aristocracia e da classe servil (Olivier de Sardan, 1984b). Mesmo que na cidade, ou pelo menos em Niamey, segundo o informante Abdoulaye, este costume possa até certo ponto ter sucumbido perante a força implacável do dinheiro, em meio rural continua a persistir o hábito das famílias investigarem a fundo as linhagens dos respetivos noivos, quando estes não partilham antepassados comuns.

Regra geral, os nigerinos são incentivados a se casarem cedo, sobretudo as mulheres. Nas últimas décadas tem-se assistido a um aumento significativo do número de casamentos precoces, principalmente nas faixas etárias mais jovens, principalmente entre os doze e quinze anos. O casamento de raparigas muito jovens não é uma prática social recente. Aliás, como muitos nigerinos gostam de referir, Maomé casou com a sua esposa favorita Aisha quando esta tinha apenas seis anos (Francois-Cerrah, 2012). O problema está no facto de os maridos terem deixado de esperar pela maturidade sexual da rapariga, expondo-as a um elevado risco de contraírem de forma precoce uma

---

<sup>80</sup> A idade aconselhável ao casamento pode variar de acordo com um conjunto de elementos relacionados com o contexto social em que a rapariga esteja inserida, tais como a reclamação étnica, o local de residência ou as habilitações literárias.

gravidez ou uma DST. As limitações de ordem anatómica, ou seja, o facto de a cintura pélvica muitas vezes não ter o tamanho necessário para levar a cabo uma gestação sem complicações. Ora, como se verá a jusante, os inúmeros problemas associados às evacuações de emergência tendem a potenciar a morbidade e mortalidade materna juvenil e neonatal.

Nas últimas décadas, o interesse masculino em torno destas jovens impúberes aumentou exponencialmente. Poder-se-á dizer que um verdadeiro mercado matrimonial se desenvolveu em torno destas raparigas. A República do Níger é o país onde acontecem mais casamentos precoces (Hamidou, 2017). De acordo com o último censo (2012) mais de setenta e cinco por cento das mulheres com idades compreendidas entre os vinte e os vinte e quatro anos tinham casado antes de completarem dezoito anos (Tchiara Mara, Adamou, & Lawson, 2017). Trinta por cento casa antes dos quinze anos (Hamidou, 2017). Muitas vezes são homens mais velhos e abastados, com outras esposas, que procuram firmar este género de contractos matrimoniais (Keane, 2014). As famílias mais descapitalizadas encontram-se particularmente vulneráveis a este tipo de oferta. Para além de poderem arrecadar algum capital com este entendimento entres as partes, ficam com menos uma boca para alimentar e sem a preocupação da rapariga aparecer grávida fora do quadro legítimo do casamento (Hamidou, 2017). Muitos destes casamentos são realizados de forma forçada. Alguns autores alegaram que antigamente o marido, que normalmente tinha outras esposas, esperava pela maturidade sexual da rapariga antes de iniciar a sua vida sexual com ela. Porém, presentemente existem evidência de que este período nem sempre é respeitado. A informação estatística veiculada pelos organismos internacionais tem mostrado que o casamento e a gravidez precoce são fenómenos intimamente relacionados. Os malefícios para a saúde relacionados com as gravidezes na adolescência e a exposição precoce às DTS (Clark, 2004; Nour, 2006), assim como, o impacto negativo do casamento precoce na escolarização das raparigas (Lloyd & Mensch, 2008) tem levado a comunidade internacional a pressionar as autoridades nigerinas a legislarem de forma eficaz contra estes dois flagelos sociais imbricados. Sucessivos governos têm tentado infrutiferamente aumentar a idade mínima da mulher ao casamento que legalmente se encontra situada nos quinze anos, através da elaboração de um Código da Família (SAVE THE CHILDREN, 2018) Porém, a sua aprovação tem sido constantemente

protelada principalmente devido à pressão das organizações islâmicas da sociedade civil (Issa, 2010).

Nos antípodas encontra-se uma minoria de nigerinas, as mulheres que por causa dos seus estudos e carreira profissional optam por casar mais tarde. A idade média masculina ao casamento tende a ser relativamente mais alta que a feminina (Hamidou, 2017). A necessidade do homem ter, na maioria dos casos, de juntar dinheiro para o pagamento do preço da noiva<sup>81</sup> concorre para essa diferença de género na idade ao casamento.

### 6.1.1 O preço da noiva

A supramencionada crise económica de contornos endémicos que atingiu o país a partir de meados dos anos 1980 contribuiu para uma majoração do preço da noiva e, sobretudo, para a monetarização das dinâmicas sociais em torno do casamento. O preço da noiva atingiu na década de 1980 um valor tão elevado que o governo de Kountché procurou travar a especulação gerada em torno do casamento, estipulando um valor máximo para o preço da noiva de cinquenta mil FCFA (Masquelier, 2009). O enquadramento legal desta prática social não foi suficiente para contrariar este fenómeno. Os valores referentes ao preço da noiva continuaram a subir de forma imperturbável, acabando por criar muitas desigualdades sociais no acesso ao casamento. Os segmentos sociais mais vulneráveis acabaram por ser fortemente marginalizados neste processo. A migração sazonal foi, durante muito tempo, conforme referido uma solução encontrada para fazer face às exigências da família da noiva. Contudo, nas últimas décadas, num contexto de pauperização crescente da população nigerina, os empreendimentos migratórios têm sido acionados principalmente para colmatar necessidades mais urgentes. Em consequência disso, as uniões informais proliferaram sobretudo em meio rural. Para além da desaprovação religiosa e social que ligações desta natureza suscitam, também é extremamente penalizante para ambos os cônjuges. A mulher não chega a receber o valor pecuniário que lhe cabe em resultado da negociação do preço da noiva. E os filhos que nascem destas uniões não são pertença da linhagem paterna. Alguns casais, após vários anos de união informal, acabam por conseguir formalizar a sua união. Mas esta tendência não é nenhuma regra. Alguns movimentos reformistas islâmicos têm-se empenhado, como mencionado a montante,

---

<sup>81</sup> Designado de *hiiji alman* ou *hiiji nooru* entre os zarma (Bornand, 2005); *sadaki* na língua haussa (Cooper, 1997); e *taggalt* pelos tuaregues (Casajus, 1982).

em reduzir drasticamente o valor do preço da noiva (Masquelier, 2009), de forma a facilitar o acesso ao casamento por parte dos homens com menos recursos. Ainda assim, muitas famílias continuaram a fazer tábua rasa destas reivindicações por parte de alguns líderes religiosos, negociando valores por vezes verdadeiramente escandalosos (Diallo, 2003).

Independentemente das polémicas que giram presentemente em torno preço da noiva, o acordo relativamente a um valor é um elemento absolutamente crucial durante o processo de negociação de um casamento. Este valor é estipulado em consonância com um conjunto de fatores, tais como o prestígio social da família, a idade da mulher, as suas habilitações académicas, a sua profissão ou o número de casamentos anteriores. Outrora, mercadorias como o excedente cerealífero, as cabeças de gado ou as peças de artesanato eram preferencialmente utilizadas neste género de transações. Porém, conforme supramencionado, há algum tempo a esta parte, os pagamentos em dinheiro têm-se tornado cada vez mais importantes (LASDEL, 2017).

Quando duas famílias chegam a um entendimento relativamente à intenção de casarem os seus filhos, à semelhança do que acontecia antigamente, uma troca intensa de dádivas, dons e prendas por norma é efetuada entre elementos de ambas as partes (Diarra, 1971; Masquelier, 2009). Mas somente quando o montante do preço da noiva é acordado é que se encontram reunidas as condições para «atar o casamento». No casamento islâmico, designado na língua árabe de نكاح (nikah), a noiva não se encontra presente, faz-se representar pelo ولي (wali), que normalmente é um familiar [masculino] da sua confiança. Durante o ritual matrimonial, o noivo e o representante da noiva comunicam em frente a várias testemunhas o valor do preço da noiva acordado. O anúncio público de um preço da noiva elevado é um sinal de grande prestígio social para a família da noiva (Porter, 2003). A cerimónia é concluída com a recitação pelo marabuto ou pelo íman da primeira sura [capítulo] do Corão, designada de *Al fatiha*<sup>82</sup>.

As comemorações podem eventualmente estender-se por vários dias, dependendo da situação financeira das famílias. Em algumas ocasiões observou-se que os convidados e os noivos exibiam trajes feitos com o mesmo padrão de tecido. Este desenho aparentemente representava, da mesma maneira que outros objetos de prestígio como o incenso, um símbolo da união matrimonial. Ao ritmo que os casamentos na República do Níger são celebrados, a exigência de uma indumentárias específica para cada

---

<sup>82</sup> الفاتحة (Al fatiha) significa em árabe «a abertura».

matrimônio pode se revelar um encargo muito oneroso para os participantes. O casamento é socialmente validado a partir do momento em que é «atado». As restantes fases cerimoniais, para além da chegada da noiva à sua nova casa, são totalmente facultativas, e normalmente encontram-se ausentes dos casamentos menos faustuosos.

Se bem que nem todas as famílias procedam da mesma maneira, por norma a maior parte dinheiro pago pela família do noivo é pertença da noiva. Outrora, os recursos, bens e serviços canalizados durante o processo de negociação eram redistribuídos por muito mais elementos de ambas as famílias. As correntes religiosas reformistas têm contribuído para concentrar o valor do preço da noiva na própria noiva com as suas reivindicações acerca do regresso às práticas islâmicas patentes nas Escrituras Sagradas. Segundo o *Alcorão* (n.d.), مهر (mahr) é uma soma atribuída à mulher por altura do casamento:

*«Concedei os dotes que pertencem às mulheres e, se for da vontade delas conceder-vos algo, desfrutai-o com bom proveito.» (4:4). «Não sereis recriminados se vos divorciardes das vossas mulheres antes de as haverdes tocado ou fixado o dote; porém, concedei-lhes um presente; rico, segundo as suas posses, e o pobre, segundo as suas, porque conceder esse presente é obrigação dos benfeitores.» (2:236).*

Estes ativos são uma válvula de segurança em caso de divórcio ou viuvez. E por isso mesmo, o marido supostamente não tem quaisquer direitos sobre esse valor:

*«E se vos divorciardes delas antes de as haverdes tocado, tendo fixado o dote, corresponder-lhes-á a metade do que lhes tiverdes fixado, a menos que, ou elas abram mão (disso), ou faça quem tiver o contrato matrimonial em seu poder. Sabei que o perdão está mais próximo da virtude e não esqueçais da liberalidade entre vós, porque Deus bem vê tudo quanto fazeis.» (Alcorão 2:237).*

### **6.1.2 Fatores de destabilização matrimonial**

Apesar da importância do casamento na vida social dos nigerinos, as ruturas matrimoniais são muito frequentes. Para além da delicada questão dos casamentos forçados<sup>83</sup>, mesmo quando são realizados por mútuo acordo, as uniões resultantes não são forçosamente duradouras. Por vezes, a separação ocorre por motivos de ordem natural, como a morte do cônjuge, contudo a grande maioria deve-se a situações de divórcio. A Associação Islâmica do Níger tem-se revelado bastante preocupada com as estatísticas nesta matéria terem crescido a um ritmo galopante, e com tendência para

---

<sup>83</sup> São casamentos que são realizados por imposição da família, sem o consentimento necessariamente de ambos os noivos. De acordo com informação recolhida no terreno, tratar-se-á de uma situação mais frequente em meio rural.

relacionar o fenómeno com a questão da crise económica. Segundo esta associação, a precaridade financeira no seio do agregado familiar tem incentivado tanto o homem como a mulher a desenvolverem estratégias de sobrevivência centrífugas face ao casamento. Por mais que as razões apontadas sejam válidas, elas acabam por visar unicamente a dimensão conjuntural desta questão, dando pouca importância aos fatores estruturais subjacentes a estes frequentes rompimentos. Os casais nigerinos levam vidas sociais totalmente separadas<sup>84</sup>. Reencontrando-se muitas vezes à noite apenas no leito (Bornand, 2005).

A verdade é que os nigerinos já se divorciavam frequentemente antes do advento da crise. Barbara M. Cooper (1997), no seu estudo realizado sobre as questões de género na região de Maradi, verificou que mesmo as mulheres mais velhas, que viveram grande parte das suas vidas no período que antecederam o declínio económico do país, tinham sido casadas diversas vezes. Ao que tudo indica, o processo de pauperização económica nigerina terá somente contribuído para exacerbar e banalizar uma tendência já existente. Consequentemente, a explicação para a instabilidade das uniões matrimoniais nigerinas deve ser primordialmente indagada tendo em conta fatores estruturais como o poder discricionário do marido face ao divórcio ou a poligamia<sup>85</sup>.

Em conformidade com uma das interpretações mais disseminadas das Escrituras Sagradas, o homem tem o poder de se divorciar unilateralmente sempre que considere que a sua mulher seja demasiadamente insubmissa ou que não cumpra convenientemente os seus deveres conjugais. As principais obrigações da mulher casada nigerina são a criação e educação dos filhos; a gestão e manutenção do espaço doméstico; preparar as refeições do marido; e as obrigações de índole sexual. No Islão, o homem tem um acesso praticamente ilimitado ao corpo da sua mulher. O Alcorão é elucidativo a este respeito: «*Vossas mulheres são vossas sementeiras. Desfrutai, pois, da vossa sementeira, como vos apraz...*» (2:223). Para além da proibição da prática da sodomia, as mulheres casadas só podem recusar os maridos durante o período menstrual ou nos quarenta dias que sucedem ao parto, por se encontrarem impuras.

O divórcio pronunciado de forma unilateral pelo marido é designado de الطلاق(talaq), em consonância com as Escrituras Sagradas, e engloba diferentes modalidades de

---

<sup>84</sup> Nas principais cerimónias sociais, batismos, casamentos e funerais, homens e mulheres não frequentam os mesmos espaços (Bornand, 2005). Por vezes, nem sequer partilham refeições.

<sup>85</sup> O termo tecnicamente correto é poliginia, mais precisamente tetraginia, ou seja, a possibilidade de um homem casar até quatro mulheres. O termo poligamia será então utilizado apenas por uma questão de comodidade.

separação conjugal, umas mais céleres e outras mais morosas. Os processos de divórcio mais longos encontram-se em maior conformidade com a lei corânica, embora muitos homens, devido ao poder discricionário que possuem nesta matéria (Esposito & DeLong-Bas, 2001), optem pela disposição mais rápida. Regra geral, o processo de divórcio inicia-se após o marido renunciar publicamente a mulher. Este procedimento deve acontecer quando a mulher não está menstruada, ou seja, durante o período de الطهر (tuhr) que corresponde à purificação. Com a renúncia marital impõe-se um intervalo de abstinência sexual para a mulher designado de العدة (iddah) que dura cerca de três meses, ou seja, corresponde a três *tuhr* sucessivos. Quando ocorre a morte do cônjuge, este procedimento é igualmente observado. O seu propósito é não privar a linhagem paterna de uma eventual criança que estivesse a ser gerada por altura da rutura matrimonial. Caso se confirme a gravidez, o período de *iddah* estende-se até ao nascimento da criança. Em contrapartida, para as mulheres que se encontrem no climatério, o repúdio tem um efeito quase imediato, visto não ser necessário esperar pela confirmação de uma alegada concepção. Durante este intervalo de tempo, o homem pode revogar a sua decisão por duas vezes. «O divórcio revogável só poderá ser efetuado duas vezes. Depois, tereis de conservá-las convosco dignamente ou separar-vos com benevolência.» (Alcorão 2:227). Contudo, se o repúdio for pronunciado uma terceira vez ou se não se decidir pela conciliação, o casamento fica irreversivelmente dissolvido. Para poder se casar novamente com essa mulher, o homem tem de esperar que ela tenha primeiro um novo marido: «... se ele se divorciar irrevogavelmente dela, não lhe será permitido tomá-la de novo por esposa legal até que se tenha casado com outro e também se tenha divorciado deste (Alcorão 2: 230). Obviamente, nestes casos o tempo respeitante ao *iddah* tem de ser igualmente respeitado. Segundo Hamidou, somente após o término deste período de continência sexual é que pode novamente casar com ela<sup>86</sup>.

Em casos muito mais excepcionais, a mulher também pode solicitar o divórcio. Quando a dissolução matrimonial é feita a pedido da mulher é designada de خلع (khul). Ainda que o valor versado pela família do marido pelo preço da noiva não seja em princípio alvo de restituição, nalgumas situações pode haver algum tipo de ressarcimento por parte da mulher (Esposito & DeLong-Bas, 2001): «*Está-vos vedado tirar-lhes algo de tudo quanto lhes haveis dotado, a menos que ambos tenham*

---

<sup>86</sup> Sobre o divórcio ver também a sura 65 do Alcorão.

*contrariar as leis de Deus. Se temerdes (vós juízes) que ambos as contrariem, não serão recriminados, se ela der algo pela vossa liberdade.»* (Alcorão 2:229). O *khul* pode ser realizado por consentimento mútuo entre as partes ou ser decretado por decisão judicial. As razões juridicamente plausíveis para um cádi anular um casamento a pedido da mulher diferem consoante a escola de jurisprudência<sup>87</sup> (Esposito & DeLong-Bas, 2001). A incapacidade do marido consumir o casamento; maus-tratos; apostasia e alcoolismo são as queixas que facilmente podem suscitar um parecer favorável dos magistrados da lei islâmica. O incumprimento das suas obrigações em relação ao sustento da família também pode levar à dissolução da união matrimonial (Esposito & DeLong-Bas, 2001).

Como ficou mais acima subentendido, o casamento muçulmano representa fundamentalmente um contrato celebrado entre duas. O Alcorão recomenda que qualquer acordo seja realizado por escrito:

*«Ó fiéis, quando contrairdes uma dívida por tempo fixo, documentai-a; e que um escriba, na vossa presença, ponha-a fielmente por escrito; que nenhum escriba se negue a escrever, como Deus lhe ensinou. Que o devedor dite, e que tema a Deus, seu Senhor, e nada omita dele (o contrato) [...] Este proceder é o mais equitativo aos olhos de Deus, o mais válido para o testemunho e o mais adequado para evitar dúvidas.»* (2:282).

Um compromisso lavrado por escrito pode proteger a mulher, pois pode incluir cláusulas de rescisão matrimonial a seu favor para além daquelas juridicamente admissíveis. Estas disposições são muitas vezes utilizadas para se protegerem de uma eventual relação poligâmica (Benyahya, 2007). Todavia, são muito poucas as mulheres que fazem uso destas disposições legais. Na República do Níger, os termos dos matrimónios são normalmente negociados oralmente entre as duas famílias. Portanto, caso seja necessário invocá-los por causa de alguma desavença entre os cônjuges, as interpretações que beneficiam o marido tendem a prevalecer em detrimento daquelas que favorecem a mulher. Como se verá adiante, estas desvantagens podem perfeitamente ser ultrapassadas com recurso a certos subterfúgios femininos, alguns dos quais com contornos claramente subversivos.

Para a grande maioria das mulheres nigerinas, a poligamia apresenta-se como algo com o qual não concordam mas ao qual acabam por se resignar e conformar. Mesmo que cheguem a manifestar-se de forma aberta contra esta prática, conforme se observou em mulheres vindas dos mais variantes quadrantes da sociedade, não há muito que

---

<sup>87</sup> Existem quatro correntes distintas no Islão sunita: o hanifismo, o chafeismo, maliquismo e o hambalismo (Tschannen, 2017).



possam fazer. Com efeito, a poligamia é uma instituição com profundas raízes históricas nesta região (Olivier de Sardan, 1984b) legitimada tanto pela jurisprudência como pela lei islâmica:

*«Se temerdes ser injustos no trato com os órfãos, podereis desposar duas, três ou quatro das que vos aprouver, entre as mulheres. Mas, se temerdes não poder ser equitativos para com elas, casai, então, com uma só, ou conformai-vos com o que tender à mão. Isso é o mais adequado, para evitar que cometais injustiças (Alcorão 4:3).*

Com efeito, um homem muçulmano pode casar com até quatro mulheres, desde que faça prova de capacidade financeira suficiente para sustentá-las e caso se comprometa a tratar as respetivas esposas todas da mesma maneira. Algumas correntes islâmicas mais progressistas discordam que haja uma apologia da poligamia nas Escrituras Sagradas. A questão da poligamia necessita ser analisada dentro do seu contexto de evolução histórica. Antes do advento do Islão, os homens podiam desposar o número de mulheres que lhes conviesse. (“Women,” n.d.). A lei corânica veio restringir e regulamentar a poligamia, de forma a proteger a mulher. Ao que tudo indica, nenhum dos movimentos reformistas nigerinos teceu publicamente críticas acerca desta prática social. Aliás, no quadro do liberalismo económico, as relações poligâmicas aumentaram substancialmente.

A procura de uma nova mulher pode ser motivada por vários fatores. Porém, em meio urbano, a razão aparentemente mais saliente está relacionada com uma eventual progressão financeira do homem. Sucesso nos seus negócios ou evolução na sua carreira profissional parecem fazer disparar a vontade de contrair um novo casamento. Por vezes, essa procura pode ser impulsionada por motivos mais pragmáticos, relacionados com a disponibilidade de maior quantidade de mão-de-obra no seio do agregado familiar. Ao que tudo indica, esta situação tende ser mais vulgar em meio rural, onde a necessidade de braços para a execução de tarefas domésticas e agrícolas é normalmente mais premente. Em qualquer dos casos, para o homem nigerino, o facto de poder se apresentar socialmente como um provedor de uma grande família [com várias mulheres e múltiplos filhos] é sinal de grande prestígio.

A hostilidade das mulheres vis-à-vis a poligamia deve-se muito mais à forma abusiva como é instrumentalizada pelos homens do que à disposição legal em si. Nas relações poligâmicas, os maridos tendem a manifestar preferência por um das suas esposas, contrariando desta forma as disposições corânicas que proíbem o favoritismo em relação a uma das mulheres. O próprio Alcorão prevê essa incapacidade masculina:

«*Não podereis, jamais, ser equitativos com vossas esposas, ainda que nisso vos empenheis.*» (4:129). Este versículo é aliás utilizado pelos movimentos progressistas para invalidar esta prática. O facto de os maridos serem incapazes de tratar de forma igual todas as esposas é um argumento muitas vezes utilizado em defesa da monogamia. A contração de um novo casamento sem terem condições financeiras para o efeito é outro tipo de problema recorrente observado. De acordo com uma das migrantes estudadas, «*os homens insistem sempre em procurar mais uma esposa, apesar da fome, só para serem pecadores*<sup>88</sup>», hipotecando muitas vezes, desta forma, as condições de sobrevivência de todo o agregado familiar.

É verdade que de acordo com a lei corânica e demais jurisprudência presente nos hádices, o homem não tem que informar a primeira esposa caso pretenda se casar novamente. Porém, de acordo com Lawali e Hamidou, alguns costumes locais nigerinos preveem a possibilidade da primeira mulher participar no processo de escolha de uma segunda esposa, como forma de prevenir eventuais tensões que possam vir a eclodir no seio familiar. No entanto, os homens raramente cumprem com este preceito. Segundo a mesma migrante, «*Os maridos muitas vezes nem dizem que se vão casar novamente. Na noite do casamento é que trazem uma outra mulher para casa*<sup>89</sup>». Como é óbvio, este género de comportamento tende a contribuir para a desarmonia no seio do agregado familiar. As primeiras mulheres nem sempre aceitam passivamente a falta de frontalidade dos seus maridos nesta matéria. O relato que se segue é um testemunho de Latifa, irmã de umas das intérpretes de pesquisa, relativamente ao episódio em que o seu marido se casou pela segunda vez.

*«Pouco tempo depois da eleição de Mahamadou Issoufou [Abril de 2011], o meu marido chegou uma noite muito tarde a casa com uma mulher, dizendo-me que essa mulher iria dormir nessa noite em nossa casa. O quê? Que espécie de mulher é que vem dormir a casa de um homem casado? Não tem vergonha? Mas por causa da hora, achei que era muito tarde para discutir. Na manhã seguinte, o meu marido informou-me tranquilamente que aquela mulher era a sua nova esposa. Quem? Como? Fiquei enfurecida! Como ousa fazer uma coisa destas nas minhas costas? Não se pode confiar mesmo em homem nenhum. No princípio [do casamento] dizem que não querem mais nenhuma mulher, que tu lhes bastas<sup>90</sup>. Mas com o tempo vêes que isso não é verdade. Disse-me que era uma das filhas de*

---

<sup>88</sup> Saafi18, Dezembro de 2011.

<sup>89</sup> Saafi18, Dezembro de 2011.

<sup>90</sup> Durante o trabalho de campo, verificou-se que várias mulheres, com diferentes origens e distintas condições socioeconómicas, lamentavam o facto de muitos homens, quando solteiros, se terem declarado adeptos da monogamia, mas terem mudado de opinião após poucos anos de casados.

*[...] [uma importante figura de estado]. Mas eu queria lá saber! Ela era divorciada e bem mais velha do que eu! Foi uma grande humilhação para mim. Nesse mesmo dia, peguei nos meus pertences e fui para casa da minha mãe. Só voltei para casa quando ele me foi buscar, depois de se divorciar dela<sup>91</sup>».*

A descrição supra ilustra bem de que forma um casamento monogâmico pode ser transformado numa relação poligâmica sem qualquer pré-aviso para a primeira esposa. Esta mulher mostrou de forma clara o seu ressentimento perante a forma como o marido conduziu o todo processo que culminou no seu novo casamento. De igual modo, salientou a sua humilhação quando constatou que a segunda esposa era uma mulher divorciada, ademais mais velha do que ela. O facto de ter saído de casa e regressado à casa da sua mãe pode ser analisado como uma tomada de posição que acabou por lhe aumentar o poder negocial favorecendo um desfecho que lhe fosse benéfico. Todavia, esta não é a regra mas sim a exceção. Na verdade, quando outra mulher é trazida a casa e anunciada como coesposa, a primeira mulher não tem muito a fazer para além de se resignar e acomodar à nova situação. Neste caso, para reverter esta situação, porque não fora previamente lavrado um contrato matrimonial interditando a poligamia, foi necessário recorrer ao capital económico, social e político da família para bloquear as intenções do marido.

Quando o marido possui recursos suficientes, por vezes, monta uma segunda casa para a sua outra mulher, o que ajuda a amenizar algumas das tensões que entretanto possam surgir entre as coesposas. Todavia, na maior parte dos casos, a coabitação é a norma. Portanto, desde o primeiro dia, permanece uma tendência latente para o conflito no interior do espaço doméstico. Não obstante, as diferenças que eventualmente apartem as coesposas, elas costumam relacionar-se de forma hierárquica bastante definida, havendo prerrogativas das quais apenas beneficiará a primeira esposa. Contudo, como o marido raramente cumpre com os preceitos islâmicos em matéria de tratamento igualitário das coesposas, a presença de uma favorita pode desafiar o poder conferido pela senioridade feminina no interior do espaço doméstico. O favoritismo não parece obedecer a nenhum critério específico. Ainda assim, mulheres que tenham dado à luz vários filhos varões (Moussa, 2012) ou mais jovens parecem estar entre as preferências afetivas dos maridos. Esta predileção manifesta-se muitas vezes através de visitas mais frequentes ao leito de uma das esposas em específico e materialmente

---

<sup>91</sup> Excerto de entrevista conduzida em francês, realizada em Novembro de 2011.

através de um maior número de oferendas. Em consequência disso, os antagonismos entre as coesposas acabam por ser muitas vezes resolvidos na arena das forças do oculto.

Em consonância com a linha teórica desenvolvida por Geschiere (1997), verificou-se que o poder do mundo invisível era muitas vezes solicitado pelas mulheres inseridas em casamentos polígamos com o objetivo de melhorar o seu estatuto no interior do agregado familiar. Conforme afirmou Abdoulaye, o desinteresse prolongado por parte do marido e/ou a incapacidade de procriar costumam estar entre os principais motivos que levam as mulheres casadas a procurar secretamente especialistas nas forças do oculto, sobretudo *bokas* ou *zimmas*. Este secretismo devia-se ao facto destas práticas terem sido condenadas em praça pública pelos reformistas islâmicos. Por causa da sua preocupação com a «purificação» das condutas sociais e religiosas, tem-se assistido ao longo das últimas décadas, a uma progressiva desacreditação das crenças e práticas religiosas plurais, outrora agrupadas sob a [contestável] designação de «Islão Negro»<sup>92</sup> (Mbaye, 1982). Em consequência disso, para além destes curandeiros terem passado a ser rotulados na esfera pública de charlatães, a recorrência aos seus préstimos acabou por se transformar numa prática socialmente condenável com repercussões no plano social e espiritual. Contudo, nem a ameaça de poderem perder o direito à presença de um sacerdote muçulmano durante as próprias cerimónias fúnebres (Masquelier, 2009) parece demover a procura. De acordo com Abdoulaye, as mulheres chegam inclusive a solicitar expressamente poções de amor ou feitiços que prejudiquem as suas coesposas e/ou os seus filhos, especialmente se forem do sexo masculino. Também se observou que mulheres em uniões monogâmicas utilizavam estes mesmos serviços a título preventivo como forma de afastar a potencial ameaça de uma nova esposa. Não deixa de ser irónico que os maridos também frequentassem esses mesmos locais com objetivos diametralmente opostos. No caso dos homens, as solicitações ao nível do poder do oculto em regra visavam a maximização do sucesso profissional. Ora, esta procura pelo êxito económico e social acabava muitas vezes por significar de forma implícita uma demanda de uma nova esposa.

Em suma, tanto o poder discricionário masculino face ao divórcio como a poligamia mostram que a correlação de forças no interior dos espaços domésticos nigerinos é

---

<sup>92</sup> A maioria dos nigerinos muçulmanos segue a tradição sunita maliquita. As suas principais confrarias são a tidjania, a qadiria e a dos sanusis (Charlick, 1991).

muitas vezes desfavoráveis às mulheres. Esta desvantagem pode inclusive colocar imensa pressão sobre a mulher transformando a sua vida matrimonial numa fonte de permanente angústia. O receio de serem a qualquer momento repudiadas pelos seus maridos, ou então serem relegadas à invisibilidade caso não consigam ir ao encontro das expectativas da família através do nascimento de filhos varões, acabou por facilitar o desenvolvimento de estratégias difusas que dificultam a coesão social no interior do espaço doméstico. O empobrecimento progressivo da sociedade nigerina, ao longo das últimas três décadas, apenas tornou estas dinâmicas mais evidentes.

### **6.1.3 Vantagens matrimoniais**

Apesar dos constrangimentos descritos, o casamento não tem de ser forçosamente uma experiência negativa para a mulher. A maternidade, dentro do quadro legítimo de uma união matrimonial, continua a ser um dos maiores veículos de promoção social feminina nigerina, sobretudo para as mulheres que tenham, conforme referido a montante, descendência masculina. Na cultura nigerina, os rapazes são socialmente mais valorizados do que as raparigas. Esta discrepância entre sexos acaba muitas vezes por se refletir no grau de escolarização, no estado de nutrição ou no acesso a cuidados de saúde. Para as mulheres nigerinas, os filhos varões são a garantia de suporte familiar durante a velhice, já que é socialmente expectável que sejam eles a cuidar das mães durante a velhice.

A própria poligamia também pode trazer alguns benefícios à mulher. Com efeito, esta instituição matrimonial, à partida contrária aos seus interesses, pode em determinadas circunstâncias ser capitalizada em proveito próprio. Em meio rural nigerino, por norma, a carga de trabalho feminina quotidiana é muito elevada. Diariamente, as mulheres veem-se a braços com uma quantidade imensa de tarefas: trabalho agrícola; gestão e manutenção do espaço doméstico; preparação das refeições e cuidados com as crianças e enfermos. Paralelamente muitas encontram-se também envolvidas em atividades comerciais, sobretudo desde que o dinheiro passou a ser necessário na gestão das redes sociais e familiares. Tarefas aparentemente simples com o transporte de água ou a recolha de lenha podem ocupar grande parte do dia, principalmente se houver distâncias a percorrer. Portanto, é importante que haja, no interior do espaço doméstico, elementos mais jovens do sexo feminino em quem possam delegar algumas das tarefas diárias. Quando esta ajuda não se encontra disponível, quer porque não há raparigas no agregado familiar, quer porque estas ainda

são demasiado pequenas para participar nas lides domésticas; o trabalho diário feminino pode se tornar um verdadeiro tormento, principalmente durante a estação das chuvas, quando a quantidade de trabalho tende a aumentar por causa da produção agrícola de cereais. Assim, pelo menos nestes casos, o aparecimento de uma outra mulher, sobre a qual a primeira esposa possa manter uma certa ascendência devido à sua senioridade, pode revelar-se bastante vantajoso para ambas. A primeira esposa pode libertar-se dos trabalhos mais pesados que consomem mais tempo, ao passo que a segunda tem a possibilidade de repartir um conjunto de tarefas quotidianas que se estivesse inserida numa relação monogâmica teria de realizar sozinha. Nestas circunstâncias, ambas dispõem de mais tempo para as suas realizações pessoais. A rentabilização feminina da poligamia não se encontra circunscrita ao mundo rural. Em meio urbano, também se podem tirar vantagens de um casamento poligâmico. Por exemplo, observou-se, em Niamey, algumas mulheres com formação universitária e manifesta vontade em progredir nas suas carreiras que se mostravam bastante favoráveis à ideia de dividirem um marido, argumentando que a presença de uma coesposa permitir-lhes-ia dedicar mais tempo às suas atividades profissionais.

De igual modo, é possível que uma mulher possa, em determinadas situações, capitalizar às custas do divórcio, não obstante, a condição de divorciada ser bastante estigmatizante para a mulher nigerina. Na República do Níger, conforme foi referido a montante, a cultura do anti celibato assume contornos hegemónicos (Moha, 2011). Os indivíduos são pressionados a casarem cedo e a manterem a condição social de casados. Como as ruturas matrimoniais são frequentes, a manutenção deste estatuto implica que as pessoas se casem várias vezes ao longo das suas vidas.

No que concerne especificamente as mulheres, enquanto foram elegíveis para o mercado matrimonial, ou seja, enquanto atraírem a procura masculina é muito pouco provável que permaneçam solteiras muito tempo após a dissolução do seu último casamento. Este processo tende a ser acelerado quando as divorciadas regressam à casa materna. O facto de esse regresso agravar a despesa familiar, num contexto de crise, certamente contribuirá para que se apresse a celebração de um novo compromisso marital. Observou-se no terreno que as jovens mulheres abandonadas à sua sorte após o fim do matrimónio nem sempre tinham facilidade em arranjar um novo pretendente para casar e que para as mulheres próximas da menopausa esta obrigação social se tornava menos imperativa. De forma diferente, Cooper (1997) verificou que as mulheres

detentoras de certos recursos económicos e sociais podiam muito bem suscitar uma intensa procura masculina para além do climatério. Portanto, poder-se-á afirmar que a valorização da mulher que regressa ao mercado matrimonial dependerá tanto da sua idade como do estatuto social que, entretanto, adquiriu. O equilíbrio precário que se estabelece entre a premência de um novo casamento sempre que ocorre uma separação e os principais fatores de instabilidade matrimonial torna mais inteligível o elevado número de casamentos contraídos por muitas nigerinas durante as suas vidas.

A facilidade com que os matrimónios podem ser desfeitos e a velocidade com que podem ser refeitos no seio da sociedade nigerina são dinâmicas sociais que podem ser muito bem instrumentalizadas de forma positiva pelas mulheres. Principalmente porque permitem a acumulação de bens, serviços e dinheiro referente aos diversos preços de noiva pagos pelos diferentes nubentes ao longo dos seus percursos biográficos. É óbvio que a viuvez também é uma das causas de dissolução das uniões matrimoniais. Porém, como a morte, por norma, é uma consequência de circunstâncias naturais totalmente aleatórias, ao contrário do divórcio que envolve sempre uma grande agencialidade (Bourdieu, 1977; Giddens, 1984; Parsons, 1937) das partes envolvidas, considerar-se-á neste contexto a viuvez menos relevante.

No seio da sociedade nigerina, a importância para a mulher do pagamento do preço da noiva vai muito além das garantias previstas na lei islâmica. Na realidade, é o veículo por excelência que lhe permite iniciar um processo de acumulação material.

a) As mulheres dificilmente têm acesso à propriedade, sobretudo em meio rural. Regra geral, os terrenos que cultivam, mesmo que seja por conta própria, foram cedidos pela família do marido (Diarra & Monimart, 2006). Portanto, em caso de divórcio, as terras regressam aos respetivos donos.

b) As leis sucessórias locais tendem a prejudicá-las em matéria de herança. O Alcorão estipula que os filhos varões recebam o dobro das irmãs à morte do pai: «*Deus vos prescreve acerca da herança de vossos filhos: Daí ao varão a parte de duas filhas; se apenas houver filhas, e estas forem mais de duas, corresponder-lhes-á dois terços do legado e, se houver apenas uma, esta receberá a metade.*» (4:11). Esta disposição legal deve ser no entanto contextualizada temporalmente. Na altura em que foi formulada, na região da península arábica era costume, em caso de orfandade, os irmãos assumirem os encargos com as suas irmãs até à idade de casarem. Com a islamização do território nigerino este preceito ter-se-á disseminado localmente. Contudo, nada indica que os

homens continuem a manter esta prática nos dias de hoje. Aliás, as queixas junto das entidades competentes relativamente à usurpação indevida da herança pelos elementos masculinos das fratrias tornaram-se cada vez mais frequentes. As dificuldades económicas em que se encontram muitos agregados familiares terão certamente contribuído para o descumprimento destas obrigações sociais e morais. Além do mais, a exclusão parcial ou total das raparigas dos direitos sucessórios permite aos irmãos receberem um quinhão maior da herança, e desta forma capitalizarem-se à custa das suas irmãs. Este género de injustiças não costuma ser uma temática abordada pelos grupos islâmicos reformistas, cujo principal propósito centra-se na reabilitação e capacitação social do homem empobrecido em resultado da crise económica. As suas preocupações com questões femininas aparecem sempre subordinadas aos interesses masculinos. Em consequência disso, muitas mulheres começaram a reclamar, em praça pública, o direito a herdar de forma equitativa. A cooperação internacional também tem pressionado o governo nigerino no sentido de legislar de uma vez por todas os direitos sucessórios das mulheres, inclusive para os casos de viuvez. Todavia, conforme anteriormente mencionado, a aprovação pela Assembleia Nacional de legislação nesta matéria tem sido dificultada pelo facto de a adoção de Código da Família ter sido remetido para as calendas gregas.

c) O acesso a um emprego formal com salário regular<sup>93</sup> encontra-se normalmente vedado. Apenas uma escassa minoria cidadina com as habilitações literárias necessárias consegue aceder a este género de posto de trabalho. Apesar da mulher nigerina ser socialmente dependente do seu marido, ela tem uma completa independência financeira. O lucro que retira das suas atividades é para as suas despesas pessoais e da sua própria família [materna e paterna] (Bornand, 2005). Posto isto, torna-se mais perceptível a importância que o valor recebido pelo preço da noiva assume neste contexto socioeconómico. O *mahr*, conjuntamente com o enxoval que entretanto preparam - muitas vezes com a ajuda das suas mães (Masquelier, 2009), para o casamento são os primeiros ativos aos quais a mulher tem acesso. Portanto, quantas mais vezes conseguirem casar, maiores serão as suas possibilidades de multiplicar os valores recebidos, mesmo que o montante do preço da noiva tenda a diminuir em função do número de matrimónios anteriormente contraídos. Como se pode verificar, o estigma

---

<sup>93</sup> Mais precisamente, no sector económico formal estatal, como a função pública; privado não-lucrativo, como as ONG; ou privado lucrativo, como as instituições bancárias ou as empresas transnacionais com representação no país.



social provocado pelo divórcio pode muito bem ser contrariado e transformado numa vantagem económica para a mulher.

Apesar de a decisão do divórcio ser apanágio do marido, conforme se viu a montante, a mulher também possui alguma margem de manobra nessa matéria. A rescisão do contrato matrimonial por mútuo acordo, quando a mulher manifesta o seu desinteresse em continuar casada pode ter vantagens sobre uma decisão judicial. Mesmo que o marido manifeste imensa relutância em separar-se da esposa, o estabelecimento de uma compensação, qualquer que seja a sua natureza, por eventuais prejuízos causados pela separação no seio do agregado familiar, facilita a resolução pacífica do contrato de casamento, como prevê o Alcorão (2:229). É verdade que estas disposições facilitam principalmente as mulheres dos grupos mais abastados, porém isso não significa que as mulheres com menos recursos não possam igualmente capitalizar sobre o binómio casamento-divórcio. Por norma utilizam estratégias mais subversivas, designadamente induzem os seus maridos a repudiá-las. A narração que se segue diz respeito à história do casamento de Lawali. Este relato foi escolhido por ilustrar como uma mulher, com um poder negocial à partida desfavorável, ou seja, com um valor no mercado matrimonial relativamente baixo, conseguiu inverter as regras do jogo e maximizar os benefícios colhidos através do seu terceiro casamento.

*«Lawali é um haussa originário da região de Maradi. Apesar de não ter muita instrução [não chegou a completar o ensino secundário], é um homem muito esclarecido e cosmopolita. Tem uma conversa muito interessante e consegue-se expressar em várias línguas. Durante vários anos foi motorista internacional de pesados, percorrendo a África ocidental de lés-a-lés. Em 2012, suspendeu a sua atividade profissional, por motivos que nunca chegou a revelar e empregou-se como empregado doméstico numa residência de anasaareys<sup>94</sup> [expatriados europeus] em Dar-es-Salam. Não obstante Lawali ter nascido em 1971, com quarenta e um anos ainda era solteiro. O facto de ter passado os últimos anos a viajar e de ser detentor de poucos recursos terão certamente pesado nessa sua condição estigmatizante. No início de 2013, resolveu procurar uma mulher para casar. A sua família arranjou-lhe um noivado com a sua prima Kadidja. Apesar de ainda ser muito jovem, a sua prima já tinha sido casada duas vezes e tinha dois filhos, um de cada casamento. Desde o início que Kadidja manifestou o seu degradado relativamente a esta proposta de casamento.*

---

<sup>94</sup> *Anasaarey* significa literalmente na língua zarma, descendentes de Nazaré, em referência a Jesus Cristo. Este termo é normalmente utilizado para designar estrangeiros de origem europeia ou americana (Olivier de Sardan, 1982). A sua conceptualização pode no entanto assumir um carácter muito mais fluído, dependendo da perceção do interlocutor. Por exemplo, **Mama Fatou**, uma maliana que vivia num bairro habitado principalmente por expatriados, era considerada por muitos nigerinos uma *anasaara* [singular], pela forma como se exprimia e vestia.

*Com efeito, Lawali, pela sua idade e pelo seu estatuto socioeconómico estava longe de ser um pretendente de sonho. No entanto, ela foi muito pressionada pela família para aceitar essa união. Kadidja acabou por aceitar casar com Lawali contra o pagamento de 100 000 FCFA, um valor claramente inflacionado para a sua condição de familiar duplamente divorciada. A questão do preço da noiva acabou por conduzir a acesas discussões no seio da família de Lawali. Por fim, uma tia abastada, que enriqueceu como o comércio da carne<sup>95</sup> concordou em pagar o valor pedido. A fatiha do casamento acabou por ocorrer em finais de Maio de 2013, mas a noiva só chegou ao domicílio do marido aproximadamente uma semana mais tarde, conjuntamente com as mobílias do seu enxoval e acompanhada pela sua comitiva familiar. Desde o primeiro dia que o casamento parecia predestinado ao fracasso. Enquanto estiveram casados, Kadidja dificultou imensamente a vida a Lawali. Assim que o casamento foi consumado, deixou de cumprir com os seus deveres conjugais no leito e pouco tempo depois recusou-se também em lhe preparar as refeições. As discussões maritais tornaram-se infundáveis. Um dia, Lawali cansou-se com a situação, perdeu a cabeça e deu-lhe uma estalada. Na sequência deste episódio, Kadidja embalou os seus pertences e partiu.»<sup>96</sup>*

Através esta descrição torna-se perceptível quão vulnerável poder ser a posição social de um homem que não conseguiu firmar nenhum compromisso de casamento até uma idade relativamente avançada, sobretudo tendo em conta a esperança média de vida na República do Níger. Este era um dos principais tipos de flagelos sociais que os movimentos reformistas procuravam combater. Por causa da sua fragilidade em termos negociais, a sua família gerou todo o processo de negociação em torno do casamento, escolhendo inclusive a sua noiva. A escolha recaiu sobre Kadidja porque, em função da sua trajetória de vida, o seu estatuto social não era muito melhor do que o de Lawali. E, por conseguinte, apesar da sua juventude, dificilmente arranjaría um melhor pretendente com reais intenções de casamento. Porém, Kadidja não se deu por derrotada e acabou por conseguir inverter as regras do jogo. O desespero que a família tinha em casar Lawali permitiu exigir-lhe um valor pelo preço da noiva que noutras circunstâncias, seria perfeitamente impensável. Após a cerimónia do casamento, Kadidja atrasou ao máximo a sua mudança para a residência do marido, alegando que tinha questões pendentes para resolver na sua aldeia. Quando finalmente instalou-se em casa de Lawali tratou imediatamente de consumir sexualmente o seu matrimónio para que não houvesse

---

<sup>95</sup> Um caso típico de empreendedorismo feminino. Normalmente, os haussa é que costumam negociar neste género de empresa do ramo alimentar. Pelo menos para alguns subgrupos étnicos songhay-zarma, a profissão de talhante é uma das atividades menos valorizada do ponto de vista social (Stoller, 1995). Durante a cerimónia de casamento de Lawali, Yacouba, que era descendente da aristocracia zarma, não conseguiu disfarçar o seu desprezo e escárnio relativamente à origem da fortuna da família.

<sup>96</sup> Diário de campo.

direito à reclamação da restituição do valor pago pelo preço da noiva em caso de separação. Uma vez o casamento consumado, ela deixou de qualquer interesse naquela relação e, conseqüentemente, descurou todas as suas obrigações maritais. Desta forma acabou por precipitar, mesmo que não tenha sido de forma intencional, a rutura da união matrimonial, o que acabou por acontecer na seqüência de um episódio de violência doméstica. Aos olhos da sociedade, os maus-tratos são uma forma legítima de abandono do lar. Mesmo que não tenha agido de forma premeditada, o seu comportamento assumiu contornos claramente subversivos. A verdade é que regressou à sua aldeia, com o seu enxoval e com o dinheiro referente ao preço da noiva. Por causa disso pode-se afirmar que, pelo menos, o seu terceiro casamento revelou-se uma empreitada bastante lucrativa para ela. Noutras circunstâncias, quanto tempo demoraria ela aumentar de forma tão significativa o seu capital pessoal?

O facto de a conservação do valor pago relativamente ao preço da noiva estar condicionado pela consumação da união, da qual poderia ter eventualmente resultado descendência, leva a conjecturar sobre a possibilidade de Kadidja ter procedido de forma semelhante nos seus anteriores casamentos, transformando-os igualmente em vetores privilegiados para a acumulação de ativos. O facto de ambos os filhos viveram com as famílias paternas leva a supor que sim. Como ficou anteriormente subentendido, a República do Níger apesar de ser um Estado supostamente laico, a sua jurisprudência tem uma forte influência islâmica (Sounaye, 2009). No que concerne a custódia da prole na seqüência de um divórcio, a jurisprudência islâmica é que impera, embora as interpretações locais da mesma possam variar. Os filhos são pertença da linhagem paterna mas isso não significa que fiquem automaticamente a viver com o pai. As crianças lactantes permanecem em princípio ao cuidado da mãe. Em consonância com o Alcorão:

*«As mães (divorciadas) amamentarão os seus filhos durante dois anos inteiros, aos quais desejarem completar a lactação, devendo o pai mantê-las e vesti-las equitativamente. Ninguém é obrigado a fazer mais do que está ao seu alcance. Nenhuma mãe será prejudicada por causa do seu filho, nem tampouco o pai, pelo seu. O herdeiro do pai tem as mesmas obrigações; porém, se ambos, de comum acordo e consulta mútua, desejarem a desmama antes do prazo estabelecido, não serão recriminados. Se preferirdes tomar uma ama para os vossos filhos, não sereis recriminados, sempre que pagueis, estritamente, o que tiverdes prometido.» (2:233).*

Dependendo do acordo estabelecido entre os progenitores, os rapazes podem ser entregues à família paterna entre os dois e os oito anos e as raparigas entre essa idade e a puberdade. Porém, se a mãe entretanto voltar a casar, a guarda dos filhos transita imediatamente para a família paterna, independentemente da idade das crianças. Como aconteceu com Kadidja na sequência do segundo e terceiro casamento.

Em termos de estratégia de sobrevivência, a transferência das responsabilidades maternas para a família paterna pode-se revelar vantajoso para a mulher. Para além de não ter as despesas inerentes às crianças ao seu encargo, permite-lhe negociar, com maior liberdade, futuros contractos matrimoniais. Verifica-se, deste modo, que a interpretação dominante das disposições legais e jurisprudência islâmica tende a facilitar a acumulação material feminina através do casamento.

#### **6.1.4 A acumulação material e simbólica feminina**

Quando uma mulher casa pela primeira vez, habitualmente, deixa a casa familiar para ir viver no seio da família do marido, em consonância com o princípio da virilocalidade (Charlick, 1991). Antigamente, esta transferência de residência era normalmente efetuada no contexto da família alargada (Diarra, 1971; Olivier de Sardan, 1984). Porém, com a progressiva autonomização dos agregados familiares, esta mudança, pode implicar ir viver apenas com o marido ou então, caso ele já seja casado, com as restantes mulheres e filhos. Esta fragmentação familiar implicou uma perda de capital humano para família do marido, principalmente para a sogra. Dantes, o casamento de um filho representava sempre um reforço da mão-de-obra doméstica com a chegada da nora.

A partir do momento em que a mulher se instala em casa do marido, o seu dever, como grande provedor familiar, é assumir todos os encargos respeitantes à gestão do lar e sobrevivência da família (Mounkaïla, 1999). Na sua ausência ou impedimento, esta responsabilidade supostamente recai sobre os seus ascendentes [pais] ou colaterais [irmãos], principalmente irmãos do sexo masculino. Esta premissa corresponde ao ideal patriarcal e encontra-se presente nas Escrituras Sagradas: «*Os homens são os protectores das mulheres, porque Deus dotou uns com mais (força) do que as outras, e pelo seu sustento do seu pecúlio.*» (Alcorão 4:34).

Com efeito é suposto os deveres conjugais femininos não envolverem participações de natureza financeira para a manutenção do agregado familiar. É expectável que o contributo da mulher seja de outra natureza, e se circunscreva às obrigações conjugais

anteriormente referidas. Em meio rural, o cumprimento destas obrigações tende a envolver uma maior quantidade de tempo e desgaste físico do que em meio urbano. Na cidade, as tarefas domésticas estão mais simplificadas. Ingredientes como o carvão necessários à preparação das refeições podem facilmente ser adquiridos no mercado. O acesso à água potável está mais facilitado, quer através da água canalizada, quer por via dos *gari-gari*, os vendedores ambulantes de jerricãs de água.

Com a monetarização das relações sociais na sequência da intervenção dos organismos financeiros internacionais, a condição feminina agravou-se na República do Níger. Regra geral, a literatura sobre o agravamento das desigualdades de género em África na esteira da introdução do liberalismo económico refere-se sobretudo ao fardo das mulheres à frente de famílias monoparentais. A sua sobrecarga laboral em razão da uma necessidade crescente de liquidez financeira é um dos aspetos mais abordados. Em contrapartida, o impacto das dinâmicas globais nas mulheres que continuaram inseridas em relações matrimoniais continua pouco explorado. Por exemplo, na República do Níger, a progressiva monetarização da economia em plena crise económica afetou de forma negativa as mulheres casadas. Além da sua carga de trabalhos ter aumentado consideravelmente, muitas passaram a ter de contribuir financeiramente de forma regular para a sobrevivência dos seus agregados familiares (Alidou, 2005).

Historicamente, a divisão sexual do trabalho sempre implicou uma jornada laboral quotidiana mais longa para a mulher nigerina. Os meses intensivos de trabalho masculino resumiam-se à curta estação das chuvas, durante a qual era assegurada a produção agrícola cerealífera anual. Durante os restantes longos meses do ano, os homens consagravam-se principalmente ao lazer e ao comércio de ativos, principalmente de cabeças de gado. Alguns também se dedicavam à migração sazonal, principalmente rumo a alguns países costeiros vizinhos. A diferença de investimento laboral no agregado familiar entre homens e mulheres era normalmente reequilibrada através da válvula de segurança que o capital financeiro e ganadeiro masculino representavam em anos de fraca colheita (Olivier de Sardan, 1984b).

A partir de meados da década de 1980, sobretudo após a seca de 1984-1985, este capital masculino deixou funcionar como garantia contra a produção cerealífera insuficiente. Maus anos agrícolas sucessivos associados às novas regras de uma economia cada vez mais monetarizada, patente, entre outras coisas, na excessiva especulação em torno dos cereais acabou por descapitalizar muitos homens que viviam

em contexto rural. Nas cidades, o cumulativo de salários em atraso, o aumento do desemprego e a subida extraordinária do preço dos bens de primeira necessidade importados também debilitaram o papel do homem enquanto principal pilar de sustento da família.

Um dos corolários mais perversos da introdução dos PAE na República do Níger não foi a redução e taxação dos serviços públicos de cariz social, conforme a literatura assinalou em referência a muitos países africanos. Uma das consequências mais nefastas das reformas liberais foi a importância que o dinheiro passou a assumir na gestão e dinamização das redes sociais. A intensa permuta de oferendas, que caracterizava um conjunto de relações sociais, passou a exigir cada vez mais contribuições de natureza monetária. Ora, esta importância crescente do dinheiro nas dinâmicas de socialização atingiu particularmente as mulheres. Elas é que são normalmente responsáveis pela catalisação de diversos acontecimentos sociais. A partir de dada altura, como se referiu anteriormente, a participação em festividades como casamentos e batizados passou a implicar custos monetários. Entre outras coisas, passou a ser necessário canalizar verbas para as indumentárias usadas durante as cerimónias e para a troca de presentes que cimentam os vínculos de amizade.

A crescente exigência pecuniária acabou por projetar muitas mulheres na esfera informal da economia nigerina. Nas zonas rurais havia o hábito de atribuir à mulher após o casamento uma parcela de terra que ela podia cultivar a seu bel-prazer. Mesmo que não tivesse, conforme afirmado mais acima, quaisquer direitos fundiários sobre o terreno e que nalguns locais esta prática tenha sido suprimida por causa da exagerada pressão demográfica sobre as terras aráveis. Tradicionalmente, esta produção hortícola era canalizada para a confeção das refeições familiares. Porém, com a necessidade crescente de liquidez financeira, grande parte do excedente agrícola passou a ser canalizado para os mercados locais, vendido como vegetais frescos ou então como produtos transformados [pratos cozinhados]. Portanto, como se pode verificar a diversificação de produtos hortícolas não foi somente estimulada pela cooperação internacional com vista à segurança alimentar, a consolidação e manutenção das redes sociais também incentivou o seu desenvolvimento.

Nas cidades, e principalmente na capital, as atividades económicas femininas informais também sofreram um grande incremento. Todavia foram observadas algumas

variações em função da reclamação étnica. Por exemplo, as mulheres songhay-zarma<sup>97</sup> sempre revelaram dificuldades em desenvolver negócios que exigissem uma grande exposição pública por causa da existência de alguns tabus sociais relativamente ao exercício de determinadas atividades económicas fora da esfera doméstica como por exemplo a venda de bens alimentares em plena rua (Moumouni, 1995). No imaginário coletivo songhay-zarma, determinadas profissões eram consideradas desmoralizantes do ponto de vista social. Em contrapartida, as mulheres haussa, por força das dinâmicas sociais associadas ao seu passado histórico, não se encontravam sujeitas a constrangimentos desta natureza e, por isso, podiam exercer, sem qualquer tipo de recriminação social, as suas atividades comerciais em plena rua ou mercados.

O aumento do empreendimento económico feminino foi acompanhado por um processo inverso de descapitalização masculina. Neste seguimento, muitas mulheres viram-se compelidas a ter de assumir parcial ou integralmente o sustento das suas famílias, sobretudo quando os maridos se encontravam desempregados ou ausentes no estrangeiro. Para além de todas as suas tarefas quotidianas, as mulheres passaram a ter necessidade de injetar liquidez financeira na economia doméstica de modo a colmatar as insuficiências económicas, ou até mesmo a avareza, dos seus maridos, relativamente a itens como a alimentação, o vestuário, o pagamento de propinas escolares ou cuidados de saúde. Em alguns casos, chegaram mesmo a empenhar o seu próprio *mahr* para assegurar a sobrevivência das suas famílias.

Muitas mulheres que passaram a canalizar os seus próprios recursos para o sustento do agregado familiar, deixaram de ter liquidez para investir na manutenção e fortalecimento das suas redes sociais. Em consequência disso, acabaram descapitalizadas financeira e socialmente. Sem retirar qualquer benefício individual deste esforço. As correlações de força que lhes eram desfavoráveis no interior do espaço doméstico não foram invertidas, acabando pelo contrário paradoxalmente por se agravar. Portanto, quando as organizações reformistas emergiram apelando a uma reformulação do papel da mulher na sociedade nigerina, elas acabaram por aderir em massa a estas visões religiosas renovadoras. A tónica colocada na função do marido enquanto único provedor da família e a facilitação do divórcio a pedido do marido em caso de incumprimento atraíram muitas adeptas para estes movimentos. A interdição da

---

<sup>97</sup> Família étnica à qual pertencia a grande maioria das migrantes do universo estudado [Ver quadro 6 do ANEXO C].

utilização do *mahr* para fazer face às despesas quotidianas da unidade doméstica foi também recebida com agrado pela população feminina nigerina.

As reformas religiosas acabaram por criar condições favoráveis à multiplicação do capital colocado à disposição da mulher por via do casamento, designadamente através do seu envolvimento em atividades económicas, que mesmo que tivesse margens e lucros reduzidos, a longo prazo podiam potenciar uma considerável acumulação material. Este capital passou a ser muitas vezes investido em bens móveis como utensílios de cozinha ou mobiliário para a casa. Este acervo pode ser interpretado como o resultado de uma permanente atualização do enxoval original e, por isso mesmo, em caso de divórcio, todos estes ativos partiriam com ela. Para que esse acumulado aconteça é necessário que a mulher tenha tempo disponível para se dedicar a estas atividades lucrativas. A forma clara como os movimentos reformistas redefinem as obrigações conjugais femininas não só permite o regate do tempo livre da mulher - que é tão maior quanto mais coesposas houver para dividir as tarefas domésticas -, assim como previne a mulher de participar financeiramente na gestão do agregado familiar.

Muitas atividades geradoras de rendimentos pressupõem uma relativa mobilidade espacial e exposição pública. Estes requisitos entram em conflito, conforme referido mais acima, com algumas normas sociais locais e com os propósitos das correntes reformistas islâmicas que visavam, entre outras coisas, um maior controlo social do corpo feminino, remetendo-o à esfera doméstica e privada. Em consequência disso, as mulheres desenvolveram estratégias que lhes permitiram continuar a desenvolver os seus negócios sem desafiar as regras de conduta social impostas. Cooper (1997) mostrou que mulheres reclusas por opção não deixavam de ser altamente empreendedoras. As suas atividades comerciais eram geridas a partir de casa, delegando o contacto direto de muitos dos seus clientes aos seus filhos, empregados domésticos ou quaisquer outras pessoas sobre as quais detivessem algum tipo de ascendência ou autoridade. Em Niamey, verificou-se que a venda ambulante de água fresca ou gelo era frequentemente uma atividade económica que muitas mulheres geriam indiretamente, através de subordinados que colocam em determinados pontos como vendedores de rua. Durante vários anos, Fati foi proprietária de uma pequena frota de táxis sem nunca ter sido vista a transportar clientes. Estes subterfúgios que facilitaram o contorno das regras de acesso ao espaço público acabaram por contribuir para o desenvolvimento de redes comerciais quase exclusivamente femininas.



Os espaços públicos altamente feminizados cujas dinâmicas de socialização se encontravam altamente feminizadas, como por exemplo, os centros de saúde (Moussa, 2003) ou as *makarantas*<sup>98</sup> - que na língua haussa significa literalmente escola – tornaram-se lugares privilegiados para transacionar tecidos e outras bugigangas com muita procura no seio da população feminina. Maria Carneira da Silva (1999) que trabalhou sobre a sociedade marroquina também observou que os banhos públicos eram um espaço feminino privilegiado para o comércio. Em termos de esferas mais íntimas ou privadas onde também é possível desenvolver alguma atividade comercial, salientem-se as reuniões de *foyandi*<sup>99</sup> e os quintais ou terreiros onde se realizam cerimónias de possessão espiritual.

A acumulação material feminina permite incrementar o estatuto da mulher através de um investimento na qualidade do seu vestuário. As mulheres nigerinas são quase sempre responsáveis financeiramente pela aquisição das suas roupas que também fazem parte do seu rol de ativos pessoais. Na sociedade nigerina, a forma como a pessoa se apresenta vestida é muito importante. Quanto mais opulenta for a vestimenta, sobretudo em termos de tecidos e bordados, maior será a admiração e o respeito manifestado por terceiros.

Uma aposta no reforço das redes sociais de apoio pode ainda se revelar mais crucial durante a última fase da vida das vidas das mulheres. É verdade que a sociedade nigerina estipula, conforme referido a montante, que os filhos do sexo masculino sejam o amparo das mães na terceira idade. Acontece que nem todas as mulheres têm uma descendência masculina em que se possam apoiar e, mesmo quando há rapazes que sobreviveram até à idade adulta, estes nem sempre têm condições financeiras para assumir os encargos com as suas mães. Num contexto de profunda monetarização das relações sociais e de crise económica com contornos endémicos, a ameaça de falta de liquidez financeira para cumprir as obrigações sociais e familiares encontra-se constantemente presente. A escassez de dinheiro pode conduzir inclusive à desintegração das redes familiares e à quebra das relações de reciprocidade entre os vários elementos da família.

---

<sup>98</sup> Ver NARRATIVA 2 do ANEXO B.

<sup>99</sup> *Foyandi* é uma reunião informal exclusiva de mulheres, as quais por vezes estão associadas a um sistema de tontinas. Esta assembleia acontece no interior do espaço doméstico, ao contrário das assembleias masculinas, denominadas de *fada*, que se costumam realizar em pleno espaço público. Sobre esta questão, ver, por exemplo, Scott Youngstedt (2013).

Vários estudos recentes têm mostrado que o abandono de idosos é um fenómeno em expansão por todo o continente africano. Consequentemente, torna-se cada vez mais importante para as mulheres conseguirem poupar algumas economias para a velhice. Apesar da literatura existente sobre o estatuto da mulher salientar a majoração social das mulheres mais maduras, sobretudo daquelas que já se encontram no climatério (Diarra, 1971; Olivier de Sardan, 1984b), não foram encontrados no terreno evidências que corroborassem essa ideia. Como se verá a jusante, as migrantes mais velhas pareciam estar sujeitas quase sempre a situações de vulnerabilidade acrescida. Regra geral, este respeito pela idade parece estar bem mais associado ao estatuto social da mulher. Nalgumas situações, devido ao sucesso económico e social que evidenciam, algumas mulheres maduras são designadas pelo epíteto de «hadja», independentemente de terem realizado ou não a peregrinação a Meca<sup>100</sup> (Masquelier, 2009).

Na verdade, os movimentos reformistas islâmicos, ao redefinirem à luz do Islão, a castidade da mulher nigerina, fazendo-a regressar ao espaço doméstico e à clausura por via do casamento, acabaram por definir em termos ideológicos, as novas regras de emancipação económica e social feminina. Porém, como estas reformas aconteceram num contexto de pauperização acelerada da população, acabaram por colocar uma pressão financeira ainda maior sobre os homens, quando estes se encontravam mais descapitalizados. Como o divórcio se tinha entretanto transformado num mecanismo de proteção contra a perda de capital feminino em resultado da contração de algum casamento desfavorável, as ruturas matrimoniais tornaram-se cada vez mais frequentes. As mulheres passaram a ter a possibilidade de casarem mais vezes durante a sua vida. A celebração de contractos matrimoniais de forma sequencial acabou por fortalecer ainda mais o processo de acumulação feminina. Por outras palavras, as correntes reformistas contribuíram para que as mulheres comuns, pouco escolarizadas e sem acesso ao escasso emprego formal bem remunerado, pudessem autonomizar-se financeiramente através do casamento e, consequentemente, pudessem construir bases sociais de apoio suficientemente sólidas para ampará-las em caso de necessidade.

---

<sup>100</sup> Quando o peregrino muçulmano regressa da sua primeira viagem à principal cidade sagrada do Islão recebe o título honorífico de *حاج* (hadj) que em árabe pode assumir a conotação de peregrino, aquele que faz a peregrinação a Meca.

### **6.1.5 As trajetórias matrimoniais**

O supramencionado estudo realizado por Cooper (1997) em Maradi revelou que a mudança frequente de marido também podia contribuir para a promoção da mobilidade social e espacial da mulher. O trânsito de mulheres por causa do casamento, conforme se referiu anteriormente, remonta ao período africano pré-colonial (Meillassoux, 1992). A passagem ao longo do tempo por distintas uniões matrimoniais apenas intensifica esse processo levando a que a mudança de residência se torne mais frequente. Quanto às transformações de cariz identitário que as mulheres possam estar sujeitas através dos seus sucessivos matrimónios, estas podem refletir tanto uma mobilidade social ascendente como descendente. Os recursos a que acedem cada vez que contraem um novo matrimónio e a forma como gerem a sua acumulação material desempenham um papel fundamental no processo de ascensão social através do casamento. Mais importante do que a idade, uma mulher com uma boa situação socioeconómica terá mais facilidades em contrair um casamento que a faça progredir socialmente.

Posto isto, torna-se perfeitamente possível conceptualizar sobre as relações matrimoniais em termos cronológicos e cumulativos. Os relatos sobre as histórias de vida permitem que se estabeleça um fio condutor relativamente às transformações de índole identitária e estatutária vivenciadas pelas mulheres, tendo sempre como pano de fundo a sua situação face ao casamento. Em consequência disso, optou-se por designar os diferentes percursos económicos e sociais realizados pelas mulheres em função das mudanças de estatuto matrimonial ao longo da vida de trajetórias matrimoniais.

O quadro 2 do ANEXO C faz uma síntese da informação empírica recolhida relativamente às trajetórias matrimoniais descritas pelas mulheres migrantes estudadas. A sua leitura permite retirar as seguintes conclusões.

Primeiro, o celibato está associado a mulheres muito jovens. A presença muito reduzida de celibatárias no grupo de migrante reflete o enviesamento metodológico que esteve na origem do processo de seleção destas mulheres. As mulheres solteiras tinham muito menor probabilidades de terem experienciado a maternidade. As jovens celibatárias justificaram a sua vinda para Niamey com o facto de necessitarem de ajudar as suas famílias. Regra geral, estas jovens celibatárias vinham trabalhar para Niamey sob a vigilância de alguma mulher da sua família. A migração destas jovens encaixa-se perfeitamente no corpo teórico existentes sobre a Migração Autónoma Feminina (MAF) que prevê a migração de raparigas solteiras como tanto uma estratégia de sobrevivência

coletiva dos agregados familiares rurais, assim como um mecanismo de acumulação material individual. Em consonância com o discurso de algumas mulheres migrantes casadas e de Alidou Bimta, as raparigas migrantes solteiras encontravam-se sujeitas a uma intensa pressão sexual masculina, não obstante os problemas sociais associados a uma gestação fora do quadro legal do casamento.

Segundo, a grande maioria das migrantes eram casadas em primeiras núpcias. Muitas delas ainda eram muito jovens para se poder inferir posteriores mudanças de estatuto matrimonial. Todavia, o desinteresse que alguns maridos manifestavam relativamente às mulheres e filhos, e vice-versa, denotavam ruturas matrimoniais eminentes. Dentre as migrantes mais velhas que continuavam casadas com o primeiro cônjuge, aquelas que evidenciavam ter uma relação matrimonial mais estáveis viviam em monogamia com os seus maridos na capital. As migrantes em regime de poligamia cujos consortes viviam também na cidade raramente partilhavam a mesma residência que o marido e muitas das migrantes autónomas femininas casadas encontravam-se envolvidas em uniões matrimoniais extremamente fragilizadas pela prolongada ausência de remessas e, por vezes, até mesmo de notícias. O malogro económico era um dos principais motivos para os maridos não enviarem dinheiro à família. Mas não era o único. O interesse por uma outra mulher ou simplesmente não terem confiança nos circuitos informais de remessas também privavam as mulheres do envio regular de dinheiro. Aliás, a incapacidade dos seus maridos em cumprir com os seus deveres enquanto provedores da família estavam por detrás de muitos destes empreendimentos migratórios femininos. Apenas quando (ou se) regressarem do exterior é que muitos trazem as poupanças acumuladas durante a estadia.

Terceiro, apenas uma escassa minoria das mulheres que experienciou uma rutura matrimonial voltou a casar. Algumas mantiveram relacionamentos informais. Mas a grande maioria permaneceu com o estatuto de viúva ou divorciada por um longo período de tempo.

Devido à grande variedade de situações vividas e de forma a facilitar a análise no sentido de fazer sobressair determinadas tendências optou-se por dividir estas migrantes em dois subgrupos distintos: as mulheres casadas em primeiras núpcias e aquelas que já tinham experienciado pelo menos uma rutura matrimonial. As migrantes que ainda viviam supostamente com o primeiro cônjuge foram ainda divididas em mulheres que residiam em Niamey com os maridos em regime de monogamia; as mulheres que

residiam em Niamey com os maridos em regime de poligamia; as mulheres que residiam sozinhas em Niamey em regime de monogamia; as mulheres que residiam sozinhas em Niamey em regime de poligamia.

#### **6.1.5.1 Mulheres casadas em primeiras núpcias**

Ao que tudo indica, a esmagadora maioria das migrantes ainda só tinha casado uma vez. Contudo, nem todas as migrantes pertencentes a este conjunto estariam forçosamente casadas com o primeiro marido. Existe a probabilidade de algumas mulheres terem sido anteriormente casadas e terem sonogado esta informação. Se bem que essa possibilidade seja muito reduzida entre as mulheres mais jovens e menos plausível entre as monogâmicas. Por norma, as mulheres divorciadas têm mais dificuldades em arranjar um pretendente que ainda não tenha contraído nenhum casamento com nenhuma outra mulher. Portanto, no seio das poligâmicas, a hipótese de ter sido recolhida informação por defeito é muito maior.

##### 6.1.5.1.1 Mulheres que vivem em regime de monogamia com os seus maridos.

A primeira ideia que ressalta relativamente a este subgrupo é que a grande maioria eram mulheres muito jovens, com apenas um ou dois filhos muito pequenos, e, portanto, que se encontravam ainda no início das suas trajetórias matrimoniais.

No entanto, constatou-se igualmente que um número reduzido de migrantes vivia em uniões matrimoniais aparentemente mais estáveis. As mulheres inseridas nestas relações monogâmicas duradouras tinham um elevado número de filhos. A sobrevivência destes agregados familiares, nos quais existia numerosos dependentes, ou seja, crianças muito pequenas, colocava imensa pressão financeira sobre os maridos. Estes nem sempre conseguiam cumprir com as suas obrigações de chefe de família. Em consequência disso, observaram-se duas tendências distintas. Uma primeira, em que as mulheres não se importavam em contribuir financeiramente para a subsistência da família. Com a redução do preço da noiva muitos dos homens que passaram a ter possibilidade de aceder ao casamento, a médio prazo revelaram incapacidade económica de assumir os encargos com uma prole em crescimento, em consonância com os desígnios das Escrituras Sagradas. Portanto, à medida que a descendência ia aumentando, os contributos financeiros femininos foram ganhando maior importância. A participação monetária das mulheres é mais provável nas relações monogâmicas do que poligâmicas por causa das rivalidades entre coesposas. Uma segunda situação observada foi a

descapitalização pontual de uma das migrantes que entregou o seu salário mensal ao marido para que ele pudesse iniciar um negócio de venda ambulante de medicamentos contrafeitos, de modo a que conseguisse retirar os rendimentos necessários ao sustento da família. A ideia de que o assalariamento temporário podia ser o passaporte para o início de algum negócio por conta própria também fora constatada por Jean Rouch (1956). Uma terceira foi a atomização dos agregados familiares optaram pela atomização, em consonância com a literatura existente sobre as estratégias de sobrevivência desenvolvidas pelas unidades familiares rurais. Estes processos de dispersão familiar eram particularmente interessantes porque todos os elementos das famílias residiam em Niamey

No que concerne a capacidade de acumulação material a título pessoal, observou-se que as migrantes cujas famílias se encontravam dispersas pela capital tinham casamentos mais propícios à capitalização financeira e social feminina. Isto não quer dizer que as mulheres que contribuía para a manutenção do agregado familiar não retirassem benefícios dessa colaboração, designadamente no que dizia respeito à prevenção da poligamia.

A maioria destas mulheres migrou na companhia dos seus maridos para a capital. Algumas, no entanto, viajaram posteriormente quando os seus cônjuges já se encontravam devidamente instalados, de acordo com o princípio do reagrupamento familiar. Os casamentos monogâmicos, em primeiras núpcias, em que ambos os consortes viviam em Niamey foram as uniões matrimoniais observadas mais estáveis.

#### 6.1.5.1.2 As mulheres que vivem em regime de poligamia com os seus maridos

Presume-se que os dados empíricos referentes a este ponto tenham sido colhidos por defeito. É muito provável que algumas das migrantes inseridas em relações matrimoniais poligâmicas tenham sonogado essa informação. Principalmente, para as mulheres que se encontravam envolvidas em dinâmicas migratórias temporárias, este género de relação matrimonial era facilmente escondida.

Relativamente às mulheres polígamas, constatou-se que, regra geral, as grandes múltiparas eram as primeiras esposas e que aquelas que somente tinham um número mais reduzido de crianças eram as esposas secundárias. A maioria dos casos verificados correspondia a relações de bigamia, ou mais precisamente de diginia, isto é, um homem com duas consortes. Apenas duas migrantes tinham mais do que uma coesposa. Nenhuma delas partilhava a sua residência com o seu marido, apesar de viverem com

eles na capital. A informação estatística disponível mostra que as ruturas matrimoniais em uniões poligâmicas eram mais frequentes. O dinamismo que caracteriza o casamento nigerino era particularmente evidente nas relações poligâmicas, onde ocorrem frequentes recomposições dos agregados familiares ao longo do tempo.

O sucesso profissional masculino ou o incremento da mão-de-obra doméstica só motivou num caso a poligamia. Uma das migrantes estava integrada num agregado familiar que regressava todos os anos por altura da estação das chuvas à aldeia para os trabalhos campestres. A posição de primeira esposa dava-lhe acesso a determinadas prerrogativas exclusivas, nomeadamente a possibilidade de escapar à dureza dos trabalhos agrícolas através de uma fixação permanente na cidade. A sua coesposa mais jovem é que ficava incumbida com o cansativo trabalho campestre.

A maior parte das situações observadas dizia respeito a homens que procuraram uma mulher mais jovem após terem tido vários filhos com a primeira. Aparentemente parece existir uma correlação entre a grande multiparidade da primeira mulher e a procura de uma nova esposa. É plausível considerar que a poligamia pudesse ser potenciada por razões de natureza mais recôndita relacionadas com o prazer sexual masculino. A tendência para o relaxamento das paredes vaginais provocado pelos numerosos partos era normalmente travado durante o período do pós-parto através de lavagens vaginais com plantas e raízes medicinais com propriedades adstringentes (Moussa, 2012). Este género de cuidados puerperais encontra-se muito disseminado por toda a África subsariana, sendo principalmente transmitido entre mulheres da mesma família. O seu objetivo primordial é manter o canal vaginal apertado, de forma a evitar que o parceiro perca o interesse sexual na relação matrimonial. O *dry sex* praticado inclusive por muitas mulheres celibatárias e nulíparas visa exatamente os mesmos propósitos (Beksinska, Rees, Kleinschmidt, & McIntyre, 1999). No entanto, para além, do desconforto e das dores que muitas mulheres têm durante o coito, esta prática acabou por se tornar um problema de saúde pública devido ao aumento exponencialmente os riscos de contrair DST em consequência das microrroturas nas paredes vaginais durante o ato sexual. Porém, após uma mulher dar à luz uma mão cheia de filhos, não há farmacopeia adstringiva que consiga reverter a falta de elasticidade dos órgãos internos.

Apesar de não se terem observado indícios de que as relações poligâmicas em questão tenham conduzido à descapitalização destas migrantes, a verdade é que nenhum dos casos foi potenciado por um aumento de recursos dos maridos. O aumento de

número de dependentes, sem uma prévia melhoria dos rendimentos económicos masculinos, tende mais cedo ou mais tarde a penalizar os vários elementos da família.

#### 6.1.5.1.3 Mulheres em regime de monogamia que vivem sem os seus maridos

As mulheres monogâmicas que se encontravam sozinhas em Niamey eram por norma bastante jovens, tinham poucos filhos e os seus maridos estavam emigrados internacionalmente nalgum país vizinho.

As dinâmicas matrimoniais das mulheres grávidas ou primíparas foram mais difíceis de apreender devido ao facto dos seus casamentos serem muito recentes. Além do mais, como os seus filhos lactentes estavam com elas em Niamey, tornou-se muito mais difícil cruzar informação sobre as suas redes de suporte e sobre a assistência financeira prestada pelos seus maridos.

A questão das remessas dos maridos mostrou ser um ponto extremamente sensível, sobre o qual a grande maioria optou sempre por não falar. Apenas uma migrante assumiu que o cônjuge mandava dinheiro regularmente através de conhecidos. Outra também referiu que o marido: «De vez em quando manda qualquer coisa»<sup>101</sup>. Apenas uma única migrante manifestou-se de forma negativa, sem rodeios, sobre do comportamento do seu consorte: «*Está na Costa do Marfim desde 2010, não dá notícias, nem manda dinheiro. São os meus pais que se têm de encarregar de mim e do meu filho*»<sup>102</sup>.

No conjunto de migrantes estudado havia apenas duas primíparas cujos maridos não se encontravam emigrados internacionalmente. Aparentemente ambas terão abandonado os seus cônjuges na aldeia para se instalarem na capital. Segundo Gaïka, este género de fuga era frequente quando as uniões matrimoniais eram impostas às mulheres sem o seu consentimento. Ao que tudo indica, ambas seriam vítimas de casamentos forçados. Do ponto de vista moral, o abandono do lar sem qualquer motivo legítimo aos olhos da jurisprudência islâmica é socialmente condenável, contribuindo para a criação de um estatuto social ambíguo em torno da mulher e, mais importante do que isso, tende a acelerar a vulnerabilização e pauperização feminina. Uma destas migrantes, após a sua chegada à cidade, descobriu que estava grávida. Mesmo ter sido deixado para trás, a seguir às festas da *Tabaski*<sup>103</sup>, sem o seu consentimento, o marido acorreu à cidade

---

<sup>101</sup> **Djamila20**, entrevista realizada em Novembro de 2011.

<sup>102</sup> **Houmou25**, entrevista realizada em Dezembro de 2012.

<sup>103</sup> Ver NARRATIVA 4 do ANEXO B.



quando soube que a sua mulher tinha dado à luz em Niamey. Assumiu a paternidade do seu primogénito sem quaisquer reservas, apesar de desconhecer previamente a sua condição de gestante. A sua família fez questão de realizar e pagar a *fatiha* respeitante à cerimónia de atribuição de nome. Esta comemoração realizada aos setes dias de vida representa a assunção pública da paternidade através do outorgamento de um nome e uma filiação paterna à criança<sup>104</sup>.

A história da outra migrante parecia bem mais confusa. Não obstante ter afirmado que era casada, havia indícios de que talvez ainda fosse ainda celibatária, ou na melhor das hipóteses, que tivesse casado grávida, o que em si já pode ser suficientemente estigmatizante<sup>105</sup>. Segundo ela terá viajado para Niamey na companhia do seu filho lactente na sequência de uma discussão com o seu marido. Esta separação levou a que se instalasse de forma permanente na capital.

Relativamente às mulheres múltiparas, os dados empíricos recolhidos eram um pouco mais esclarecedores. Nenhuma delas tinha mais de quatro filhos. As crianças mais velhas em regra tinham ficado na aldeia aos cuidados de familiares. Tinham-se preferencialmente instalado na capital apenas na companhia do filho mais novo que ainda estavam a amamentar. Algumas migrantes tinham viajado para Niamey na companhia dos seus cônjuges. Os maridos - que escolhiam como país de destino a Costa do Marfim, o Benim ou o Gana - por vezes faziam uma estadia breve em Niamey até conseguirem o capital ou crédito necessário ao seu empreendimento migratório. Em contrapartida, os maridos que migravam para a Nigéria não passavam pela capital. As principais rotas migratórias para este país vizinho passam a leste desta cidade.

Apenas se verificou uma ocorrência em que todos os filhos ficaram na aldeia enquanto a mãe migrou sozinha para a capital. Isto não quer dizer que este cenário seja uma exceção em termos de dinâmicas migratórias femininas, apenas que neste subgrupo esta tendência esteja sub-representada pelo facto de existirem muitas crianças lactentes. Num dos casos analisados, o marido é que ficou na aldeia a tomar conta dos três rapazes. Este empreendimento migratório denota uma clara inversão dos papéis de

---

<sup>104</sup> Durante o intervalo de tempo que vai do nascimento até ao sétimo dia, a criança não tem identidade social. É suposto que as pessoas se refiram ao neonato pela simples designação de «ele» ou «ela» de forma a não atrair o mau-olhado ou a má sorte. Constatou-se porém que os casais mais jovens, pelo menos na capital, estes preceitos não eram cumpridos com tanto zelo. A recitação da *fatih*a pelo marabuto apenas formalizava uma escolha realizada previamente. Os custos associados a este ritual são normalmente pagos pelo pai, ou na sua ausência pela família paterna.

<sup>105</sup> Em consonância com Hamidou descendência resultante de casamentos realizados nestas circunstâncias também é alvo de alguma discriminação social pelo facto dos seus pais não terem sabido esperar.

gênero. Os deveres conjugais femininos foram totalmente assumidos pelo marido, ou melhor, pelas mulheres sua linhagem. Em contrapartida, a mulher estava responsável pela injeção de liquidez no agregado familiar. Apesar de ter sido o único caso observado no universo estudado, isto não significa que esta tendência não fosse mais predominante no seio das dinâmicas migratórias femininas nigerinas em geral. Até recentemente, este padrão migratório circunscrevia-se às referidas migrantes bororo [wodaabe] que deixavam maridos e filhos de colo para irem vender as suas plantas medicinais aos países circundantes. É plausível acreditar que os enormes fracassos e os custos sociais dos empreendimentos migratórios masculinos podem ter levado ao desenvolvimento de novas estratégias, como a migração exclusiva de mulheres. Os projetos migratórios femininos por causa das distâncias percorridas têm uma margem de risco muito menor e os envios de dinheiro chegam com muito maior regularidade à aldeia. Além do mais, os maridos que permanecem na aldeia em vez de partirem em êxodo internacional podem dedicar-se ao cultivo da terra e assegurar a sua pertença sobre a propriedade fundiária. O exemplo desta migrante era provavelmente aquele que reunia as melhores condições para a acumulação material feminina.

A guarda dos filhos em contexto migratório traz novamente para a ribalta a questão das responsabilidades conjugais. Em teoria, as obrigações familiares dos consortes diferem dependendo da linhagem que ficar encarregada pelas crianças. Se ficarem ao encargo da família paterna, o marido pode delegar as suas funções de provedor nos seus ascendentes e colaterais agnáticos. Mesmo que não consiga enviar dinheiro para o sustento dos filhos, os seus familiares têm a obrigação de assegurar o seu sustento. Nestas circunstâncias, os deveres maternos transitam para a linhagem agnática das crianças, à semelhança do que acontece após a regulação do poder paternal na sequência de um divórcio. Em contrapartida, se as crianças estiverem aos cuidados da família materna, a questão do incumprimento das obrigações conjugais recai sobre o marido, caso não haja envios regulares de dinheiro.

Malgrado este argumento teórico, na prática, as dinâmicas sociais nem sempre atuam neste sentido. Alguns maridos enviavam as remessas para os seus ascendentes ou colaterais agnáticos que depois supostamente ficavam encarregados de dar assistência às mulheres e filhos. Ora, nem todas as famílias paternas cumpriam com as suas responsabilidades negligenciando o bem-estar das noras e dos netos. Em consequência disso, alguns passaram a optar por enviar dinheiro do estrangeiro diretamente às suas

esposas. Ademais, verificou-se que quer as crianças ficassem à guarda da linhagem agnática, quer da linhagem uterina, as mulheres participavam financeiramente no seu sustento, independentemente de receberem remessas dos seus maridos. Portanto, a recapitalização dos ativos que estas mulheres perderam em consequência de um contexto de insegurança alimentar crónico, dependia muito da vontade ou da capacidade dos seus maridos enviarem dinheiro regularmente. Com efeito, poucas eram as mulheres migrantes autónomas casadas cuja melhoria da sua condição de vida não estava dependente de remessas.

Algumas das mulheres em questão tinham os filhos todos consigo em Niamey porque não tinham ninguém com quem deixar as crianças mais velhas. Esta decisão nem sempre era uma consequência de redes sociais mais debilitadas. Nalgumas famílias, todos os elementos familiares femininos mais próximos, nomeadamente irmãs, mães, tias ou cunhadas também eram migrantes sazonais. O envolvimento de vários membros femininos de uma mesma família alargada em empreendimentos migratórios acaba mais cedo ou mais tarde por projetar também as crianças nestas dinâmicas, e desta forma contribuir, para a sua descolarização.

Apesar da maioria destes casamentos aparentar ser relativamente recente, algumas mulheres davam indícios de se encontrar em pleno processo de rutura matrimonial devido ao desinvestimento financeiro dos maridos ausentes na respetiva família.

#### 6.1.5.1.4 Mulheres em regime de poligamia que vivem sem os seus maridos

Ao que tudo indica, a omissão do regime de poligamia foi menos frequente entre as migrantes que viviam sozinhas em Niamey. É pouco provável que as mulheres classificadas como monogâmicas tivessem sonegado informação relativamente a esta questão. Pelo que se pôde observar no terreno, esta condição era muitas vezes ocultada pela primeira esposa. Por causa do seu número relativamente reduzido de filhos, se estas migrantes estivessem eventualmente inseridas numa relação poligâmica, o mais provável era que fosse como esposa secundária.

Tal qual se verificou relativamente às migrantes que viviam com os seus respetivos maridos em Niamey, o número de filhos era tendencialmente mais elevado entre as mulheres poligâmicas do que entre as monogâmicas que residiam sozinhas na capital porque estatuto de primeira esposa estava por norma associado a uma maior descendência. Apenas uma migrante nulípara tinha o estatuto de primeira mulher. Neste caso, aliás, deve ter sido a sua infertilidade a precipitar a procura de uma outra esposa

(Moussa, 2012). Entre as MAF, quase todos os casos de poligamia diziam respeito a situações de digenia. Somente duas migrantes tinham três coesposas.

As condições matrimoniais em que estas mulheres estavam inseridas pareciam particularmente adversas, sobretudo devido ao prolongado desinteresse dos seus maridos. A maior parte destes últimos, pertencia ao grupo de migrante internacional que partira para o estrangeiro com o estatuto de monogâmico e que a determinada altura terá contraído um novo casamento no país de acolhimento. A aquisição de uma nova mulher em contexto migratório contribuiu para o incumprimento das suas obrigações conjugais para com a sua primeira família. Todas as mulheres que se encontravam nestas circunstâncias eram grandes multíparas. Como os seus maridos tinha deixado a partir de determinada altura de enviar dinheiro, elas tiveram de assumir a responsabilidade pelo sustento dos seus filhos, sobretudo dos mais jovens. Neste contexto de abandono tácito por parte dos consortes, dificilmente se observou uma atitude proactiva por parte dos familiares agnáticos. Em contrapartida, o suporte familiar prestado pelos parentes maternos não deve ser negligenciado, que em várias situações assumiram a guarda parcial ou total dos netos. Alguns maridos já eram polígamos antes de terem começado a migrar internacionalmente. Este facto não impediu a inobservância dos seus deveres maritais enquanto provedores das suas famílias.

Uma das migrantes que se encontrava em regime de poligamia, o marido e a coesposa permaneciam o ano todo na aldeia. Esta mulher viajava regularmente para a capital para adquirir artigos domésticos através de uma das suas irmãs que residia de forma permanente na capital. Gilliard (2005) também observou o mesmo fenómeno, ou seja, mulheres que transitavam regularmente entre o campo e a cidade para adquirirem utensílios de cozinha ou outros objetos de prestígio, como panos, quer eram dificilmente acessíveis para quem permanecia durante todo o ano na aldeia.

As mulheres poligâmicas que residiam sozinhas na capital estavam, conjuntamente com as viúvas e as divorciadas, entre aquelas cujas dinâmicas matrimoniais tinham mais contribuído para a sua descapitalização.

#### **6.1.5.2 Mulheres que experienciaram pelo menos uma dissolução matrimonial**

Apenas duas migrantes, que no passado tinham enviuvado, voltaram a casar. Mas, nenhuma delas tinha mais de três filhos quando o seu primeiro marido faleceu. A NARRATIVA 5 do ANEXO B descreve sucintamente as trajetórias matrimoniais de ambas.

A maioria das mulheres que evidenciaram o estatuto de viuvez durante o período de trabalho de campo encontrava-se nessa condição há alguns anos. O afastamento destas mulheres do mercado matrimonial estava relacionado com o facto de terem ficado viúvas em pleno climatério, quando a maioria dos seus filhos já se encontrava numa fase adulta e podiam supostamente ampará-las. Contudo, algumas delas ainda se encontravam em idade plena idade reprodutiva, quando perderam os seus maridos. O facto de muitas terem um número elevado de dependentes a cargo parece ter funcionado com um fator repulsivo. Contudo, outras circunstâncias parecem ter precipitado a menopausa social destas mulheres nigerinas, ou seja, a entrada no climatério por razões de ordem social em vez de biológicas. Uma das migrantes viúvas, ainda relativamente jovem, tinha apenas três dos seus oito filhos a viver com ela e, mesmo assim, alguns anos após ter enviuvado, ainda não tinha recebido quaisquer propostas de casamento. Em consonância com aquilo que foi anteriormente argumentado, era relativamente fácil para uma mulher nigerina com apenas três filhos voltar a casar, nem que fosse para ocupar o lugar de segunda ou terceira esposa. Portanto, neste caso era muito provável que o desinteresse masculino fosse também provocado pela sua grande multiparidade. Ainda assim, observou-se um caso em que esta condição não se revelou uma desvantagem em termos de mercado matrimonial<sup>106</sup>. O caso de viuvez mais complexo e dissonante encontra-se descrito na NARRATIVA 7 do ANEXO B, que dizia respeito a uma jovem migrante que alegadamente perdera de forma precoce o seu marido.

Apenas três migrantes divorciadas voltaram a casar. Na altura do seu segundo matrimónio eram todas primíparas. Uma outra das mulheres também se voltou a relacionar com alguém após o seu divórcio, mas de forma informal<sup>107</sup>. As restantes divorciadas não voltaram a casar. Tal como se verificara relativamente aos casos de viuvez, a maior parte dos filhos menores ficou a cargo das mães. Esta tendência contraria claramente a jurisprudência islâmica. As crianças pertencem à linhagem agnática e, por conseguinte, após a dissolução dos casamentos devem ser devolvidas à família paterna, logo que manifestem uma certa autonomia. Porém, conforme já se tinha verificado nos contextos das remessas, os ascendentes e colaterais paternos tinham muitas dificuldades em assegurar os encargos relativamente parentes menores em caso de divórcio, sobretudo quando eram muito numerosos. Esta situação desafiava os

---

<sup>106</sup> Ver NARRATIVA 6 do ANEXO B.

<sup>107</sup> Ver NARRATIVA 8 do ANEXO B.

preceitos religiosos que defendiam que as mulheres não deviam ficar descapitalizadas em caso de divórcio ou viuvez:

*«Quanto àqueles, dentre vós, que faleceram e deixarem viúvas, a elas deixarão um legado para o seu sustento durante um ano, sem que sejam forçadas a abandonar suas casas [...] Proporcionar o necessário às divorciadas (para sua manutenção) é um dever dos tementes.»* (Alcorão 2:240-241).

As dinâmicas referidas atingiam particularmente as mulheres das camadas sociais mais desfavorecidas, principalmente quando estes estatutos matrimoniais refletiam mais frequentemente situações definitivas que transitórias. Apesar disso, os movimentos reformistas islâmicos não davam indícios de se preocuparem com o agravamento da condição feminina em resultado dos sistemáticos incumprimentos dos deveres masculinos que não se extinguem com o divórcio, como, por exemplo, a questão da regulação do poder paternal.

A dificuldade em reverter a condição de viúva, divorciada, separada ou até abandonada, levou algumas migrantes a investirem em relações informais. Mesmo que este género de união pudesse penalizá-las socialmente, a verdade é que lhes permitia aliviar temporariamente os seus encargos familiares.

As causas de divórcio giravam em torno de três aspetos fundamentais: empobrecimento económico, ausência prolongada do marido e adultério feminino. O processo de pauperização do agregado familiar precipitou algumas ruturas familiares<sup>108</sup>. Estadias muito longas no país de acolhimento também potenciaram alguns divórcios. Para não falar nos maridos que desapareceram sem dar notícias e que deixaram as suas mulheres numa situação matrimonial ambígua. Cerca de metade das mulheres migrantes abandonadas vivia num regime de poligamia. A tradição maliquita previa, em qualquer uma destas situações, a dissolução judicial do casamento a pedido das mulheres (Esposito & DeLong-Bas, 2001). Porém, por desconhecimento ou por decisão pessoal, o divórcio nunca chegou a ser solicitado. Cerca de metade das mulheres abandonadas vivia num regime de poligamia. A questão da infidelidade feminina também deve ser analisada em função das estadias demasiadamente prolongadas dos maridos nos países vizinhos e da falta de remessas à família. Se bem que as Escrituras Sagradas advirtam que os maridos não se devem abster de ter relações sexuais com as suas esposas por um período superior a quatro meses (Alcorão 2: 226), os constrangimentos inerentes ao

---

<sup>108</sup> Ver NARRATIVA 9 do ANEXO B.

processo migratório tornam totalmente inviável que os homens retornem todos os trimestres para satisfazerem sexualmente as esposas.

É preciso esclarecer no contexto deste trabalho, assumir-se-á como adultério feminino apenas o facto de uma mulher casada engravidar de uma relação extraconjugal. Obviamente, este género de situação aplica-se fundamentalmente às mulheres cujos maridos se encontram internacionalmente emigrados. Quando os consortes migram com elas para a capital ou permanecem na aldeia, esta questão raramente se aplica. Porém, quando o casal se encontra separado por cerca de mil quilómetros, como acontece entre Niamey e Lagos ou Cotonou, é difícil explicar gravidezes que se estendam para além do limite máximo possível desde a partida dos maridos. A jurisprudência islâmica não estabelece um intervalo preciso para a gestação. De acordo com o Alcorão: «*Com dores, sua mãe o carrega durante a sua gestação e, posteriormente sofre as dores do seu parto. E de sua concepção até à sua ablactação há um espaço de trinta meses...*» (46:15). Mas esta concepção acaba por ser muito vaga pois não estipula o período reservado à gravidez e à amamentação. Além do mais, existe uma crença muito difundida no Magrebe que alega que qualquer gravidez pode ficar temporalmente suspensa por tempo indeterminado porque a criança literalmente adormeceu dentro do ventre e interrompeu o processo de desenvolvimento fetal (Colin, 2013). Mesmo que não se tenha ouvido falar durante o trabalho de campo na República do Níger no mito da «criança adormecida»<sup>109</sup>, verificou-se entre a população mais velha, que prevalecia igualmente uma ideia algo difusa acerca do intervalo de tempo respeitante à gestação. Ao que tudo indica até há alguns anos a esta parte, os homens nigerinos assumiam a paternidade dos filhos numa ausência que se podia estender até dez ou onze meses. Contudo, as gerações mais jovens têm-se revelado mais renitentes em assumir-se como progenitores de crianças que nasceram para além das quarenta e quatro semanas após a sua partida, que é o limite máximo estabelecido pela biomedicina para uma criança ser gerada no corpo da sua mãe. Duas das migrantes foram repudiadas nestas circunstâncias, a seguir ao parto<sup>110</sup>. As dinâmicas de pobreza em que se encontravam inseridas não foram tidas em conta pelos seus maridos; mesmo que a vulnerabilidade social e económica que potenciaram estas relações sexuais extraconjugais, quer tenha sido de forma forçada ou consentida, estivesse intimamente

---

<sup>109</sup> Que textualmente significa em francês, «a criança adormecida».

<sup>110</sup> Ver NARRATIVA 10 do ANEXO B.

relacionada com a irresponsabilidade financeira dos maridos. Em última instância, o ônus de muitos empreendimentos migratórios masculinos acaba por ser pago exclusivamente pela mulher e filhos.

## **6.2 Tipologia das migrações**

Os empreendimentos migratórios das mulheres pertencentes ao universo estudado foram classificados em função da sua temporalidade e composição. A grande esmagadora maioria das migrações eram rurais-urbanas e de curta distância. Os locais de acolhimento distavam no máximo duzentos e cinquenta quilômetros da capital. As únicas exceções diziam respeito a empreendimentos migratórios que se iniciaram na cidade maliana de Gao, em Abidjan e numa cidade no norte da Nigéria onde uma das migrantes esteve temporariamente emigrada.

A prevalência de migrações rurais-urbanas no seio deste universo de migrantes tende a contrariar a informação veiculada tanto a nível académico (Mounkaïla, 2005) como de um *Inquérito de Indicadores Múltiplos* realizado pelo PNUD (1996), a qual indicava que a grande maioria das migrações internas nigerinas eram de natureza rural-rural. Em compensação, os dados recolhido no terreno tendem a ir ao encontro da escassa informação veiculada sobre esta matéria na República do Níger, os quais tendem também se concentrar em migrantes oriundas das duas regiões administrativas mais próximas da capital<sup>111</sup>.

A informação disponível sobre os locais de partida destes empreendimentos migratórios não informa necessariamente sobre as trajetórias migratórias descritas por estas mulheres porque, em algumas situações, não eram efetuados os movimentos unilineares (Wissink, Düvell, & Mazzucato, 2017). Como se verá a jusante, algumas migrantes instalaram-se de forma definitiva na cidade. Enquanto outras transitavam regularmente entre a aldeia e Niamey em conformidade com o calendário agrícola e/ou as suas dinâmicas matrimoniais. Além do mais, mudanças de residência frequentes aconteciam também em plena própria capital.

### **6.2.1 A temporalidade – migrações permanentes ou sazonais**

No que concerne a temporalidade, procedeu-se a uma distinção entre migração permanente e sazonal. No contexto deste estudo, definir-se-á como migração

---

<sup>111</sup> Para dados mais detalhados sobre os locais de partida das migrantes, Ver NARRATIVA 3 do ANEXO B e quadro 3 do ANEXO C.



permanente os movimentos populacionais que implicaram a troca da residência no campo por um domicílio exclusivamente urbano. A grande maioria das migrantes permanentes tinha deixado à sua aldeia há vários anos, apenas regressando de forma pontual para visitar a família ou participar nalguma cerimónia social, como um casamento ou batizado. Uma das migrantes viveu de forma permanente duas vezes na capital. Numa primeira migração viveu na cidade com o marido e filhos. Mais tarde, após o seu divórcio, voltou-se a instalar de forma definitiva em Niamey.

O quadro 13 do ANEXO C classifica as migrantes quanto à temporalidade das suas migrações.

### **6.2.1.1 Migração sazonal**

À semelhança do que foi dito relativamente aos contornos atuais da migração sazonal masculina internacional, a migração sazonal no conjunto de mulheres estudado nem sempre coincidia com o calendário agrícola. Algumas das migrantes que se assumiam como sazonais retornavam às suas aldeias a intervalos muito mais espaçados ou então, pura e simplesmente, não regressavam de todo, vivendo de forma permanente, embora recente, na cidade.

As primeiras discrepâncias relativamente à definição clássica de migração sazonal foram observadas em Junho de 2012. Nessa altura, verificou-se que algumas mulheres tinham optado por permanecer na capital durante a estação das chuvas. De acordo com a informação recolhida, estas migrantes eram quase todas celibatárias e tinham ficado na cidade a trabalhar para poderem continuar a enviar dinheiro e restos de comida que secavam às suas famílias na aldeia, as quais necessitavam de comida e liquidez financeira para fazerem face ao período mais duro da *soudure*. Além do mais, nessa época, a pressão sobre o mercado de trabalho era menor, logo era mais fácil encontrar uma ocupação que lhes permitisse multiplicar os seus dividendos. Algumas delas não regressavam à aldeia porque ficavam responsáveis pela vigilância dos alojamentos das outras mulheres que, entretanto, tinham voltado para os trabalhos agrícolas.

À medida que a pesquisa de terreno se foi aprofundando, constatou-se que não eram somente migrantes solteiras que deambulavam pela cidade em plena época das chuvas. Uma protelação constante da partida para a aldeia caracterizava o discurso de várias migrantes, independentemente do seu estatuto matrimonial. Esta evidência dificultou a classificação das migrantes sazonais principalmente por causa da multiplicidade de motivos encontrados para justificar a sua presença extemporânea na capital. A

discordância entre os ciclos migratórios de muitas destas mulheres e o calendário agrícola anual evidencia a necessidade de flexibilizar o conceito de migração sazonal de forma a poder abarcar um maior número de dinâmicas populacionais.

O quadro 7 do ANEXO C organiza as migrantes sazonais em função do último estatuto matrimonial exibido durante o trabalho de campo. Uma primeira leitura desta tabela mostra que mais de setenta e cinco por cento das mulheres sazonais eram casadas. A sobre representatividade das migrantes casadas demonstra, como foi anteriormente mencionado, que a questão da migração feminina é um fenómeno que atingiu o âmago da sociedade nigerina. Alguns aspetos relativamente à sazonalidade destas mulheres estão relacionados com as dinâmicas subjacentes aos seus casamentos, designadamente com o facto de os maridos participarem ou não nos seus empreendimentos migratórios. Neste sentido, foi resgatada alguma informação pertinente respeitante às dinâmicas migratórias dos maridos, inclusive no caso das mulheres abandonadas que se encontra resumida no quadro 8 do ANEXO C. O quadro 9 do mesmo anexo representa uma síntese das duas tabelas anteriores.

Uma primeira análise cruzada da tabela traz esclarecimentos sobre os seguintes aspetos: a) mais de metade dos maridos era migrante sazonal internacional em algum país costeiro da África ocidental; b) menos de um terço dos maridos migrava habitualmente na companhia das suas mulheres para Niamey; e c) apenas dois maridos permaneciam na aldeia durante a estação seca enquanto as suas mulheres partiam para a cidade.

A poligamia evidenciou estar sobre representada no subconjunto referido, sobretudo entre as mulheres que tinham maridos que eram migrantes internacionais. Apenas a coesposa de uma das mulheres também viajava regularmente para Niamey. As outras continuavam a viver na aldeia ou então residiam com o marido no país de acolhimento. Esta realidade denota uma grande discrepância relativamente à mobilidade espacial das mulheres no interior de um mesmo agregado familiar.

Não foram recolhidos dados relativamente às atividades profissionais desenvolvidas pelos migrantes em contexto internacional. Por norma, as mulheres foram sempre evasivas relativamente a esta questão. Um delas informou que o seu marido era comerciante no Gana. Contudo, esta informação em si também bastante vaga, remetendo para um universo plural de referências. Com efeito, existe uma miríade de atividades comerciais, emanantes sobretudo da esfera da informalidade, às quais é

possível se dedicar no contexto económico da África ocidental. Esta tendência confirma as observações feitas por Rouch (1956) relativamente aos migrantes nigerinos na Costa do Ouro [atual Gana]. Segundo este autor, os jovens do sexo masculino, quando regressavam a casa, evitavam falar sobre as atividades desempenhadas nos locais de acolhimento, por muitas serem consideradas desprestigiadas e até mesmo desonrosas. Por isso mesmo, quando regressavam a casa, esforçavam-se para enfatizar os aspetos positivos da aventura migratória, omitindo deliberadamente tudo o que pudesse ofender as crenças familiares e locais. Este comportamento coletivo acabou por largamente contribuir para uma construção idílica da migração no seio de muitas comunidades nigerinas (Stoller, 1995).

Relativamente ao respeito pelo calendário agrícola, apenas duas migrantes declararam que os seus maridos regressavam à aldeia todos os anos no começo da estação das chuvas. Esta tendência não era a regra, mas a exceção. Os migrantes nem sempre regressavam a casa para os trabalhos agrícolas. Os riscos associados aos empreendimentos migratórios internacionais levavam muitos homens a permanecerem durante estadias mais prolongadas no país de acolhimento. Por esses motivos, as migrantes cujos maridos se encontravam em êxodo no estrangeiro por vezes não regressavam durante a estação da chuva. Neste caso, a alteração da duração da estadia masculina por vezes repercutia-se na mulher, alterando-lhe o padrão de sazonalidade:

*«Em Outubro de 2011, Aïssa<sup>2</sup> chegou a Niamey, na companhia do seu marido e das suas filhas. Nessa altura, os trabalhos agrícolas em Damana já tinham terminado. O seu marido deixou-as na capital e rumou em direção ao Gana onde permaneceu durante dois anos. A sua família [do marido] ficou encarregada de contratar mão-de-obra assalariada para o cultivo dos terrenos na estação das chuvas seguinte, graças ao dinheiro que ele entretanto enviara. Aïssa<sup>2</sup> era uma migrante sazonal frequente que decidiu não retornar à aldeia enquanto o seu marido não regressasse do estrangeiro.<sup>112</sup>»*

Para além de um marido que era migrante interno na cidade de Say e dois que viviam todo o ano na aldeia, o resto dos consortes migravam sazonalmente com as suas mulheres para a capital<sup>113</sup>. A informação recolhida sobre as atividades económicas a que se dedicavam na cidade encontra-se em consonância com a opinião das migrantes sobre este assunto:

---

<sup>112</sup> Diário de Campo

<sup>113</sup> Ver NARRATIVA 12 do ANEXO B.

*«Os homens que vêm para Niamey costumam arranjar trabalho como gardiens [zeladores de lotes para construção]. Às vezes também vendem comprimidos pelo bairro [venda ambulante de medicamentos contrafeitos]. Queres saber como é que eles fazem para conseguirem dinheiro para comprar a mercadoria? Trabalham durante um mês para um patrão.»<sup>114</sup>*

*«Os homens [migrantes], ou trabalham na construção civil ou são boys<sup>115</sup> ou então estão no comércio. Sobretudo de roupas usadas. Caminham pela cidade para vender»<sup>116</sup>.*

As mulheres que eram migrantes sazonais casadas e que sofrem uma rutura matrimonial tendem a fixar-se de forma permanente na capital. Contudo, ainda se observaram algumas resistentes. Regra geral, a origem destes empreendimentos migratórios não está relacionada com a alteração do estatuto matrimonial<sup>117</sup>.

### **6.2.1.2 Migração permanente**

Conforme referido a montante, a migração permanente no contexto deste estudo diz respeito às mulheres migrantes instaladas em Niamey que não tinham qualquer intenção de voltar a residir na sua aldeia, pelo menos a curto ou médio prazo. Esta conceptualização acabou por forçar classificação em migrantes permanentes um conjunto de mulheres que se intitulavam de sazonais.

Um conjunto de dinâmicas sociais acabou por provocar a transição da migração sazonal em permanente. Esta transformação da temporalidade da migração vai ao encontro da teoria defendida por Mounkaïla (2002) a propósito da migração circular, a qual mais cedo ou mais tarde acaba por conduzir ao abandono do território rural. Se bem as razões da fixação de forma definitiva destas migrantes na capital sejam diferentes daquelas apresentadas por este autor. Na maioria das situações verificou-se que a alteração do estatuto matrimonial, mas precisamente, o divórcio, a viuvez, a poligamia, a separação e o abandono estavam na origem da modificação deste padrão migratório. Contudo, também se verificou que entre as viúvas, outros motivos podiam determinar a instalação de forma permanente na cidade. O mais provável é que no conjunto de migrantes classificadas como permanentes existissem outros casos semelhantes de mulheres que inicialmente tenham sido sazonais, mas que por algum motivo essa informação não pôde ser resgatada.

---

<sup>114</sup> Saafia3, Novembro de 2011.

<sup>115</sup> Boy é uma palavra bastante utilizada entre os colonos franceses para designar jovens serviços «indígenas» (“Définitions : boy - Dictionnaire de français Larousse,” n.d.). Atualmente continua a ser utilizada em Niamey para designar os empregados domésticos masculinos.

<sup>116</sup> Bibá23, Dezembro de 2011.

<sup>117</sup> Ver NARRATIVA 11 do ANEXO B.

O quadro 10 do ANEXO C organiza as migrantes permanentes em conformidade com o seu estatuto matrimonial. Uma primeira leitura da tabela permite aferir as seguintes considerações: a) apesar de a maioria das migrantes permanentes ser igualmente casada, a sua proporcionalidade no subconjunto diminui; e b) não aparecem migrantes permanentes solteiras.

Como se pode constatar através do quadro 11 do ANEXO C, os maridos que residiam todo o ano em Niamey tinham ocupações profissionais muito semelhantes aos sazonais<sup>118</sup>. O quadro 12 do mesmo anexo mostra dados referentes à migração permanente em função do estatuto matrimonial. Relativamente às mulheres casadas, a informação relativamente a localização e profissão do marido também é evidenciada.

### **6.2.1.3 Migrações sem dados suficientes**

Alguns dos casos analisados acabaram por não serem classificados como migrações permanentes, nem sazonais, por carência de informações que impossibilitou o estabelecimento de uma linha temporal relativamente à mobilidade espacial destas mulheres<sup>119</sup>.

## **6.2.2 A composição – migração autónoma feminina ou migração feminina clássica**

A informação veiculada pela literatura sobre a migração feminina nigerina em geral, e a MAF em particular, tende a coincidir do ponto de vista cronológico com os dados recolhidos no terreno. Assim, segundo uma das migrantes:

*«No tempo de Kountché as mulheres não vinham assim para Niamey. Foi só depois da sua morte que isto começou. No seu tempo havia muito mais ajuda [assistência] que chegava para todos. Depois da sua morte, [os projetos] passaram só a ajudar os conhecidos [PAC]. Antigamente não era preciso ter um cartão de identidade ou fazer parte de uma associação para receber ajuda. E não era só a ajuda que era maior também chovia mais. [Kountché] era um muçulmano muito crente que ia muitas vezes a Meca pedir pela chuva. Desde a sua morte, já não chove em Fandou [Damana] durante todo o mês de Agosto. Agora chove muito menos.<sup>120</sup>»*

Outras das migrantes reforçou esta ideia dizendo que começara a migrar com o seu marido para Niamey durante a ditadura militar de Kountché, entre as duas grandes secas que caracterizaram este regime. Este casal acabou por fazer parte do processo histórico

---

<sup>118</sup> Ver NARRATIVA 13 do ANEXO B.

<sup>119</sup> Ver NARRATIVA 15 do ANEXO B.

<sup>120</sup> Aïssa14, Dezembro de 2011.

em que o exército nigerino combateu energeticamente o efeito atrativo que a capital exercia sobre a população rural famélica.

A necessidade de distanciamento face à MAF apareceu em alguns discursos das migrantes entrevistadas. Uma delas que migrara com os filhos para a capital, a pedido do seu marido entretanto instalado, afirmou o seguinte: «*Na minha aldeia [Deytégui Attili], as mulheres não se deslocam sozinhas para procurar trabalho. Só quando o marido tem um trabalho é que manda a mulher vir.*<sup>121</sup>». Esta reserva foi igualmente observada ao nível dos círculos académicos. Um investigador de renome, durante uma conversa sobre este fenómeno, fez questão de frisar que na sua terra natal, no departamento de Ouallam, as mulheres não se envolviam nesse tipo de práticas migratórias.

Por outro lado, também se verificaram algumas opiniões favoráveis à MAF. Noutra aldeia do departamento de Ouallam, as mulheres eram inclusive incentivadas no seio da própria família (Mamoudou, 2010): «*Em Ballèyara [local de partida], nem os marabutos nem as famílias dos maridos criticam as mulheres que viajam sozinhas, elas vão e vêm*<sup>122</sup>.» Esta defesa em favor da MAF, apesar da sua condenação social e religiosa nos mais diversos quadrantes da sociedade nigerina, revela quão fundamentais eram as estratégias de dispersão para a sobrevivência dos elementos dos agregados familiares.

No que concerne a composição dos fluxos migratórios, distinguir-se-ão as migrantes femininas clássicas das migrantes autónomas femininas tendo em conta a presença de alguma autoridade familiar masculina no seio dos seus empreendimentos migratórios. Mais importante do que indagar se tinham vindo ou transitavam regularmente entre a aldeia e a cidade na companhia do marido, pai ou irmão, interessava compreender se durante a sua estadia em Niamey se encontravam subordinadas a algum poder desta natureza; até porque, conforme se viu anteriormente, algumas mulheres migraram sozinhas para se juntar ao marido e outras que viajaram até Niamey na companhia do seus cônjuges acabaram por ficar a residir sozinhas [ou com os seus filhos] na cidade. O quadro 14 do ANEXO C mostra a distribuição das mulheres migrantes tendo em conta a composição das suas migrações.

---

<sup>121</sup> **Hadjara3**, Novembro de 2012.

<sup>122</sup> **Haoua86**, Maio 2013.

A composição das migrações encontra-se intimamente relacionada com as dinâmicas matrimoniais<sup>123</sup>. Regra geral, as mulheres casadas que residiam com os maridos em Niamey eram migrantes clássicas. As duas únicas mulheres casadas, que não foram classificadas segundo este princípio, tinham o marido desempregado ou vítima de uma doença prolongada e, por causa disso, suportavam todos os encargos familiares. As mulheres que residiam com os seus pais, independentemente do seu estatuto social também foram consideradas Migrantes Feminina Clássica (MFC). Porém, no que dizia respeito à migração autónoma, não se verificou nenhuma correlação direta entre o facto de uma mulher ser viúva, celibatária, divorciada, separada ou abandonada e o envolvimento em processos migratórios de forma independente. A MAF dizia sobretudo respeito a migrantes cujos maridos se encontravam em êxodo internacional, se bem que a incidência da poligamia fosse muito mais elevada do que entre as migrantes clássicas. A migração autónoma não era o reduto das mulheres sem marido, mas estava associada a uma elevada desresponsabilização conjugal masculina.

Para terminar, elaborou-se o quadro 16 que se encontra no ANEXO C, onde se cruzou a informação referente à temporalidade com os dados referentes à composição das migrações. A conclusão que se pode tirar deste cruzamento de dados empíricos é que as migrantes autónomas sazonais eram o subgrupo mais prevalente no conjunto de mulheres estudado e que a migração clássica não aparentava ser influenciada pelo facto das migrações serem sazonais ou permanentes.

Além do mais, ao longo deste capítulo observou-se que as trajetórias migratórias e matrimoniais se encontravam em muitas situações profundamente imbricadas. Regra geral, o casamento, o divórcio, o abandono, a separação ou a viuvez afetavam as trajetórias migratórias destas mulheres, tanto em tempos de temporalidade como de composição das suas migrações. Assim como, as suas trajetórias migratórias podiam influenciar as trajetórias matrimoniais. O divórcio ou a separação de algumas destas mulheres foi potenciado pelos seus empreendimentos migratórios autónomos. Observou-se igualmente que as ruturas matrimoniais, o abandono ou a poligamia podiam ser despoletadas pelas trajetórias migratórias dos seus maridos.

---

<sup>123</sup> Ver quadro nº 15 do ANEXO C.

### **6.3 Processo de integração na malha urbana de Niamey**

Nesta secção será analisado o processo de integração na malha urbana de Niamey tendo em conta três fatores primordiais: os motivos e as causas das migrações; o processo de acolhimento na cidade e o processo de integração económica destas migrantes.

#### **6.3.1 Causas e razões das migrações**

Nesta parte serão discutidas e distinguidas as causas e as razões das migrações. As primeiras dizem respeito às condições macroestruturais que explicam o aparecimento destes fluxos migratórios femininos dirigidos a Niamey, ao passo que as segundas resultam da forma como estas forças locais impactam nas dinâmicas sociais locais. Uma conjugação específica de fatores estruturais e conjunturais encontra-se na origem de qualquer processo migratório. É por isso mesmo que alguns autores afirmaram que a migração é um fenómeno multicausal (Mounkaïla, 1999; Rouch, 1956) sustentado por uma gama de racionalidades imbricadas (Olivier de Sardan, 1995).

As causas por detrás deste fenómeno já tinham sido anteriormente abordadas. A progressiva pauperização do mundo rural nigerino devido a uma elevada pressão demográfica sobre o ecossistema, num contexto de uma desregulação do preço dos cereais, permitiu o desenvolvimento de estratégia de dispersão no seio dos agregados familiares, entre as quais a migração feminina [clássica e autónoma].

Todavia, as condicionantes supra não repercutem da mesma forma em todas as comunidades rurais, nem mesmo no interior de cada uma delas. Em primeiro lugar, a produção agrícola insuficiente atinge de forma diferenciada os agregados familiares. Nem todas as famílias têm acesso a terras com o mesmo grau de fertilidade. Tampouco possuem a mesma extensão de terra e/ou de braços disponíveis para a trabalhar. Além do mais, a componente respeitante à aleatoriedade pluviométrica pode comprometer a colheita anual. A contingência desta variável é de tal ordem que terras separadas por escassos metros podem ter uma produção cerealífera totalmente distinta em função da quantidade de precipitação. Neste caso, tanto a falta como o excesso de chuva pode arruinar a colheita seguinte e, em segundo lugar, os agregados familiares têm capacidades bastante diferenciadas de gerar a liquidez financeira necessária à sua sobrevivência. Para alguns, a diversificação das fontes de rendimento a nível local pode ser suficiente para fazer face à especulação que gira em tornos do preço dos cereais durante a *soudure*, mas para outros não. As discrepâncias existentes dentro de algumas



unidades familiares poligâmicas entre as coesposas migrantes e aquelas que permanecem o ano todo na aldeia, ilustram bem a heterogeneidade de soluções encontradas para fazer face à insegurança alimentar.

O departamento de Loga, ao qual pertence a aldeia de Sargadji, foi assinalado durante vários anos consecutivos como uma zona particularmente crítica em matéria de segurança alimentar por causa das suas secas recorrentes (Gilliard (2005). Em consequência disso, segundo com Assoumane, esta localidade foi alvo de diversas intervenções exteriores com vista a estancar a hemorragia migratória, especialmente feminina no seio desta população rural. Como por exemplo, do Programa Especial do Presidente Tandja que distribuía microcréditos às mulheres para a engorda de caprinos e ovinos com fins comerciais. Esta produção pecuária de pequena escala deveria permitir às mulheres retirar algum rendimento e, deste modo, impedi-las de migrar para a cidade. Contudo, nem todas as mulheres eram elegíveis para estes programas. Uma das migrantes achava que estas iniciativas destinavam-se exclusivamente às familiares dos intermediários locais destes projetos de desenvolvimento, se bem que tivesse por vezes constatado que os agentes de desenvolvimentos externos premiavam as mulheres mais corajosas e audazes em detrimento das consideradas “preguiçosas”. Outra declarou que nunca usufruiu deste programas por culpa do seu marido que nunca a inscrevera. Uma terceira afirmou que não estava na aldeia quando essa ajuda foi distribuída.

Dentre o universo de migrantes estudado, apenas uma das mulheres que conseguiu ter acesso ao microcrédito. Deram-lhe cem mil FCFA repartido em duas vezes para comprar ovelhas. Para a realidade local, este valor representa uma pequena fortuna. Apesar de ter sido selecionada, continuou a migrar sazonalmente para Niamey, como supostamente era o objetivo do programa. Após deixar os seus ovinos aos cuidados de uma mulher da sua família, partiu conjuntamente com a sua irmã mais nova para a capital. Uma das migrantes considerava que o acesso das mulheres ao microcrédito era fundamental para alcançarem a sua independência financeira face aos maridos.

A literatura existente também faz alusão às recorrentes produções agrícolas deficitárias no departamento de Filingué, onde se encontra localizada a *commune*<sup>124</sup> de Damana. Intervenções externas no âmbito do desenvolvimento participativo, com vista à melhoria da soberania alimentar, foram mencionadas em vários textos. Assim como,

---

<sup>124</sup> Uma *commune* é uma palavra francesa para designar uma circunscrição administrativa de base (“Définitions : commune - Dictionnaire de français Larousse,” n.d.). Regra geral costuma ser traduzida em português como município.

nos departamentos de Ouallam, Téra, Dogondoutchi, Dosso, Boboye e Tillabéri, de onde eram originárias as migrações das restantes mulheres.

Apesar da insegurança alimentar afetar de um modo geral as duas regiões administrativas [Dosso e Tillabéri], observaram-se padrões migratórios distintos, consoante o local de partida das migrantes. Regra geral, as mulheres que vieram das aldeias dispersas, evidenciadas no quadro 5 do ANEXO C, eram MFC permanentes. Portanto, os seus empreendimentos migratórios podem ser classificados de êxodo rural. Apenas duas exceções foram observadas. Em contrapartida, a maioria das mulheres oriundas de Sargadji eram sazonais, independentemente de migrarem de forma autónoma ou na companhia dos seus maridos. Duas residiam de forma permanente com os maridos na cidade. Somente se transformaram em migrantes permanentes, as mulheres que experienciaram uma dissolução formal ou informal do casamento e/ou por causa da incapacidade ou falta de vontade dos maridos cumprirem com as suas responsabilidades conjugais como provedores das famílias. Problemas fundiários na aldeia também conduziram à fixação de forma permanente na capital algumas mulheres. Em relação à *commune* rural de Damana, verificou-se uma maioria diversidade relativamente à temporalidade e composição das migrações. Para além das MAF e MCF sazonais, constatou-se igualmente um número expressivo de MCF permanentes. Damana e Sargadi são dois pontos geográficos, onde a MAF se tornou uma prática social banal. Ao que tudo indica, o mesmo fenómeno observar-se-á em Ballèyara, o local onde as duas rotas migratórias se fundem<sup>125</sup>.

A maioria das MFC permanentes não apresentou quaisquer razões sobre o seu empreendimento migratório. A escassa informação existente sobre esta questão mostrou, como ficou subentendido a montante, que algumas destas mulheres migraram ainda muito jovens para a capital com os seus respetivos maridos e que outras esperaram os seus cônjuges estarem devidamente instalados em Niamey para então procederem ao reagrupamento familiar. O facto de estas migrantes residirem no mesmo local que as migrantes sazonais e nas mesmas habitações provisórias leva a equacionar a probabilidade de algumas delas terem sido também no passado migrantes que transitavam regularmente entre a aldeia e a cidade e que um motivo de força maior, como a usurpação ou perda do património fundiário, as tenha projetado de forma definitiva na esfera urbana.

---

<sup>125</sup> Ver figura 1 do ANEXO A.

Regra geral, as migrantes sazonais [MAF e MFC] preocupavam-se em justificar os seus empreendimentos migratórios. As principais razões avançadas foram a procura de trabalho e de dinheiro, ou então a falta de comida na aldeia. Para duas das migrantes, as fracas produções agrícolas conjugadas com o facto de muitos homens partirem em êxodo internacional e esquecerem-se das suas famílias é que obrigavam as mulheres a partirem sozinhas para a cidade. Qualquer um destes motivos apresentados remete invariavelmente para a questão da insegurança alimentar, independentemente do seu estatuto matrimonial da migrante. É preciso não esquecer a conjuntura agrícola do país durante o tempo em que decorreu o trabalho de campo. Um ano antes do seu início houvera a crise alimentar de 2010 e durante a sua duração eclodira outra em 2012. Portanto, é normal que os fluxos migratórios dirigidos a Niamey tenham aumentado consideravelmente por causa disso.

As MFC sazonais que migravam conjuntamente com os seus maridos para Niamey, por norma, respeitavam o calendário agrícola anual, retornando a casa logo após as primeiras chuvas. Por norma, os seus maridos exerciam uma atividade geradora de rendimento na capital. Entre as suas principais preocupações estava a compra de sementes antes do regresso. Todavia, nem todos os maridos conseguiam arranjar trabalho. Como se viu anteriormente, algum capital económico e a construção de redes sociais translocais<sup>126</sup> e urbanas relativamente extensas e coesas eram fundamentais para se iniciar uma atividade económica. É verdade que também se observaram casais de migrantes, sem qualquer ocupação profissional, a deambularem de forma errática pela cidade, vivendo exclusivamente do auxílio prestado por outros migrantes. Contudo, ao que tudo indica, este género de comportamento era mais frequente entre os segmentos populacionais que não migravam habitualmente para a capital. Alguns agregados familiares conseguiam sobreviver todo o ano sem necessitarem recorrer a nenhuma estratégia de dispersão familiar. Porém, em anos como 2010 e 2012, em que o preço dos cereais atingiu valores exorbitantes, muitas destas famílias viram-se igualmente obrigadas a seguir os trilhos migratórios existentes até Niamey. Tal como acontecera em 1973-1974 e 1984-1985 (Charlick, 1991), a urgência alimentar é que as terá conduzido à esfera urbana.

---

<sup>126</sup> Sobre a questão da translocalidade, ver, por exemplo, a obra coletiva organizada por Katherine Brickell e Ayona Datta (2011).

O argumento de que as mulheres rurais casadas esgotavam primeiro todos os seus capitais sociais e económicos antes de iniciarem algum projeto migratório autónomo não foi sempre verificado. Muitas destas mulheres anteciparam-se a uma eventual falta de remessas instalando-se preventivamente em Niamey. Aliás, parece haver uma relação entre a MAF de mulheres casadas e a migração internacional masculina. Dentre as trinta e duas migrantes casadas que residiam sozinhas ou com os seus filhos em Niamey, apenas cinco é que não tinham os maridos emigrados nalgum dos países vizinhos. As únicas que aparentavam ter consumido todos os seus recursos e secado a parca solidariedade social ainda existente ao nível das suas redes familiares após a erosão dos mecanismos de reciprocidade, antes de começaram a viajar para a capital foram aquelas que acabaram abandonadas pelos seus cônjuges ausentes. Algumas das quais nem sequer passaram por uma fase transitória de migrantes sazonais, realizando apenas uma viagem de ida e instalando-se de forma permanente em meio urbano.

Sobras as restantes MAF, separadas, divorciadas, e viúvas que não foram migrantes sazonais durante o seu anterior casamento, verificou-se que eram essencialmente dinâmicas de pauperização que impulsionaram estes empreendimentos migratórios.

Assim sendo, podem ser retiradas algumas conclusões relativamente aos projetos migratórios das mulheres estudadas. Em primeiro lugar, o aumento da migração feminina reflete uma progressiva incapacidade produtiva do meio rural. A diversificação de estratégias de sobrevivência por parte dos agregados familiares remonta a tempos imemoriais. Contudo, observa-se que a importância da produção agrícola anual para a subsistência da unidade familiar vai diminuindo progressivamente. À exceção das migrantes celibatárias que não foram alvo de estudo aprofundado no âmbito deste trabalho, a esmagadora maioria das restantes migrantes correspondia a mulheres casadas. A parca informação recolhida relativamente às razões da MFC, quer fosse permanente ou sazonal, mostra que se tratava de uma estratégia de sobrevivência familiar concertada entre vários elementos de uma mesma família, com vista a um objetivo comum. Em relação à MAF sazonal, o subgrupo mais bem representado no universo de migrantes estudado, verificou-se que envolvia principalmente mulheres casadas e estava diretamente relacionada com a incapacidade dos maridos sustentarem as suas famílias por via dos seus empreendimentos migratórios internacionais e que, portanto, outras soluções tiveram de ser encontradas quando não existem alternativas a nível local que permitissem ganhar algum dinheiro para combater a insegurança

alimentar. É provável que as primeiras MAF casadas de Sargadji e de Damana somente tenham decidido partir para Niamey após terem esgotado todos os seus recursos pessoais, à semelhança do que se observou entretanto nalgumas mulheres que tinham sido abandonadas pelos seus consortes. Porém, ao que tudo indica, à medida que a ausência de remessas assumiu contornos crônicos, muitas mulheres desenvolveram um comportamento proactivo, mesmo que socialmente condenável, migrando antecipadamente para a cidade, como forma de se protegerem contra a sua eventual descapitalização. A sobrevivência alimentar acabou por tomar a primazia sobre determinadas regras e normas sociais. A complexificação das estratégias de sobrevivência em meio rural esclarece sobre a crescente presença de mulheres desacompanhadas de qualquer autoridade masculina em meio urbano. A MAF permanente continuou a ser o apanágio dos chamados segmentos marginalizados, ou seja das viúvas, separadas e divorciadas. Esta tendência vai ao encontro da literatura que defende que a MAF é um fenómeno que envolve principalmente estes segmentos sociais. Contudo, à velocidade com que as uniões matrimoniais se têm vindo a recompor durante as últimas décadas na sociedade nigerina, poder-se-á afirmar que esta marginalização é, muitas vezes, circunstancial e transitória.

Nem todas as migrantes estudadas migravam para Niamey com o propósito de combater a insegurança alimentar e as suas consequências mais diretas. Observou-se igualmente que mulheres com situações muito mais desafogadas viajavam também de forma regular para Niamey. Algumas tinham formas alternativas de sustento na aldeia, como a engorda de caprinos e ovinos. Outras recebiam regularmente remessas que lhes permitia continuar a viver na aldeia.

O facto de elementos femininos pertencentes a famílias mais abastadas também recorrerem à MAF como estratégia individual denota que nem todas as migrantes eram detentoras de capitais sociais e económicos semelhantes. Além do mais, revela um certo aproveitamento da miséria alheia para legitimarem socialmente a sua presença na cidade. A verdade é por causa da penúria alimentar e económica, vivenciada por muitas mulheres na aldeia, acabou por haver uma certa condescendência social relativamente aos seus empreendimentos migratórios autónomos. Porém, sem a deslocação massiva de «famigeradas» rumo à cidade, como é que as restantes mulheres conseguiriam encontrar uma justificação credível para as suas movimentações sazonais? A grande aleatoriedade em torno da agricultura nigerina leva a crer que as mulheres não migrem apenas nos

anos em que a produção agrícola dos seus agregados familiares seja mais deficiente e os preços dos cereais se mantenham mais elevados. Muitas mulheres continuam a viajar para a capital nos anos em que há boas colheitas. A única coisa que muda são as razões por detrás das suas migrações que deixam de ter a segurança alimentar como principal preocupação para se dedicarem à acumulação material e, portanto, em conformidade com a produção cerealífera da família, elas vão deixando prevalecer uma ou outra prioridade, adaptando-se à conjuntura momentânea.

Mesmo que a iliteracia seja um traço dominante entre as MAF que rumam a Niamey, estas migrantes estão muito longe de constituir uma população homogénea. Como se verá na secção subsequente, compreende um conjunto de mulheres muito diversificado, com capitais sociais, económicos e culturais bastante distintos.

### **6.3.2 Processo de acolhimento na cidade: encontrar um lugar para viver**

A diversificação de capitais, A diversificação de capitais, principalmente económicos e sociais, afeta o processo de integração na malha urbana por parte dos migrantes em geral. De acordo com Gilliard (2005), para as migrantes nigerinas cujos capitais económicos e relacionais se encontravam particularmente debilitados, o processo de inserção em meio urbano muitas vezes implicava dormirem na rua e a dedicação a atividades como a mendicância ou a prostituição.

Durante a fase das entrevistas exploratórias realizadas em Goudel e Tondibiah, verificou-se que algumas migrantes autónomas femininas sazonais escolhiam como local de acolhimento os bairros periféricos da cidade. A escolha desses lugares residenciais em específico resultava do facto de as migrantes serem oriundas da mesma localidade do que os chefes dos bairros, ou seja, os representantes da autoridade administrativa a nível local. Entre as suas funções encontram-se a execução de ordens superiores, a resolução de diferendos entre habitante e o zelo pela sua moralidade. Com efeito, estes chefes de bairro alugavam às mulheres migrantes, a título provisório, quartos em casas de passagens existentes e disponíveis para o efeito até as migrantes conseguirem outro lugar de acolhimento na cidade. Uma realidade assaz semelhante foi constatada por Gilliard (2005) relativamente ao bairro Boukoki. Segundo este autor, o chefe deste bairro também facilitava a hospedagem de migrantes originárias da sua região natal.

A realidade observada nestes dois bairros periféricos contrastava com as dinâmicas observadas relativamente às mulheres migrantes selecionadas por dois motivos fundamentais. O primeiro tinha a ver com a extensão e qualidade de redes sociais que as migrantes instaladas nestes subúrbios conseguiam mobilizar em contexto migratório. O segundo estava relacionado com a sua capacidade ou crédito financeiro. Desde a sua chegada, estas migrantes conseguiam assumir o compromisso de uma renda, por mais módica que fosse, relativamente ao seu alojamento citadino.

Com efeito, a realidade do universo de mulheres analisado era bastante diferente. Conforme anteriormente referido, as migrantes foram todas encontradas a residir, à exceção de uma delas, nos interstícios de um bairro residencial periurbano da capital. Por dificuldades em termos de referências geográficas e pela forma como a localização espacial era conceptualizada a nível local, tanto pelos nativos da cidade como pelas migrantes, conduziu a uma errónea dedução de que estariam localizadas no bairro Dar-es-Salam. Depois, por comodidade, optou-se por manter a designação geográfica não obstante as ressalvas previamente assinaladas. Estas mulheres foram encontradas a viver nas palhotas designadas localmente de *bouka*. Estas habitações em palha encontravam-se espalhadas entre vários terrenos loteados que existiam nos interstícios das várias moradias entretanto construídas por detrás da farmácia Sayé.

De acordo com Abdoulaye Adamou (2005) nem sempre é possível aferir a disponibilidade financeira de um agregado familiar nigerino pela natureza do seu alojamento citadino. Este autor estabeleceu uma tipologia da habitação urbana existente em Niamey. Em consonância com a sua descrição e classificação, aquilo que designa de habitação espontânea em palhotas coincide com o conceito de *bouka* veiculado localmente. Não obstante a sua afirmação, é óbvio que os habitantes que residem neste género de alojamento informal não pertencem aos segmentos mais abastados da população urbana. Aliás, muito pelo contrário, a grande maioria dos habitantes aparenta possuir capitais económicos e sociais relativamente fracos.

O processo de instalação das migrantes em Dar-es-Salam parece ter sido bastante simples. Após as primeiras casas em palha terem sido construídas nalguns terrenos, outros migrantes foram gradualmente aparecendo, fixando-se mediante autorização dos pioneiros instalados no local ou então ocupando algum terreno próximo ou adjacente, no qual ainda não houvesse palhotas construídas. Após a invasão é que solicitavam a autorização aos respetivos donos. Regra geral, os donos dos lotes não pareciam se

importar com essa ocupação, alguns até agradeciam que houvesse alguém para tomar conta da sua propriedade. De qualquer forma, este género de ocupação era muito precário. Mesmo que as migrantes vivessem gratuitamente nos terrenos, podiam ser desalojadas a qualquer momento, em função dos interesses comerciais imobiliários. Apesar da instabilidade associada à natureza da sua residência, a importância de manter os direitos conquistados sobre os lotes urbanos em termos de primazia de forma a prevenir uma eventual ocupação anárca por parte dos posteriores ocupantes parecia um assunto muito sério para algumas delas. Assim, conforme mencionado a montante, algumas mulheres residiam no lugar durante o ano inteiro para não arriscarem ver o seu espaço ser ocupado por migrantes vindas de outras localidades.

Paulatinamente, na esteira das primeiras ocupantes, as outras migrantes, quer sozinhas, quer acompanhadas pelos seus filhos e/ou pelos maridos foram-se instalando graças a algum laço familiar, amical ou vicinal com alguma das anteriores moradoras. Ainda assim, algumas mulheres solicitaram autorização para construir a sua *bouka* sem conhecerem previamente ninguém. Pelo que se pode observar, nalguns lotes mais pequenos, o número palhotas era mais reduzido e normalmente pertencia a mulheres da mesma família. Em contrapartida, a população residente nos maiores terrenos não pertencia forçosamente à mesma família ou aldeia. O seu acesso encontrava-se mais democratizado, inclusive para desconhecidos.

Na realidade, para se instalar, a maioria das migrantes só necessitou de mobilizar as redes translocais. Parte do capital social que estas mulheres possuíam em meio rural encontrava-se também sujeito às regras da mobilidade sazonal, ou seja, andava igualmente em trânsito entre a esfera rural e urbana, podendo facilmente ser recuperado durante as estadias em Niamey devido à tendência verificada entre os grupos de migrantes em reagruparem-se na malha citadina em função do seu local de partida. O facto das migrantes conhecerem alguém de Sargadji ou Damana que já estivesse a residir em Dar-es-Salam [LE] terá facilitado enormemente o seu processo de fixação.

Algumas das migrantes começaram a construir palhotas nesta área residencial, antes do bairro Recasement ter começado a ser loteado. Aliás, a palavra *recasement* significa textualmente em francês «recolocação». Durante o regime de Ali Saïbou, a excessiva densidade populacional existente em Yantala-Bas levou as autoridades a distribuírem terrenos loteados aos habitantes deste bairro com vista à sua remodelação, designadamente em Kwarakano, Dar-es-salam e Recasement. A fundação da aldeia



urbana de Yantala remonta ao período pré-colonial. Com o crescimento da cidade de Niamey acabou por ser anexada como mais um bairro residencial. Nessa altura, por causa da crise económica provocada pela redução do preço do urânio nos mercados internacionais, muitos agregados familiares optaram por venderem as suas parcelas para se instalar nos bairros mais periféricos.

Outras migrantes tinham vivido anteriormente noutros pontos da cidade, designadamente no bairro Route de Filingué, que começara a ser loteado mais ou menos na mesma época que Recasement (Tini, 2003). Mais tarde, seriam daí expulsas, de acordo com Assoumane, pelas autoridades administrativas por alegado atentado à moralidade pública<sup>127</sup>.

As principais dificuldades referentes ao alojamento citadino não diziam respeito a gastos mensais com arrendamentos, mas sim aos encargos associados à construção das *bouka*. Caso não conseguissem trazer consigo o *secco*<sup>128</sup>, necessário à construção das palhotas, teriam de comprá-lo a um *chamelier*, que em francês significa literalmente «condutor de camelos». Para as migrantes que se deslocavam para a cidade de transportes públicos, e portanto, não tinham como transportá-lo até Niamey, a outra opção era comprá-lo após a sua chegada à capital. De qualquer forma, o capital que necessitavam disponibilizar para a edificação deste género de habitação era relativamente baixo.

Em termos sanitários, as suas habitações funcionavam como motores de propagação de doenças infecciosas. O facto de não terem água canalizada era um problema facilmente contornável. Para além dos *gari-gari* que deambulavam por toda a malha urbana, algumas migrantes abasteciam-se frequentemente em água nos pátios dos seus vizinhos residentes nas moradias circundantes. O seu principal problema era a inexistência de saneamento básico, o que obrigava ao improvisado de latrinas no meio das *bouka*. As deficientes condições de evacuação faziam com que os excrementos escorressem a céu aberto por entre as habitações, onde frequentemente se encontravam crianças a brincar. As condições de insalubridade e o carácter temporário das suas casas indicam que o processo de instalação no espaço urbano era realizado mediante uma mobilização mínima de capitais.

---

<sup>127</sup> Ver NARRATIVA 7 do ANEXO B.

<sup>128</sup> *Secco* é uma palavra de origem portuguesa que foi adaptada pela língua francesa para designar em África paliçadas feitas com painéis feitos de hastes entrelaçadas (“Définitions : secco - Dictionnaire de français Larousse,” n.d.).

Apesar de alguns moradores simpatizarem com as migrantes instaladas e facilitarem o seu processo de integração no bairro, nem todos olhavam para estas invasões sazonal com bons olhos. Uma enfermeira do CSI de Dar-es-Salam que vivia nesta área residencial, confessou, a certa altura, que muitos vizinhos sentiam-se incomodados e, por vezes, até mesmo intimidados com as suas constantes festas noturnas e com o alegado corrupio de homens que ao cair da noite começavam a rondar os seus acampamentos.

A literatura associa muitas vezes o êxodo rural africano, ou movimentos populacionais temporários, com a fixação de residência na periferia das grandes cidades, onde a habitação é, por norma, mais barata. A ocupação massiva de terrenos públicos ou privados próximos do centro nevrálgico urbano, como acontecia em Dar-es-Salam [LE] aparenta ser uma prática social de contornos mais recentes. Parece estar relacionada com o aumento da concorrência no mercado informal. A falta de oportunidades de trabalho nas zonas mais periféricas da cidade, associada aos constrangimentos em termos de mobilidade numa cidade tão extensa cujo preço dos transportes é incomportável para a grande maioria da população, terão sido decisivos na escolha da residência em bairros mais próximos do centro, habitados por segmentos da população mais abastados.

Nem todos os fluxos migratórios de mulheres que viajavam autonomamente para Niamey pareciam datar da mesma época. As rotas migratórias das mulheres instaladas em Goudel e Tondibiah pareciam ser bem mais antigas do que o fenómeno de MAF observado em Dar-es-Salam [LE] ou entre as migrantes de Simiri (Mamoudou, 2010). A forma organizada como estes processos migratórios se desenrolavam, comparativamente à aparente anarquia observada entre as migrantes estudadas, levou ao equacionamento dessa possibilidade. De facto, algumas das migrantes instaladas nestes dois bairros periféricos eram oriundas de Wanzerbé, uma aldeia situada no departamento de Téra, sobejamente conhecida na sub-região pelos seus reputados adivinhos, curandeiros e feiticeiros (Stoller, 1989), assim como pela sua localização setentrional e afastada da bacia do rio Níger, e, por isso mesmo, onde os problemas de soberania alimentar se faziam sentir com particular intensidade há muitas décadas. Portanto, é muito provável que as contingências do ecossistema tenham projetado as mulheres desta região na esfera urbana de forma prematura. A forma discreta como estas migrantes se instalavam na periferia e o facto de muitas delas viajarem sem os

filhos terá certamente contribuído para que o fenómeno passasse despercebido, pelo menos aos olhos dos técnicos e investigadores expatriados, ao contrário do que acontecia, por exemplo, com as migrantes instaladas em Dar-es-Salam [LE] ou as mulheres de Simiri que pernoitavam nas artérias secundárias em torno do Petit Marché<sup>130</sup> (Mamoudou, 2010).

Para concluir, resta referir que nem todos os habitantes que residiam em *bouka* no bairro de Dar-es-Salam [LE] eram migrantes, independentemente da sazonalidade dos seus empreendimentos migratórios. Para além dos supramencionados refugiados malianos que surgiram na paisagem citadina a partir de 2012, alguns dos moradores destas palhotas eram também nativos de Niamey, que viveram durante toda a sua vida na capital. Esta constatação é indicadora de que os segmentos populacionais urbanos desfavorecidos têm vindo a aumentar e que a subsequente pressão sobre o alojamento e as infraestruturas públicas existentes tem contribuído para uma percentagem cada vez maior da população tenha de recorrer a este tipo de alojamento informal. O aumento das camadas desfavorecidas da população deve-se principalmente ao exponencial crescimento populacional que, segundo os últimos dados censitários, atinge a capital. A cooperação chinesa tem-se esforçado por melhorar as condições de vida citadina, disponibilizando mão-de-obra e capitais para a renovação e ampliação das infraestruturas urbanas, designadamente através da construção de bairros residenciais, estradas e edifícios públicos. Porém, as suas intervenções são largamente insuficientes tendo em conta o ritmo a que os habitantes de Niamey se multiplicam. Em consequência disso, é bem provável que os principais responsáveis pelo facto de as *bouka* terem deixado de estar circunscritas à periferia da cidade tenham sido os próprios nativos a residirem em palhotas no centro da capital. Esta invasão das principais ruas e avenidas de Niamey por palhotas mostra como a reprodução social da pobreza é animada por processo de pauperização de contornos aparentemente irreversíveis, muitas vezes denominados de pobreza estrutural.

### **6.3.3 Processo de integração económica**

Em termos de mercado de trabalho, as migrantes estudadas procuravam principalmente empregar-se no sector das atividades domésticas nas áreas residenciais

---

<sup>130</sup> O Petit Marché era um dos mercados mais emblemáticos da capital, localizado no centro nevrálgico da cidade. Contudo em Abril de 2012 houve um incêndio que destruiu praticamente todo o comércio que aí se realizava.

circundantes. Com efeito, todas as mulheres que exerciam a profissão de empregada doméstica trabalhavam nas imediações. Apenas uma das jovens celibatárias tinha de se deslocar uma distância considerável a pé. Ainda assim, e conforme ficou anteriormente subentendido, a empregabilidade neste domínio não era fácil. Havia demasiada oferta de mão-de-obra durante a estação seca, altura em que a sazonais viajavam para a capital à procura de trabalho. As mulheres transitavam com muita rapidez entre diferentes empregadores e encontravam-se frequentemente sem trabalho. Algumas raras exceções trabalhavam para a mesma patroa há vários anos.

O género de mão-de-obra doméstica supramencionado era especialmente procurado por mulheres que trabalhavam no sector formal da economia e que precisavam de alguém que pudesse cozinhar, lavar roupa, limpar e eventualmente tomar conta dos seus filhos durante a sua ausência a um preço relativamente módico. Pelo que se pôde apurar, o ordenado mensal podia variar entre sete mil e quinhentos e quinze mil FCFA. As migrantes oriundas dos países costeiros agravavam ainda mais a concorrência pelos postos de trabalho disponíveis. Se bem, como referido a montante, a grande maioria especializara-se num nicho de mercado muito mais lucrativo, os expatriados. Os ocidentais residentes na capital chegavam a pagar até oitenta mil FCFA por uma empregada doméstica. O facto de muitas serem cristãs aproximava-as dos hábitos culturais dos empregadores. Estavam formatadas profissionalmente para cozinhar e limpar de acordo com as expectativas dos seus patrões. Ademais não tinham quaisquer restrições religiosas relativamente à confeção e consumo da carne de porco. Para além da barreira da língua, todos estes detalhes domésticos tornavam estes postos de trabalho praticamente inacessíveis à vasta maioria das migrantes nacionais. Ainda assim, uma das migrantes trabalhava em casa de cristãos. Como não podia alimentar-se em casa dos seus patrões, via-se obrigada a preparar a sua própria comida às suas expensas.

As redes translocais raramente eram mobilizadas enquanto andavam à procura de trabalho. A maioria das mulheres tinha de bater porta-a-porta até encontrar alguém interessado nos seus serviços. Essa necessidade de deambular pela cidade à procura de trabalho violava as regras de recato feminino, expondo em demasia o seu corpo no espaço público. Por isso mesmo, algumas migrantes preferiam permanecer de forma ociosa nos acampamentos, aguardando que algum emprego lhes caísse literalmente do céu. Aliás, essa inércia era, muitas vezes, justificada com fundamentos religiosos: se

fosse a vontade de Alá, elas acabariam certamente por encontrar uma ocupação renumerada.

Por norma, a contratação informal não necessitava de referências profissionais, principalmente porque não era necessário comprovar a sua idoneidade profissional para arranjar trabalho no sector doméstico. Regra geral, as patroas mantinham todos os víveres e objetos de valor trancados em determinadas divisões, às quais nem os restantes elementos da família tinham acesso. Ao que tudo indica, esta prática permitia prevenir eventuais furtos, não apenas por parte das empregadas domésticas, mas também dos próprios familiares, amigos ou vizinhos, sobretudo em casas onde circulavam muitas pessoas diariamente.

De acordo com uma das migrantes mais antigas, os patrões nem sempre pagavam mensalmente às suas empregadas. Por vezes, somente lhes davam os seus ordenados antes de regressarem à aldeia para os trabalhos campestres. Os empregadores que optavam por esta modalidade nem sempre eram muito sérios. Na hora da partida tentavam pagar menos ou até mesmo não pagar às suas empregadas. Outras vezes, as patroas simulavam que tinham sido roubadas [como se isso fosse possível] para sonegarem os salários às suas colaboradoras. Para se defenderem destes abusos de poder, as migrantes faziam queixa nas esquadras de polícia contra as suas entidades empregadoras; pediam a um elemento mais velho da sua família, como uma irmã ou uma tia, para resolver o problema; ou juntavam várias migrantes que levavam consigo a casa da sua patroa para ameaçá-la. Nestas situações, a solidariedade entre as migrantes era coesa, facilmente se agregavam para pressionarem os ex-patrões incumpridores. Ainda assim, algumas delas acabavam por regressar à aldeia sem receber o que lhes era devido.

As mulheres mais velhas tinham mais dificuldades em encontrar trabalho como empregadas domésticas. Por norma, o seu envolvimento em processos migratórios autónomos resultava da necessidade de terem de se sustentar a si próprias. Frequentemente, a sua presença em Niamey era indicadora de situações de grande precariedade social e económica. O respeito que antigamente era devido aos anciãos e à condição de senioridade parece ter sido entretanto suspenso perante a progressiva pauperização do mundo rural. Muitas vezes, eram contratadas apenas para realizarem tarefas pontuais, como peneirar arroz, transportar água ou lenha, ou até mesmo varrer o quintal de alguma concessão. Algumas só lavavam a roupa e as marmitas utilizadas para

cozinhar nas casas que lhe solicitavam; outras apenas trabalhavam de dois em dois dias para uma patroa e outras ainda varriam as casas e pilavam o milho necessário à confecção dos pratos, quando alguém procurava os seus serviços.

Nalguns casos, os constrangimentos relativamente à empregabilidade no sector doméstico eram colmatados com algum pequeno comércio de bens alimentares, designadamente de vegetais, guloseimas ou pratos confeccionados. Regra geral, estes pequenos negócios encontravam-se circunscritos à zona residencial nas imediações dos seus acampamentos, por causa de alguns tabus sociais. Uma das migrantes foi perentória sobre esta questão: «*Eu, ir vender para o mercado???? E se alguém da minha aldeia me vir? Ainda iriam dizer que não tenho nada para dar de comer aos meus filhos!!!*»<sup>131</sup>, não obstante as suas evidentes dificuldades económicas em assumir os encargos com os seus dois rapazes. Outra também declarou que não conseguia expandir o seu negócio porque não tinha filhos pequenos em quem pudesse delegar as funções comerciais que implicassem exposição pública. A justificação que apresentou coaduna-se com as estratégias económicas mencionadas a montante, que as mulheres nigerinas desenvolviam para obter alguma liquidez financeira mas evitando a exibição em espaço público. Aliás, a procura de trabalho no sector doméstico também deve ser entendida dentro desta perspetiva, ou seja, de permitir às mulheres ganharem dinheiro sem quebrarem as regras de conduta social. Se bem que, conforme tenha sido anteriormente referido, os migrantes masculinos internacionais trabalhassem muitas vezes em sectores socialmente desvalorizados, o impacto social destas atividades económicas desprestigiadas era residual dado trabalharem num país estrangeiro. Em contrapartida, a proximidade geográfica de localidades como Ballèyara, Damana e Sargadji, aumentava o risco destas migrantes poderem ser reconhecidas na rua por algum conterrâneo. Estas proibições de índole cultural, sobretudo para as MAF que não recebiam remessas, contribuía fundamentalmente para lhes complicar as condições de existência, agravando a sua precariedade económica. Para as migrantes que não tinham marido ou que este se encontrasse financeiramente ausente, as dificuldades de expansão das suas atividades comerciais tinham um impacto bastante negativo na sua emancipação. Contudo, nem todas as mulheres davam a mesma importância a estas restrições impostas pela chamada tradição. Uma das migrantes da primeira fase que

---

<sup>131</sup> Haoua86, Maio de 2013.

acabou por ser perdida de vista, foi mais tarde avistada a vender carne grelhada junto ao mercado de Yantala, apesar de se ter reclamado do ponto de vista étnico de zarma.

No quadro 17 do ANEXO C, as mulheres migrantes foram ordenadas tendo em conta a tipologia das suas migrações e as suas atividades geradoras de rendimentos na cidade. Como se pode verificar, a situação profissional destas mulheres pode ser dividida em quatro grupos distintos: o desempregado; o empregado doméstico; o pequeno comércio e a mendicância. Uma das migrantes aprendia costura junto dos Guerreiros de Deus<sup>132</sup>. Os dados empíricos recolhidos vão ao encontro dos discursos das migrantes sazonais [clássicas ou autónomas] sobre as razões da sua vinda para Niamey e sobre a sua preferência pelo trabalho doméstico.

A percentagem de mulheres sem ocupação era bastante elevada, cerca de um terço das mulheres estudadas. A maioria era MFC-P residia de forma permanente com os seus maridos em Niamey. Mas além disso, também se verificou algum desemprego entre as outras migrantes. As três principais razões apontadas para a falta de trabalho foram o facto de ainda estarem a amamentar, de serem recém-chegadas à capital e a elevada oferta de mão-de-obra durante a estação seca. a) Mais de metade das migrantes desempregadas não conseguia arranjar trabalho no sector doméstico por causa dos seus filhos de colo. A maioria delas tinha trabalhado durante toda a gravidez, mas após o parto deixaram de ser consideradas elegíveis para a função. As patroas não gostavam de empregadas que levassem os filhos que andavam a amamentar com elas para o trabalho. Para além de os considerarem uma fonte de distração, temiam que a sua presença pudesse potenciar a negligência ou discriminação dos seus próprios filhos. Por causa disso, as migrantes que não optavam pelo desmane precoce, traziam muitas vezes consigo um elemento feminino da sua família para tomar conta das crianças. Deste modo, percebe-se que a presença das crianças mais velhas na cidade nem sempre era indicador de que as redes sociais e familiares das migrantes se encontrassem debilitadas. Por vezes, participavam nos projetos migratórios para tomarem conta das crianças mais pequenas. Apenas três migrantes conseguiram manter os seus postos de trabalho, carregando consigo os seus filhos às costas. b) A recém-chegada da aldeia também explicava em parte o desemprego. c) O terceiro motivo que dificultava a empregabilidade destas mulheres era a saturação do mercado de trabalho durante a estação seca. Por vezes as migrantes regressavam à aldeia sem terem conseguido

---

<sup>132</sup> Ver NARRATIVA 15 do ANEXO B.

arranjar nenhum trabalho. Algumas mulheres esperavam ansiosamente pela estação das chuvas seguinte. Quando a procura se sobrepunha à mão-de-obra disponível era muito mais fácil arranjar trabalho, mesmo com uma criança de colo.

No sector do pequeno comércio destaca-se a venda de *kopto*, uma das palavras utilizada localmente para designar as folhas de moringa. Regra geral, as mulheres vendem este género alimentício já cozido, pronto para confeccionar alguns pratos tradicionais da cozinha nigerina, como «*kopto* com pasta de amendoim», uma iguaria muito apreciada entre a população. O feijão bambara, conhecido localmente por *voandzou*, e designado cientificamente de *vigna subterranea* também merece ser evidenciado. Esta leguminosa é um alimento muito parecido com o amendoim. Tem a particularidade de resistir a altas temperaturas e de poder ser cultivado em solos muito pobres em nutrientes. Além do mais, o seu cultivo permite a fixação de nitratos no solo, enriquecendo-o de nutrientes. Alguns autores consideram que o feijão bambara possa ser uma das soluções para o problema da insegurança alimentar na África ocidental. Ao contrário do que foi anteriormente argumentado o pequeno comércio não era o apanágio apenas das mulheres mais velhas. Dentre as migrantes que se dedicavam ao comércio, apenas três residiam com os seus maridos na cidade. Porém, conforme se viu anteriormente, nenhuma destas mulheres correspondiam a um exemplo paradigmático de migração feminina clássica. Duas delas não residiam na cidade no mesmo local do que os seus maridos. A terceira era uma migrante permanente num agregado familiar sazonal que regressava todos os anos à aldeia para os trabalhos campestres. De igual modo se observou que o pequeno comércio não era o apanágio apenas das mulheres mais velhas.

A falta, mesmo que somente durante um período transitório, de uma atividade geradora de rendimentos agravava bastante a precariedade destas migrantes, sobretudo se vivessem sozinhas, tivessem filhos a cargo na cidade e se não recebessem quaisquer remessas do exterior. Ainda assim, observou-se que, pelo menos, em termos alimentares, havia uma grande solidariedade entre aquelas que mantinham um emprego doméstico e as restantes. Durante a pausa do almoço regressavam aos acampamentos com tachos à cabeça, contendo as refeições fornecida pelos patrões, que partilhavam com as familiares, amigas e vizinhas. As famílias que se encontravam em Niamey em consequência das crises alimentares supramencionadas, ou seja, que não eram sazonais frequentes, também costumavam beneficiar, conforme foi anteriormente referido, deste



gênero de entreajuda por parte das migrantes que eram suas conhecidas ou familiares. Por vezes, as pessoas mais abastadas também lhes davam roupas usadas.

#### **6.4 Algumas conclusões**

- As dinâmicas matrimoniais encontram-se quase sempre, de alguma maneira, imbricadas nos empreendimentos migratórios observados. A maioria destas mulheres migrou ou migrava regularmente para Niamey para seguir o seu marido, para se juntar a eles na capital, porque o seu marido se encontra ausente em êxodo internacional ou porque o casamento se dissolveu.
- As migrantes que viajavam sozinhas, fosse ou não na companhia dos seus filhos, pareciam empenhadas em travar a descapitalização provocada pelas dinâmicas de pobreza rurais. Os seus filhos encontravam-se incluídos nos seus projetos de recapitalização. Muitas mulheres conciliavam as suas dinâmicas migratórias com a escolarização das crianças. O caso mais paradigmático reporta-se a uma migrante que deixou um dos filhos na aldeia com a coesposa para que pudesse continuar a frequentar o estabelecimento escolar.
- Estas mulheres durante os seus processos migratórios continuaram a ter filhos. Estas gravidezes podiam resultar tanto da necessidade de diversificar a canalização de recursos exteriores em prole dos seus agregados familiares como da vontade em fortalecer o seu elo matrimonial, como se viu, em contexto migratório. Apesar do prestígio social associado ao nascimento de uma criança, principalmente do sexo masculino, as estratégias reprodutivas destas migrantes pareciam colidir com as suas estratégias de sobrevivência, pelo menos curto e médio prazo, sobretudo, no caso das MAF como das MFC cujos maridos não ganhavam dinheiro suficiente para assegurar o sustento da família. Os meses que não trabalhavam por causa da amamentação representavam um período de má ou subnutrição para os seus restantes filhos.

#### **6.5 Trajetórias e decisões terapêuticas durante a gestação e o nascimento**

Este subcapítulo encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira serão descritos aos cuidados biomédicos recebidos por estas migrantes durante a gravidez e parto. O seu comportamento terapêutico em relação ao atendimento de CPN e ao parto assistido clinicamente será analisado em função de um conjunto de dinâmicas sociais em que

estas mulheres se encontravam inseridas. Na segunda explicar-se-á o contributo dos curandeiros ditos tradicionais para a promoção do bem-estar das migrantes durante a gestação e o parto. Na terceira, abordar-se-á a importância fundamental da farmacopeia local na gestão por parte destas mulheres da gravidez e do parto. Por último, na quarta far-se-á uma breve súmula das trajetórias terapêuticas plurais, articulando-as com as dinâmicas matrimoniais e migratórias em que estavam inseridas.

### **6.5.1 Os cuidados biomédicos**

Os serviços de saúde públicos mobilizados durante a gravidez e parto serão analisados separadamente. Apesar das migrantes terem evidenciado não compartimentarem esta experiência que vai da concepção ao puerpério, passando pelo nascimento e aleitamento, para a biomedicina, o processo reprodutivo humano realiza-se por etapas. No que envolve especificamente a saúde da mulher tende-se a focalizar na monitorização do desenvolvimento fetal e no parto. Como já foi anteriormente referido, o período de pós-parto é por norma bastante negligenciado pelo domínio biomédico. Quase não são prestados nenhuns cuidados à puérpera, salvo se entretanto surgir alguma complicação no período de pós parto. Os cuidados biomédicos nesta fase centram-se no recém-nascido, no seu crescimento e desenvolvimento através da amamentação. Para além do mais, ao contrário dos restantes terapeutas e terapias, a localização espacial dos serviços é um aspeto fundamental dos cuidados prestados. O acesso a curandeiros ditos tradicionais depende muito mais da mobilização das redes sociais existentes do que de qualquer ponto geográfico onde possam exercer a sua profissão; até porque muitos nem têm um local específico de trabalho. Alguns inclusive adaptam-se aos movimentos migratórios de alguns grupos profissionais, conforme constatou Rouch (1956) relativamente aos sacerdotes espirituais que seguiam os trilhos da migração nigerina até à Costa do Ouro. Verificou-se no terreno relativamente ao marabuto de Filingué. De igual modo, as plantas medicinais, como se verá a jusante, tal como os medicamentos contrafeitos gozam de ubiquidade: podem ser adquiridas em qualquer lugar. Por causa disso, as dinâmicas em torno das CPN e dos partos assistidos clinicamente serão exploradas isoladamente.

#### **6.5.1.1 As CPN**

O quadro 18 do ANEXO C faz uma breve síntese da informação recolhida relativamente ao comportamento das mulheres migrantes durante a gravidez. Optou-se

por articular esta informação com o estatuto matrimonial e tipologia da migração, de modo a tentar fazer sobressair algumas tendências

#### 6.5.1.1.1 Gravidezes que não foram enquadradas pela biomedicina

Esta forma de exposição de dados recolhidos no terreno, apesar de ser muito prática em termos de leitura, não permite apreender determinada informação relevante sobre as trajetórias terapêuticas destas mulheres.

Nem todas as mulheres migrantes frequentaram consultas pré-natais em todas as suas gravidezes. Algumas gestações não foram enquadradas pelos cuidados biomédicos porque na época não existia serviços de saúde públicos nas proximidades da sua aldeia.

A construção deste centro de saúde, de acordo com Maygaari, foi somente iniciada 1993 pela cooperação alemã. Anteriormente, quem queria fazer CPN tinha-se de se deslocar à Proteção Materna e Infantil de Loga (PMI)<sup>133</sup>, que distava cerca de oito quilómetros da aldeia. Os cuidados biomédicos referentes às mulheres grávidas e crianças eram antigamente prestados em formações sanitárias específicas. Assim, ao nível das PMI eram realizados os partos pélvicos, as CPN, as consultas feitas aos recém-nascidos e a imunização ao abrigo do Programa de Vacinação Alargado (PEV). Entretanto, paulatinamente estes serviços começaram a ser integrados nos CSI para evitar a redundância de serviços, como por exemplo, acontecia no complexo sanitário de Boukoki Moussa, 2003).

#### 6.5.1.1.2 Gravidezes apenas monitorizadas na aldeia

Algumas das migrantes somente começaram a migrar após suspenderem provisoriamente, ou então, fecharem definitivamente o seu ciclo reprodutivo. O facto de algumas mulheres só terem começado a viajar para Niamey numa fase madura das suas vidas ajuda a explicar o porquê de algumas mulheres terem atendido de forma exclusiva CPN na aldeia. Além do mais, como quase todas estas migrantes tinham entretanto atingido a menopausa física ou social, era muito pouco verosímil que viessem entretanto a contrair uma nova gravidez na cidade.

Por outro lado, algumas mulheres que afirmaram nunca ter realizado vigilância clínica durante as suas gestações em Niamey eram migrantes frequentes, algumas das quais desde criança. Duas declararam inclusive que nunca ter estado grávidas na capital.

---

<sup>133</sup> Apesar de Loga ser considerada uma cidade, por ser sede de departamento, no âmbito deste capítulo qualquer referência ao PMI de Loga deve ser interpretada como uma oferta de cuidados biomédicos na esfera rural.

Esta preferência pela realização de CPN em meio rural acaba por levantar algumas interrogações relativamente à gestão da temporalidade dos seus empreendimentos migratórios. As migrantes sazonais por norma passam pouco tempo na aldeia. As suas estadias em meio rural são sinónimo de uma grande azáfama laboral, assim como de escassez financeira e alimentar. Os recursos e o tempo disponível para serem consultadas nas unidades de saúde são parcos. Portanto, a serem verosímeis as suas afirmações, significava que estas mulheres a partir de um determinado estágio de gestação teriam forçosamente de abandonar a capital e regressar à aldeia. Como não tinham entretanto iniciado as CPN na cidade, a tendência era para que a monitorização biomédica das suas gravidezes fosse realizada de forma irregular e/ou tardia. A evidente dificuldade em conciliar o calendário agrícola com a sua vida genésica, associada ao elevado número de filhos, leva a suspeitar que nem todas as gravidezes das migrantes, sobretudo das [grandes] múltiparas, tivessem sido seguidas por profissionais de saúde biomédicos.

Nalgumas situações, a opção de realizar exclusivamente CPN na aldeia, parece ter sido motivada por questões de ordem económica. Uma migrante alegou que, apesar de considerar que a vigilância pré-natal na capital fosse de maior qualidade, como era financeiramente mais dispendiosa, decidira sempre realizar CPN em Sargadji. Outra afirmou que: «... *se não tiveres dinheiro tratam-te na mesma, na cidade não*»<sup>134</sup>.

#### 6.5.1.1.3 Gravidezes monitorizadas na aldeia e/ou na cidade

Algumas das migrantes realizaram CPN tanto em meio rural quanto urbano. Nalgumas situações mobilizaram de forma complementar durante uma mesma gestação os cuidados biomédicos existentes na cidade e no campo. Noutros casos, esta gestão diferenciada correspondeu a gravidezes distintas. A realização de CPN para a mesma gravidez tanto em meio rural quanto urbano denotam a importância acordada por estas mulheres à vigilância pré-natal. Uma das migrantes escolheu deliberadamente ser consultada em ambas as esferas. Aos sete meses de gravidez, veio a Niamey buscar algumas coisas que lhe faltavam para o enxoval do bebé, nomeadamente sabão e panos. Em consequência disso, aproveitou a ocasião para também ser consultada na capital. Nas restantes situações, o atendimento de CPN na cidade ou na aldeia parece ter sido mais circunstancial. A sobreposição do período de gestação com o do calendário

---

<sup>134</sup> AdamaZ, Junho de 2013.

agrícola anual é que acabou por ditar o local onde as CPN foram realizadas. Esta alternância entre formações sanitárias rurais e urbanas tendia a refletir, acima de tudo, as dinâmicas migratórias em que estas mulheres se encontravam envolvidas.

Em contrapartida, o atendimento de CPN de forma distinta na aldeia ou na cidade, consoante a gestação, encontrava-se também subordinado às dinâmicas matrimoniais em que estas mulheres estavam inseridas. A última gravidez desta migrante foi gerida em meio urbano porque entretanto veio viver com a sua mãe e os seus três filhos na cidade. Esta mulher tinha uma opinião muito concreta sobre as diferenças que apartavam a vigilância clínica efetuada em meio rural e citadino. Assim, considerava que os cuidados de saúde eram melhores na capital porque as pessoas tinham uma outra disponibilidade financeira: «... *aqui as pessoas trabalham para terem dinheiro, na aldeia nem os homens têm dinheiros*»<sup>135</sup>.

Para uma das migrante que viveu na Costa do Marfim, e que comparou os cuidados pré-natais nigerinos e marfinenses, as CPN em Sargadji eram melhores e mais baratas do que aquelas que realizou na Costa do Marfim, onde os profissionais de saúde eram alegadamente mais «duros» com as grávidas e parturientes. A sua coesposa que também fora seguida clinicamente na capital, também estabeleceu um termo de comparação entre a vigilância clínica em Niamey e Sargadji, dizendo que as CPN eram melhores na capital porque efetuavam análises clínicas às grávidas e o exame de toque.

#### 6.5.1.1.4 Gravidezes só monitorizadas em Niamey

Para a grande maioria das migrantes que atenderam apenas CPN na capital, verificou-se que esta decisão terapêutica se encontrava igualmente subordinada às suas dinâmicas migratórias e matrimoniais. As migrantes permanentes casadas dominavam claramente este subgrupo. Mas não exclusivamente. Algumas mulheres sazonais casadas tinham apenas subordinado as suas gravidezes à vigilância biomédica em Niamey. No caso das primíparas, o atendimento de CPN exclusivamente na capital foi meramente circunstancial, uma vez que as suas gestações coincidiram com a estação seca. Noutras situações, alterações que aconteceram no seu estatuto matrimonial [uma viuvez ou separação] é que acabaram por ditar esta escolha.

Entre as MFC, a deliberação de atender CPN nem sempre dependia somente delas. Alguns maridos desempenharam um papel crucial nessa decisão, assumindo todos os

---

<sup>135</sup> **AlimaI**, Maio 2013.

encargos financeiros respeitantes a estas iniciativas terapêuticas, em conformidade com a jurisprudência islâmica. Um dos cônjuges, inclusive, acompanhava a mulher às consultas.

#### 6.5.1.1.5 O atendimento irregular de CPN

A falta de assiduidade no atendimento das CPN por parte das migrantes, sobretudo das sazonais, foi evidenciada por várias profissionais de saúde que trabalhavam nas formações sanitárias mais próximas de Dar-es-Salam [LE]. De acordo com estas agentes de saúde, muitas migrantes eram perdidas após a primeira consulta. Este *modus operandi* de atender apenas uma CPN tinha alegadamente como propósito a aquisição de aquisição de um boletim<sup>136</sup>, mais tarde necessário para realizar o registo do recém-nascido.

Os agentes de saúde procuravam desenvolver estratégias que fizessem com que as gestantes atendessem mais facilmente as CPN, por exemplo aliciando com redes mosquiteiras ou então doseando por defeito o número de consumíveis distribuídos para obrigar as mulheres a voltar. A entrega de redes mosquiteiras como uma forma de recompensa também foi mencionada por Olivier de Sardan e Ridde (2011).

Porém, a perspetiva das migrantes sobre este assunto era outra. Para além dos atrasos relacionados, como se referiu a montante, pelos constrangimentos relacionados com o calendário migratório e agrícola, outras razões foram igualmente assinaladas. Segundo uma migrante, as primíparas protelavam enquanto podiam à primeira CPN porque tinham vergonha dos mais velhos. E as múltiparas evitavam por vezes deslocarem-se durante as suas gestações aos centros de saúde por causa dos maus-tratos.

A problemática da vergonha durante a gravidez despoletou discussões muito acesas entre e com as migrantes. As recém-casadas ocultavam as gravidezes com vergonha dos sogros. A assunção da sua sexualidade, mesmo dentro do quadro legal do casamento parecia criar algum constrangimento nalgumas mulheres. Uma das migrantes confessou que camuflara a sua primeira gravidez por vergonha e ignorância: «*nem sabia muito bem o que se estava a passar*<sup>137</sup>». Outra contou que, por vezes, as mulheres, mesmo as casadas, escondiam as gestações simplesmente por vergonha. Quando eram inquiridas sobre o assunto respondiam de forma lacónica que estavam apenas mais gordas. O uso generalizado do *hijab* contribuía bastante para essa dissimulação. Mulheres mais velhas

---

<sup>136</sup> Ver figura 2 do ANEXO A.

<sup>137</sup> **Haoua10**, Novembro 2011.

tinham aconselhado uma das migrantes a tapar o ventre com um pano, sobretudo quando se aproximavam do termo, para não atrair nem más-línguas, nem mau-olhado. Esta ideia também foi encontrada na literatura. Segundo Olivier de Sardan, Moumouni e Souley (1999) era aconselhável disfarçar o máximo possível as gravidezes de forma a não atrair a cobiça de espíritos caprichosos. Outra das migrantes conseguiu dissimular todas as suas gravidezes até aos sete meses:

*«... eu não escondia, não dizia era a ninguém que estava grávida. Há mulheres em que só se descobre que elas tiveram uma criança depois de regressarem da maternidade. Há mulheres que se nota mesmo que estão grávidas mas que mentem e dizem que não. É quando ainda estão a amamentar.»<sup>138</sup>*

Quando as gravidezes não são suficientemente espaçadas, o tempo de gestação de um filho pode coincidir com o período de amamentação do anterior. Os programas de saúde pública, nos casos de gravidezes muito próximas, têm aconselhado o aleitamento até perto do termo como medida de combate a má nutrição e mortalidade infantil (Moussa, 2012). Os serviços de saúde pública têm combatido energeticamente a prática do desmame precoce através dos meios de comunicação e em sessões de esclarecimento realizadas nas formações sanitárias nas línguas locais. Apesar das migrantes terem conhecimento desta nova diretiva biomédica, a prática da ablactação precoce continua a ser praticada amiúde. Muitas mulheres nigerinas, sobretudo as mais velhas que residem na esfera rural, consideram repugnante o facto de uma gestante continuar a amamentar às escondidas. Por causa disso, costumam pressionar as mulheres grávidas a desmamar precocemente da criança sob a alegação de que o leite materno «danificado» é prejudicial podendo inclusive causar-lhe a morte (Moussa, 2012). A filha mais velha de uma das migrantes teve de ser ablactada precocemente nestas circunstâncias. Esta migrante levou um ovo ao marabuto para que esse fizesse o trabalho de desmame que fizesse com que a sua filha mais velha não chorasse muito. A persistência de elevada mortalidade infantil no país tende a reforçar este género de valores enraizados localmente. Porém, conforme confirmaram várias das migrantes entrevistadas, independentemente das crenças pessoais, muitas mulheres optavam deliberadamente por camuflar as suas gravidezes e continuaram a alimentar os filhos ao peito.

Quando este género de situação acontece, a mulher tende a ser recriminada por não ter conseguido controlar os seus impulsos sexuais. Como se ela tivesse algum

---

<sup>138</sup> Saafi18, Dezembro 2011.

mecanismo legal de negar os seus deveres conjugais após o final do puerpério, que segundo o Alcorão (2:222) é designado de نفاس (nifas). A amenorreia pós-parto é uma condição fisiológica que nem todas as mulheres podem desfrutar. A utilização de métodos contraceptivos depende da autorização do marido, quer emanem da esfera dita tradicional, quer da esfera biomédica. Uma das mulheres engravidou precocemente porque o seu marido descobriu que ela tomava a pilula contraceptiva e escondeu-a. A reislamização da sociedade nigerina pelos movimentos reformistas contribuiu para que se gerasse uma grande controvérsia em torno desta questão. Por um lado, o Alcorão (6:151, 17:31) condena os atos que impedem as crianças de vir ao mundo, o que pode ser interpretado como uma mera penalização do infanticídio e do aborto, mas também, da limitação dos nascimentos através do planeamento familiar. Por outro, incentiva as mulheres a aleitarem os seus filhos por pelo menos dois anos (Alcorão, 2:233). Estes versículos aparentemente contraditórios permitiram que duas posições se extremassem. Assim, observou-se junto dos prosélitos mais radicais, uma abominação total da contraceção. A sua aceitação pelos crentes mais moderados, se bem que a sua utilização seja sobretudo sancionada para o espaçamento e não a limitação de nascimentos.

Contrariando a maioria dos discursos sobre a dissimulação das gestações, algumas mulheres declararam que a gravidez tinha deixado de ser sinal de vergonha mesmo quando era contraída fora do quadro legal do casamento.

O mau acolhimento e os maus-tratos no interior das formações sanitárias foram igualmente discutido com e entre as migrantes. As opiniões eram bastante discordantes. Algumas mulheres fartaram-se de tecer elogios à forma como eram tratadas durante as CPN, contrariando a considerável produção científica sobre a má qualidade das interações entre utentes e profissionais de saúde na República do Níger. Assim como, algumas observações feitas no terreno. É preciso não esquecer que a maioria destas migrantes fazia parte da multidão de anónimos atendidos nas unidades de saúde pública. Conforme mencionado a montante, o anonimato era uma condição bastante penalizadora no interior das unidades de saúde pública nigerina (Olivier de Sardan, 2003b). Portanto, o mais lógico era que fossem frequentemente alvo de mau acolhimento. Esta majoração das condições reais de atendimento nas formações sanitárias denotava uma vontade deliberada de passar uma imagem positiva de uns serviços de saúde pública tantas vezes cruéis para quem tinha dificuldade em reverter o processo de pauperização em que se encontrava confinado. As transformações



discursivas de uma das migrantes são particularmente elucidativas a este respeito. Inicialmente, esta migrante só dizia bem dos serviços e agentes de saúde públicos. Porém, à medida que o tempo foi passando, as suas críticas foram ficando cada vez mais mordazes sobretudo em relação ao funcionamento da maternidade Yantala. A certa altura acusou de forma categórica as enfermeiras e *sages-femmes* que trabalhavam nesta formação sanitária de faltarem ao respeito das utentes «... *podes estar horas à espera sem comer e quando chega a tua vez nem sequer olham para ti...*»<sup>139</sup>. Ambos os problemas assinalados por esta migrante, ou seja, o elevado tempo de espera, assim como, os problemas enfrentados pelo utente anónimo tinham sido já analisados ao nível da literatura. Ainda segundo ela, os maus-tratos e os casos de extorsão é que afastavam muitas grávidas das unidades de saúde pública. Presume-se que algumas destas razões tenham estado por detrás da sua decisão em se subtrair à vigilância biomédica durante a sua última gravidez.

Nem todas as migrantes revelaram tanta parcimónia antes de lançarem as “feras” contra os profissionais de saúde. Sobre este assunto, outra migrante pronunciou-se, desde a primeira hora, de forma inequívoca. Apesar das suas críticas contundentes, o seu alvo era o comportamento antiético dos profissionais de saúde. Os seus argumentos em momento algum colocaram em causa, a pertinência dos serviços de saúde públicos na vigilância do desenvolvimento fetal. Esta mulher começou por acusar as autoridades locais de Sargadji de favoritismo e corrupção por integrarem algumas mulheres iletradas no corpo clínico do CSI da aldeia. Segundo ela, esta delegação de tarefas a subalternos inferiores sem as competências técnicas exigidas para o efeito acabou por marginalizar as grávidas que não pertenciam ao grupo das PAC desta nova categoria de «enfermeiras». Estas supostas agentes de saúde auxiliarem nos partos e realizavam as CPN. O seu despotismo era de tal ordem que expulsavam as gestantes que chegavam depois das oito horas da manhã para as consultas por causa do seu alegado atraso. Ainda de acordo com o seu relato, o anonimato das utentes também potenciava o mau acolhimento e/ou os maus-tratos por parte deste «corpo clínico»:

*«... quando chegamos chamam-nos de idiotas, inconscientes, gritam-nos dizendo que nós estamos muito enganadas se pensamos que elas estão ali somente para nos servir. Dizem que têm coisas muito mais importantes para fazer. E quando estamos lá dentro chamam-nos de mentirosas, dizem que não estamos nada grávidas. Desculpa, mas achas mesmo que um*

---

<sup>139</sup>Hamsatou9, Junho de 2013.

*verdadeiro médico falaria assim para uma mulher grávida? Se elas tivessem estudado a medicina certamente saberiam que não é dessa maneira que se trata uma pessoa doente que vai ao posto médico em busca de um pouco de conforto. Humilham-nos, insultam-nos. Não têm consideração por nós. [Também] metem o cotovelo na barriga e carregam com força ou massajam a barriga à bruta e nem sequer sabem que te podem aleijar e ao teu filho. Se tivesses no nosso lugar irias a um lugar destes que em vez de te curar só te faz mal? Como podes explicar que uma mulher grávida seja mandada para casa só porque chegou às oito [da manhã]? Nem os medicamentos [ferro e anti palúdico preventivo] nos dão. Mesmo o ferro que é oferecido em todo o lado, aqui tem de ser comprado. O major<sup>140</sup> passa uma receita que aviamos em Loga, na farmácia que dizem que é do seu irmão. Achas isto normal?»<sup>141</sup>*

A atribuição de tarefas altamente especializadas a pessoal sem competências clínicas para o efeito já tinha sido assinalada por Hahonou (2001). A recusa em atender gestantes anónimas depois da hora marcada para as consultas fora igualmente mencionada por Souley (2003). Aliás, esta prática deve ser bastante recorrente ao nível das unidades de saúde que prestam CPN. Pelo menos no CSI Recasement e no CSI Dar-es-Salam, observou-se que quem chegava depois das oito horas também não tinha direito a consulta. Apesar das gestantes serem obrigadas a chegar muito cedo às formações sanitárias, raramente eram atendidas, como se mencionou mais acima, dentro de um período de tempo razoável. As *sages-femmes* nunca começavam a trabalhar antes das nove horas. A espera excessiva foi apontada por várias migrantes múltiparas como um dos principais motivos para frequentarem de forma tão irregular as CPN. As utentes celibatárias eram particularmente penalizadas nesta questão. No CSI de Dar-es-Salam notou-se que as grávidas solteiras eram deliberadamente consultadas no fim. É provável que as agentes de saúde considerassem que estas mulheres deveriam ser castigadas por ostentarem o pecado carnal de gerarem uma criança fora do quadro legal do casamento. Por isso mesmo, nestas situações, o tempo de espera por uma CPN podia chegar às cinco horas. Comportamentos desadequados dos profissionais de saúde para com as gestantes celibatárias foram também referenciados por Moussa (2003) relativamente ao bairro Boukoki. Em contrapartida, a investigação etnográfica no CSI Yantala-Bas revelou que a médica residente reservava as tardes para atender as suas PAC, longe da agitação e azáfama matinal.

---

<sup>140</sup> A categoria profissional de *major* corresponde ao posto de enfermeiro diplomado responsável pelas instalações sanitárias. A designação deste posto clínico por um termo da hierarquia militar está relacionado com o processo de colonização africano pelos franceses na viragem do século XX. Normalmente, os agentes de saúde destacados para as colónias eram patentes militares.

<sup>141</sup> Excertos de entrevistas realizadas com **AlimaI** entre Maio e Junho de 2013.

Apesar de os cuidados pré-natais serem supostamente gratuitos na República do Níger, desde meados dos anos 2000, na prática e em muitos locais, essa isenção não conseguiu sair do papel. O atendimento de CPN por norma implicava custos para a gestante, a qual nem sempre tinha disponibilidade financeira para assumi-los. A ideia de que era necessário pagar pela vigilância pré-natal estava de tal maneira enraizada na consciência das migrantes que apenas poucas eram as migrantes que estavam a par desta política de gratuidade.

Mesmo que fosse mais fácil para qualquer uma destas mulheres se organizar financeiramente para usufruir de uma consulta pré-natal do que responder a um episódio de doença urgente, dificilmente fá-lo-iam quatro vezes consecutivas durante uma mesma gestação sem haver uma razão adicional. Na verdade, muitas mulheres, sobretudo as multíparas que detinham uma maior experiência incorporada do processo gestativo, tinham dificuldades em compreender a utilidade de tantas CPN. Em muitas consultas eram apenas prescritas receitas e credenciais para realizar exames fora das instalações sanitárias que não podiam pagar. Portanto, algumas delas não viam qualquer finalidade em despender tempo que lhes fazia falta na gestão do seu quotidiano, para receberem uns pedaços de papel. Arriscando-se para mais a serem maltratadas.

De acordo com os profissionais de saúde biomédicos, estes frequentes atrasos e a falta de assiduidade na vigilância pré-natal podem ter implicações graves na saúde da mãe e do feto, nomeadamente no que concerne a despistagem e profilaxia atempada de determinadas carências nutricionais ou doenças infecciosas. Por essas razões, e pelo facto de muitos fatores de risco não serem despistados ao nível das CPN clássicas (Prual, Toure, Huguet, & Laurent, 2000), a OMS desenvolveu nos princípios dos anos 2000, o conceito de controlo pré-natal focalizado (WHO, 2002). A sua formulação permitiu deslocar a tónica da quantidade para a qualidade dos cuidados obstétricos prestados (Adolphe, 2016). Para os decisores internacionais, esta era a solução mais viável para os países de baixo e médio rendimento, onde havia poucos técnicos de saúde e um número limitado de infraestruturas sanitárias. No quadro das CPN focalizadas, o número de consultas atendidas não era tão importante como a acuidade dos procedimentos clínicos realizados. Por isso mesmo, este tipo de atendimento biomédico deveria ser mais demorado, ou seja, de quarenta e cinco minutos em vez dos convencionais quinze minutos. Toda a informação relevante referente à paciente e à progressão da gravidez devia ser devidamente anotada (Olivier de Sardan et al., 2017). No entanto, em

consonância com aquilo que se observou no terreno, as CPN continuaram a se desenrolar na sua forma protocolar, independentemente de eventuais diretivas que possam ter emanado do MSP/LCE. Os tempos de consulta continuavam a ser muito breves, e o diálogo com a gestante, considerado ao nível do controlo pré-natal focalizado um veículo privilegiado de despiste de fatores de risco, praticamente inexistente. Verificou-se no entanto que as *sages-femmes* tinham passado a ter como incumbência o registo da informação vital sobre a grávida. Para tanto, o ministério criou um documento específico para o efeito<sup>142</sup> mas que raramente era preenchido durante a CPN. Apesar do atendimento por vezes ser presenciado por vários agentes de saúde em simultâneo<sup>143</sup>, ninguém tirava notas sobre a informação relevante que ia surgindo durante a consulta. Após terminarem as consultas do dia, é que os profissionais de saúde se reuniam numa das salas e preenchiam de uma só vez as fichas correspondentes aos processos clínicos das mulheres consultadas nesse dia. Até onde se conseguiu investigar, estes documentos eram preenchidos de forma totalmente aleatória, sem qualquer preocupação com a veracidade dos dados veiculados. Provavelmente por causa disso, o acesso a estas fichas, tantas vezes solicitadas durante o trabalho de campo, foi sempre perentoriamente negado. Regra geral, esta informação clínica não era recuperada, caso a utente voltasse a ser examinada no mesmo contexto gestacional. Olivier de Sardan, Diarra e Mahaman Moha (2017) fizeram exatamente a mesma constatação no âmbito das CPN e do parto clinicamente assistido. Durante o trabalho de parto, os partogramas eram raramente preenchidos pelas *sages-femmes* que adiavam este procedimento, preenchendo mais tarde essa informação, com dados totalmente arbitrários.

#### 6.5.1.1.6 A falácia da gratuidade: desigualdade no acesso e nos cuidados de saúde prestados

Conforme se referiu no capítulo anterior, a elevada afluência de utentes conjuntamente os atrasos nos mecanismos de reembolso da gratuidade por parte do Estado nigerino levaram a ruturas constantes de consumíveis. Porém, essa demora não impactava da mesma forma em todos os DS. Primeiro porque o Estado não os reembolsava de forma uniforme e simultânea. Alguns DS recebiam as faturas da

---

<sup>142</sup> Ver figura 3 do ANEXO A.

<sup>143</sup> No CSI Recasement chegou-se a presenciar CPN em que se encontravam reunidos num gabinete minúsculo três *sages-femmes*, uma estudante da ENSP e um estagiário licenciado em biomedicina, para além da grávida.

gratuidade mais rapidamente e/ou de forma mais frequentes do que outros. Estas diferenças por vezes estavam relacionadas com determinados erros técnicos por parte dos Comitês de Gestão da Saúde (COGES), entidade responsável pela contabilidade dos DS, os quais acabavam por agravar um processo já em si moroso. Mas na maioria das situações, os critérios subjacentes às ordens de pagamento eram bastante opacos. Segundo, porque nem todos os DS conseguiam canalizar a mesma quantidade de recursos exteriores. Os parceiros financeiros da gratuidade eram fundamentalmente organismos internacionais e não-governamentais, mas alguns casos também eram beneficentes ou doadores privados. Portanto, nem todos os DS geriam da mesma forma os constrangimentos das políticas de isenção. Por causa disso, o tipo de cuidados em matéria de vigilância pré-natal tendia a divergir em função do espaço e do tempo (Morgado, 2013). Com a gratuitidade e aumento em flecha de utentes sobretudo de mulheres e crianças apareceram uma série de problemas que a médio prazo contribuiriam para criar novas desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Verificou-se então que era importante perceber no contexto da gratuidade, natureza dos cuidados biomédicos a que tiveram acesso estas mulheres durante as gravidezes. Consequentemente, nesta subsecção será realizado um estudo comparativo entre serviços prestados pelas diversas unidades de saúde de proximidade existentes em Niamey, Damana e Sargadji. Ainda que a qualidade dos serviços prestados, não seja uma variável fácil de cernir, como se viu a montante, as mulheres migrantes estabeleciam facilmente paralelos sobre forma como eram tratados nas diversas unidades de saúde e sobre a natureza das intervenções clínicas a que eram sujeitas.

O protocolo a seguir durante as CPN não era consensual entre os agentes de saúde pública entrevistados. Algumas diferenças relativamente aos procedimentos clínicos realizados foram observadas. Estas discrepâncias devem-se sobretudo à predominância das normas práticas sobre as normas oficiais (Olivier de Sardan, 2008a), designadamente em relação à suposta transição das CPN convencionais para as focalizadas. De acordo com Souley (2003), quando se tratam de gravidezes sem risco, a vigilância pré-natal abrange os seguintes procedimentos biomédicos: medição da temperatura, da tensão e do peso; um exame sumário que envolve a medição da sínfise-altura uterina [ou palpação abdominal], a auscultação do batimento cardíaco do feto e o toque vaginal; análises de sangue e à urina; e nalgumas situações sessões de educação para a saúde. Se bem que nenhuma das migrantes tenha referido qualquer sessão de

esclarecimentos a que tenha assistido. As profissionais de saúde entrevistadas forneceram informações detalhadas sobre a natureza dos exames realizados e acrescentaram outros procedimentos clínicos igualmente efetuados. As análises sanguíneas tinham como propósito o rastreio de DST, mais precisamente VIH-SIDA e sífilis; de anemia; do fator Rh; e do grupo sanguíneo da gestante. Os estudos da urina contemplavam a despistagem para a diabetes gestacional e pré-eclampsia através da medição da quantidade de glicose e albumina presentes nesta excreção. Ademais, algumas *sages-femmes* fizeram igualmente referência à importância à realização de, pelo menos, uma ecografia durante a gravidez, por causa das eventuais anomalias fetais; à vacinação antitetânica; ao consumo de micronutrientes como o ferro; à profilaxia anti palúdica; e à distribuição de redes mosquiteiras. Uma delas mencionou igualmente o tratamento antelmíntico preventivo, como forma de combate à anemia. Em contrapartida, nenhuma destas agentes de saúde indicou, em consonância com as diretrizes da OMS, a distribuição de suplementos de ácido fólico, para proteger o feto de eventuais alterações genéticas, e de vitamina A para a prevenção da cegueira noturna (WHO, 2009). De igual modo, a promoção do consumo de suplementos de cálcio como forma de prevenir a pré-eclampsia (WHO, 2013), em vez do tradicional teste da albumina, devido à sua fraca fiabilidade, não chegou a ser mencionado.

Nas formações sanitárias de Damana, as CPN eram executadas apenas por enfermeiros e ASC. Ao que tudo indica, as matronas não exerciam funções no interior das unidades de saúde públicas, apenas trabalhavam a domicílio. A categoria de profissionais de saúde que trabalhavam no CSI de Sargadji era muito mais variada. Para além do *major*, o corpo clínico anteriormente descrito provavelmente referir-se-ia às matronas, voluntárias ou auxiliares de ação médica, que exerciam dentro da unidade de saúde. Por vezes, *sages-femmes* estagiárias eram também enviadas pela ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública) em Niamey. Na capital, as CPN eram exclusivamente realizadas por *sages-femmes*. As voluntárias eram pessoas que trabalhavam gratuitamente nas unidades de saúde na esperança de virem um dia a serem contractadas (Fall, 2003).

A autoridade máxima no interior das maternidades era, como ficou previamente subentendido, era a *sage-femme* cargo de diretora. Antigamente, os CSI eram dirigidos pelos *majors*, os quais, conforme se observou em Liboré, atendiam gestantes no contexto das CPN, independentemente de haver ou não *sages-femmes* afetas à unidade

de saúde que comandavam. Todavia, a partir de 2011, a hierarquia profissional dos agentes de saúde atribuídos a estas formações sanitárias sofreu uma alteração por decisão do recém-eleito Presidente da República Issoufou (Moha & Harouna, 2015). Doravante, pelo menos os CSI existentes passaram a ser dirigidos por um médico. Esta medida enquadra-se na filosofia das políticas de saúde pública que visam o incremento da qualidade dos serviços de saúde públicos do país. Não obstante, a médica responsável pelo CSI Recasement praticamente só realizar trabalho burocrático no quadro da política de gratuidade, o qual supostamente deveria ser efetuado por um gestor e, por isso mesmo, até onde se conseguiu apurar, praticamente não dar qualquer contribuição em termos clínicos para o funcionamento do CSI.

O quadro 19 no ANEXO C faz uma súmula dos procedimentos clínicos observados e da informação recolhida sobre as intervenções realizadas no âmbito das CPN junto dos dois grupos estratégicos que se relacionavam socialmente através desta opção terapêutica, as mulheres migrantes e os profissionais de saúde pública.

Apenas uma das migrantes mencionou que lhe foi tirada a temperatura durante as CPN. O controlo da tensão arterial, pelo que se pôde observar, não era uma prática comum no quadro das CPN por falta de material necessário a esta operação. Não obstante a importância desta informação clínica na prevenção da pré-eclampsia. Alegadamente, os tensímetros desapareciam com muita facilidade e, como não era fácil substituí-los, muitos profissionais de saúde passaram a descuidar esta prática. Somente duas mulheres declararam que a sua tensão foi medida em gravidezes que aconteceram antes da introdução das políticas de gratuidade. Apesar da pesagem das gestantes ter sido observada com muita frequência nos âmbitos das CPN assistidas, somente duas afirmaram terem sido sujeitas a este tipo de medição.

As *sages-femmes* entrevistadas realizavam a auscultação dos batimentos cardíacos fetais com um estetoscópio Pinard<sup>144</sup>. Porém, evidências mostram que este procedimento não era sempre realizado. Por exemplo, um dos fetos de uma das mulheres faleceu durante a gestação, sem que os agentes de saúde se apercebessem da situação no CSI de Sargadji. Pelo que foi observado, o toque vaginal raramente era feito. Alegadamente por falta dos consumíveis necessários, nomeadamente das luvas, conforme se verificou no CSI de Dar-es-Salam. Por vezes solicitavam às próprias grávidas que trouxessem o material necessário para o efeito. Ainda assim, quando era

---

<sup>144</sup> Ver figura 4 e 5 do ANEXO A.

realizado, normalmente eram as estagiárias da ENSP que ficavam encarregues dessa tarefa que realizavam sem qualquer respeito pela privacidade da utente. De acordo com Moussa, (2012), esta violação da intimidade das gestantes era frequente. Os agentes de saúde obrigavam-nas muitas vezes a despirem-se à frente de pessoas estranhas. Ao que tudo indica, o exame de toque era apenas efetuado na capital.

As análises sanguíneas supostamente deveriam ser realizadas dentro das unidades de saúde. Contudo, para estes serviços funcionarem são necessários técnicos de laboratório e reagentes para os exames de sangue. Os problemas associados ao financiamento da gratuidade impediam, nalgumas unidades de saúde, a contratação do pessoal técnico e do material necessário ao funcionamento dos laboratórios. Em consequência disso, credenciais foram emitidas para que as gestantes fizessem as colheitas nalgum laboratório privado. Em conformidade com a informação recolhida no terreno, dependendo do centro de análises clínicas escolhido, o preço podia chegar até aos três mil FCFA. Uma clínica situada nas proximidades da maternidade Yantala, foi o local onde se notou que tinha os valores mais acessíveis, cobravam apenas mil FCFA pelas análises clínicas. Uma das migrantes realizou os seus exames de sangue neste laboratório privado. Alguns CSI continuaram a manter os laboratórios operacionais graças a um mecanismo que lhes permitiu contornar o princípio da gratuidade, cobrando diretamente os utentes pelos exames laboratoriais.

Até onde se conseguiu apurar durante o trabalho de campo, existia apenas um centro de saúde com equipamento necessário à realização de ecografias. Este CSI, que ficava situado na periferia, tinha conseguido apetrechar-se com estes meios técnicos graças a fundos vindos do exterior. Nos restantes CSI e nas maternidades de bairro, os profissionais de saúde passavam uma credencial para que as grávidas fizessem as suas ultrassonografias nalgum dos vários centros de imagiologia privados existentes na cidade. Cada ecografia podia custar entre três e cinco mil FCFA. Portanto, um valor totalmente inabarcável para a maioria das habitantes de Niamey e especialmente para as mulheres estudadas.

Os micronutrientes em ferro eram prescritos ou distribuídos logo durante a primeira consulta, mesmo na ausência do resultado do hemograma. Pelo que se pode observar nas CPN, por vezes as *sages-femmes* inferiam o estado anímico das gestantes através de uma avaliação cromática da pálpebra inferior dos olhos. A suplementação de ferro era fornecida gratuitamente pela UNICEF (Olivier de Sardan & Ridde, 2011). Entretanto, a



OMS começou a aconselhar que o ácido fólico fosse igualmente introduzido como suplemento durante a gravidez (WHO, 2012). De acordo com o adjunto do médico responsável pelo DSI, tanto o CSI Recasement como a maternidade Yantala tinham sido abastecidos em 2013 com comprimidos de ferro + ácido fólico. Porém, não se conseguiu apurar se as migrantes estudadas chegaram a beneficiar desta alteração do protocolo terapêutico.

A imunização para o tétano apesar de ser considerada fundamental pela OMS foi apenas referida por três gestantes.

A profilaxia contra a malária, à semelhança da PTV do VIH, obedece a um cronograma menos flexível e adaptável que nem sempre se coaduna com a irregularidade das consultas atendidas pelas mulheres. A prevenção deve ser iniciada logo no princípio do segundo trimestre de gestação (Bamba et al., 2013). Conforme anteriormente referido, esta medicação é distribuída gratuitamente aos centros de saúde através do PNLP. Ainda assim, algumas receberam uma prescrição para aviar estes medicamentos numa farmácia privada. As quebras de abastecimento ao nível das redes mosquiteiras eram muito frequentes. O número de redes fornecidas era normalmente muito insuficiente tendo em conta o número de gestantes que atendiam CPN (Olivier de Sardan & Ridde, 2011). Esta tendência foi confirmada no universo de mulheres estudadas. Muito poucas migrantes afirmaram ter recebido uma rede mosquiteira durante uma das suas gravidezes.

O quadro 24 do ANEXO C condensa a informação recolhida relativamente às intervenções clínicas a que as mulheres migrantes se sujeitaram no quadro das CPN. Obviamente que os dados recolhidos respeitantes a este assunto foram recolhidos por defeito. O período genésico de algumas migrantes fora suspenso, ou encerrara-se antes do início do trabalho de campo, e, por isso mesmo, nem sempre tinham uma memória tão detalhada da sua experiência durante as CPN. Ademais, existem também forçosamente diferenças entre as mulheres que atenderam estas consultas de forma mais regular ou irregular. A impossibilidade de deslocação a Sargadji e a Damana não permitiu investigar sobre a existência de «protocolos locais» em matéria de CPN. Uma vez que se verificaram algumas redundâncias em relação aos procedimentos descritos, optou-se por discriminá-los em termos de variantes ao invés de detalhar de forma exaustiva e repetitiva a experiência de cada uma.

Uma breve análise do quadro 20 sobre as CPN em Sargadji permitiu retirar as seguintes conclusões: os exames sanguíneos nem sempre eram realizados; por vezes havia ruturas em suplementos de ferro e na medicação profilática para prevenir a malária; as redes mosquiteiras eram distribuídas de forma irregular; e os procedimentos clínicos antes da gratuidade pareciam mais completos.

O facto de nem todas as mulheres terem realizado análises sanguíneas é indicador de que provavelmente a rutura de reagentes se tornasse mais frequente após a introdução das políticas de isenção. Outra possibilidade é que algumas destas migrantes tenham realizado as CPN nalgum CS satélite do CSI de Sargadji, onde não existisse equipamento técnico necessário para efetuar as colheitas. Os exames à urina não eram realizados ao nível do CSI de Sargadji.

Ao que parece, a emissão de receitas nem sempre eram o reflexo de ruturas no armazenamento de medicamentos e suplementos alimentares. Conforme foi mencionado anteriormente, estes fármacos eram ocultados dos utentes e, mais tarde, queimados antes das rondas efetuadas pelas ONG. Este *modus operandi* estaria provavelmente relacionado com o facto do irmão do *major* ser dono de uma farmácia em Loga.

Apesar das evidências mostrarem que as CPN, anteriores à gratuidade, englobavam um número mais elevado de intervenções clínicas. Antes da introdução das políticas de isenção, o preço pago pelas CPN incluía exames de sangue e fármacos. Segundo uma das migrantes, essa tarifa era apenas cobrada na primeira consulta. Em 2005, pouco antes da introdução da isenção, esta migrante pagou mil e cem FCFA pela monitorização biomédica de uma das suas gravidezes. Os cem FCFA coletados para além do preço-tabela podiam tanto respeitar a cobrança do valor do boletim de saúde como a comparticipação desta gestante para o fundo local dos «cêntimos adicionais».

O quadro 21 representa uma síntese dos dados colhidos relativamente às CPN feitas na *commune* de Damana. Uma vez que as migrantes oriundas de Damana não vinham todas da mesma aldeia, também frequentavam unidades de saúde pública distintas, designadamente o CSI de Damana, o CSI de Fandou Mayaki, ou até mesmo, alguma CS satélite de alguma destas formações sanitárias. A impossibilidade de deslocação a Damana não permitiu discriminar com exatidão as formações sanitárias utilizadas. Por isso mesmo, optou-se pela utilização de um acrónimo Unidade de Saúde Pública da *Commune* de Damana (USPCD), que conseguisse englobar a oferta em termos de saúde pública mais próxima das suas aldeias. Posto isto, uma sintética examinação desta

tabela revelou as seguintes tendências: a) A despistagem para o VIH-SIDA não foi realizada com o devido consentimento das migrantes como exige o protocolo; b) As mulheres de Damana eram mais frequentemente vacinadas contra tétano durante as CPN do que as mulheres de Sargadji; c) A distribuição de redes mosquiteira era muito mais irregular do que em Sargadji. Segundo uma das migrantes, às vezes eram vendidas em vez de serem dadas pelas enfermeiras; d) O método das prescrições em caso de rutura não parecia ser utilizado, talvez porque não houvesse nenhuma farmácia nas imediações; e) e as CPN antes da gratuidade aparentavam também ser mais completas.

O facto de os agentes de saúde realizarem exames sanguíneos NA [Não Autorizados] relativamente ao despiste de DST já tinha sido assinalado por Diarra e Moumouni (2008). Em algumas situações, nem sequer informavam as mulheres sobre a sua seropositividade para que fossem devidamente acompanhadas no âmbito da PTV do VIH. Apenas colocavam um código no seu boletim de saúde, que podia ser facilmente reconhecível entre os agentes de saúde e que os avisava para terem cuidados redobrados relativamente às grávidas e parturientes VIH+. Por outro lado, no contexto da gratuidade, nem sempre eram realizadas análises de sangue às grávidas. Nalgumas situações, a ausência deste procedimento clínico em algumas das CPN realizadas indicava que tinham optado por atender as CPN nalguma CS. A vigilância pré-natal relativamente às gestações dos filhos mais velhos das migrantes mais maduras era praticamente inexistente. Esta falha devia-se entre outras coisas à falta de unidades de saúde nas proximidades que prestassem este tipo de serviços biomédicos. Porém, com a expansão da rede sanitária promovida pelo Programa Especial do Presidente Tandja, multiplicou-se a construção de CS, mais viáveis do ponto de vista económico por causa dos meios técnicos e humanos necessários. Em consequência disso, muitas aldeias ficaram contempladas com cuidados de proximidade, designadamente em matéria de CPN. As análises à urina também não se realizavam em Damana.

Os cuidados de saúde prestados no âmbito das CPN em Damana antes da introdução da gratuidade pareciam não ser tão completos como em Sargadji. Esta diferença poderá estar relacionada, como se verá a jusante, com o facto de esta formação sanitária desta aldeia receber, conforme previamente referido, estagiários especializados em cuidados de obstetrícia. Uma das migrantes que realizou ambas as suas CPN antes da introdução da gratuidade afirmou nunca ter pago nada, não obstante ter realizado análises sanguíneas nas duas gestações. É provável que o caso desta mulher correspondesse a

uma situação de discriminação positiva por parte dos agentes de saúde locais. Nessa altura, no quadro da Iniciativa de Bamaco, apesar do regime de isenção ainda não ter sido implementado, era possível usufruir de cuidados de saúde biomédicos sem quaisquer custos (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003a), ao abrigo do estatuto de indigente, definido de forma muito vaga e imprecisa na lei. Regra geral, os familiares, amigos e conhecidos dos profissionais de saúde é que tinham beneficiado deste vazio legal, acedendo muitas vezes aos cuidados de saúde públicos sem quaisquer custos (Ridde, 2004; Tchicaya, Stierle, Kaddar, & Schmidt-Ehry, 2000).

As narrativas das migrantes respeitantes às CPN realizadas no CSI Recasement contratavam bastante com a realidade observada no interior desta formação sanitária. Como se pode ver no quadro 22, a informação transmitida sobre as CPN era bastante limitada tendo em conta o aparato gerado em torno da vigilância pré-natal pelas *sages-femmes* deste estabelecimento. A parcimónia de dados recolhidos podia estar relacionada, conforme indicaram os agentes de saúde, com um atendimento muito irregular destas consultas por parte das mulheres migrantes. Também existe a possibilidade de que as CPN atendidas pelas migrantes tivessem sido realizadas de forma muito apressada devido ao seu anonimato e que, pelo contrário, nas CPN assistidas por elementos exteriores ao corpo clínico, os profissionais de saúde se tenham empenhado para mostrar o mínimo de disfuncionalidades possíveis com respeito à qualidade do atendimento.

Com respeito às CPN realizadas no CSI Recasement, não existe informação sobre o período anterior à introdução das políticas de gratuidade. A ausência de dados para o período respeitante à vigência do princípio utilizador-pagador pode estar relacionado, entre outras coisas, com o facto desta unidade de saúde ser relativamente recente, pelo menos em comparação com a Maternidade Yantala e de muitas das migrantes terem residido anteriormente noutras zonas da cidade.

Os exames de sangue foram aparentemente sempre realizados. A prática de despistar as grávidas para o VIH-SIDA nesta formação sanitária sem o consentimento das mesmas foi igualmente verificado entre as migrantes. O facto de nenhuma ter recebido uma credencial para realizar as análises sanguíneas no exterior, não significava que esta unidade de saúde não se debatesse, como todas as outras, com problemas de financiamento. Para fazer face às constantes quebras de reagentes químicos e para maior comodidade dos seus utentes, no CSI Recasement optaram por cobrar os exames

efetuados pelo técnico laboratorial. Assim, de acordo com as *sages-femmes* deste estabelecimento sanitário, por cada reativo utilizado nas análises de sangue solicitavam o pagamento de duzentos FCFA. Trezentos FCFA eram igualmente cobrados pelos testes à urina.

Ao que tudo indica, as quebras no armazenamento de micronutrientes em ferro eram ocasionais, assim como, em medicação profilática contra a malária. Ainda assim, durante a sua última gravidez, uma das mulheres apanhou numa consulta ambos os consumíveis esgotados e, por isso mesmo, teve que se contentar com uma prescrição médica. As *sages-femmes* deste estabelecimento de saúde também prescreviam antifúngicos no quadro das CPN. Numa observação de terreno, verificou-se que em resultado de um toque vaginal realizado por uma estagiária da ENSP foi detetada uma candidíase, uma condição muito comum entre as grávidas e que, por isso mesmo, a medicação necessária ao tratamento deveria ter sido fornecida gratuitamente. Porém, o protocolo de isenção de CSI não assumia.

O quadro 23 resume as intervenções clínicas descritas pelas migrantes relativamente à vigilância pré-natal realizada na maternidade Yantala. Não há muita informação sobre o modo de funcionamento das CPN antes do período da gratuidade. Sabe-se apenas que nessa época se praticava, conforme reiterado diversas vezes, o exame de toque e que as gestantes pagavam o preço de tabela estipulado por lei pela vigilância pré-natal. Ao que tudo indica, durante uma primeira fase, as análises clínicas realizadas no quadro da gratuidade, eram realizadas sem custos para as utentes. Porém, as quebras frequentes dos principais consumíveis conduziram a uma emissão, cada vez mais frequente, de credenciais.

Em meados de 2013, o funcionamento do laboratório encontrava-se suspenso. Ainda assim, despistavam gratuitamente para o VIH-SIDA e realizavam os testes da albumina e da glicémia à urina cobrando igualmente trezentos FCFA às gestantes pelos dois reagentes. A diversidade de procedimentos terapêuticos no âmbito das CPN era maior nesta unidade de saúde. A medição da altura uterina e/ou a palpação abdominal, a auscultação do batimento cardíaco do feto e a pesagem eram práticas mais frequentes. Os agentes desta unidade de saúde recorriam frequentemente às prescrições médicas devido às falhas de abastecimento dos principais consumíveis distribuídos durante as CPN, quiçá por causa de uma taxa de frequência de mulheres gestantes mais elevada. O supramencionado pseudo-exame da observação das pálpebras era bastante utilizado para

deduzir a percentagem de hemoglobina no sangue, ao contrário do que se verificou no CSI Recasement. No quadro das CPN, uma das migrante recebeu roupa para o seu filho.

Algumas migrantes atenderam CPN noutras locais da capital, designadamente na maternidade de Dar-es-Salam que, no primeiro trimestre de 2013, mudou de designação para CSI Dar-es-Salam. Tal como aconteceram com alguns PMI, esta formação sanitária passou igualmente a prestar cuidados de saúde ao resto da população que não se encontrava abrangida pelo protocolo da saúde materna e infantil. No complexo sanitário de Dar-es-Salam [que envolvia o edifício do CSI e o bloco da maternidade] não havia nenhum laboratório funcional. De acordo com as notas retiradas durante o trabalho de campo, pelo menos desde a introdução da gratuidade, esta unidade de saúde não tem meios financeiros para contractar um técnico laboratorial, nem comprar reagentes. CPN foram igualmente atendidas no CSI Aviation e CSI Abidjan antes da implementação das políticas de isenção. Nesse tempo, ambas as unidades de saúde faziam análises ao sangue, davam periodicamente medicação para prevenção da anemia e profilaxia contra a malária, realizavam exames de urina, mediam frequentemente a tensão e administravam a vacina antitetânica.

O quadro 25 do ANEXO C faz um resumo mais detalhado dos valores pagos por algumas mulheres migrantes pelas CPN no contexto da gratuidade. Nem todas se mostraram dispostas a discutir tão pormenorizadamente esta questão. Algumas não sabiam porque o marido ou outro elemento tinha pago estas despesas. Outras desconheciam porque alegadamente não se recordavam, independentemente do tempo que tinha decorrido relativamente à sua última gestação. Em consequência disso, os dados sobre esta matéria acabaram por ser recolhidos de forma fragmentada e incompleta. O primeiro aspeto que ressalta nesta tabela é a imensa variedade de preços cobrados no contexto da gratuidade.

Analisando o quadro mais à lupa foi possível descortinar algumas tendências. Quase todas pagaram mais pelas análises clínicas do que antigamente se pagava por todos os procedimentos terapêuticos no quadro das CPN antes da implementação das políticas de isenção. Por vezes, observavam-se discrepâncias relativamente ao número de reativos mobilizados durante as análises de sangue. As múltíparas, que tinham realizado CPN nas anteriores gestações, regra geral, não necessitavam de identificar novamente o seu grupo sanguíneo. A forma como era calculado o valor a pagar pelos exames clínicos

nesta unidade de saúde não era muito clara, uma vez que o teste do VIH-SIDA estava isento de custos.

Apesar de poder parecer inverosímil, as maternidades nigerinas que apenas realizavam partos pélvicos conseguiam muito bem funcionar sem a presença de nenhum técnico laboratorial nas suas instalações, conforme observado relativamente ao CSI tipo dois de Dar-es-Salam, ou seja, assistindo também mulheres durante o parto. Sabe-se que na maternidade Yantala, apesar do funcionamento do laboratório estar suspenso, continuava-se a efetuar o rastreio do VIH-SIDA. Conforme mostra a literatura (Diarra & Moumouni, 2008), muitas *sages-femmes* nigerinas recusavam-se a assistir parturientes sobre as quais desconheciam a sua serologia relativamente a esta patologia, com receio de serem infetadas. Portanto, este serviço encontrava-se disponível mais para conforto profissional dos agentes de saúde do que devido a uma real preocupação com a promoção do bem-estar das gestantes. Se essa melhoria fosse efetivamente uma prioridade, esta unidade de saúde continuaria a realizar análises clínicas às utentes, nem que fosse preciso cobrar algum preço por isso. É preciso não esquecer que a principal atividade da maternidade Yantala era assistir parturientes durante o nascimento dos seus filhos. Este serviço não se encontrava abrangido pelas políticas de isenção e, por isso mesmo, esta unidade de saúde não se debatia com os mesmos problemas financeiros que o centro de saúde de Recasement, que por ser um CSI tipo um, ou seja, sem maternidade, não tinha meios alternativos de financiamento. Ainda assim, esta falta de recursos adicionais não o impediu de manter o laboratório em funcionamento. Como a grande maioria dos seus utentes eram mulheres e crianças, nesta formação sanitária, o funcionamento da gratuidade fazia-se às expensas dos próprios utentes isentos.

#### 6.5.1.1.7 Algumas conclusões sobre as CPN

- Com a introdução das políticas de gratuidade, os cuidados biomédicos no âmbito das CPN tornaram extremamente heterogéneos. Os dados recolhidos nos terrenos revelaram desfasamentos segundo eixos geográficos e temporais, os quais acabaram por se traduzir, quer em encargos económicos não previstos para as utentes, quer numa diminuição drástica da qualidade [biomédica] dos cuidados prestados.
- As disparidades registadas entre o tipo de procedimentos terapêuticos realizados na aldeia e a cidade revelam que, excetuando a vigilância pré-natal prestada nas CS, as

maiores diferenças observadas relativamente aos cuidados prestados estavam relacionadas com os atrasos referentes aos reembolsos por parte do Estado. Estes retardamentos no pagamento das faturas da gratuidade acabaram por ditar a disponibilidade ou não de iniciativas terapêuticas simples como a realização de testes sanguíneos. Estas contingências acabariam por conduzir a uma simplificação das CPN em meio rural. Esta afirmação podia ser igualmente estendida à periodicidade com que estas unidades de saúde rurais eram reabastecidas com consumíveis distribuídos gratuitamente por organismos internacionais como o PAM, a UNICEF ou o Fundo Global. Se ficaram dúvidas sobre os motivos subjacentes às ruturas de micronutrientes e medicamentos no CSI de Sargadji, a falta de abastecimentos em suplementos em ferro nas formações sanitárias de Damana era uma realidade bastante frequente.

- As contingências das políticas de isenção eram mais facilmente contornadas na cidade. Em vez de suprimirem as intervenções que não podiam oferecer por falta de recursos disponíveis, arranjam um modo alternativo de continuar a fornecê-lo. O CSI Recasement passou a taxar as análises laboratoriais que supostamente estavam isentas de custos, e a maternidade Yantala optou pela emissão de credenciais. Estas unidades de saúde empenharam-se em encontrar respostas para os problemas financeiros em que de repente se viram envolvidas de modo a evitar cair novamente na inoperacionalidade que caracterizou as unidades de saúde de primeira linha durante a primeira metade dos anos 1990. Ironicamente, com as soluções forçadas, o ónus desta crise interna acabou por ficar ironicamente a cargo das próprias beneficiadoras da gratuidade. Ainda assim, alguns CSI da capital preocuparam-se em não sobrecarregar as utentes com um problema criado pelo próprio estado. O COGES do CSI de Gamkalley situado na *commune* IV, graças a uma gestão muito mais racional dos recursos disponíveis, conseguia em 2013 reduzir ao máximo as quebras de consumíveis e manter gratuitos os exames realizados às grávidas.

- A experiência deste centro de saúde mais periférico em relação ao centro da cidade, assim como o supramencionado singular aparelho de ultrassom que servia essencialmente habitantes de uma zona suburbana mostra que as discrepâncias geográficas em termos de cuidados biomédicos prestados não se articulavam sempre numa lógica de centro versus periferia. As disparidades espaciais deixaram de ser alimentadas numa lógica bipolar para se articularem num panorama multipolar, sobretudo graças à capacidade diferenciada das unidades de saúde atraírem parceiros



financeiros internacionais. Uma linha cronológica estabelecida entre a introdução da gratuidade e o período do trabalho de campo revelou que qualquer uma das unidades de saúde estudadas tinha prestado ao longo do tempo cuidados de saúde bastante diferenciados no quadro das CPN. Posto por outras palavras, uma mulher anónima, que atendia CPN sempre no mesmo CSI durante as suas gravidezes, podia deparar-se com cuidados de saúde bastante distintos em função de haver, ou não, falhas no abastecimento de medicamentos e reagentes químicos. No limite, por um lado, poderia usufruir gratuitamente, numa das suas gestações, de micronutrientes em ferro; de medicação profilática contra a malária; de uma rede mosquiteira; e de análises sanguíneas e de urina. Por outro, na gravidez seguinte, podia ver-se a braços com algumas despesas não previstas por causa da emissão de credenciais para os exames e da prescrição de receitas médicas, sem ter direito a nenhum mosquiteiro.

- A verdade é que os atrasos nos pagamentos foram-se tornando cada vez mais prolongados e os valores em dívida aumentando. Portanto, a aplicação de taxas e a emissão de credencial banalizaram-se em muitas unidades de saúde, apesar de entretanto terem sido igualmente proibidas pelas autoridades políticas (Olivier de Sardan & Ridde, 2011). Paulatinamente, situações que deveriam ser apenas soluções de carácter provisório para fazer face a uma emergência financeira, acabaram por ir ganhando contornos de definitivos.
- Na realidade, os problemas de financiamento deram origem a tipos de cobranças tão diversificadas quanto a natureza dos cuidados prestados no contexto das CPN. Os diferentes preços cobrados pelos boletins de grávida ilustram bem a arbitrariedade dos valores aplicados, até mesmo no interior de uma mesma unidade de saúde. Teoricamente, estas quantias deveriam ser canalizadas para o fundo respeitante aos «cêntimos adicionais». Porém, esta disparidade de preços observados pode muito bem ser indicador de que os agentes de saúde pública canalizavam para vantagem pessoal uma percentagem dos valores cobrados, de acordo com o conceito de «pequena corrupção» conceptualizado por Mahaman Tidjani Alou (2001). Tal como a venda de redes mosquiteiras em Damana às gestantes, verificou-se na maternidade de Yantala que algumas *sages-femmes* vendiam, a título pessoal, medicação e consumíveis distribuídos pelos organismos internacionais, que supostamente deveriam ser entregues aos utentes sem quaisquer custos.

- Seria expectável que a contribuição para os «cêntimos adicionais» em Damana ou Sargadji fosse superior às quantias pagas na cidade. Com efeito, em caso de evacuação a partir destas localidades para a unidade de saúde de referência, o veículo de transporte seria obrigado a percorrer uma distância muito superior àquela que separa o CSI Recasement ou a maternidade de Yantala da maternidade Issaka Gazobi de Niamey. De facto, o distanciamento da *commune* de Damana ao HD de Filingué é aproximadamente de cinquenta quilómetros. Este percurso é muito superior à distância que separa Sargadji ao HD de Loga. Contudo, como o bloco operatório do HD de Loga esteve muito tempo inoperacional, durante muito tempo, as evacuações de Sargadji eram realizadas em direção ao HD de Dosso que dista mais de setenta e cinco quilómetros da aldeia. Contudo, as cobranças dos «cêntimos adicionais» não refletiam esta lógica dos quilómetros percorridos. Em Damana ou Sargadji não se pagavam forçosamente valores superiores àqueles que eram desembolsados na capital. Porque as distâncias percorridas durante as transferências de parturientes urbanas eram comparativamente irrisórias, o fundo de maneiio dos «cêntimos adicionais» era muitas vezes utilizado, como acontecia na maternidade de Yantala, para a aquisição de combustível para alimentar os geradores elétricos desta formação sanitária de forma a evitar a assistência de trabalhos de parto na total escuridão, como acontecia por vezes na maternidade de Dar-es-Salam.
- Após um breve período de «vacas gordas», as mulheres nigerinas tiveram de se adaptar a estas inadvertidas solicitações pecuniárias por parte dos agentes de saúde como resultado das suas estratégias improvisadas para lidar com os problemas financeiros das suas unidades de saúde. A partir de certa altura, haver custos ou não, relacionados com as CPN no contexto da gratuidade, era uma variável que elas não controlavam. Só lhes restava ficarem na expectativa. Uma migrante resumiu bem este desconhecimento: «...às vezes paga-se e outras não»<sup>145</sup>.
- O carácter ambíguo das CPN prestadas terá certamente contribuído para a dificuldade das migrantes em conceptualizarem as políticas de isenção. Uma das mulheres expressou-se do seguinte modo a esse respeito: «antes não se pagava nada mas agora paga-se»<sup>146</sup>; Se bem que neste caso era difícil perceber se a sua afirmação

---

<sup>145</sup> Haoua10, Novembro de 2011.

<sup>146</sup> Fati22, Dezembro de 2011.

era referente aos primeiros meses que se seguiram à gratuidade, ou ao período anterior, uma vez que, como se referiu anteriormente, nunca chegou a pagar pelas suas CPN.

- A introdução de tarifas nos exames clínicos realizados no CSI Recasement terá certamente atuado como um efeito repulsor. Ao contrário do que se verificou na maternidade de Yantala, nenhuma das migrantes atendida nesta unidade de saúde, atendeu as CPN sem pagar pelo boletim e pelas análises. Portanto, as gestantes que se deslocaram a estas instalações estavam preparadas para pagar o valor entretanto estipulado pelas análises. Em contrapartida, o modo de funcionamento da maternidade de Yantala dava outra margem de manobra às mulheres migrantes com menos recursos. Mesmo que não tivessem dinheiro para os exames clínicos podiam aproveitar para usufruir do resto dos cuidados prestados no quadro das CPN. Ao que tudo indica, a maioria das migrantes tentava, dentro dos constrangimentos financeiros em que estava inserida, compor as suas CPN com maior número de elementos clínicos disponíveis para a sua disponibilidade financeira no momento e para a sua conceção individual de risco materno. Por exemplo, a pesagem, a auscultação do batimento cardíaco do feto ou a medição da altura uterina estavam entre as intervenções que podiam ter acesso por uma módica quantia de dinheiro. Cada mulher passou a poder atender os componentes das CPN ao alcance da sua carteira. Estas dinâmicas resgatadas em torno das CPN trazem um novo entendimento sobre a irregularidade e falta de assiduidade relativamente ao atendimento pré-natal.

- O atendimento irregular de CPN também elucidada sobre o processo de decisão subjacente ao atendimento de CPN. Esta composição de forma autónoma das suas CPN, com os elementos clínicos disponíveis, era indicador que os custos associados a estas consultas, na maioria das situações eram da sua responsabilidade, contrariando os preceitos religiosos relativamente aos deveres conjugais masculinos.

- A introdução, mesmo que de forma velada, de novas taxas ou custos associados às CPN acabou por fazer novamente cair as taxas de atendimento, mas não tão drasticamente como esperado. Ainda assim, houve uma redução que apesar de aliviar a carga de trabalhos dos agentes de saúde, não se traduziu em consultas mais demoradas. Além do mais, as análises de sangue que, em princípio, seriam um aspeto incontornável no domínio da monitorização gestacional biomédica, passaram a um mero complemento das CPN, ao qual, tal como a ecografia, nem todas as mulheres conseguiam aceder. Não obstante, as recomendações da OMS no sentido de prolongar e otimizar o tempo de

consulta no contexto da vigilância pré-natal focalizada, de forma a poder diagnosticar de forma mais eficiente as gravidezes de risco. Na realidade, observou-se precisamente o contrário, ou seja, as gravidezes de risco, na ótica da biomedicina, continuaram a ser totalmente subavaliadas. Para não falar da subutilização de tensímetros, da inexistência de citologias para o HPV (Vírus do Papiloma Humano) - uma doença silenciosa que se presume largamente difundida no continente africano (De Vuyst et al., 2013) - e das poucas as condições de higiene evidenciadas pelos gabinetes de CPN.

- Em suma, no contexto da gratuidade, as CPN correspondiam a um conjunto relativamente heterogêneo de práticas clínicas com um preçário bastante flexível. A possibilidade de as mulheres poderem compor as suas CPN, ou seja, selecionar quais os procedimentos clínicos a que se iriam submeter, em função da disponibilidade financeira momentânea tornaram as cobranças no âmbito da gratuidade menos repulsivas que durante a vigência do princípio utilizador-pagador no contexto da Iniciativa de Bamaco. Na realidade, as políticas de gratuidade acabaram, em última instância, por produzir grandes assimetrias relativamente à qualidade biomédica das CPN prestadas, contribuindo para uma grande informalização dos cuidados fornecidos às mulheres oriundas dos segmentos mais desfavorecidos.

- É possível perceber um mesmo *modus operandi* entre o funcionamento da política de gratuidade das CPN e a medicação anti palúdica subvencionada vendida nas farmácias nigerinas. Ambas as iniciativas políticas denotam uma grande preocupação em mostrar para o exterior o cumprimento das diretrizes internacionais, sem haver preocupação com o real bem-estar dos segmentos populacionais supostamente visados por estas medidas.

#### **6.5.1.2 O parto**

O quadro 26 do ANEXO C é uma síntese dos cuidados durante o parto. A sua análise mais aprofundada será realizada na secção dedicada às trajetórias terapêuticas.

Uma primeira leitura desta tabela permite extrair as seguintes informações:

- a) A grande maioria dos nascimentos foi assistida por agentes de saúde biomédicos;
- b) A maior parte dos trabalhos de partos ocorreu na aldeia; e
- c) As mulheres da Damana recorreram com mais frequência ao parto a domicílio.

#### 6.5.1.2.1 O parto em Damana

A percentagem elevada de partos a domicílio nesta *commune* deveu-se a fatores meramente circunstanciais. Nem sempre os nascimentos conseguem ser devidamente planeados, principalmente quando o trabalho de parto se inicia antes de a gravidez chegar ao seu termo e a unidade de saúde mais próxima dista de alguns quilómetros. Com efeito, não é possível planejar um nascimento da mesma forma que se programa uma ida a uma CPN. Porém, as contingências subjacentes ao nascimento em casa nem sempre se devem a fatores fisiológicos. Algumas migrantes optaram por ter os filhos na sua residência porque o CSI [tipo dois] mais próximo ficava muito distante das suas aldeias. Para que estas parturientes pudessem usufruir de um parto clinicamente assistido necessitavam arranjar um meio de transporte que as pudesse levar até essas formações sanitárias. Nestes casos, normalmente eram utilizadas charretes, mas a sua utilização implicava custos, sobretudo para o marido ou para a sua família. Aliás, era sobretudo por causa disso que eram chamados ao processo de decisão sobre o nascimento. Esta autonomia feminina pode estar relacionada como se verá mais adiante com o facto de antigamente os partos realizaram-se da forma mais discreta possível, às vezes sem o conhecimento da própria família. Estas viagens eram consideradas desnecessárias sempre que o trabalho de parto se desenrolava dentro do previsto.

Quando uma das migrantes entrou pela primeira vez em trabalho de parto deslocou-se durante a noite à unidade de saúde da aldeia. O profissional de saúde disse-lhe que a sua progressão estava muito atrasada, deu-lhe uma injeção e enviou-a de regresso a casa. Este agente de saúde fizera uma leitura apressada do seu estágio de dilatação e, por causa disso, mandou-a negligentemente embora. A mulher acabou por dar à luz no seu domicílio com a ajuda das vizinhas.

Noutras ocasiões, o agente de saúde encontrava ausente em formação profissional, fazendo jus à literatura existente sobre o frequente absentismo dos profissionais de saúde devido aos cursos de reciclagem técnica que devem atender em nome da qualidade dos serviços públicos de saúde. Por causa dos subsídios *per diem*, que muitas vezes eram superiores ao vencimento mensal, estes cursos de reciclagem eram extremamente atrativos. Nestas situações, o tipo de assistência que as mulheres usufruíam durante o parto era uma incógnita. Se o profissional de saúde estivesse presente participaria no nascimento, mas se por ventura estivesse ausente, por causa das suas intermináveis formações, as parturientes tinham de se desenrascar de outra maneira

e mobilizar outro género de auxílio durante o trabalho de parto. Muitas vezes, os profissionais de saúde calendarizavam os cursos de formação profissional sem qualquer preocupação com o bem-estar da população. Apesar de não haver ninguém a substituí-los nas unidades de saúde, por vezes afastavam-se por períodos relativamente prolongados. As considerações destas migrantes sobre o parto em Damana aproximam-se do argumento de Diarra (2003), que mostra a sobreposição, por vezes, das contingências momentâneas à capacidade de decisão da parturiente e da família relativamente ao local do nascimento. O facto da decisão terapêutica poder conter alguma dose de aleatoriedade não dever ser negligenciada.

O parto a domicílio nem sempre se deveu a motivos puramente circunstanciais. Em algumas situações resultaram de decisões deliberadas por parte das próprias mulheres. Algumas mulheres optaram por regressar a casa da mãe para o nascimento dos seus primogénitos em concordância com os costumes locais. Antigamente, o regresso a casa da mãe para o primeiro parto era uma decisão muito importante. Para além da gestante ser melhor tratada, acarinhada e alimentada, do que se ficasse aos cuidados da sua sogra, era durante o período da quarentena que os conhecimentos fundamentais sobre puericultura e cuidados requeridos pela mulher, especificamente no período pós-parto, eram transmitidos pela via uterina, ou seja, pelas mulheres mais velhas da família, principalmente a mãe (Diarra, 1971). O costume das primíparas se instalarem em casa da mãe parece ter entretanto caído em desuso, uma vez que apenas estas duas migrantes mencionaram esta prática. Ainda assim, a importância da presença materna durante o primeiro parto não deu sinais de se ter reduzido. Somente ter-se-á ajustado às transformações sociais que ocorreram no seio das sociedades nigerinas rurais em resultado das forças glocais. Algumas mães passaram a dar apoio às filhas nas suas próprias casas ou nas unidades de saúde.

Noutros casos, as migrantes preferiram ter os filhos a domicílio, segundo o «método tradicional», ou seja, sozinha, de cócoras [com ou sem esteira por baixo] e no mais absoluto silêncio. Outrora, pelo menos entre as comunidades zarma, as mulheres procuravam dissimular ao máximo o nascimento dos seus filhos de forma a não atraírem a cobiça dos espíritos e, por isso mesmo, o parto silencioso e na total solidão era socialmente muito valorizado (Olivier de Sardan et al., 2001). Aliás, o prestígio social associado ao facto da mulher conseguir dar à luz da forma mais discreta possível perpetuou-se até ao presente. Este apreço foi inúmeras vezes reiterado ao longo do

trabalho de campo por atores sociais oriundos dos mais diversos quadrantes e principalmente observado ao nível das maternidades de bairro. Regra geral, nas salas de parto apenas se ouvia o choro das crianças recém-nascidas. Somente após o nascimento é que se costumava chamar uma anciã para cortar os cordões umbilicais e enterrar as placentas de acordo com determinados preceitos rituais. Algumas das migrantes que acabaram por ter os filhos em casa devido a circunstâncias que ultrapassaram a sua capacidade decisória acabaram também por optar pelo «método tradicional». Numa das situações, o agente de saúde foi chamado para cortar o cordão umbilical e fazer uma revisão uterina.

Apesar das limitações e disfuncionamentos locais do sistema de saúde público nigerino, nenhuma migrante se manifestou de forma desfavorável relativamente aos cuidados de saúde prestados no interior destas formações sanitárias.

Entre as migrantes sazonais, principalmente aquelas que tinham o marido ausente em migração internacional, percebeu-se que optavam preferencialmente por regressar à aldeia para o parto, independentemente do local onde tivessem realizado as CPN. A distância da sua residência na aldeia ao posto de saúde mais próximo, o elevado absentismo dos profissionais de saúde ou a maior oferta de cuidados biomédicos no ramo da obstetrícia existente na capital, designadamente em termos de COU, não pareciam ter qualquer influência nesta tomada de decisão. O argumento de uma das migrantes que se encontrava grávida na capital foi particularmente esclarecedor a este respeito. A hipótese do seu filho nascer numa das maternidades da cidade nem sequer foi equacionada. Segundo ela, os cuidados natais e pós-natais na aldeia eram melhores porque havia à disposição o farelo necessário à subida do leite. Além do mais, acrescentou: «...se o meu filho nascer aqui [Niamey] quem vai tomar conta de mim?»<sup>147</sup>. Esta interrogação retórica acabou por revelar a importância das redes sociais femininas de suporte no processo de decisão acerca do nascimento. Se bem que este tema tenha sido abordado pelas Ciências Sociais no contexto do trabalho de parto, em relação ao período do puerpério, este aspeto tem sido muito pouco explorado. Ainda que durante esta fase é que privilegiadamente se transmitiam às mulheres da família conhecimentos na esfera da puericultura e ginecologia à puérpera, conforme se mencionou mais acima. Os fundamentos apresentados mostram quão idiossincrática

---

<sup>147</sup> Nafissa15, Novembro de 2011.

pode ser a conceptualização de cuidados de saúde de qualidade e quão distante pode estar dos conceitos desenvolvidos pelas políticas de saúde públicas

Os agentes de saúde que trabalhavam nas formações sanitárias de Damana eram enfermeiros ou ASC. Não havia *sages-femmes* nas unidades de saúde pública frequentadas por estas migrantes. Contudo, a maioria das migrantes revelou dificuldades em distinguir os enfermeiros dos ASC, sobretudo nos postos de saúde em que se encontrava apenas um agente de saúde destacado. Antigamente, existiam alguns enfermeiros que se encontravam afetos sozinhos a um determinado posto de saúde. Porém, com a disseminação de CS em meio rural e a consequente afetação de ASC a estas unidades de saúde, esta distinção ter-se-á tornado bem menos clara. Nesta *commune*, até onde se conseguiu apurar, as matronas não trabalhavam no interior das formações sanitárias.

#### 6.5.1.2.2 O parto em Sargadji

A maioria dos partos realizados pelas migrantes estudadas realizou-se nesta localidade e sobretudo no CSI [tipo dois] da aldeia. Ainda assim, verificaram-se alguns nascimentos a domicílio. Antes da construção desta unidade de saúde, as mulheres de Sargadji tinham duas hipóteses: ter os filhos em casa ou na PMI de Loga. Tal como se observou relativamente às CPN, é provável que o conhecimento incorporado que estas mulheres acumularam durante os sucessivos nascimentos tenha igualmente contribuído para que se subtraíssem de vez em quando à vigilância biomédica durante o trabalho de parto. Uma das migrantes deu igualmente à luz o seu benjamim na sua residência, mas por motivos puramente circunstanciais. Mal entrou em trabalho de parto, ficou com muitas dificuldades de locomoção e, por causa disso não conseguiu caminhar até ao centro de saúde.

Nenhuma das migrantes desta aldeia instalou-se em casa da sua mãe para o nascimento do primeiro filho. O facto deste costume ter aparentemente caído em desuso, não significa, como foi mencionado a montante, que a transferência de conhecimentos terapêuticos pela via uterina tenha sido interrompida. Mesmo quando estes saberes entravam em contradição com o epistema biomédico veiculado pelos agentes de saúde, não há indícios que esta transmissão fosse menos efetivos, embora sujeita a outros tipos de negociações. Com efeito, determinadas práticas obstétricas locais caíram entretanto em desuso, como o parto [de cócoras] diretamente na terra, o abrasamento da púbis após a expulsão da placenta ou o desmame precoce em caso de



nova concepção. Outras práticas sobreviveram até à atualidade, como as decocções dadas às crianças durante o período do aleitamento exclusivo (Oumarou, 2013) ou os cuidados relacionados com a recuperação do aparelho genital durante o período da quarentena. Como foi referido anteriormente, os cuidados biomédicos perinatais centram-se quase exclusivamente na criança. O supramencionado estudo realizado por Durand-Comiot (1977) no Senegal revelou que a síndrome de pós-parto evidenciado por muitas mulheres devia-se precisamente a este «abandono» da puérpera pela biomedicina.

Tampouco se constatou que as migrantes de Sargadji fossem adeptas do parto segundo o «método tradicional». A existência na aldeia de uma infraestrutura sanitária que funcionava, apesar das suas alegadas disfuncionalidades, de forma permanente, pode ajudar explicar a subvalorização do trabalho de parto silencioso e solitário. O processo histórico que conduziu ao surgimento desta aldeia pré-colonial pode igualmente ajudar a clarificar sobre as razões que impediram que esta construção ideológica do nascimento não se disseminasse da mesma forma que em Damana. Embora as localidades sejam bastante próximas uma da outra, as vagas migratórias que presidiram à criação de ambos os aglomerados populacionais eram oriundas de regiões totalmente distintas. De acordo com a tradição oral, Damana fora erguida pela aristocracia zarma<sup>148</sup>, ao passo que a implantação de Sargadji resultara segundo o chefe da aldeia de uma vaga migratória de goubé vindos do país haussa. Em Sargadji, a cultura haussa continuou a ter uma grande influência, não obstante os habitantes terem entretanto abraçado a língua zarma<sup>149</sup>. A designação para designar a autoridade máxima da povoação é o vocábulo *maygaari* que na língua haussa significa «chefe». Ao contrário do que acontece na maioria do resto das comunidades rurais zarmófonas que utilizam preferencialmente a palavra zarma *koyra-koy* (Olivier de Sardan, 1982). Além do mais, nesta aldeia não existe nenhuma zona designada de «bairro dos escravos», ao contrário do que se pode observar noutras localidades, como por exemplo, em Ballèyara (Hahonou, 2009). Os colonizadores franceses alforriaram os cativos zarma nos princípios do século XX (Fuglestad, 1983). Porém, em muitas aldeias, maioritariamente povoadas por zarma, esta toponímia manteve-se até à atualidade, assim como, os marcadores identitários que distinguem os descendentes de escravos zarma [ou

---

<sup>148</sup> O presidente Seyni Kountché era descendente da chefatura tradicional desta localidade.

<sup>149</sup> Sobre a origem haussafóna dos goubé, ver por exemplo, Paula Morgado (2008).

tuaregues] da restante população. Este argumento pretende apenas mostrar que a preservação de determinados símbolos ditos tradicionais de poder, como a suposta identidade aristocrática, o desprezo por determinadas atividades manuais e comerciais ou o nascimento segundo o «método tradicional», era uma preocupação pouco premente entre os habitantes de Sargadji.

O problema das mulheres que entram em trabalho de parto durante a noite foi igualmente assinalado pelas migrantes de Sargadji. Regra geral, os agentes de saúde consideravam a assistência biomédica nestas circunstâncias particularmente penosa por causa da falta de iluminação provocada pelos sistemáticos cortes de eletricidade. Este contratempo era de tal forma contraproducente que, conforme se viu a montante, parte do fundo dos «cêntimos adicionais» da maternidade Yantala era utilizado para comprar combustível para gerador. A matrona é que assegurava a maioria dos partos, sobretudo aqueles que aconteciam durante a noite, porque os restantes profissionais de saúde não se levantavam da cama para atender as parturientes que se deslocassem às instalações em plena madrugada.

As violações do código deontológico de conduta profissional na assistência às parturientes não se resumiam à negação de assistência durante os partos noturnos. Comportamentos semelhantes durante o dia foram igualmente relatados:

*«Noutro dia, a minha irmã deslocou-se ao posto médico para o nascimento do seu filho. O major disse-lhe que não podia abrir a porta porque tinha um recado muito urgente para fazer. Ela que esperasse pelo seu regresso. Mas ela não podia esperar mais. Felizmente apareceu a matrona que a ajudou a ter o filho ali mesmo no recinto [da unidade de saúde]. Com esse mau acolhimento e falta de respeito, não achas melhor ter as crianças em casa? A matrona também pode lá ir, e pelo menos não temos toda a gente a olhar para nós e temos direito a uma esteira...»<sup>150</sup>*

Em Sargadji existia uma grande variedade de diferentes agentes de saúde afetos ao funcionamento do CSI. Contudo, a maioria dos partos realizados nestas instalações sanitárias foram exclusivamente assistidos pela matrona. Esta prestadora de cuidados de saúde era considerada por várias migrantes como a pedra basilar desta formação sanitária. Alguns nascimentos em casa também contaram com sua presença. Algumas migrantes repararam que esta categoria profissional encontrava-se em vias de extinção por causa do envelhecimento destas mulheres. Os programas de formação de PDT

---

<sup>150</sup> FatiIII, Junho de 2013.

devem ter sido suspensos muito antes da diretiva proibindo o exercício das matronas dentro das unidades de saúde ter sido emitida.

Apesar de algumas mulheres estudadas terem sido assistidas por uma *sage-femme*, a maioria dos partos realizados em meio rural nigerino não conta com a presença de agentes de saúde desta categoria em específico. O principal motivo para essa carência está relacionado com o número reduzido destas técnicas de biomedicina face a um crescimento população galopante. Porém, estas não são as únicas razões que explicam a ausência de *sages-femmes* em meio rural. As políticas de distribuição espacial destes profissionais de saúde permitem que as *sages-femmes* se concentrem essencialmente em meio urbano, principalmente na capital. Este privilégio urbano está relacionado com o facto de muitas destas mulheres serem casadas com membro da classe política do país (Olivier de Sardan & Ridde, 2011). Por causa disso, gozam de certas prerrogativas profissionais em detrimento das necessidades em matéria de saúde da população em geral. Por exemplo, em Liboré observou-se que a *major* do centro de saúde visitado tinha de dar assistência a quase todos os partos porque a *sage-femme* destacada para esta unidade de saúde apenas trabalhava nos dias úteis e exclusivamente com horário diurno. Além do mais, como ia e vinha todos os dias de Niamey, que fica situada cerca de trinta quilómetros a norte desta localidade, tinha autorização para chegar mais tarde e sair mais cedo. Esta agente de saúde era também casada com um deputado da Assembleia Nacional.

Nem todas as migrantes tinham uma ideia negativa dos técnicos de saúde. Estas diferenças de opinião podem muito bem ser explicadas através do binómio anónima-PAC. Compreensivelmente, as migrantes que mais criticavam o funcionamento do CSI de Sargadji mantinham relacionamentos mais distantes com os agentes de saúde. O anonimato do utente normalmente também se expressa através de falta de familiaridade com o universo hospitalar. No caso das parturientes, esta distância pode-se traduzir numa incapacidade de reconhecimento da categoria profissional do agente de saúde que as assistem durante o parto. Apesar de as enfermeiras, *sages-femmes* e matronas utilizarem batas diferentes no interior das unidades hospitalares, as migrantes nem sempre conseguiram identificar a categoria profissional da mulher que a assistiu durante o parto. Segundo Jaffré e Alain Prual (1993), e em consonância com as observações feitas no terreno, as primeiras utilizam batas brancas e as segundas rosas. Ainda que não

se tenha observado a presença de nenhuma matrona nas unidades de saúde visitadas, é provável que utilizassem batas amarelas, à semelhança das auxiliares de ação médica.

Ao contrário do que se verificou em Damana, o parto assistido no CSI de Sargadji parecia estar muito integrado no quotidiano das migrantes. É possível que esse facto se explique pela importância que a construção do centro de saúde possa ter assumido no contexto social da aldeia. Algumas migrantes afirmaram inclusive que deixara de ser permitido ter os filhos em casa. Outras migrantes assinalaram que as unidades de saúde eram os únicos sítios com condições necessárias para dar assistência ao nascimento de forma segura. Portanto, independentemente do comportamento profissional repreensível de alguns dos agentes de saúde, parecia tacitamente assumido que o parto assistido clinicamente era a melhor opção para as mães e crianças. Com efeito, muitas destas mulheres revelaram ter uma ideia francamente positiva da biomedicina. Uma das migrantes revelou-se uma fervorosa defensora dos nascimentos assistidos clinicamente, sobretudo por causa a ocitocina sintética, denominada de *synto* entre as migrantes, que era administrada às parturientes para acelerar as contrações e o trabalho de parto. Ainda assim, à semelhança das migrantes de Damana, também se pronunciaram de forma pouco favorável ao nascimento na cidade, onde as infraestruturas sanitárias estavam melhor apetrechadas do ponto de vista humano e técnico. A presença de redes sociais de apoio femininas, sobretudo durante a fase da convalescença pós-parto, foi igualmente assinalada como um aspeto fundamental na escolha do local para o parto. Ademais, algumas mulheres acrescentaram que no CSI de Sargadji tinham direito a um tratamento mais personalizado por causa dos seus conhecimentos no interior da formação sanitária e que, pelo contrário, na capital seriam totalmente invisíveis, ou seja, não passariam de parturientes anónimas. Os poucos nascimentos que tiveram lugar em Niamey foram tributários das dinâmicas matrimoniais e migratórias em que estas mulheres estavam inseridas.

Uma das migrantes disse que preferia ter filhos no CSI de Sargadji por causa de uma complicação que costumava desenvolver no período pós parto denominada de *borin gishiri*. A designação deste problema na língua haussa significa literalmente a «transe do sal», devido a algumas situações de delírio que esta condição possa eventualmente causar. Apesar de a abrangência conceptual das nosologias populares ser intraduzível no vocabulário biomédico, a descrição sintomatológica do seu problema de saúde aproximava-se bastante do conceito biomédico de eclampsia puerperal. Na realidade,

neste caso específico, *borin gishiri* era um transtorno desconhecido antes da presença da biomedicina, mas que acabou por ser formulado localmente graças à apropriação da informação veiculada nas sessões de educação para a saúde (Olivier de Sardan et al., 1999). Segundo ela, algumas mulheres tinham morrido em Sargadji vítimas deste problema. Por isso mesmo, logo que os agentes de saúde diagnosticavam o surgimento desta doença, enviavam imediatamente a mulher para Loga ou Dosso, consoante a gravidade do caso. Apesar do aparecimento deste problema de saúde implicar uma evacuação da puérpera para alguma unidade de saúde de referência, nunca considerou que se tivesse optado pelo nascimento das suas filhas mais velhas na cidade, tivesse minimizado o seu risco de morbidade e/ou mortalidade. Malgrado a escassa distância geográfica que separava as *bouka* ou as maternidades de Yantala ou Dar-es-Salam da maternidade central<sup>151</sup>, o seu anonimato fazia com que essa curta distância se tornasse intransponível<sup>152</sup>. Em contrapartida, a sua proximidade social com os agentes de saúde de Sargadji permitia-lhe ultrapassar os constrangimentos espaciais relacionados com o distanciamento das cidades de Loga ou Dosso.

Outro caso em que a relação pessoal que unia os agentes de saúde e a parturiente prevaleceu sobre as supostas necessidades em termos de intervenções biomédicas, envolveu o parto de uma primípara. O seu filho apresentava-se na posição pélvica, ou seja, as nádegas ou pés encontravam-se junto ao canal de parto em vez da cabeça. Os agentes de saúde ainda equacionaram a hipótese de evacuá-la mas olhando à sua situação familiar, com marido ausente em migração, resolveram assumir o risco e efetuar o parto contra todas as recomendações oficiais. Esta resistência em referir as parturientes aos HD em caso de complicações durante o trabalho de parto já tinha sido referida na literatura por causa dos custos associados a esta iniciativa terapêutica. O trabalho de parto acabou felizmente por se desenvolver sem complicações, mas o protocolo clínico não foi cumprido para poupar financeiramente a família.

Diferentemente daquilo que se verificou relativamente às migrantes de Damana, em Sargadji a decisão do parto assistido clinicamente cabia principalmente à mulher. Esta autonomia na capacidade de decisão não era porém sinónimo de maior empoderamento feminino. As mulheres nigerinas não necessitam forçosamente consultar os seus maridos relativamente a um conjunto de resoluções que tomam relativamente ao parto

---

<sup>151</sup> A designação popular da maternidade Issaka Gazobi de Niamey. Também conhecido como MIG.

<sup>152</sup> Ver fragmento dedicado à **Haoua10** na NARRATIVA 17 do ANEXO B.

dos seus filhos. A participação dos seus cônjuges no processo decisório normalmente surge quando as mulheres escolhem modalidades de dar à luz que impliquem gastos. De acordo com a jurisprudência islâmica, é ao pai da criança que cabe assegurar todas as despesas relacionadas com o seu nascimento. Com os maridos frequentemente ausentes em empreendimentos migratórios e a subsequente incapacidade ou falta de vontade das suas famílias em assumirem esses encargos, muitas mulheres acabam por ter também de arcar com esse ónus sozinhas. Uma maior capacidade decisória por parte da mulher está muitas vezes relacionada com uma progressiva desresponsabilização financeira do marido perante o agregado familiar e, conseqüentemente, com uma gradual descapitalização feminina. Para partos realizados noutras localidades, ver NARRATIVA 16 do ANEXO B.

#### 6.5.1.2.3 O parto em Niamey

Cerca de metade dos partos realizados na capital não foram assistidos clinicamente. A maternidade de Yantala foi a formação sanitária de eleição escolhida por estas mulheres. Os nascimentos aconteceram em Niamey em resultado das dinâmicas migratórias e matrimoniais em que estas migrantes estavam inseridas<sup>153</sup>. Por um lado, algumas migrantes sazonais tiveram um dos seus filhos na capital e, por outro, a grande maioria das migrantes permanentes, uma vez instalada de forma definitiva na cidade passou a realizar os seus partos em unidades de saúde. Contudo, observou-se, sobretudo entre as mulheres que residam em Niamey há mais tempo, uma tendência para de vez em quando se subtraírem à vigilância biomédica.

#### 6.5.1.2.4 Os custos do parto

Apesar do parto pélvico ter o preço fixo, como se pode verificar no quadro nº 27 do ANEXO C, os preços pagos pelas migrantes tanto na cidade como na aldeia variavam bastante. Nos antípodas encontravam-se uma migrante que não pagou nada em Damana pelo parto e outra que desembolsou oito mil FCFA na maternidade de Yantala.

O parto clinicamente assistido na capital era tendencialmente mais caro. Em Damana por vezes tinha inclusive um preço inferior ao valor estipulado por lei. É provável que nas situações em que o agente de saúde que assiste o parto seja um ASC, não seja necessário pagar um preço tão elevado. Numa das situações, a quantia paga à matrona,

---

<sup>153</sup> Ver NARRATIVA 17 do ANEXO B.

que se deslocou a casa da parturiente para o nascimento, ultrapassou o preço-tabela pelo parto assistido clinicamente.

Algumas migrantes desconheciam os valores liquidados porque tinham sempre sido pagos pelo marido ou pelos seus familiares. As mulheres eram mais conhecedoras dos preços praticados nas CPN, provavelmente porque assumiriam mais frequentemente esta fatura, sobretudo quando se encontravam sozinhas na cidade. Ao que tudo indica, no imaginário coletivo popular, eram sobretudo os desembolsos com o nascimento que cabiam ao marido. A desresponsabilização financeira seletiva dos cônjuges perante as CPN também pode ajudar a esclarecer sobre a subtração face a estas consultas ou o seu atendimento de forma irregular.

Um dos motivos que a literatura aponta para as diferenças de valor pago em relação ao preço padrão está relacionado com a vandalização dos estojos de parto. As parturientes que se deslocam às maternidades de bairro para o nascimento dos seus filhos deveriam apenas pagar o preço-tabela pelo *kit* de parto que supostamente traz o todo o material necessário ao atendimento de um trabalho de parto normal numa unidade de biomedicina. Ora, o que acontece é que alguns consumíveis deste estojo, como a ocitocina sintética, o sabão ou as luvas cirúrgicas, desaparecem frequentemente. Em consequência disso, cabe à utente repor o que falta para que o trabalho de parto possa prosseguir dentro da normalidade. A falta de preservação dos *kits* de parto é sintomática das frequentes ruturas de materiais perecíveis nos centros de saúde, assim como, do tráfico que existe em torno de alguns consumíveis, como a ocitocina, que aliás é, segundo a literatura, utilizada de forma totalmente abusiva no interior das unidades de saúde. Outra razão que pode contribuir para o encarecimento do parto é a administração de medicação ou intervenções clínicas que não estão contempladas no procedimento-padrão. Conforme confessaram algumas *sages-femmes* afetas à maternidade de Yantala e Dar-es-Salam, regra geral as utentes tinham muitas dificuldades em compreender estas despesas adicionais e tendiam a conceptualizá-las como mecanismos de extorsão. Um bom exemplo foi o caso da migrante que pagou oito mil FCFA. Esta mulher não compreendia que o facto de ter estado mais um dia sob observação clínica, após as doze horas protocolares, encareciam substancialmente o preço do parto porque esse internamento também tinha de ser pago. Como forma de obrigar as mulheres a liquidar as despesas com o nascimento, as *sages-femmes* retinham-nas maternidade até que alguém aparecesse para pagar a conta, proibindo inclusive o registo das crianças até a

dívida estar saldada. Ainda assim, muitas acabavam por se conseguir evadir sem regularizar a questão. Com isto não se quer minimizar a importância da pequena corrupção no inflacionamento dos preços cobrados.

O considerável elevado número de partos a domicílio na capital denota que os maridos das migrantes nem sempre tinham liquidez necessária para assumir esta despesa. É verdade que na sociedade nigerina acontecimentos sociais como o nascimento, o casamento ou a morte permitem mais facilmente canalizar alguns recursos através das redes sociais. Este truísmo não impediu porém que vários dos filhos das migrantes, mormente das grandes múltiparas, nascessem em casa. Conforme ficou anteriormente subentendido, apesar do aparato técnico, humano e infraestrutural existente em Niamey era muito mais difícil aceder a cuidados de biomédicos de na capital do que na aldeia.

Dos múltiplos fatores que concorreram em simultâneo para a decisão terapêutica em torno do parto, a mobilização das redes sociais de apoio femininas durante o período do puerpério revelou-se um aspeto incontornável que ditou em primeiro lugar o local do nascimento de muitas destas crianças. Neste contexto, a dialética maternidade versus domicílio tornou-se uma questão totalmente secundária. Mesmo que houvesse disponibilidade financeira para recorrer aos cuidados biomédicos, a concretização desta iniciativa terapêutica dependia muitas vezes de um conjunto de variáveis que fugiam ao controlo destas migrantes. Sem prejuízo da grande apologia feita às ciências biomédicas e ao parto clinicamente assistido por salvaguardar a integridade da mãe e da criança, a verdade é que muitas continuaram a ter filhos em casa. Estas dinâmicas sociais certamente ajudarão a esclarecer as razões pelas quais as estatísticas sobre o partos monitorizados pela biomedicina na República do Níger tenderem a estagnar em torno de certos valores.

#### 6.5.1.2.5 As vicissitudes em torno do conceito de parto assistido clinicamente

No contexto deste estudo, a expressão parto assistido clinicamente trouxe alguns problemas conceptuais. Numa época em que as políticas de saúde internacionais têm dado uma excessiva primazia à qualidade dos serviços de saúde públicos na esfera da saúde reprodutiva, não deixa de ser irónico que no contexto deste estudo tenha havido grande dificuldade em circunscrever conceptualmente os partos assistidos clinicamente. A grosso modo, esta designação diz respeito aos partos monitorizados clinicamente no interior de estabelecimentos biomédicos. Porém, a sua definição acabou por se relevar



extremamente limitada para englobar a pluralidade de dinâmicas terapêuticas observadas.

a) Em algumas situações não foi a parturiente a deslocar-se à unidade de saúde, mas sim o enfermeiro a vir à sua residência. Nestes casos, os nascimentos em casa não foi sinónimo de subtração à vigilância biomédica. Mas poder-se-ão designar de partos assistidos clinicamente? E se for uma matrona a dar assistência ao domicílio? A designação técnica do parto será diferente?

b) Um parto realizado pela irmã de uma das mulheres migrantes foi realizado dentro de uma unidade de saúde mas do seu lado exterior, de cócoras sem uma esteira por debaixo para amparar a criança, com o auxílio de uma matrona. Poderá este nascimento ser classificado como um parto assistido clinicamente, tanto do ponto de vista geográfico quanto técnico?

c) As matronas nigerinas foram recentemente rebaixadas a uma mera função de mediadoras, estando interdito o exercício das suas funções no interior das unidades sanitárias por alegada falta de qualificação técnica. Como passaram a ser denominados os partos que assistiam no interior das unidades de saúde? E como foi gerida a informação estatística sobre o parto assistido clinicamente à luz desta reformulação da categoria de matrona? Por que razão não foram os números reatualizados por baixo de forma a traduzir este novo paradigma da qualidade dos serviços biomédicos? Poderão os países de médio ou baixo rendimento darem-se ao luxo de reduzir drasticamente as estatísticas sobre o número de partos assistidos perante as constantes exigências dos parceiros internacionais relativamente ao incremento da saúde materna?

d) Esta desqualificação estender-se-á também aos ASC? Distinguir-se-ão os partos assistidos clinicamente por *sages-femmes* ou enfermeiros daqueles efetuados por agentes de saúde comunitários? Ou serão todos tratados estatisticamente da mesma maneira apesar da natureza muito distinta da sua formação biomédica?

Os dados etnográficos recolhidos mostram, por um lado, que nem todos os partos assistidos nas unidades sanitárias tiveram vigilância clínica e, por outro, que nem todos os partos realizados a domicílio careceram de monitorização biomédica..

Em bom rigor, de acordo com este novo modelo político, apenas uma escassa minoria das mulheres estudadas puderam usufruir de um «verdadeiro» parto assistido clinicamente. Relativamente aos nascimentos em meio rural, esta nova definição de parto assistido clinicamente tornou-se particularmente problemática, pelas razões já

assinaladas. Em contrapartida na cidade, mesmo que algumas migrantes tenham sido assistidas durante o nascimento por pessoal desqualificado para o efeito, nunca conseguiram identificá-lo. Portanto, esta delimitação conceptual tornou-se mais simples. Por um lado havia os partos realizados em unidades de saúde públicas sob a vigilância de *sages-femmes* e enfermeiras e, por outro, os nascimentos a domicílio com o apoio de amigas, familiares ou vizinhas. Ainda assim, o facto de uma das migrantes terá recebido uma visita de um enfermeiro após o nascimento de um dos seus filhos a domicílio tende igualmente a pôr em causa os limites desta definição.

### 6.5.2 Os curandeiros ditos tradicionais

O subcapítulo dedicado à questão da saúde pública nigerina mostra que, os terapeutas classificados como pertencentes à esfera tradicional eram bastante variados. No terreno verificou-se inclusive que as constantes apropriações, recomposições e reformulações dos domínios terapêuticos facilitaram a emergência de uma nova categoria de curandeiros: o marabuto cristão. Originário do Benim, este sacerdote trabalhava de forma muito idêntica aos marabutos islâmicos, utilizando os textos sagrados da Bíblia em vez do Alcorão. A sua clientela era sobretudo, mas não exclusivamente, cristãos.

No quadro deste estudo, verificou-se que algumas mulheres solicitaram o préstimo de alguns curandeiros locais durante o período que se estendeu da concepção ao nascimento da criança, principalmente de marabutos e *zimma* [ou *boka*]. Regra geral, a solicitação de terapeutas ocorreu em articulação com os cuidados biomédicos. Porém também se verificou que algumas migrantes tinham procurado os préstimos destes curandeiros em detrimento de outras alternativas terapêuticas.

#### 6.5.2.1 Os marabutos

Segundo os dados recolhidos no terreno, as intervenções terapêuticas realizadas pelos marabutos podem ser distinguidas em três modalidades distintas: a recitação da *fatiha*, o *zoumandi* e uma beberagem na qual foi mergulhado o *misbaha* [objeto similar a um rosário utilizado entre os fiéis da religião islâmica] três vezes<sup>154</sup>. O *zoumandi* consiste segundo numa poção feita com versículos do Corão escritos com tinta numa tábuia ou num pedaço de papel que depois são lavados com água. Esse líquido resultante da lavagem é então dado a beber à parturiente. Na literatura, este procedimento terapêutico

---

<sup>154</sup> Susan Rasmussen (2006) também refere a prática da adivinhação mas esta não foi observada no terreno.

realizado pelos marabutos é normalmente designado de *hatum hari* ou *rubutu*<sup>155</sup> (Moussa, 2012; Olivier de Sardan et al., 1999), que significa textualmente «água da escrita» em zarma e «escrita» ou «escrever» haussa. Qualquer uma destas duas poções era consumida para facilitar o trabalho de parto. A ideia de que o *zoumandi* podia favorecer o trabalho de parto era um conhecimento que se encontrava difundido entre as migrantes, ainda que poucas mulheres tenham assumido recorrer a este género de opção terapêutica.

De acordo com um marabuto entrevistado, todas as mulheres grávidas residentes nas *bouka* de Dar-es-Salam [LE] procuravam os seus serviços na gravidez com o objetivo de se protegerem contra o poder do oculto. Este marabuto recitava então uma *fatiha* de proteção contra as doenças<sup>156</sup> que não podiam ser diagnosticadas no hospital, porque eram causadas contra forças nocivas como a inveja ou a má-língua. Portanto, segundo este terapeuta local, a proteção marabútica era um cuidado de primeira linha na gestação da gravidez. Um número mais expressivo de migrantes assumiu ter recorrido a este género de préstimos em termos de vigilância gestacional. Ainda assim, houve quem tivesse afirmado que nunca procurar este género de serviço.

É provável que esta informação tenha sido recolhida por defeito. Mas não deve ser descurada a hipótese de ter ocorrido uma perda de interesse por estas terapias mais místicas em consequência de uma maior intransigência religiosa. Os movimentos reformistas tendem a ser mais tolerantes em relação a esta prática religioso-terapêutica que se baseia na leitura de alguns versículos do Alcorão. Porém, como se referiu mais acima, os conhecimentos esotéricos dos marabutos sufistas que não se resumem à *fatiha*. Por causa destas suas outras práticas terapêuticas, os grupos islâmicos mais radicais têm-nos acusado de pagãos por causa da alegada não-conformidade com a «verdadeira» identidade muçulmana.

Os profissionais de saúde também costumam mostrar-se muito pouco recetivos relativamente a estas práticas terapêuticas. Ainda que nenhuma migrante tenha mencionado ter usado um amuleto fabricado por um marabuto durante a gravidez, a literatura revela que esta prática é bastante corrente (Olivier de Sardan et al., 1999). Contudo, segundo Yacouba, as *sages-femmes* ficavam muito zangadas quando se apercebiam que as gestantes ou parturientes traziam este género de talismãs junto ao

---

<sup>155</sup> Nas línguas zarma e haussa respetivamente.

<sup>156</sup> De acordo com Rasmussen (2006), há versos específicos para cada doença.

corpo e gritavam frequentemente com as mulheres por causa do alegado charlatanismo associado a estas iniciativas terapêuticas. A sonegação de informação sobre esta questão por parte das migrantes pode perfeitamente estar relacionada com o facto de estas atividades serem socialmente recriminadas nalgumas esferas do poder local.

Apesar da intolerância dos agentes de saúde, as beberagens eram muitas vezes consumidas durante o trabalho de parto, inclusive no interior das maternidades, graças à cumplicidade das acompanhantes. A realização de um parto assistido clinicamente não anulava a possibilidade de mobilizar simultaneamente conhecimentos médicos oriundos de outros domínios terapêuticos<sup>157</sup>.

Os gastos com os marabutos nalgumas situações revelaram-se mais elevados do que com os cuidados biomédicos. Uma das migrantes afirmou ter pago dois mil FCFA a um sacerdote islâmico. Este valor sobrepõe-se claramente ao preço-tabela do parto pélvico assistido clinicamente. O facto dos custos com os terapeutas ditos tradicionais poderem superar os preços cobrados nas unidades de saúde pública já tinha assinalado na revisão do Estado da Arte por Oumarou (2009). Todavia, em consonância com os dados recolhidos no terreno, os custos relativamente a esta opção terapêutica eram relativamente baixos e adaptados ao poder de compra destas mulheres. Tanto o marabuto de Dar-es-Salam [LE] como um marabuto que residia e exercia a sua atividade no bairro de Pays-Bas afirmaram que a sua arte não tinha um preço fixo estipulado. As pessoas pagavam consoante as suas possibilidades. De acordo com essa lógica, uma consulta podia custar apenas cem FCFA ou até ser mesmo gratuita.

#### **6.5.2.2 Os fetichistas**

Os préstimos dos *zimma* como são designados na língua *zarma* ou *boka* como são denominados em haussa apenas foram solicitados por algumas migrantes. Apesar de duas mulheres serem casadas com este género de terapeutas, até onde se conseguiu apurar, nenhuma delas tinha solicitado os serviços dos seus maridos. Regra geral, estes préstimos eram sobretudo solicitados por altura do nascimento. Uma beberagem com um pó branco dissolvido, que tinha de se ingerir sem tocar nos dentes, era normalmente administrado às parturientes, inclusive quando as mulheres optavam por ter as crianças nas unidades públicas de saúde. Neste caso, a entrega das decocções era feita, conforme se mencionou relativamente aos marabutos, pelas acompanhantes, uma vez que era

---

<sup>157</sup> Ver NARRATIVA 18 do ANEXO B.

muito difícil justificar a presença de um sacerdote dentro das instalações sanitárias devido à intolerância manifestada pelos agentes de saúde.

Conforme foi mencionado mais acima, a intransigência face ao género de práticas terapêuticas supra descritas ainda era mais acentuada do que em relação ao esoterismo marabúptico, podendo inclusive levar à negação das exéquias do prevaricador. Por isso mesmo, percebe-se perfeitamente que esta opção terapêutica estivesse menos presente ou, pelo menos, fosse muito menos visível. Com se viu a montante, estes sacerdotes continuaram a ser muito procurados, mas de forma muito discreta e, muitas vezes, não assumida. Apesar das frequentes acusações de charlatanismos, observou-se que, a título privado, muitos nigerinos acreditavam no poder destes feiticeiros na domesticação das forças do oculto. As migrantes de Sargadji também manifestaram um maior interesse pelos *zimma*. Os movimentos reformistas islâmicos parecem não ter penetrado tão intensamente no universo moral e social destas mulheres, como nas migrantes de Damana.

Em relação aos preçários destes sacerdotes, verificaram-se grandes discrepâncias no terreno. Um *zimma* que foi algumas vezes visitado durante a fase do terreno, e que exercia a sua profissão no bairro Kallé Est, um dos mais antigos da capital (Bernus, 1966), chegava a cobrar pelo seu trabalho oitenta mil FCFA, uma verdadeira fortuna para a realidade económica local. Em compensação, em Harobanda, estes préstimos eram perfeitamente acessíveis a toda a população. Os clientes chegavam a pagar apenas cinco ou dez FCFA por consulta.

### **6.5.3 A farmacopeia local**

Na República do Níger, o conhecimento sobre plantas que facilitam o processo gestativo não é apanágio exclusivo dos denominados terapeutas tradicionais. A maior parte deste conhecimento é transmitida entre mulheres da mesma família, nomeadamente entre mães e filhas (Rasmussen, 2006), sobretudo, conforme acima referido, durante o período do puerpério. Regra geral, os conhecimentos terapêuticos dos curandeiros locais que trabalham com plantas, como os herboristas, os *zimmas*, os fisioterapeutas ou os boticários não se estendem ao domínio da obstetrícia. Até onde se conseguiu apurar, apenas as terapeutas tuaregues estudadas por Rasmussen (2006) e as supramencionadas migrantes autónomas wodaabe é que eram eruditas nesta matéria. A medicina dita tradicional na área da obstetrícia é um tipo de conhecimento terapêutico

que emana daquilo que Kleinman (1978, 1980) definiu como sector popular, e é uma fonte de grande empoderamento para as mulheres nigerinas.

O quadro 28 do ANEXO C faz um resumo sobre as principais substâncias vegetais utilizadas pelas mulheres durante o parto. O *ganda damsi*, que significa textualmente na língua zarma «o amendoim que está debaixo [da terra]» é o produto natural de uso mais generalizado. Conforme afirmou Laurent Chillio:

*«Le ganda damsi [...] lorsqu'une femme est enceinte [...] on lui fait bouillir [...] elle boit, ça va faire sortir le weyno, cela lave [...] l'enfant qui est dans le ventre...»* (Chillio, Elhadji Dagobi, Moumouni, & Souley, 2002, p. 44).

Reiterando aquilo que foi afirmado anteriormente, algumas destas plantas medicinais são utilizadas no restabelecimento da mulher durante o período de convalescência após o nascimento. Aliás, os verdadeiros cuidados pós-parto prestados às mulheres emanam dos conhecimentos farmacopeicos detidos pelas mulheres.

As mães de algumas migrantes preocuparam-se em arranjar as plantas que consideravam essenciais as suas filhas consumirem durante as suas gravidezes. Por norma, esta matéria vegetal era colhida no mato circundante à aldeia. Porém, por vezes era preciso também recorrer aos mercados locais, principalmente quando procuravam uma planta em específico que apenas se desenvolvia num determinado local ou então por causa das alterações do ecossistema deixara-se pura e simplesmente de nascer nas imediações. A farmacopeia comercializada nestes mercados era vendida a preços perfeitamente acessíveis. As migrantes que geriram as suas gravidezes na cidade mandavam vir as plantas medicinais da sua aldeia ou então compraram-nas na capital nos mercados de Yantala ou de Dar-es-Salam; se bem que o espaço comercial mais reputado da capital pela venda diversificada de plantas ditas tradicionais fosse o mercado de Katako<sup>158</sup>.

O facto do consumo das beberagens à base de infusões de folhas, caules e raízes estar de tal modo arreigado no quotidiano destas mulheres levou a que dificilmente fosse conceptualizado como uma intervenção terapêutica. O mais provável é que estas decocções tenham sido tomadas pela esmagadora maioria das mulheres migrantes no quadro da gestação e nascimento, mesmo que nem todas o tenham assinalado.

---

<sup>158</sup> No emblemático mercado de Katako, a língua predominante falada é o haussa.

#### **6.5.4 As trajetórias terapêuticas**

O quadro 29 do ANEXO C pretende fazer uma súmula das trajetórias terapêuticas descritas pelas migrantes, articulando as suas iniciativas terapêuticas com as dinâmicas matrimoniais e migratórias em que se encontravam inseridas, de modo a procurar resgatar alguns padrões em termos de comportamentos terapêuticos na esfera da saúde reprodutiva.

Uma primeira leitura permite recolher a seguinte informação:

a) A esmagadora maioria destas trajetórias terapêuticas em matéria de saúde reprodutiva foi realizada por mulheres sazonais exclusivamente em meio rural. As migrantes que geriram as suas gravidezes na aldeia também tiveram os filhos na aldeia. Algumas tiveram todos os filhos antes de iniciarem o seu empreendimento migratório. Outras optaram pelo nascimento na aldeia, mas atenderam CPN tanto na cidade como na aldeia. Outras ainda administraram as suas gravidezes apenas na aldeia, mas um dos seus filhos acabou por nascer na cidade, sempre numa unidade de saúde. Quase todas estas mulheres desenharam as suas trajetórias terapêuticas na qualidade de sazonais e casadas, independentemente de migrarem sozinhas ou com os seus maridos para a capital.

b) Algumas migrantes geriram algumas gestações e nascimentos na aldeia e outros na cidade. Nalgumas situações, esta transição deveu-se a uma dissolução matrimonial seguida de uma migração ou da alteração do padrão migratório; noutros casos, de um casamento em segundas núpcias que conduziu à instalação de forma sazonal ou permanente na capital. Excepcionalmente, a gestão multilocal das gravidezes e partos esteve subordinada exclusivamente às dinâmicas migratórias do agregado familiar.

c) Uma minoria administrou as suas gravidezes e o nascimento dos seus filhos exclusivamente na capital ou somente teve o primogénito em casa da mãe de acordo com os costumes locais. Este comportamento não se observou somente entre as migrantes que viviam de forma permanente com os maridos em Niamey.

d) O consumo de plantas medicinais e a solicitação dos préstimos dos curandeiros locais era transversal a qualquer um destes três subgrupos.

## CONCLUSÕES

Este trabalho pretende colocar em relevo a subutilização dos serviços de saúde por parte de um grupo de mulheres migrantes em situação de vulnerabilidade, assim como perceber as dinâmicas migratórias afetam as suas trajetórias terapêuticas em matéria de gravidez e nascimento.

As primeiras inferências que podem ser tiradas são que a sua presença na cidade não contribui para uma utilização mais assídua dos serviços públicos de saúde. Em alguns casos, verificou-se precisamente o contrário: as mulheres que apenas realizavam vigilância biomédica na aldeia iniciavam muitas vezes as CPN muito tarde, quase em cima do termo da gravidez. Salvo os partos que foram realizados a domicílio em Damana e Sargadji, por motivos que não podem ser imputados às parturientes, observou-se uma maior subutilização dos serviços públicos de saúde citadinos durante o nascimento. Em contrapartida, o acesso às restantes opções terapêuticas não dava indício de estar de alguma forma comprometidos pelos empreendimentos migratórios.

Para se tornarem mais inteligíveis, as trajetórias terapêuticas destas mulheres migrantes devem ser contextualizadas dentro das suas estratégias de sobrevivência. No que diz especificamente respeito à subutilização dos serviços de saúde públicos, também devem ser analisados tendo em conta a adequação dos programas de saúde implementados localmente. Por se encontrarem inseridas em situações sociais desvantajosas, estas mulheres migrantes optavam por estratégias de sobrevivência que mais pareciam contribuir para a sua progressiva descapitalização, quer fosse a curto, quer a médio ou longo prazo. O problema parece residir na ineficiência do principal instrumento de emancipação económica e social, ou seja, o casamento. Na maioria dos casos observados, o processo de acumulação material e de alargamento das suas redes sociais encontra-se completamente hipotecado. Este mecanismo deixou de funcionar, em primeiro lugar, devido à crise económica endémica que alastra há décadas na República do Níger, a qual tanto está na origem como é consequência da introdução da cartilha liberal, e tem sido uma das principais responsáveis pela falência do mundo rural. Em segundo lugar, verificou-se que os agregados familiares continuam a apostar na migração internacional masculina apesar de todos os riscos conhecidos de divórcio,



abandono, exposição às DST, e forte concorrência laboral. Esta decisão, na ausência de remessas e de redes de suporte familiar minimamente coesas, conduz a uma progressiva descapitalização feminina. A solução encontrada por muitas mulheres nesta situação para travar este processo foi a migração para a cidade.

Na realidade, a forma como a sociedade nigerina se encontra organizada permite que o marido se subtraia de forma legítima às suas obrigações maritais, justificando a falta de envio de dinheiro com a desculpa da conjuntura laboral desfavorável, transferindo o ónus da crise para a mulher e filhos. A solução encontrada por estes chefes de família mostra bem por que motivo o empobrecimento geral das populações tem um impacto particularmente nocivo nas mulheres e crianças. As próprias reformas islâmicas contribuíram para disseminar essa cultura da irresponsabilidade masculina. A democratização do acesso do homem ao casamento não resolveu o problema da pobreza estrutural do país, apenas autorizou o acesso ao matrimónio a um número crescente de indivíduos sem quaisquer condições financeiras para assumir uma família.

Uma vez que o casamento é um aspeto incontornável da sociedade nigerina e a prole um ativo precioso, mesmo em condições que limitam a sua autonomia, as mulheres continuam a preferir casar e ter filhos. A única alternativa disponível são as uniões informais que também estão muito longe de ser uma solução ideal: para além de serem socialmente desaprovadas, retiram às mulheres e às suas famílias a possibilidade de encaixarem algum capital através do pagamento do preço da noiva. Mesmo quando o contexto matrimonial é particularmente desfavorável à sua capitalização social e económica, as mulheres continuam a conceber e dar à luz crianças. Ao fazê-lo, correm diversos riscos, tais como hipotecar provisoriamente a sua empregabilidade, como se constatou relativamente ao período da amamentação; canalizar parte ou a totalidade das suas economias pessoais para a manutenção do agregado familiar; diminuir o interesse sexual por parte dos seus maridos; ou ainda sujeitarem-se a acusações de adultério e a outras formas de violência.

As dinâmicas sociais e matrimoniais penalizadoras supra enunciadas estiveram na origem dos processos de fixação permanente de algumas migrantes na capital, com ou sem os seus maridos. Contudo, nenhuma destas mulheres chegou a integrar-se completamente na malha cidadina, independentemente do número de anos de residência em Niamey. A maioria continuava a reclamar-se, do ponto de vista identitário, como migrante sazonal, a viver em *bouka* e a socializar no interior das mesmas redes

translocais das demais migrantes que transitavam regularmente entre a aldeia e a cidade. Apesar de permanecerem o ano todo na capital, as suas vidas continuavam a ser animadas por referenciais que remetiam para o mundo rural e para toda a precariedade associada a este modo de vida.

As trajetórias terapêuticas destas mulheres migrantes devem ser entendidas à luz do conceito de violência estrutural, ou seja, pela forma como as forças glocais se exprimem através dos seus corpos e as soluções que encontram ou improvisam para resistir a essa opressão. Apesar das inúmeras adversidades enfrentadas, a grande maioria revelou ter conseguido canalizar alguns recursos financeiros que lhe permitiram diversificar os cuidados terapêuticos durante a gestação e o nascimento. O recurso às plantas medicinais e aos cuidados fornecidos pelos curandeiros ditos tradicionais tinham a particularidade de serem, muitas vezes, economicamente acessíveis, não dependerem do cumprimento de nenhum horário de atendimento e de não correrem o risco de serem sujeitas a maus-tratos. Porém, porque a maioria acreditava que a biomedicina era o melhor recurso terapêutico que podia ser mobilizado durante a gravidez e o parto, as suas trajetórias terapêuticas evidenciavam uma preferência por esta escolha médica. Realce-se, contudo, que a frequência dos serviços públicos de saúde ficava muito aquém das expectativas dos agentes de saúde. Esta subutilização pode ser tanto explicada pela forma como estas mulheres geriam a aleatoriedade do quotidiano como devido a disfuncionamentos existentes no interior das unidades de saúde. A forma como estas mulheres sacrificavam a proximidade dos cuidados obstétricos de emergência na cidade para poderem ter acesso a cuidados de saúde durante os quarenta dias referentes ao puerpério na aldeia, providos pelas suas redes familiares de apoio femininas, é esclarecedora. Esta decisão terapêutica coloca simultaneamente em evidência os constrangimentos de ordem social a que as migrantes se encontravam subordinadas e a incapacidade da biomedicina dar uma resposta terapêutica adequada para o período do pós-parto. Com efeito, os cuidados biomédicos prestados às mulheres no âmbito do nascimento praticamente terminam com a expulsão da placenta.

Em termos dos serviços de saúde, verificou-se que a forma como as políticas de isenção de custos foram implementadas pouco ou nada contribuíram para promover o bem-estar da população feminina. A subordinação do governo nigerino às agendas dos parceiros financeiros internacionais é um dos principais motivos para este fracasso. Paradoxalmente, as condicionantes externas impostas para a melhoria da saúde da

mulher, quando traduzidas localmente, acabaram por não trazer quaisquer benefícios. Aliás a tendência é precisamente no sentido contrário, uma vez que se observou o agravamento da falta de qualidade dos serviços prestados. Desde que a gratuidade começou a ser implementada que o estado nigerino evidenciou dificuldades orçamentais em assegurar as verbas necessárias ao seu funcionamento, provocando um verdadeiro colapso financeiro ao nível das formações sanitárias. Os profissionais de saúde tiveram de improvisar de forma a impedir a paralisação das unidades de saúde, transferindo parte dos encargos da gratuidade para as próprias beneficiárias dessa política de isenção. A reintrodução de taxas, ainda que de forma velada, acabou por afetar particularmente as mulheres oriundas das camadas sociais mais desfavorecidas. As políticas de gratuidade, em vez de atenuarem as diferenças no acesso a cuidados de saúde, reforçaram-nas, criando novas formas de desigualdade. No quadro das CPN passou-se a pagar mais por menos cuidados prestados. Ao nível dos Cuidados Obstétricos de Urgência introduziu-se a cobrança dos estojos de cesariana. Apesar de todas as dificuldades evidenciadas, o Estado nigerino tem sido pressionado para estender a gratuidade ao parto normal [ou pélvico], assim como para encontrar mecanismos de financiamento que permitam aos nigerinos usufruírem de uma cobertura universal ao nível dos cuidados de saúde públicos.

As autoridades governamentais, sob pressão da comunidade internacional, tomaram a resolução de proibir a prática dos «cêntimos adicionais» e as prescrições ao nível das CPN, por alegadamente atentarem contra o princípio da gratuidade em vez de atacarem os problemas criados pelas políticas de isenção pela raiz. Esta decisão acabou por exacerbar os problemas já existentes em torno das evacuações em meio rural, por causa dos custos não previstos pelas políticas de gratuidade, e reduzir ainda mais a capacidade das CPN em despistar situações de risco biomédico. No quadro do reforço da qualidade dos serviços de saúde públicos prestados, o Estado nigerino viu-se constrangido a ter de anuir com as intermináveis ações de formações para requalificação profissional dos agentes de saúde, contribuindo desta forma para as prolongadas temporadas em que muitas formações sanitárias se encontram sem profissionais de saúde e para que muitas mulheres continuem a gerir a sua saúde reprodutiva à margem dos cuidados biomédicos. A afetação de médicos aos CSI acabou também por aparentemente não ter nenhum impacto positivo no incremento da qualidade biomédica dos serviços prestados, por lhes serem assignadas sobretudo tarefas de natureza burocrática e por se encontrarem

habitualmente distribuídos em meios urbanos. Devido ao baixo rácio de profissionais de saúde altamente qualificados por habitante e às enormes restrições da massa salarial impostas do exterior por questões de execução orçamental, esta medida só concorreu para aumentar as discrepâncias entre os cuidados de saúde prestados na cidade e no campo.

Desde a independência que a maioria dos sucessivos governos nigerinos tem dirigido o país em função dos interesses de uma pequena elite urbana ligada ao funcionalismo público. Porém, no quadro da gratuidade nem sequer este segmento privilegiado da sociedade foi beneficiado. Em relação aos cuidados de saúde que eram prestados à mulher no âmbito da Iniciativa de Bamaco, este grupo ficou claramente prejudicado devido às consultas mais curtas, aos meios de diagnósticos mais reduzidos e, por vezes, aos custos mais elevados.

A implementação das políticas de isenção de custos tinha, e tem, principalmente uma finalidade externa: continuar a assegurar a captação de fundos exteriores. Nos últimos anos, os parceiros financeiros internacionais deixaram de se contentar com a aplicação das medidas, e passaram também a querer ver resultados. A supramencionada redução drástica da mortalidade infantil nigerina, apenas três anos após a introdução da gratuidade deve ser compreendida dentro desta perspetiva. Independentemente da veracidade dos números estatísticos veiculados, todos os disfuncionamentos assinalados também afetaram as crianças, uma vez que as políticas de isenção também as contemplam até à idade dos cinco anos.

A saúde da mulher depende fundamentalmente do impacto das forças económicas e políticas na sua vida, as quais tendem a intensificar em função da sua vulnerabilidade. No caso da República do Níger, a promoção do seu bem-estar não pode ser resumida apenas à questão do acesso a cuidados de saúde biomédicos. Tampouco se pode imputar a intervenções decalcadas das ideologias de género que dominam o Global Norte. Neste caso específico, a promoção da saúde da mulher nigerina passa obrigatoriamente por uma solução que trave a excessiva descapitalização dos seus agregados familiares. Este argumento não invalida que se exija aos planeadores a conceção de programas de saúde exequíveis, autossustentáveis do ponto de vista financeiro e elaborados tendo em conta as dinâmicas de pobreza locais e as potencialidades das alternativas terapêuticas. No domínio específico da saúde da mulher abundam dados empíricos que mostram que

existem uma pluralidade de opções terapêuticas mais eficazes e menos onerosas que os cuidados biomédicos.

Apesar dos inúmeros fracassos dos programas de saúde pública e das suas limitações na resolução de problemas de natureza social, os decisores políticos têm insistido, principalmente durante as últimas décadas, numa crescente biomedicalização das contradições sociais globais. Uma medida de contornos claramente paliativos contra os mecanismos extremamente desiguais de distribuição da riqueza mundial.

## BIBLIOGRAFIA

- Abdourhamane, B. I. (1999). Alternances militaires au Niger. *Politique africaine*, 74(2), 85–94.
- Abdullahi, A. A. (2011). Trends and challenges of traditional medicine in Africa. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 8(5 SUPPL.), 115–123.
- Acheson, D. (1988). *Public health in England: The report of the committee of inquiry into the future development of the public health function*. London: H.M. Stationery Office.
- Ackerknecht, E. H. (1971). *Medicine and ethnology: selected essays*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Adakal, A., Moussa, G. M., & Mounkaïla, A. (2015). Disponibilité et utilisation des soins obstétricaux et neonatals d'urgence. In *Niger: vers le développement social* (pp. 125–134). Paris: L'Harmattan.
- Adamou, A. (2005). *Parcours migratoire des citadins et problème du logement à Niamey*. Université Abdou Moumouni de Niamey.
- Adepoju, A. (2002). Fostering free movement of persons in West Africa: achievements, constraints, and prospects for intraregional migration. *International Migration*, 40(2), 3–28.
- Adepoju, A. (2006). Internal and international migration within Africa. In *Migration in South and Southern Africa: dynamics and determinants* (pp. 26–45). Cape Town: HSRC Press.
- Adolphe, B. M. (2016). *Evaluation normative de la consultation pré-natale auprès des femmes enceintes qui fréquentent le Centre Hospitalier Luyindu à Kinshasa en République Démocratique du Congo*. Université de Lorraine.
- Afonso, M. M. (2005). A evolução da cooperação para o desenvolvimento. In *abcd Introdução à cooperação para o desenvolvimento* (pp. 23–42). Lisboa: Instituto Marquês de Valle Flôr.
- AFP. (2016). 800 morts par an dans les accidents de la route au Niger. Retrieved December 25, 2018, from <https://www.voaafrique.com/a/en-moyenne-800-morts-par-an-dans-les-accidents-dela-route-au-niger/3608717.html>
- Agadjanian, V., & Hayford, S. R. (2017). Men's migration, women's autonomy, and union dissolution in rural Mozambique. *Journal of Family Issues*, 39(5), 1236–1257.
- Agouké, A., Lévi, P., & Pilon, M. (1994). Evolution contemporaine des schémas de reproduction en Afrique sub-saharienne: le cas des Moba-Gurma du Togo. In *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique* (pp. 97–119). Paris: ORSTOM.
- Agouké, A., & Pilon, M. (1995). Quelques aspects de l'insertion urbaines des femmes migrantes moba-gurma à Lomé (Togo). In *La ville à guichets fermés? Itinéraires, réseaux et insertion urbaine* (pp. 194–213). Dakar: IFAN/ORSTOM.
- Alcorão. (n.d.). King Fahd Glorious Qur'an printing complex.
- Alexandrakis, O. (2011). Medical anthropology: the development of the field. *The University of Western Ontario Journal of Anthropology*, 9(1), 73–77.
- Ali, S., & Samaila, K. (2013). *Le Niger en chiffres 2013*. Niamey: INS-Niger.
- Alidou, O. D. (2005). *Engaging modernity Muslim women and the politics of agency in postcolonial Niger*. Madison: University of Wisconsin Press.

- Alland, A. (1970). *Adaptation in cultural evolution: an approach to medical anthropology*. New York: Columbia University Press.
- Allen, D. (2004). *Managing motherhood, managing risk: fertility and danger in West Central Tanzania*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Alpha Gado, B., & Mounkaïla, H. (2007). Insécurité alimentaire au Niger : rôle des politiques sous-régionales et régionales. In *Les Etats-nations face à l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest. Le cas du Niger* (pp. 143–161). Paris: Karthala.
- Aluffi, R. (2011). *Genre et migration dans les pays de l'Afrique subsaharienne (AS) et au sud et à l'est de la Méditerranée (SEM)*.
- Alzouma, G. (2009). The state and the rebel: online nationalisms in Niger. *Journal of Contemporary African Studies*, 27(4), 483–500.
- Amadou, F. (2015). *Contribution à une meilleur prise en charge financière du diabète au Niger*. Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion.
- Amadou, G. (2018). Couverture santé universelle : Le Niger dans la dynamique. Retrieved December 29, 2018, from <https://www.nigerdiaspora.net/index.php/politique-niger/3580-couverture-sante-universelle-le-niger-dans-la-dynamique>
- Amankwaa, A., Bavon, A., & Nkansah, P. (2003). Rural-urban migration and its effects on infant and child mortality in Ghana. *African Population Studies*, 18(2), 1–26.
- AMC. (2010). Inauguration de la raffinerie de Zinder : comment Tandja et M. Ousmane ont “monté” leur absence ! Retrieved December 26, 2018, from <http://www.nigerdiaspora.net/index.php/component/k2/item/16587-inauguration-de-la-raffinerie-de-zinder--comment-tandja-et-m-ousmane-ont-monté-leur-absence>
- Amin, R., Hill, R. B., & Li, Y. (1995). Poor women's participation in credit-based self-employment: the impact on their empowerment, fertility, contraceptive use, and fertility desire in rural Bangladesh. *The Pakistan Development Review*, 34(2), 93–119.
- Aminov, R. I. (2010). A brief history of the antibiotic era: lessons learned and challenges for the future. *Frontiers in Microbiology*, 1, 134.
- Amouzou, A., Habi, O., & Bensaïd, K. (2012). Reduction in child mortality in Niger: a countdown to 2015 country case study. *The Lancet*, 380(9848), 1169–1178.
- Anarfi, J., Gent, S., Hashima, I., Iverseen, V., Khair, S., Kwankye, S., ... Whitehead, A. (2006). *Voices of child migrants: a better understanding of how life is*.
- Andries du Toit. (2005). *Chronic and structural poverty in South Africa: challenges for action and research*. Cape Town.
- Antoine, P., & Oumar, S. (2000). Rapport de genre et dynamiques migratoires : le cas de l'Afrique de l'Ouest. In *Rapports de genre et questions de population* (pp. 143–159). Paris: Institut National des Etudes Démographiques.
- Armstrong, H. (2010). Niger coup: can Africa use military power for good? Retrieved December 26, 2018, from <https://www.csmonitor.com/World/Africa/2010/0325/Niger-coup-Can-Africa-use-military-power-for-good>
- Arrous, M. B. (2003). *Coalition, dispersion : un moment démocratique en Afrique de l'Ouest «francophone» (1988-1996)*. Dakar: CODESRIA.
- Assogba, L. (1989). Comportements démographiques des femmes migrantes à Lomé. In *L'insertion urbaine des migrants en Afrique* (pp. 71–78). Paris: ORSTOM.
- Avotri, J. Y., & Walters, V. (1999). “You just look at our work and see if you have any freedom on earth”: Ghanaian women's accounts of their work and their health. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1123–1133.
- Awumbila, M. (2007). Internal migration, vulnerability and female porters in Accra,

- Ghana. In *Population Association of America - Annual Meeting Program* (p. 4).
- Awumbila, M., & Ardayfio-Schandorf, E. (2008). Gendered poverty, migration and livelihood strategies of female porters in Accra, Ghana. *Norsk Geografisk Tidsskrift - Norwegian Journal of Geography*, 62(3), 171–179.
- Baer, H. A. (2004). Medical Pluralism. In C. R. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures* (pp. 109–116). Boston, MA: Springer US.
- Bain, O. (n.d.). Articles extraits de la presse africaine. Retrieved December 26, 2018, from <http://afriquepluriel.ruwenzori.net/nige-f.htm>
- Baker, J., & Aina, T. A. (1995). Introduction. In *The migration experience in Africa* (pp. 11–25).
- Balandier, G. (1985). *Sociologie des Brazzavilles noires*. Paris: Presses de Sciences Po.
- Bamba, S., Séré, A., Nikiéma, R., Halidou, T., Thiéba, B., Dao, B., & Guiguemdé, R. T. (2013). Traitement préventif intermittent à la sulfadoxine--pyriméthamine du paludisme chez les femmes enceintes: efficacité et observance dans deux hôpitaux urbains du Burkina Faso. *The Pan African Medical Journal*, 14, 105.
- Barbara M. Cooper. (1997). *Marriage in Maradi: gender and culture in a Hausa society in Niger, 1900-89* (Currey, Ja). Oxford.
- Barma, A. Y. (2017). Niger: les douanes en guerre contre la vente illicite et la contrebande de carburant. Retrieved December 26, 2018, from <https://afrique.latribune.fr/economie/budget-fiscalite/2017-11-25/niger-les-douanes-en-guerre-contre-la-vente-illicite-et-la-contrebande-de-carburant-759258.html>
- Barnett, T., & Blackwell, M. (2004). *Structural adjustment and the spread of HIV/AIDS*. Technical Report. Christian Aid, UK.
- Barthélémy, P. (2005). Sages-femmes africaines diplômées en AOF des années 1920 aux années 1960. Une redéfinition des rapports sociaux de sexe en contexte colonial. In *Histoire des femmes en situation coloniale* (pp. 119–145). Paris: Karthala.
- Baschin, M. (2011). Pluralismo médico e homeopatia na Índia e na Alemanha (1810-2010): práticas numa perspectiva comparativa. *Revista de Homeopatia*, 74, 78–84.
- Bastos, C. (2002). *Ciência, poder, acção: as respostas à Sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Bayles, B. (2008). Metaphors to cure by: Tojolab'al Maya midwifery and cognition. *Anthropology & Medicine*, 15(3), 227–238.
- Beals, A. (1976). Strategies of resort to curers in South India. In *Asian medical systems: a comparative study* (pp. 184–200). Berkeley: University of California Press.
- Bedri, N., Abdelmoneim, I., Sara, T., Tambal, N., & Adam, S. (2015). Factors influencing access of women migrant domestic workers to sexual and reproductive health. *Ahfad Journal*, 32(2), 25–35.
- Beigbeder, Y. (2001). *New challenges for UNICEF: children, women and human rights*. Basingstoke: Palgrave Macmillan UK.
- Beksinska, M. E., Rees, H. V., Kleinschmidt, I., & McIntyre, J. (1999). The practice and prevalence of dry sex among men and women in South Africa: a risk factor for sexually transmitted infections? *Sexually Transmitted Infections*, 75(3), 178–180.
- Benoist, J. (1996). *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.
- Benoit, D. (1995). La planification familiale en Indonésie: des succès mais aussi des questions... et des problèmes en devenir. In *Populations du sud et santé: parcours et horizon: hommage à Pierre Cantrelle* (pp. 269–285). Paris: ORSTOM.
- Benyahya, N. (2007). Le contrat de mariage. Retrieved December 29, 2018, from



- <https://www.inshallah.com/help/dir/8931880/12140882/le-contrat-de-mariage/?page=2>
- Bérenger, V. (2017). Le Niger adopte un budget controversé dans un contexte économique difficile. Retrieved December 26, 2018, from <https://www.jeuneafrique.com/497815/economie/le-niger-adopte-un-budget-controversee-dans-un-contexte-economique-difficile/>
- Bergström, S., & Goodburn, E. (2001). Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle. In *Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique* (pp. 83–103). Antwerp: ITGPress.
- Bernus, S. (1966). *Particularismes ethniques en milieu urbain: l'exemple de Niamey*. Paris: Institut d' Ethnologie.
- Bhardwaj, S. M. (1980). Medical pluralism and homoeopathy: a geographic perspective. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(4), 209–216.
- Biehl, J., & Petryna, A. (2013). Critical global health. In *When people come first: critical studies in global health*. (pp. 1–20). Princeton: Princeton University Press.
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141–163.
- Bierowski, T. R. (2014). *Kerouac in ecstasy: shamanic expression in the writings*. Jefferson (NC): McFarland Incorporated Publishers.
- Bierschenk, T. (1993). The creation of a tradition: Fulani chiefs in Dahomey/Bénin from the late 19<sup>th</sup> century. *Paideuma*, 39, 217-244.
- Bla, C. K. (2003). Dossier: le centre de santé à base communautaire de Sagbé à Abidjan. In *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 19–49). Paris: Karthala.
- Bledsoe, C. (1990). The politics of AIDS, condoms, and heterosexual relations in Africa: recent evidence from local print media. In *Births and power: social change and the politics of reproduction* (pp. 197–223). Boulder: Westview Press.
- Boakye-Yiadom, L., & McKay, A. (2006). *Migration between Ghana's rural and urban areas: the impact on migrants welfare*.
- Boddy, J. (1998). Remembering Amal: on birth and the british in Northern Sudan. In *Pragmatic Women and Body Politics* (pp. 28–57). Cambridge: Cambridge University Press.
- Boesen, E. (2010). Wodaabe women and the outside world. In *Translocality: the study of globalising processes from a Southern perspective* (pp. 25–54). Leiden: Brill.
- Bonfils, M. (1987). *Halte à la désertification au Sahel: guide méthodologique*. Paris: Karthala.
- Bonnecase, V. (2010). Faim et mobilisations sociales au Niger dans les années 1970 et 1980 : une éthique de la subsistance ? *Genèses*, 81(4), 5.
- Bonnet, D. (1988). *Corps biologique, corps social : procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi (Burkina Faso)*. Paris: ORSTOM.
- Bornand, S. (2005). *Le discours du griot généalogiste chez les Zarma du Niger*. Paris: Karthala.
- Boube, A. (2007). *Migration et insertion urbaine: exemple des vendeurs ambulants de produits pharmaceutiques à Niamey*. Université Adbou Moumouni de Niamey.
- Boulangier, O. (2007). Paludisme : un traitement à 1 dollar et sans brevet. Retrieved December 28, 2018, from [ww.cite-sciences.fr/archives/science-actualites/home/webhost.cite-sciences.fr/fr/science-actualites/enquete-as/wl/1248100294633/paludisme-un-traitement-a-1-dollar-et-sans-brevet/index.html](http://ww.cite-sciences.fr/archives/science-actualites/home/webhost.cite-sciences.fr/fr/science-actualites/enquete-as/wl/1248100294633/paludisme-un-traitement-a-1-dollar-et-sans-brevet/index.html)
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. (J. Goody, Ed.), *Cambridge studies*

- in social anthropology* (Vol. 16). Cambridge University Press.
- Bove, S. (2009). *Migration strategies in Africa: the role of gender, households and social networks*. ISCTE-IUL.
- Braun, F. (1987). Matriarcat, maternité et pouvoir des femmes. *Anthropologie et Sociétés*, 11(1), 45–55.
- Brickell, K., & Datta, A. (2011). *Translocal geographies: spaces, places, connections*. Surrey: Ashgate Publishing Limited.
- Brockerhoff, M. (1994). The impact of rural-urban migration on child survival. *Health Transition Review*, 4(2), 127–149.
- Brodwin, P. (1996). *Medicine and morality in Haiti: the contest for healing power*. Cambridge University Press.
- Brown, P. J., & Closser, S. (2016). Understanding medical anthropology: biosocial and cultural approaches. In *Understanding and applying medical anthropology*. New York: Routledge.
- Brown, P. J., Gregg, J., & Ballard, B. L. (1998). Culture, ethnicity and the practice of medicine. In *Human Behavior: an Introduction for Medical Students* (Philadelphia, pp. 119–136). Lippincott Williams & Wilkins.
- Browner, C. H. (1983). Male pregnancy symptoms in urban Colombia. *American Ethnologist*, 10(3), 494–510. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/644266>
- Browner, C. H. (1985). Plants used for reproductive health in Oaxaca, Mexico. *Economic Botany*, 39(4), 482–504.
- Browner, C. H. (1985). Traditional techniques for diagnosis, treatment, and control of pregnancy in Cali, Colombia. In *Women's medicine: a cross-cultural study of indigenous fertility regulation* (pp. 58–71). New Brunswick: Rutgers University Press.
- Browner, C. H. (1986). The politics of reproduction in a Mexican village. *Signs*, 11(4), 710–724.
- Browner, C. H. (2000). Situating women's reproductive activities. *American Anthropologist*, 102(4), 773–788.
- Browner, C. H., & Press, N. A. (1995). The normalization of prenatal diagnostic testing. In *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction* (pp. 307–322). Berkeley: University of California Press.
- Browner, C. H., & Sargent, C. (2007). Engendering medical anthropology. In *Medical anthropology. Regional perspectives and shared concerns* (pp. 233–253). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Browner, C. H., & Sargent, C. F. (1990). Anthropology and the studies of human reproduction. In *Medical anthropology: contemporary theory and method* (pp. 215–229). New York: Praeger.
- Buell, P., & Breslow, L. (1960). Mortality from coronary heart disease in California men who work long hours. *Journal of Chronic Diseases*, 11(6), 615–626.
- Burgess, S. (2016). Creating the next steps to care: maternal health, improvisation, and Fulani women in Niamey, Niger. *Anthropology & Medicine*, 23(3), 344–359.
- Burton, C., & Justus, R. (2013). *Dynamique des conflits et médias au Niger et à Tahoua. Revue de la littérature*. International Household Survey Network.
- Caldwell, J. C., & Caldwell, P. (1987). The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 13(3), 409–437.
- Caldwell, J., & Caldwell, P. (1995). The beginning of fertility decline in Sub-Saharan Africa. In *Populations du sud et santé: parcours et horizon: hommage à Pierre Cantrelle* (pp. 233–243). Paris: ORSTOM.
- Calman, K. (1998). The 1848 Public Health Act and its relevance to improving public

- health in England now. *BMJ*, 317(7158), 596 LP-598.
- Candiott, C. (2010). A governamentalidade política no pensamento de Foucault. *Filosofia Unisinos*, 11(1).
- Cant, S., & Sharma, U. (1999). *A new medical pluralism?: alternative medicine, doctors, patients, and the state*. London: UCL Press.
- Cantrelle, P., & Locoh, T. (1990). *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*. Paris.
- Carmona Benito, S. (2000). Inmigración y prostitución: el caso del Raval (Barcelona). *Papers. Revista de Sociologia*, 60, 343–354.
- Carvalho, C. (2018). *Mulheres no mercado da saúde. Apoio social em Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e Níger*. Coimbra: Almedina.
- Casajus, D. (1982). Le mariage préférentiel chez les Touaregs. *Journal Des Africanistes*, 52(1), 95–118.
- Castillo, C. H. M., Garrafa, V., Cunha, T., & Hellmann, F. (2017). Access to health care as a human right in international policy: critical reflections and contemporary challenges. *Ciência & Saúde Colectiva*, 22, 2151–2160.
- Caudill, W. (1953). Applied anthropology in medicine. In *Anthropology today: an encyclopedic inventory* (pp. 771–806). University of California Press.
- Chaïbou, I. (2007). Paludisme. In *Niger. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples* (pp. 162–172). Niamey: INS-Niger.
- Chaïbou, L. (2007). Le secteur privé nigérien face au défi de l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest. In *Les Etats-nations face à l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest. Le cas du Niger* (pp. 99–119). Paris: Karthala.
- Chambers, R. (1995). Poverty and livelihoods: whose reality counts? *Environment and Urbanization*, 7(1), 173–204.
- Chapman, R. R. (2003). Endangering safe motherhood in Mozambique: prenatal care as pregnancy risk. *Soc Sci Med*, 57(2), 355–374.
- Chapman, R. R. (2004). A Nova Vida : the commoditization of reproduction in Central Mozambique. *Medical Anthropology*, 23, 229–261.
- Chapman, R. R. (2006). Chikotsa — secrets , silence , and hiding: social risk and reproductive vulnerability in Central Mozambique: *Medical Anthropology Quarterly*, 20(4), 487–515.
- Chapman, R. R. (2010). *Family secrets: risking reproduction in central Mozambique*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Charasse, M., & Gouteyron, A. (2005). *Niger : sortir de la crise alimentaire, répondre à la malnutrition infantile*. Paris.
- Charbit, Y. (2015). Introduction. Pauvreté et développement social. In *Niger: vers le développement social* (pp. 11–34). Paris: L'Harmattan.
- Charlick, R. B. (1991). *Niger: personal rule and survival in the Sahel*. Boulder: Westview Press.
- Chassagne, F., Deharo, E., Punley, H., & Bourdy, G. (2017). Treatment and management of liver diseases by Khmer traditional healers practicing in Phnom Penh area, Cambodia. *Journal of Ethnopharmacology*, 202, 38–53.
- Chatora, R. (2003). An overview of the tradition medicine situation in the African region. *African Health Monitor*, 4(1), 4–7.
- Chen, L. C., Ahmed, S., Gesche, M., & Mosley, W. H. (1974). Prospective study of birth interval dynamics in rural Bangladesh. *Population Studies*, 28(2), 277–297.
- Chi, P. C., & Urdal, H. (2018). The evolving role of traditional birth attendants in maternal health in post-conflict Africa: a qualitative study of Burundi and northern Uganda. *SAGE Open Medicine*, 6.

- Chiara Alfieri. (2000). Grossesse, accouchement et allaitement chez les bobo madare du Burkina Faso. *SHADYC, 1*, 17–26.
- Chillio, L., Elhadji Dagobi, A., Moumouni, A., & Souley, A. (2002). Autour de la contagion, de la transmission, et de la prévention : notions populaires hausa et songhay-Zarma. *Etudes et Travaux - LASDEL, 7*, 46.
- Clark, S. (2004). Early marriage and HIV risks in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning, 35*(3), 149–160.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review, 68*(2), 161–194.
- Clarke, M. (2018). Global South: what does it mean and why use the term? Retrieved December 21, 2018, from <https://onlineacademiccommunity.uvic.ca/globalsouthpolitics/2018/08/08/global-south-what-does-it-mean-and-why-use-the-term/>
- Clignet, R. (1977). Rôles matrimoniaux et fécondité en Afrique Noire. *Revue Française de Sociologie, 18*(3), 439–464.
- Cohen, P., & Rossi, I. (2011). Le pluralisme thérapeutique en mouvement: introduction du numéro thématique « Anthropologie des soins non-conventionnels du cancer ». *Anthropologie & Santé, 2*.
- Colin, J. (2013). Au Maghreb, « l'enfant endormi » dans le ventre de sa mère. In *Islam et révolutions médicales. Le labyrinthe du corps* (pp. 145–156). Paris: Karthala.
- Colin, R. (1990). Dynamiques populistes et cristallisations institutionnelles (1960-1990). *Politique Africaine, 38*, 30.
- Collinson, M. A., Wolff, B., Tollman, S. M., & Kahn, K. (2006). Trends in internal labour migration from rural limpopo province, male risk behaviour, and implications for the spread of HIV/AIDS in rural South Africa. *Journal of Ethnic and Migration Studies, 32*(4), 633–648.
- Colson, A. C. (1971). The differential use of medical resources in developing countries. *Journal of Health and Social Behavior, 12*(3), 226–237.
- Colson, A. C., & Selby, K. E. (1974). Medical anthropology. *Annual Review of Anthropology, 3*(1), 245–262.
- Comaroff, J. L., & Comaroff, J. (1992). *Ethnography and the historical imagination*. Boulder: Westview Press.
- Comelles, J., Allué, X., Bernal, M., Fernández-Rufete, J., & Mascarella, L. (2009). *Migraciones y salud* (Antropolog). Tarragona: URV Publicacions.
- COMMODAFRICA. (2016). Le Niger inaugure son premier tronçon ferroviaire. Retrieved December 24, 2018, from <http://www.commodafrica.com/02-02-2016-le-niger-inaugure-son-premier-troncon-ferroviaire>
- Conferências mundiais da mulher. (n.d.). Retrieved December 21, 2018, from <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>
- Correa, A. B. A. (2011). *A exclusão da população de baixa renda dos sistemas de trocas comerciais: uma análise histórica sob a perspectiva do marketing*. Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Cosminsky, S. (1976). Cross-cultural perspectives on midwifery. In *Medical Anthropology* (pp. 229–248). Paris: Mouton De Gruyter.
- Cosminsky, S. (1982). Childbirth and change: a Guatemalan study. In *Ethnography of fertility and birth* (pp. 202–229). New York: Academic Press.
- Cosminsky, S., & Scrimshaw, M. (1980). Medical pluralism on a Guatemalan plantation. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology, 14*(4), 267–278.

- CoursduBaril. (2018). Niger: grève des taxis pour une baisse du prix de l'essence. Retrieved December 25, 2018, from <https://prixdubaril.com/news-petrole/66985-niger-greve-des-taxis-pour-une-baisse-du.html>
- Cunningham, C. E. (1970). *Thai "injection doctors": antibiotic mediators. Social Science & Medicine (1967)* (Vol. 4).
- Dadhich, J. (2009). *The traditional birth attendants - Can we do without them? Journal of Neonatology* (Vol. 23).
- Das, M., Jain, V., & Malhotra, S. (2016). *Impact of climate change on Medicinal and aromatic plants: Review. Indian Journal of Agricultural Sciences* (Vol. 86).
- David, N., & Voas, D. (1981). Societal causes of infertility and population decline among the settled Fulani of North Cameroon. *Man*, 16(4), 644–664.
- Davis-Floyd, R. E. (2004). *Birth as an american rite of passage*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, R. E., & Sargent, C. F. (1997a). *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- Davis-Floyd, R. E., & Sargent, C. F. (1997b). Introduction: the anthropology of birth. In *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives* (pp. 1–51). Berkeley: University of California Press.
- Davis, A., Meyerson, B. E., Aghaulor, B., Brown, K., Watson, A., Muessig, K. E., ... Tucker, J. D. (2016). Barriers to health service access among female migrant Ugandan sex workers in Guangzhou, China. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 170.
- De Vuyst, H., Alemany, L., Lacey, C., Chibwasha, C. J., Sahasrabudde, V., Banura, C., ... Parham, G. P. (2013). The burden of human papillomavirus infections and related diseases in sub-saharan Africa. *Vaccine*, 31 Suppl 5(0 5), F32–F46.
- Decoudras, P.-M., & Abba, S. (1995). *La rebellion Touareg au Niger. Travaux et documents* (Vol. 45–46). Bordeaux: Centre d'Étude d'Afrique Noire.
- Définitions : boy - Dictionnaire de français Larousse. (n.d.). Retrieved December 30, 2018, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/boy/10822>
- Définitions : commune - Dictionnaire de français Larousse. (n.d.). Retrieved December 30, 2018, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/commune/17552>
- Définitions: matrone - Dictionnaire de français Larousse. (n.d.). Retrieved October 7, 2018, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/matrone/49914>
- Définitions : secco - Dictionnaire de français Larousse. (n.d.). Retrieved December 30, 2018, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/secco/71706>
- Définitions : tablier - Dictionnaire de français Larousse. (n.d.). Retrieved December 30, 2018, from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tablier/76313>
- Dennis, C.-L., Fung, K., Grigoriadis, S., Robinson, G., Romans, S., & Ross, L. (2007). Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. *Women's Health*, 3, 487–502.
- Desclaux, A. (2000). Introduction. In *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest: de l'anthropologie à la santé publique* (pp. 16–56). Paris: Karthala.
- Desgrées du Loû, A. (2000). Procréation et allaitement: quels choix pour une femme séropositive à Abidjan? In *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest: de l'anthropologie à la santé publique* (pp. 387–409). Paris: Karthala.
- Deveaux, J. (2015). Exode de population au Niger suite aux attaques de Boko Haram. Retrieved December 27, 2018, from [https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/nigeria/exode-de-population-au-niger-suite-aux-attaques-de-boko-haram\\_3065585.html](https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/nigeria/exode-de-population-au-niger-suite-aux-attaques-de-boko-haram_3065585.html)
- Dia, I. (2016). Niger : augmentation du nombre de réfugiés maliens selon le HCR.

- Retrieved December 26, 2018, from <http://www.malinet.net/alerte/niger-augmentation-du-nombre-de-refugies-maliens-selon-le-hcr/>
- Diallo, B. (2003). Mariage à tout prix! Retrieved December 29, 2018, from <https://www.afrik.com/mariage-a-tout-prix>
- Diallo, Y., & Camara, M. C. (2003). Conakry: le centre de santé public de Gbessia-port. In *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 387–428). Paris: Karthala.
- Diarra, A. (2003). La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mal. *Bulletin de l'APAD*, 25.
- Diarra, A. (2011). La mise en œuvre de la politique d'exemption de paiement dans les districts sanitaires de Gaweye et de Say. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 96, 64.
- Diarra, A. (2012). Les politiques d'exemption du paiement des soins au Niger. In *Les politiques de suppression et de subvention du paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger* (pp. 30–40). Montréal: CRCHUM/LASDEL.
- Diarra, A. (2014). Appui de proximité et appui bureaucratique. Autour de deux projets pilotes d'accouchement gratuit au Niger. In *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* (pp. 265–280). Paris: Karthala.
- Diarra, A., & Moumouni, A. (2008a). Le vécu quotidien des personnes vivant avec le VIH à Niamey. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 80(51).
- Diarra, A., & Moumouni, A. (2008b). Les personnels de santé face au SIDA et à la prise en charge des PvVIH à Niamey. Transformation ou reproduction des représentations et pratiques habituelles? *Etudes et Travaux - LASDEL*, 62, 49.
- Diarra, F. A. (1971). *Femmes africaines en devenir, les femmes zarma du Niger*. Paris: Editions Anthropos.
- Diarra, M., & Monimart, M. (2006). *Landless women, hopeless women?: gender, land and decentralisation in Niger*. London: International Institute for Environment and Development.
- Dillon-Malone, C. (1988). Mutumwa Nchimi healers and wizardry beliefs in Zambia. *Social Science & Medicine* (1982), 26(11), 1159–1172.
- Diop, F., Yazbeck, A., & Bitran, R. (1995). The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. *Health Policy and Planning*, 10(3), 223–240.
- Diop, M. (1989). Un exemple de non insertion urbaine: le cas des migrantes saisonnières de Basse Casamance à Dakar. In *L'insertion urbaine des migrants en Afrique* (pp. 79–89). Paris: ORSTOM.
- Dirks, N. B. (1992). Introduction: colonialism and culture. In *Colonialism and culture* (pp. 1–25). Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Djibo, M. (2003). Les enjeux politiques dans la colonie du Niger (1944-1960). *Autrepart*, 27(3), 41–60.
- Djukanovic, V., & Mach, E. (1975). *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries*.
- Dörrie, P. (2015). How big is Boko Haram? Retrieved October 24, 2018, from <https://medium.com/war-is-boring/how-big-is-boko-haram-fac21c25807>
- Dougherty, M. C. (1978). Southern lay midwives as ritual specialists. In *Women in ritual and symbolic roles* (pp. 151–164). New York: Plenum Press.
- Dougherty, M. C. (1982). Southern midwifery and organized health care: systems in conflict. *Medical Anthropology*, 6(2), 113–126.
- Downe, S. (2017). Foreword. In *New thinking on improving maternity care. International perspectives* (pp. 7–8). London: Pinter & Martin.

- Dozon, J.-P. (2005). Préface. In *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques* (pp. 11–15). Paris: L'Harmattan.
- Dozon, J.-P., & Fassin, D. (2001). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris: Balland.
- Dozon, J. P. (1995). Médecines traditionnelles et SIDA : les modalités de sa prise en charge par un tradipraticien ivoirien. In *Les sciences sociales face au Sida: cas africains autour de l'exemple Ivoirien* (p. 187–195.).
- Dozon, J., & Sindzingre, N. (1986). Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine. *Prévenir*, 12, 43–52.
- Duchesne, V. (2000). Grossesse et allaitement en milieu anyi. *SHADYC*, 1, 41–46.
- Duffy, J. (1953). *Epidemics in colonial America*. Baton Rouge: Louisiana State University Press.
- Dufour, J. (2012). L'histoire du mouvement national de libération de l'Azawad. Retrieved December 23, 2018, from <https://www.lematindz.net/news/8183-lhistoire-du-mouvement-national-de-liberation-de-lazawad.html>
- Durand-Comiot, M.-L. (1977). La psychose puerperale? Etude en milieu senegalais. *Psychopathologie Africaine*, 13(3), 269–335.
- Easterly, W. (2009). How the Millennium Development Goals are Unfair to Africa. *World Development*, 37(1), 26–35.
- Ebin, V. (1982). Interpretations of infertility: the Aowin people of south-west Ghana. In *Ethnography of fertility and birth* (pp. 141–159). New York: Academic Press.
- Einarsdóttir, J. (2004). *Tired of weeping : mother love, child death, and poverty in Guinea-Bissau*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Eisenberg, L. (1977). *Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. Culture, medicine and psychiatry* (Vol. 1).
- Elgie, R., & Moestrup, S. (2007). *Semi-presidentialism outside Europe: a comparative study. Semi-Presidentialism Outside Europe: A Comparative Study*.
- Engelmann, G. J. (1884). *Labor among primitive peoples, showing the development of the obstetric science of to-day, from the natural and instinctive customs of all races, civilized and savage, past and present*. St. Louis: J H Chambers & Co.
- Englebert, P. (2003). Niger. In *A recent history in Africa South of the Sahara 2004* (p. 792–800.). London: Europe Publications.
- Erasmus, C. J. (1952). Changing folk beliefs and the relativity of empirical knowledge. *Southwestern Journal of Anthropology*, 8(4), 411–428.
- Erickson, P. I. (2008). *Ethnomedicine*. Long Grove, Illinois: Waveland Press.
- Erny, P. (1969a). Placenta et cordon ombilical dans la tradition africaine. *Psychopathologie Africaine*, 1, 139–149.
- Erny, P. (1969b). Stérilité et rites de fécondité dans la tradition africaine. *Afrique Document*, 101(1), 47–61.
- Esposito, J. L., & DeLong-Bas, N. J. (2001). *Women in Muslim family law*. New York: Syracuse University Press.
- Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. The Clarendon Press.
- Ewing, J. F. (1960). Birth customs of the Tawsug, compared with those of other Philippine groups. *Anthropological Quarterly*, 33(3), 129–133.
- Fabian, J. (1998). *Moments of freedom: anthropology and popular culture*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Fabrega, H. (1971). Medical anthropology. *Biennial Review of Anthropology*, 7, 167–229.
- Fabrega, H. (1977). Perceived illness and its treatment. A naturalistic study in social

- medicine. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 31(4), 213–219.
- Falcuté de science de la santé. (n.d.). Retrieved December 28, 2018, from <http://edu-uam.refer.ne/index.php/formation/facultes-et-ecoles/faculte-des-sciences-de-la-sante-fss>
- Falisse, J.-B. (2013). Histoire de l'Initiative de Bamako: sous le leadership de Mr Grant (et du Dr Mahler). Retrieved December 21, 2018, from <http://www.healthfinancingafrica.org/home/april-17th-2013>
- Fall, A. S. (2003). Quel façonnement organisationnel des centres de santé en Afrique de l'Ouest. In *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 217–236). Paris: Karthala.
- Farmer, P. (2001). *Infections and inequalities: the modern plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (2010). An anthropology of structural violence. In *Partner to the poor. A Paul Farmer Reader* (pp. 350–375). Berkeley: University of California Press.
- Fassin, D. (1986). La vente illicite des médicaments au Sénégal: économies "parallèles", Etat et société. *Politique Africaine*, 23, 123–130.
- Fassin, D. (1990). Maladie et médecine. *Sociétés, Développement et Santé*, 38–49.
- Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. (1994). L'anthropologie et la santé publique. In *Anthropologie, santé, maladie: autour d'études de cas*.
- Fassin, D. (1998). *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*.
- Fassin, D. (1999a). Inégalité, genre et santé, entre l'universel et le culturel. In *Tant qu'on a la santé. Les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans les relations sociales entre les femmes et les hommes* (pp. 119–130). Genève: Graduate Institute Publications.
- Fassin, D. (1999b). Santé et immigration. Les vérités politiques du corps. *Cahiers de l'Urmis*, 5.
- Fassin, D. (2000). Les politiques de l'ethnopsychiatrie. *L'Homme*, 153, 231–250.
- Fassin, D. (2007). The politics of life: beyond the anthropology of health. In *Medical anthropology. Regional perspectives and shared concerns* (pp. 252–266). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Fassin, D., & Défossez, A.-C. (1992). Une liaison dangereuse: sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur. *Cahiers Des Sciences Humaines*, 28(1), 23–36.
- Fassin, D., & Schneider, H. (2003). *The politics of AIDS in South Africa: beyond the controversies*. *BMJ* (Vol. 326).
- Fatma Ali Soud. (2005). *Medical pluralism and utilization of maternal health care service by Muslim women in Mombasa, Kenya*. University of Florida.
- Fatoumata Agnès Diarra. (1971). *Femmes africaines en devenir: les femmes Zarma du Niger* (Éditions A). Paris.
- Fehling, M., Nelson, B. D., & Venkatapuram, S. (2013). Limitations of the Millennium Development Goals: a literature review. *Global Public Health*, 8(10), 1109–1122.
- Feierman, S., & Janzen, J. M. (1992). Introduction. In *The social basis of health and healing in Africa* (pp. 1–23). Berkeley: University of California Press.
- Findley, S. (1989). Les migrations féminines dans les villes africaines: une revue de leurs motivations et expériences. In *L'insertion urbaine des migrants en Afrique* (pp. 55–70). Paris: ORSTOM.
- Fleury, A. (2016). *Understanding women and migration: a literature review*. Washington (DC): KNOMAD.



- Fonteilles-Drabek, S., Banerji, J., & Reddy, D. (2016). The role of intellectual property in the battle against malaria. Retrieved December 28, 2018, from [https://www.wipo.int/wipo\\_magazine/en/2016/05/article\\_0006.html](https://www.wipo.int/wipo_magazine/en/2016/05/article_0006.html)
- Foran, B. J. (2007). *Medical pluralism and global health policy: the integration of traditional medicine in health care systems*. Western Sydney University.
- Ford, C. S. (1945). *A comparative study of human reproduction*. New Haven: Department of Anthropology, Yale University.
- Fortier, C. (2013). Les ruses de la paternité en islam malékite. L'adultère dans la société maure de Mauritanie. In *Islam et révolutions médicales. Le labyrinthe du corps* (pp. 157–181). Paris: Karthala.
- Fortier, E. (2009). *An evolving partnership: the Global Fund and civil society in the fight against AIDS, tuberculosis and Malaria*. Geneva.
- Foster, G. M. (1975). Medical anthropology: Some contrasts with medical sociology. *Social Science & Medicine* (1967), 9(8), 427–432.
- Foster, G. M. (1977). Medical anthropology and international health planning. *Social Science & Medicine* (1967), 11(10), 527–534.
- Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1978). *Medical anthropology*. New York: John Wiley K Sons.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1993). *Naissance de la clinique. Quadrige*. Paris: PUF.
- Frake, C. O., & Frake, C. M. (1957). The post-natal care among the Eastern Subanum. *The Silliman Journal*, 4(3), 207–215.
- Francois-Cerrah, M. (2012). The truth about Muhammad and Aisha. Retrieved December 29, 2018, from <https://www.theguardian.com/commentisfree/belief/2012/sep/17/muhammad-aisha-truth>
- Frass, M., Strassl, R. P., Friehs, H., Müllner, M., Kundi, M., & Kaye, A. D. (2012). Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *The Ochsner Journal*, 12(1), 45–56.
- Frédéric Deycard. (2011). *Les rébellions touaregues du Niger: combattants, mobilisations et culture politique*. Université de Bordeaux.
- Freland, F.-X. (2017). Niger : le grand ménage du président Mahamadou Issoufou. Retrieved December 26, 2018, from <https://www.jeuneafrique.com/mag/450891/politique/niger-grand-menage-president-mahamadou-issoufou/>
- Friedson, E. (1970). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago: Chicago University Press.
- Fuchs, S. (1939). Birth and childhood among the Balahis. *Primitive Man*, 12(3), 71–84.
- Fuglestad, F. (1983). *A history of Niger 1850-1960*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Galtung, J. (1990). Cultural violence. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291–305.
- Galy, K. A. (2010). *L'esclavage au Niger. Aspects historiques et juridiques*. Paris: Éditions Karthala.
- Gaoh, Z. (2011). Lancement des activités de l'AMFM, vendredi dernier à la Place Toumo de Niamey. Faciliter l'accès aux médicaments antipaludiques. *Le Sahel*, 28 mars.
- Garner, P. (1989). The Bamako initiative. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 299(6694), 277–278.
- Gaudreault, Y. L. (2015). Niger : le taux de fécondité élevé compromet le niveau de vie

- de la population. Retrieved December 25, 2018, from <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMAnalyse?codeAnalyse=1746>
- Gazibou, M. (1999). Les premières élections nigériennes. La décentralisation sur Le fond de crise. In *L'Afrique Politique 1999 : Entre Transitions et Conflits* (pp. 147–160). Paris: Karthala.
- Gélis, J., Laget, M., & Morel, M.-F. (1978). *Entrer dans la vie : naissances et enfances dans la France traditionnelle*. Paris: Gallimard Julliard.
- Genest, S. (1978). Introduction à l'ethnomédecine. Essai de synthèse. *Anthropologie et Sociétés*, 2(3), 5–28.
- Gerdel, F. (1949). A case of delayed afterbirth among the Tzeltal Indians. *American Anthropologist*, 51(1), 158–159.
- Gervais, M. (1995). Structural adjustment in Niger: implementations, effects & determining political factors. *Review of African Political Economy*, 22(63), 27–42.
- Geschiere, P. (1997). *The modernity of witchcraft: politics and the occult in postcolonial Africa*. Charlottesville: University Press of Virginia.
- Giami, A., & Perrey, C. (2012). Transformations in the medicalization of sex: HIV prevention between discipline and biopolitics. *The Journal of Sex Research*, 49(4), 353–361.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Gilmore, M. R. (1931). *Notes on gynecology and obstetrics of the Arikara tribe of Indians*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Ginsburg, F. D., & Rapp, R. (1995a). *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Ginsburg, F. D., & Rapp, R. (1995b). Introduction: conceiving the New World Order. In *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction* (pp. 1–17). Berkeley: University of California Press.
- Gonzalez, N. S. (1966). Health behavior in cross-cultural perspective: a Guatemalan example. *Human Organization*, 25(2), 122–125.
- Goodman, L. (1951). Obstetrics in a primitive African community. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 41(11 Pt 2), 56–64.
- Goody, J. (1988). *Domesticação do pensamento selvagem*. Barcarena: Editorial Presença.
- Green, E. C. (1988). Can collaborative programs between biomedical and African indigenous health practitioners succeed? *Social Science and Medicine*, 27(11), 1125–1130.
- Greenwood, K. M. (2011). *Strategic flexibility: household ecologies of ful'be in Tanout, Niger*. University of Kentucky.
- Grégoire, E. (2011). Niger: un Etat à forte teneur en uranium. *Hérodote: Revue de Géographie et de Géopolitique*, (142), 206–225.
- Grégoire, E. (2013). *Islamistes et rebelles touaregs maliens : alliances, rivalités et ruptures*. EchoGéo.
- Grégoire, E. (2015). Dangers extérieurs, dangers intérieurs: le Niger face au radicalisme islamique. EchoGéo.
- Gréma, M. (2014). *Inventaire et analyse des dispositions réglementaires/ coutumières et institutionnelles/bioculturelles sur l'accès aux connaissances traditionnelles liées aux ressources biologiques/genétiques au Niger*. République du Niger.
- Gruber, K. J., Cupito, S. H., & Dobson, C. F. (2013). Impact of doulas on healthy birth outcomes. *The Journal of Perinatal Education*, 22(1), 49–58.

- Gruénais, M.-É., & Mayala, D. (1988). Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle ? *Politique Africaine*, 31, 51–61.
- Guerreiros de Deus - Níger e Índia. (n.d.). Retrieved December 30, 2018, from <https://www.facebook.com/agdniger/>
- Gueye, C. F., Johnson, A., Martin, M., & Vaugeois, M. (2007). *Negotiating debt reduction in the HIPC initiative and beyond*. London: Debt Relief International Ltd.
- Gugler, J. (1989). Women stay on the farm no more: changing patterns of rural-urban migration in Sub-Saharan Africa. *The Journal of Modern African Studies*, 27(2), 347–352.
- Gugler, J., & Ludwar-Ene, G. (1995). Gender and migration in Africa South of Sahara. In *The migration experience in Africa* (pp. 257–268). Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.
- Guillaume, A., & Bonnet, D. (2004). La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels. In *Santé de la reproduction au temps du sida en Afrique* (pp. 11–32). Nogent-sur-Marne: CEPED.
- Guillaume, A., Koffi, N., & Vimard, P. (1995). Santé de la mère et de l'enfant en Côte-d'Ivoire. In *Populations du sud et santé : parcours et horizon : hommage à Pierre Cantrelle* (pp. 202–232). Paris: ORSTOM.
- Guillaumont, P., & Guillaumont, S. (1991). *Ajustement structurel, ajustement informel – Le cas du Niger* (L'Harmatta). Paris.
- Haaga, J. G., Wasserheit, J. N., & Tsui, A. O. (1997). *Reproductive health in developing countries: expanding dimensions, building solutions*. Washington (DC): National Academies Press.
- Hahn, R. A. (1987). Divisions of labor: obstetrician, woman, and society in Williams Obstetrics, 1903–1985. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(3), 256–282.
- Hahonou, E. K. (2000). Etre patient. Etude des interactions entre agents de la santé et usagers dans un service d'urgences. *SHADYC*, 1, 91–94.
- Hahonou, E. K. (2001). Les urgences à l'hôpital de Niamey. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 5(72).
- Hahonou, E. K. (2009). Les pouvoirs locaux à Balleyara. In *Les pouvoirs locaux au Niger. Tome 1 : à la veille de la décentralisation* (pp. 221–254). Paris: Karthala.
- Hamadou, M. B. (2011). *Les migrations saisonnières comme stratégie de lutte contre l'insécurité alimentaire: cas du village de Sakèye Koira Zéno (Kollo)*. Université Adbou Moumouni de Niamey.
- Hamidi, R. (2015). Décisions médicales entre tensions et conflits intrafamiliaux : développer l'outil d'aide à la décision familiale. Retrieved December 22, 2018, from <https://www.lamaisondelautonomie.com/decisions-medicales-entre-tensions-et-confits-intrafamiliaux-developper-loutil-daide-a-la-decision-familiale/>
- Hamidou, B. (2017). La lutte contre le mariage des jeunes filles au Niger : implique-toi. Retrieved December 29, 2018, from <https://nigerdiaspora.net/index.php/societe/834-la-lutte-contre-le-mariage-des-jeunes-filles-au-niger-implique-toi>
- Han, G.-S. (2002). *The myth of medical pluralism: a critical realist perspective*. *Sociological Research Online* (Vol. 6).
- Handwerker, W. P. (1990). Politics and reproduction: a window on social change. In *Births and power: social change and the politics of reproduction* (pp. 1–38). Boulder: Westview Press.
- Harrell, S. (1991). Pluralism, performance and meaning in Taiwanese healing: A case study. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15(1), 45–68.

- Harrigan, D. (2017). The current poverty rate in Niger: a seemingly endless issue. Retrieved December 25, 2018, from <https://borgenproject.org/poverty-rate-in-niger/>
- Hart, K. (1973). Informal income opportunities and urban employment in Ghana. *The Journal of Modern African Studies*, 11(1), 61–89.
- Hassane, D. (2011). Les femmes « Tagalakoye » à Niamey : le poids de la douleur. Retrieved December 28, 2018, from <http://www.nigerdiaspora.net/index.php/breves/item/60016-les-femmes--tagalakoye--à-niamey--le-poids-de-la-douleur>
- Heggenhougen, H. K. (1980). Bomohs, doctors and sinsehs—medical pluralism in Malaysia. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(4), 235–244.
- Heywood, C. (2002). *Childhood in nineteenth-century France: work, health and education among the “classes populaires.”* Cambridge: Cambridge University Press.
- Hollenberg, D. (2017a). Introducing complementary and alternative medicine. Traditional medicine, and gender. In *Complementary, alternative, and traditional medicine: prospects and challenges for women’s reproductive health* (pp. 3–19). Toronto: Women’s Press.
- Hollenberg, D. (2017b). Women’s as healers in the global community: an overview from antiquity to the present. In *Complementary, alternative, and traditional medicine: prospects and challenges for women’s reproductive health* (pp. 20–33). Toronto: Women’s Press.
- Honwana, A. M. (2002). *Espíritos vivos, tradições modernas: possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique.* Ela por Ela.
- Hornosty, J. M. (2017). Conclusion. In *Complementary, alternative, and traditional medicine: prospects and challenges for women’s reproductive health* (pp. 235–244). Toronto: Women’s Press.
- Hosagrahar, J. (2017). Cultura: no coração dos ODS. Retrieved from <https://pt.unesco.org/courier/abril-junho-2017/cultura-no-coracao-dos-ods>
- Hours, B. (1985). *L’état sorcier: santé publique et société au Cameroun.* Paris: L’Harmattan.
- Hours, B. (1999). Vingt ans de développement de l’anthropologie médicale en France. *Médecine et Santé : Symboliques Des Corps*, 5.
- Howells, J. G. (1972). *Modern perspectives in psycho-obstetrics.* Edinburgh: Oliver and Boyd.
- Ibrahim, A. C. (2017). 15 avril 1974 – 15 avril 2017 : les souvenirs de Seyni Kountché restent toujours vivaces. Retrieved December 25, 2018, from <https://www.nigerdiaspora.net/index.php/societe/510-15-avril-1974-15-avril-2017-les-souvenirs-de-seyni-kountche-restent-toujours-vivaces>
- ICMDP. (2015). *A survey on migration policies in West Africa.* Dakar: CEDEAO.
- Idrissa, A., & Decalo, S. (2012). *Historical dictionary of Niger.* Maryland: Scarecrow Press.
- Igberase, G., Isah, E., & Igbekoyi, O. (2009). Awareness and perception of maternal mortality among women in a semi-urban community in the Niger Delta of Nigeria. *Annals of African Medicine*, 8(4), 261.
- Inglês, P. (2016). *Reconfiguração social em Angola: ordem local e quotidiano pós-conflito.* ISCTE-IUL, Instituto Universitário de Lisboa. Escola de Sociologia e Políticas Públicas.
- INS-Niger. (2013). Niger: enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples

2012. Niamey: INS-Niger.
- INS-Niger. (2016). *Tableau de bord social*. Niamey: INS-Niger.
- Iraola, L. P. (2007). Prologue. In *Women, Aids and access to health care in Sub-Saharan Africa. Approches from the social sciences* (p. 5). Barcelona: Catalunya Medus Mundi.
- Islam, N. (2005). Pluralism , parallel medical practices and the question of tension : the Philippines experience. *Anthropology Matters*, 7(2), 1–9.
- Ismaël, A. (2017). Niamey par le chef de l'état, Issoufou Mahamadou. Retrieved October 24, 2018, from <http://confidentielafrique.com/energie/niger-centrale-thermique-diesel-de-gorou-banda-inauguree-dimanche-a-niamey-chef-de-letat-issoufou-mahamadou/>
- Issa, O. (2010). Pas de code pour la famille pour le Niger. Retrieved December 29, 2018, from <http://www.genreenaction.net/Pas-de-Code-pour-la-famille-pour-le-Niger.html>
- Issaka, A. (2009). Elections municipales du 27 décembre 2009 : plus de 49.900 candidatures validées. Retrieved December 26, 2018, from <http://www.nigerdiaspora.net/index.php/idees-opinions-archives/item/43707-elections-municipales-du-27-décembre-2009--plus-de-49900-candidatures-validées>
- Issaka Maga, H. (2011). *Migrations hors et vers le Niger : une analyse selon le genre*.
- Jaffré, Y. (1999a). La maladie et ses dispositifs. In *La construction sociale des maladies: les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest* (pp. 41–68). Paris: PUF.
- Jaffré, Y. (1999b). *Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)*. *Bulletin de l'APAD* (Vol. 17).
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (1999). *La construction sociale des maladies: les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003a). Un diagnostic socio-anthropologique: des centres de santé malades...". In *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 51–102).
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003b). *Une médecine inhospitalière: Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala.
- Jaffre, Y., & Prual, A. (1994). Midwives in Niger: An uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1069–1073.
- Jaffré, Y., & Prual, A. (1993). «Le corps des sages-femmes», entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Santé*, 11(2), 63–80.
- Jaffre, Y., Touré, Y., & Bouré, A. (2003). Bamako: la santé communautaire, et le centre de Sabalibougou. In *Une médecine inhospitalière: Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 429–447). Paris: Karthala.
- Jahan. I. (2014). Revisiting 'Nativity': Doing 'Anthropology at Home' in Rural Bangladesh. *Anthropology*, 2(3), 123.
- Jambai, A., & MacCormack, C. (1997). Maternal health, war, and religious tradition: authoritative knowledge in Pujehun district, Sierra Leone. In *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives* (pp. 421–440).
- Janin, P. (2010). Faim et politique: mobilisations et instrumentations. *Politique africaine*, 119(3), 5–22.

- Janzen, J. M., & Arkininstall, W. (1978). *The quest for therapy. Medical pluralism in Lower Zaire*. University of California Press.
- Jeffery, R., Jeffery, P., & Lyon, A. (1984). Female infanticide and amniocentesis. *Social Science & Medicine* (1982), 19(11), 1207–1212.
- Jerve, A. M. (2001). Rural-urban linkages and poverty analysis. In *Choices for the poor: Lessons from national poverty strategies* (pp. 89–120). New York: CMI/UNDP.
- Jeune, G. Le, Piché, V., & Poirier, J. (2004). Towards a reconsideration of female migration patterns in Burkina Faso. *Canadian Studies in Population*, 31(2), 145–177.
- Jewkes, R., Abrahams, N., & Mvo, Z. (1998). Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science & Medicine*, 47(11), 1781–1795.
- Johnson, T. M., & Sargent, C. F. (1990a). Introduction. In *Medical anthropology: contemporary theory and method* (pp. 1–9). New York: Praeger.
- Johnson, T. M., & Sargent, C. F. (1990b). *Medical anthropology: contemporary theory and method*. New York: Praeger.
- Jordan, B. (1989). Cosmopolitical obstetrics: some insights from the training of traditional midwives. *Social Science & Medicine*, 28(9), 925–937.
- Jordan, B. (1990). Technology and the social distribution of knowledge: issues for primary health care in developing countries. In *Anthropology and primary health care* (pp. 98–120). Boulder: Westview Press.
- Jordan, B. (1992). *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Waveland Press.
- Jordan, B. (1997). Authoritative knowledge and its construction. In *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives* (pp. 55–79). Berkeley: University of California Press.
- Journet, O. (1990). La condition des femmes. Les obligations de la procréation dans les sociétés diola du Sénégal et de Guinée-Bissau. In *Sociétés, développement et santé* (pp. 179–190). Paris: Ellipses/Aupelf.
- Julvez, J. (1999). Les ventes de chloroquine dans la rue à Niamey (Niger). *Bulletin Societe Pathologique Exotique*, 92(31–32).
- Julvez, J., Mahamane, H., Abdulkarim, B., Abdoulaye, N., & Aboubacar, A. (1995). Connaissances et pratiques face au paludisme. Enquête médicale en pays Songhay-Zarma (Niger). *Santé*, 5(5), 307–313.
- Jusot, J.-F., & Alto, O. (2015). *Etude de la distribution des antipaludéens sur le secteur privé au Niger dans le but de renseigner la proposition «Affordable Medicine Facility - malaria (AMFm)»*. Niamey: CERMES.
- Kanji, N. (1989). Charging for drugs in Africa: UNICEF'S 'Bamako Initiative.' *Health Policy and Planning*, 4(2), 110–120.
- Kaptchuk, T. J., & Eisenberg, D. M. (2001). Varieties of healing. 1: medical pluralism in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 135(3), 189–195.
- Keane, F. (2014). Big money for Niger's child brides. Retrieved December 29, 2018, from <https://www.bbc.com/news/world-africa-27619295>
- Keita, M. (2011). *La migration féminine au Mali, CARIM*.
- Keong, B. C. M., & Sulaiman, W. (2006). Typhoid and malaria co-infection - an interesting finding in the investigation of a tropical Fever. *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS*, 13(1), 74–75.
- Ketema, N. (2014). *Female Ethiopian migrant domestic workers: an analysis of migration, return-migration and reintegration experiences*. University of Oregon.

- Kifle, H., & Hussain, Mohammed Mekonnen, H. (2002). *Achieving the Millennium development goals in Africa progress, prospects, and policy implications*. Washington (DC): The World Bank.
- Kimba, I. (2008). *Armee et politique au Niger*. Dakar: CODESRIA.
- Kissling, F. (1996). From Cairo to Beijing and beyond. Women's rights in context. *Conscience*, 16(4), 16–22.
- Kitzinger, S. (1978). *The experience of childbirth*. New York: Penguin.
- Kitzinger, S. (1978). *Women as mothers: how they see themselves in different cultures*. New York: Random House.
- Kitzinger, S. (1982). The social context of birth: some comparisons between childbirth in Jamaica and Britain. In *Ethnography of fertility and birth* (pp. 181–204). New York: Academic Press.
- Kitzinger, S. (1991). *Home birth and other alternatives to hospital*. New York: Doring Kindersley.
- Kleinman, A. (1978a). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12(Supplement C), 85–93.
- Kleinman, A. (1978b). What Kind of Model for the Anthropology of Medical Systems? *American Anthropologist*, 80(3), 661–665.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- Kleinman, A. (1997). *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. University of California Press.
- Kleinman, A. M. (1974). Cognitive structures of traditional medical systems: ordering, explaining, and interpreting the human experience of illness. *Ethnomedicine*, 3(1+2), 27–49.
- Kohrt, B. A., & Mendenhall, E. (2016). Social and structural origins of mental illness in global context. In *Global Mental Health: Anthropological Perspectives* (pp. 51–55). New York: Routledge.
- Konner, M., & Shostak, M. (1987). Timing and management of birth among the !Kung: biocultural interaction in reproductive adaptation. *Cultural Anthropology*, 2(1), 11–28.
- Koss-Chioino, J., Leatherman, T. L., & Greenway, C. (2003). *Medical pluralism in the Andes*. Routledge.
- Kruske, S., & Barclay, L. (2004). Effect of shifting policies on traditional birth attendant training. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(4), 306–311.
- Kunisch, J. (1989). Electronic fetal monitors: marketing forces and the resulting controversy. In *Healing technology: feminist perspectives* (pp. 41–60). Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Kunitz, S. J. (1989). *Disease change and the role of medicine: the Navajo experience*. Berkeley: University of California Press.
- Kunstadter, P. (1980). Medical ethics in cross-cultural and multi-cultural perspectives. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(4), 289–296.
- L'Ecole National de Santé Publique. (n.d.). Retrieved December 28, 2018, from <http://edu-uam.refer.ne/index.php/formation/facultes-et-ecoles/faculte-des-sciences-de-la-sante-fss>
- Laderman, C. (1987). *Wives and midwives: childbirth and nutrition in rural Malaysia*. Berkeley: University of California Press.
- Laget, M. (1982). *Naissances: l'accouchement avant l'âge de la clinique*. Paris:

Éditions du Seuil.

- Landy, D. (1977). *Culture, disease, and healing: studies in medical anthropology*. Basingstoke: Macmillan.
- Langwick, S. (2010). Medical anthropology : cross- cultural studies in health and illness from non-aligned medicines to market-based herbals : China ' s relationship to the shifting politics of traditional medicine in Tanzania. *Medical Anthropology*, 29(1), 15–43.
- Langwick, S. A. (2011). *Bodies, politics, and african healing. The matter of maladies in Tanzania*. Indiana: Indiana University Press.
- Laplantine, F. (1992). *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris: Payot.
- LASDEL. (2017). *Lutter contre les mariages précoce para autonomisation des filles au Niger. Rapport Définitif de l'étude de base*. Niamey: LASDEL.
- Laughlin, C. D. (1992). Pre- and peri-natal anthropology II: the puerperium in cross-cultural perspective. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 7(1), 23–60.
- Laughlin, C. D. (1994). Pre- and perinatal anthropology III: birth control, abortion and infanticide in cross-cultural perspective. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 9(1), 85–102.
- Lazarus, E. S. (1988). Pour women, poor outcomes: social class and reproductive health. In *Childbirth in America: anthropological perspectives* (pp. 39–54). South Hadley: Bergin & Garvey Publishers.
- Le programme de la Renaissance. (n.d.). Retrieved December 27, 2018, from <https://www.presidence.ne/programme-de-renaissance/>
- Le Ven, L. (2016). Le Président de la République inaugure le tronçon ferroviaire Niamey-Dosso : enfin le premier sifflement du train au Niger! Retrieved December 25, 2018, from <http://www.anp.ne/?q=article/le-president-de-la-republique-inaugure-le-troncon-ferroviaire-niamey-dosso-enfin-le-premier#sthash.vwiDSxjR.dpbs>
- Leavitt, J. W. (1988). *Brought to bed: childbearing in America, 1750-1950*. New York: Oxford University Press.
- Leslie, C. (1978). Theoretical foundations for the comparative study of medical systems. Introduction. *Social Science & Medicine*, 12(2B), 65–67.
- Leslie, C. (1980). Medical pluralism in world perspective [1]. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(4), 191–195.
- Leslie, C. M. (1976). *Asian medical systems: a comparative study*. Berkeley: University of California Press.
- Lévi-Strauss, C. (1949). L ' efficacité symbolique. *Revue de l'histoire Des Religions*, 135(1), 5–27.
- Lieban, R. W. (1973). Medical anthropology. In *Handbook of social and cultural anthropology* (pp. 1031–1072). Chicago: Rand McNally & Co.
- Litoff, J. B. (1978). *American midwives, 1860 to the present*. Wesport: Greenwood Press.
- Lloyd, C. B., & Mensch, B. S. (2008). Marriage and childbirth as factors in dropping out from school: An analysis of DHS data from sub-Saharan Africa. *Population Studies*, 62(1), 1–13.
- Lock, M. (1980). The organization and practice of East Asian medicine in Japan: continuity and change. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(4), 245–253.
- Lock, M., & Nguyen, V. K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Malden: Wiley-



- Blackwell.
- Lockett, C. (1939). Midwives and childbirth among the Navajo. *Plateau*, (12), 15–17.
- Locoh, T. (1984). *Fécondité et famille en Afrique de l'ouest: le Togo méridional contemporain*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Loewenson, R. (1993). Structural adjustment and health policy in Africa. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, 23(4), 717–730.
- Lomazzi, M., Borisch, B., & Laaser, U. (2014). The Millennium Development Goals: experiences, achievements and what's next. *Global Health Action*, 7, 23695.
- Lorimer, F. (1954). *Culture and human fertility: a study of the relation of cultural conditions to fertility in non-industrial and transitional societies*. New York: UNESCO.
- Lovell, N. (1995). *Pluralisme thérapeutique et stratégies de santé chez les Evhé du sud-est Togo*. Paris: Centre Français sur la Population et le Développement.
- Lozoff, B., Jordan, B., & Malone, S. (1988). Childbirth in cross-cultural perspective. *Marriage & Family Review*, 12(3–4), 35–60.
- Lund, C. (1998). *Law, power and politics in Niger: land struggles and the rural code* (Transactio). Nova Jersey.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: public health and the regulated body*. SAGE Publications.
- MacCormack, C. P. (1982). Health, fertility, and birth in Moyamba district, Sierra Leone. In *Ethnography of fertility and birth* (pp. 115–141). New York: Academic Press.
- Machado, L. P. (1970). Alcance e limites das teorias da modernização. *Revista de Administração de Empresas*, 10, 169–192.
- Maclean, U. (1971). *Magical medicine: a Nigerian case-study*. London: Allen Lane The Penguin Press.
- MacQuarrie, K. L. (2014). *Unmet need for family planning among young women: levels and trends*. Rockville (Maryland): ICF International.
- Madise, N. J., & Onyango, B. (2018). Protecting female migrants from forced sex and HIV infection. *The Lancet Public Health*, 3(1), e2–e3.
- Mahaman, T. A. (2008). La crise alimentaire de 2005 vue par les médias. *Afrique Contemporaine*, 225, 39–74.
- Maiga, D. (2011). *Genre et migration au Niger*.
- Makaka, A., Breen, S., & Binagwaho, A. (2012). Universal health coverage in Rwanda: a report of innovations to increase enrolment in community-based health insurance. *The Lancet*, 380(S7), 7.
- Mali Tuareg rebels control Timbuktu as troops flee. (2012). Retrieved October 24, 2018, from <https://www.bbc.com/news/world-africa-17576725>
- Malighetti, R. (2011). Medical pluralism and the plurality of the sciences. *EASA Conference on "Medical Pluralism: Technics, Politics, Institutions"*, Rome, 7-10 September.
- Malinowski, B. (1982). *The sexual life of savages in North-Western Melanesia: an ethnographic account of courtship, marriage, and family life among the natives of the Trobriand Islands, British New Guinea*. London: Routledge Kegan Paul.
- Mamoudou, A. (2010). *Immigration des femmes originaires de la commune rurale de Simiri à Niamey*. Université Abdou Moumouni de Niamey.
- Manderson, L., Hardon, A., & Cartwright, E. (2016). Vital signs. Medical anthropology in the twenty-first century. In *The Routledge handbook of medical anthropology* (pp. 368–381). London: Routledge.

- Mangay-Manglacas, A., & Puzurki, H. (1983). *Les accoucheuses traditionnelles dans dans sept pays: études de cas sur leur formation et leur utilisation*.
- Maraesa, A. (2014). The local, the global, the NGO-nization of birth in South Belize. In *Global case studies in maternal and child health* (pp. 5–24). Burlington MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Marchand, L. (1932). Obstetrics among South African natives. *The South African Medical Journal*, 6(5), 329.
- Mariatou Koné. (2006). La crise alimentaire de 2005 au Niger dans la région de Madarounfa et ses effets sur la malnutrition infantile: approche socio-anthropologique. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 53(72).
- Marshall, J. (1981). The state of ambivalence: right and left options in Ghana. *Review of African Political Economy*, 5, 49–52.
- Martin, E. (1992). *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Boston, MA: Beacon Press.
- Masquelier, A. (2009). *Women and Islamic revival in a West African town* (Indiana Un). Bloomington.
- Mato, M. W. (2007). Introduction. In *Les Etats-nations face à l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest. Le cas du Niger*. Paris: Karthala.
- Maxwell, P. (1927). Obstetrics in China in the 13th century. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 34(3), 481–497.
- May, J. F. (2017). The politics of family planning policies and programs in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 43(S1), 308–329.
- Mbaye, R. (1982). L'islam noir en Afrique. *Revue Tiers Monde*, 23(92), 831–838.
- McClain, C. (1975). Ethno-Obstetrics in Ajijic. *Anthropological Quarterly*, 48(1), 38–56.
- McClain, C. (1982). Toward a comparative framework for the study of childbirth: a review of the literature. In *Anthropology of human birth* (pp. 25–59). Philadelphia: F.A. Davis.
- McGilvray, D. B. (1982). Sexual power and fertility in Sri Lanka: Batticaloa Tamils and Moors. In *Ethnography of fertility and birth* (pp. 25–73). New York: Academic Press.
- Mclean, U. (1982). Folk medicine and fertility: aspects of Yoruba medical practice affecting women. In *Ethnography of fertility and birth* (pp. 161–179). Paris: Academic Press.
- MDM. (2008). *L'accès gratuit aux soins de santé: Une stratégie payante*. Paris: MDM.
- MDM. (2011). *Gratuité des soins au Niger. Une option payante à consolider*. MDM.
- ME. (2009). Tandja veut s'offrir le Niger. Retrieved December 26, 2018, from <https://www.lejdd.fr/International/Afrique/Tandja-veut-s-offrir-le-Niger-123966-3248387>
- Mead, M., & Newton, N. (1967). Cultural patterning of perinatal behavior. In *Childbearing: its social and psychological aspects* (pp. 142–244). Baltimore: Williams & Wilkins Co.
- Mebtoul, M. (1994). *Une anthropologie de la proximité: les professionnels de la santé en Algérie*. Paris: L'Harmattan.
- Meillassoux, C. (1992). *Femmes, greniers et capitaux*. Paris: L'Harmattan.
- Meissner, O. (2009). *Traditional medicine and its accommodation in the South African national health care system with special attention to possible statutory regulation*. University of South Africa.
- Miller, A. C. (2011). *Debunking the myth of the "good" coup d'état in Africa* (Vol. 12).
- Minocha, A. A. (1980). Medical pluralism and health services in India. *Social Science*

- & *Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(4), 217–223.
- Mishra, S., Kukuluma, Y., & Babu, B. V. (2015). Pluralistic care and therapeutic itineraries among a migrant tribal community in an eastern Indian city. *Journal of the Anthropological Society of Oxford*, 61(6), 61–78.
- Mitrani, P. (1981). Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine. *L'Homme*, 22(2), 93–104.
- Modell, S. M. (2010). Aristotelian influence in the formation of medical theory. *The European Legacy*, 15(4), 409–424.
- Moha, M. (2011). «Même la nourriture, on se fatigue de la manger, à plus forte raison le médicament...» Les PvVIH et les médicaments au Niger. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 94, 65.
- Moha, M., & Harouna, A. (2015). «Comportement des agentes de santé au Niger». *Cas de la région de Dosso*. Niamey.
- Mohamed, E. Al. (2010). *La grossesse et le suivi de l'accouchement chez les touaregs Kel-Adagh (Kidal, Mali)*. Paris: L'Harmattan.
- Mohanty, A. (2010). Uranium in Niger: when a blessing becomes a curse. Retrieved December 25, 2018, from <https://www.geopoliticalmonitor.com/uranium-in-niger-when-a-blessing-becomes-a-curse/>
- Moller, M. S. G. (1958). Bahaya customs and beliefs in connection with pregnancy and childbirth. *Tanganyika Notes and Records*, 50, 112.
- Moller, M. S. G. (1961). Custom, pregnancy and child rearing in Tanganyika. *Journal of Tropical Pediatrics*, 7(2), 66–80.
- Molyneux, C. S., Mung'ala-Odera, V., Harpham, T., & Snow, R. W. (2002). Maternal mobility across the rural-urban divide: empirical data from coastal Kenya. *Environment and Urbanization*, 14(1), 203–217.
- Mongeau, B., Smith, H. L., & Maney, A. C. (1961). The “Granny” midwife: changing roles and functions of a folk practitioner. *American Journal of Sociology*, 66(5), 497–505.
- Montagu, M. A. (1949). Embryology from antiquity to the end of the 18 th century. *Ciba Symposia*, 10(4), 1009–1028.
- Morais, C. (2016). Saúde além das fronteiras: doenças, assistências trabalho migratório ao sul de Moçambique (1930-1975). In *Encontros com Moçambique* (pp. 69–93). Rio de Janeiro: PUC.
- Morgado, P. (1994). O pluralismo médico Wayana Aparai: a intersecção entre a tradição oral e a global. *Cadernos de Campo*, 4, 41–69.
- Morgado, P. L. (2008). *Os songhay-zarma [pré coloniais]: a desconstrução de um conceito*. Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.
- Morgado, P. L. (2011). Estratégias de sobrevivência Songhay-Zarma (Níger): trajetórias económicas de uma outra modernidade. *E-Cadernos Ces*, 12.
- Morgado, P. L. (2012). Quando os provedores de cuidados de saúde privados se substituem à responsabilidade social estatal: o caso da clínica do Dr. Jiang Jie em Château1 [Niamey-Níger]. *Oitavo Congresso Ibérico de Estudos Africanos (CIEA8), Madrid, 14-16 Junho*.
- Morgado, P. L. (2013). The emergence of new inequalities: access to maternal and child healthcare in Nigerien context. *Fifth European Conference on African Studies (ECAS 5) - African Dynamics in a Multipolar World*, Lisbon, 26-28 June.
- Morgado, P. L. (2017). Muslim marriage as a vehicle for female social emancipation. Reflections on the matrimonial dynamics that structure the Nigerien society. *II Forum de Investigadores Em Contexto Árabe, Lisboa, FCSH, 28 - 29 de Setembro*.
- Morsy, S. (1990). Political economy in medical anthropology. In *Medical*

- anthropology: contemporary theory and method* (pp. 21–40). New York: Praeger.
- Morsy, S. (1995). Deadly reproduction among Egyptian women: maternal mortality and the medicalization of population control. In *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction* (pp. 162–176). Berkeley: University of California Press.
- Motcho, H. K. (2007). Dynamiques urbaines et intégration régionale en Afrique de l'Ouest. In *Les Etats-nations face à l'intégration régionale en Afrique de l'Ouest. Le cas du Niger* (pp. 121–137).
- Moumouni, A., & Souley, A. (2004). La maternité Issaka Gazobi et l'hôpital national de Niamey. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 19.
- Moumouni, D. (1995). *La problématique du commerce féminin au Niger. Cas des femmes commerçantes du Grand Marché*. Université Abdou Moumouni de Niamey.
- Mounkaïla, H. (1999). *Migrations, environnement et santé au Niger. Dynamique récente des migrations songhai-zarma dans le département de Tillabéri (Ouest du Niger)*. Université de Bordeaux III.
- Mounkaïla, H. (1999). *Migrations, environnement et santé au Niger: dynamique récente des migrations Songhai-Zarma dans le département de Tillabéri (ouest du Niger)*.
- Mounkaïla, H. (2002). De la migration circulaire à l'abandon du territoire local dans le Zarmaganda (Niger). *Revue européenne des migrations internationales*, 18(2), 8.
- Mounkaïla, H. (2005). Migrations de colonisation agricole et dynamique du peuplement dans les communes rurales de Say et de Tamou (Ouest du Niger). In *Vivre dans les milieux fragiles: Alpes et Sahel. Hommage au Professeur Jorg Winistorfer* (pp. 149–164). Lausanne: Institut de géographie, Université de Lausanne.
- Mounkaïla, H. (2015). La gestion des rapatriés de Libye dans la commune de Tchintabaraden (Niger): les défis de l'urgence et du durable. *Afrique et Développement*, 40(1), 99–117.
- Moussa, A. A. (2018). Hôpital général de référence, une merveille technologique à la portée de tous! Retrieved October 24, 2018, from <http://www.nigerinter.com/2018/03/hopital-general-de-reference-une-merveille-technologique-a-la-portee-de-tous/>
- Moussa, H. (2000). " *La pharmacie par terre* " au Niger : une alternative à l'échec de la politique pharmaceutique nationale ? *Etude de cas à la commune Niamey III*. Université de Ouagadougou.
- Moussa, H. (2003). Niamey: le complexe sanitaire de Boukouki. In *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 361–385). Paris: Karthala.
- Moussa, H. (2012). *Entre absence et refus d'enfant. Socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger*. Paris: L'Harmattan.
- MSP/LCE. (2005). *Programme national de santé de la reproduction 2005 - 2009*. Niamey.
- MSP/LCE. (2002). *Orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21ème siècle 2002 - 2011*. Niamey.
- MSP/LCE. (2011). *Plan de développement sanitaire 2011-2015. Guide du suivi-évaluation*. Niamey:MSP/LCE.
- Murphy, E. M., Greene, M. E., Mihailovic, A., & Olupot-Olupot, P. (2006). Was the "ABC" approach (abstinence, being faithful, using condoms) responsible for Uganda's decline in HIV? *PLoS Medicine*, 3(9), e379–e379.
- Nabara, H. (2017). Déterminants et impacts socioéconomiques des migrations

- féminines dans le département de Kantché (Niger), Retrieved December 26, 2018, from <https://movida.hypotheses.org/276>.
- Nag, M. (1966). *Factors affecting human fertility in the nonindustrial societies: a cross-cultural study*. New Haven: Yale University Press.
- Nagaya, D. (2018). Construction du barrage de Kandadji: des nouveaux espoirs renaissent ! Retrieved October 24, 2018, from <http://www.tamtaminfo.com/construction-du-barrage-de-kandadji-des-nouveaux-espoirs-renaissent/>
- Nambiar, B., Hargreaves, D. S., Morroni, C., Heys, M., Crowe, S., Pagel, C., ... Colbourn, T. (2017). Improving health-care quality in resource-poor settings. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(1), 76–78.
- Nasirumbi, H. (2000). Gender sensitivity and development in health policies: a case study of HIV/AIDS policies in Kenya. In *Africa in transformation: political and economic transformations and socio-economic development responses in Africa* (pp. 299–307).
- Negrão, J. (2001). Como induzir o desenvolvimento em África? *CEsA Documentos de Trabalho*, 61.
- Newman, L. F., & Nyce, J. M. (1985). *Women's medicine: a cross-cultural study of indigenous fertility regulation*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Newton, N., & Newton, M. (1972). Childbirth in crosscultural perspective. In *Modern perspectives in psycho-obstetrics* (pp. 150–172). Edinburgh: Oliver and Boyd.
- Ngubane, H. (1977). *Body and mind in Zulu medicine: an ethnography of health and disease in Nyuswa-Zulu thought and practice*. London: Academic Press.
- Nguyen, V.-K., & Peschard, K. (2003). Anthropology, inequality, and disease: a review. *Annual Review of Anthropology*, 32, 447–474.
- NIAMEYCOM. (2013). Le projet «Niamey Nyala» se met en marche. Retrieved October 24, 2018, from <http://news.aniamey.com/h/4404.html>
- Niandou Souley, A. (2001). La démocratisation au Niger: bilan critique. In *Le Niger: état et démocratie* (pp. 287 – 320). Paris: L'Harmattan.
- Nianzy, S. (2008). Empowering traditional birth attendants in Gambia: a local strategy to redress issues of access, equity and sustainability? In *Governing health systems in Africa* (pp. 225–234).
- Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. (2008) The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. *Revista Latino-americana*, 16(5), 923-928.
- Nichter, M. (1980). The layperson's perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(4), 225–233.
- Nichter, M. (1981). Idioms of distress: alternatives in the expression of psychosocial distress: a case study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5(4), 379–408.
- Nichter, M. (1992a). *Anthropological approaches to the study of ethnomedicine*. New York: Gordon and Breach Science Publishers. Nichter, M. (1992b). Introduction. In *Anthropological approaches to the study of ethnomedicine* (pp. ix–xxiii). New York: Gordon and Breach Science Publishers.
- Nour, N. M. (2006). Health consequences of child marriage in Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 12(11), 1644–1649.
- Nunes, N. (2008). A Sociologia das classes sociais na investigação sociológica em Portugal. *VI Congresso Português de Sociologia: Mundos Sociais/Saberes e Práticas. Área Temática: Classes, Desigualdades e Políticas Públicas, Lisboa*, 25-

28 de Junho.

- Nyonator, J. P. (2017). Birth from the peripheries: local realities in Dzodze, Ghana. In *Complementary, alternative, and traditional medicine: prospects and challenges for women's reproductive health* (pp. 146–162). Toronto: Women's Press.
- Nzegwu, F. (2001). *Love, motherhood and the african heritage*. Dakar: African Renaissance.
- Oakley, A. (1984). *The captured womb: a history of the medical care of pregnant women*. Oxford: Basil Blackwell.
- Oberhelman, S. M. (2013). Introduction: medical pluralism, healing, and dreams in Greek culture. In *Dreams, healing, and medicine in Greece: from antiquity to the present* (pp.1-30).
- Obrist, B. (2003). Urban health in daily practice: livelihood, vulnerability and resilience in Dar es Salaam, Tanzania. *Anthropology & Medicine*, 10(3), 275–290.
- Obrist, B. (2006). *Struggling for health in the city: an anthropological inquiry of health, vulnerability and resilience in Dar Es Salaam, Tanzania*. Bern: Peter Lang.
- Obrist, B., & Buchi, S. (2008). Stress as an idiom for resilience: health and migration among sub-Saharan Africans in Switzerland. *Anthropology & Medicine*, 15(3), 251–261.
- Odotei, I. (1992). The migration of ghanaian women in the canoe fishing industry. *MAST*, 5(2), 88–95.
- Office international d'hygiene publique. (1926). *The Lancet*, 208(5384), 966–967.
- Olbrechts, F. M. (1931). Cherokee belief and practice with regard to childbirth. *Anthropos*, 26(1/2), 17–33.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1976). *Quand nos pères étaient captifs*. Paris: Nubia.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1982). *Concepts et conceptions songhay-zarma: histoire, culture, société*. Paris: Nubia.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1984a). *Les sociétés songhay-zarma, Niger-Mali*: Paris: Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1984b). *Les sociétés Songhay-Zarma (Niger-Mali): chefs, guerriers, esclaves, paysans*. Paris: Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et développement: essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris: Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1999a). Introduction. In *La construction sociale des maladies: les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest* (pp. 7–12). Paris: PUF.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1999b). Les représentations des maladies: des modules? In *La construction sociale des maladies: les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest* (pp. 15–40). Paris: PUF.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2000). Le «je» méthodologique. implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*, 41(3), 417-445.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2001). Populisme méthodologique et populisme idéologique en anthropologie. In *Le goût de l'enquête: pour Jean-Claude Passeron* (pp. 195-246). Paris: L'Harmattan.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2003a). L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 13, 59.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2003b). Pourquoi le malade anonyme est-il si «mal traité»? In *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (pp. 265–294).
- Olivier de Sardan, J.-P. (2007a). Analyse rétrospective de la crise alimentaire au Niger en 2005. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 59.

- Olivier de Sardan, J.-P. (2007b). *Crise alimentaire et malnutrition infantile au Niger : le bilan de la « famine » de 2005*. *Critique Internationale* (Vol. 37). <https://doi.org/10.3917/cii.037.0037>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008a). A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique. *Afrique: Pouvoir et Politique*, 5, 23.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008b). *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2014). La quantité sans la qualité ? Mises en forme et mises en œuvre des politiques d'exemptions de paiement au Sahel. In *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* (pp. 51–84). Paris: Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P., Diarra, A., & Moha, M. (2017). Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Research Policy and Systems*, 15(S1), 60.
- Olivier de Sardan, J.-P., Moumouni, A., & Souley, A. (1999). "L' accouchement c'est la guerre" - De quelques problèmes liés à l' accouchement en milieu rural nigérien." *Bulletin de l'APAD*, 17, 24.
- Olivier de Sardan, J.-P., Moumouni, A., & Souley, A. (2001). "L'accouchement c'est la guerre" - Grossesse et accouchement en milieu rural nigérien. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 1, 43.
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2011). Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger). *Etudes et Travaux - LASDEL*, 89, 47.
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2012). L' exemption de paiement des soins au Burkina Faso , Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques. *Afrique Contemporaine*, 243: 11-32.
- OMS. (n.d.). Maternal health. Retrieved October 9, 2018, from <http://www.who.int/maternal-health/en/>
- OMS. (1987). *Declaration on the strengthening district health system based on primary health care*.
- OMS. (2002). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*.
- OMS. (2011). *Niger. Nouvelle initiative pour combattre le paludisme*. OMS, & UNICEF. (1978). Cuidados de saúde primários. Retrieved October 9, 2018, from [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf;jsessionid=49CE41A29DBC32AEB94345CC34BDA2E7?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=49CE41A29DBC32AEB94345CC34BDA2E7?sequence=5)
- Ostfeld, A. M., & Lebovits, B. Z. (1959). Personality factors and pressor mechanisms in renal and essential hypertension. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 104(1), 43–52.
- Ouédraogo, J. (1989). *Conférence régionale sur la maternité sans risques pour l'Afrique francophone au sud du Sahara*. Washington DC: The World Bank.
- Ouedraogo, T. L., Kpozehouen, A., Gléglé-Hessou, Y., Makoutodé, M., Saizonou, J., & Tchama-Bouraima, M. (2013). Évaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin. *Santé Publique*, 25(4), 507–515.
- Oumarou, A. (2009). La délivrance des services de santé dans la commune urbaine de Say. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 81, 41.
- Oumarou, A. (2015). La migration féminine, une stratégie extra-agricole d'adaptation aux changements climatiques et environnementaux dans l'Imanan (Niger). In *Les sociétés rurales face aux changements climatiques et environnementaux en Afrique de l'Ouest* (pp. 315–334). Marseille: IRD Editions.
- Oumarou, H. (2013). Les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) au Niger: socio-

- anthropologie d'une intervention à base communautaire. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 104, 137.
- Ousmane Ida, I. (2015). *L'emploi des jeunes dans les grandes villes du Niger: une analyse à partir des données du recensement de 2012*. Québec.
- Ousseïni, A. (2011a). Exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de cinq ans. mise en oeuvre dans la région sanitaire de Dosso. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 92, 50.
- Ousseïni, A. (2011b). Une politique publique de santé au niger. La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 91, 74.
- Oya, C. (2011). Africa and the millennium development goals (MDGs): what's right, what's wrong and what's missing. *Revista de Economía Mundial*, 27(19–33).
- Paganini, A. (2004). The Bamako Initiative was not about money. *Health Policy and Development*, 2(1), 11–13.
- Paige, K. E., & Paige, J. M. (1982). *The politics of reproductive ritual*. Berkeley: University of California Press.
- Painter, T. M. (1988). From warriors to migrants: critical perspectives on early migrations among the Zarma of Niger. *Africa: Journal of the International African Institute*, 58(1), 87–100.
- PANAPRESS. (2018). La “Boucle ferroviaire Cotonou-Niamey”: un rêve caressé depuis 1936, enfin concrétisé en 2017. Retrieved December 24, 2018, from <http://www.panapress.com/La--Boucle-ferroviaire-Cotonou-Niamey---un-reve-caresse-depuis-1936,-enfin-concretise-en-2017--13-630406552-18-lang3-index.html>
- Parker, R. (2002). The global HIV/AIDS pandemic, structural inequalities, and the politics of international health. *American Journal of Public Health*, 92(3), 343–347.
- Parry, D. C. (2008). “We wanted a birth experience, not a medical experience”: exploring Canadian women's use of midwifery. *Health Care for Women International*, 29(8–9), 784–806.
- Parsons, T. (1937). *The structure of social action: a study in social theory with special reference to a group of recent European writers*. New York: McGraw Hill.
- Parsons, T. (1991). *The Social System*. Routledge.
- Patrick Gilliard. (2005). *L'extrême pauvreté au Niger. Mendier ou mourir?* Paris: Karthala.
- Paulme, D. (1963). *Women of tropical Africa*. London: Routledge.
- Payer, L. (1996). *Medicine and culture*. New York: Henry Holt and Company.
- Pearce, T. O. (1995). Women's reproductive practices and biomedicine: cultural conflicts and transformations in Nigeria. In *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction* (pp. 195–208). Berkeley: University of California Press.
- Peglidou, A. (2010). Therapeutic itineraries of ‘depressed’ women in Greece: power relationships and agency in therapeutic pluralism. *Anthropology & Medicine*, 17(1), 41–57.
- Pereira, P. (2015). Antropologia da saúde: um lugar para as abordagens antropológicas à doença e à saúde. *Revista de Antropologia Experimental*, 15(3), 23–46.
- Perrot, J. (2005). La décentralisation administrative et la contractualisation. In *La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée* (pp. 209–230). Paris: Karthala.
- Perry, H., Serra-Esteban, F., & Berman, P. (2013). *Financing large-scale community health worker programs. Developing and strengthening community health worker*



- programs at scale: a reference guide for program managers and policymakers.* Washington (DC): CHIP.
- Pfeiffer, J., Gimbel-Sherr, K., & Orvalho, J. A. (2007). The holy spirit in the household: pentecostalism, gender, and neoliberalism in Mozambique. *American Anthropologist*, 109(4), 688–700.
- Pigg, S. L. (1997). Authority in translation finding knowing naming and training “traditional birth attendants” in Nepal. In *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives* (pp. 233–262). Berkeley: University of California Press.
- Pilon, M., & Guillaume. (2000). *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. Paris: Editions IRD.«
- Pina Cabral, J. (1983). Notas críticas sobre a observação participante no contexto da etnografia portuguesa. *Análise Social*, 29(76), 327-339.
- PNDS-Tarayya. (n.d.). Histoire politique du Niger. Retrieved June 7, 2018, from <http://pnnds-tarayya.net/pages/pages.php?title=histoire-politique-du-niger>
- PNLP. (2006). *Plan national de lutte contre le paludisme 2006-2010*. Niamey: MSP/LCE.
- PNUD. (1996). *Niger - Enquête à indicateurs multiples*. Washington (DC): The World Bank.
- Polgar, S. (1962). Health and human behavior: areas of interest common to the social and medical science. *Current Anthropology*, 3(2), 159–205.
- Porter, G. (2011). ‘I think a woman who travels a lot is befriending other men and that’s why she travels’: mobility constraints and their implications for rural women and girls in sub-Saharan Africa. *Gender, Place & Culture*, 18(1), 65–81.
- Porter, K. A. (2003). Marriage practices: East African. In *Encyclopedia of women & Islamic cultures: family, body, sexuality And health, volume 3* (pp. 257–259). Leiden: Brill.
- Porto, N. (2001). O corpo nas colónias: a comunidade colonial na margem do império - o caso da companhia de diamantes de Angola. In *Entre ser e estar. Raízes, percursos e discursos da identidade* (pp. 213–252). Porto: Edições Afrontamento.
- Pouillot, R., Bilong, C., Boisier, P., Ciss, M., Moumouni, A., Amani, I., & Nabeth, P. (2007). Le circuit informel des médicaments à Yaoundé et à Niamey : étude de la population des vendeurs et de la qualité des médicaments distribués. *Santé Publique*, 101(2), 113–118.
- Poutrain, V., Adjagbe, A., Hane, F., Konan, B. C., & Ndoye, T. (2005). Systèmes de santé et programme de lutte contre la tuberculose et le paludisme en Côte d’Ivoire et au Sénégal. In *Les professionnels de santé en Afrique de l’Ouest : entre savoirs et pratiques* (pp. 45–81). Paris: L’Harmattan.
- Profession sage-femme. (2012). Retrieved September 6, 2017, from <https://anneevrardsagefemme.wordpress.com/2012/12/29/profession-sage-femme/>
- Prual, A., Toure, A., Huguet, D., & Laurent, Y. (2000). *The quality of risk factor screening during antenatal consultations in Niger*. *Health policy and planning*, 15(1), 11-16.
- Radcliffe-Brown, A. (1912). Beliefs concerning childbirth in some Australian tribes. *Man*, 12, 180–182.
- Randall, S., & Legrand, T. K. (2003). Stratégies reproductives et prise de décision au Sénégal : le rôle de la mortalité des enfants. *Population*, 58(6), 773–806.
- Raphael, D. (1975a). Introduction. In *Being female: reproduction, power, and change* (pp. 1–4). The Hague: Mouton De Gruyter.
- Raphael, D. (1975b). Matrescence, becoming a mother, a “new/old” rite de passage. In

- Being female: reproduction, power, and change* (pp. 65–72). The Hague: Mouton De Gruyter.
- Raskin, J. (2017). Beatniks, Hippies, Yippies, Feminists, and the Ongoing American Counterculture. In S. Belletto (Ed.), *The Cambridge Companion to the Beats* (pp. 36–50). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rasmussen, S. J. (2000). Parallel and divergent landscapes: cultural encounters in the ethnographic space of Tuareg medicine. *MedicalAnthropology Quarterly*, 14(2), 242–270.
- Rasmussen, S. J. (2006). *Those who touch: Tuareg medicine women in anthropological perspective*. Illinois: Northern Illinois University Press.
- Raymond, S. U., Greenberg, H. M., & Leeder, S. R. (2005). Beyond reproduction: women's health in today's developing world. *International Journal of Epidemiology*, 34(5), 1144–1148.
- Raynaud, C. (1987). Le privilège urbain : conditions de vie et santé au Niger. *Politique Africaine*, 42–52.
- Reissland, N., & Burghart, R. (1989). Active patients: the integration of modern and traditional obstetric practices in Nepal. *Social Science & Medicine*, 29(1), 43–52.
- République du Niger. (2007). *Strategie de development accélérée et de reduction de la pauvreté 2008-2012*. République du Niger.
- République du Niger. (2008). *Rapport national sur les progrès de la déclaration d'engagement de l'UNGASS sur les IST/VIH/SIDA*. République du Niger.
- Retel-Laurentin, A. (1974). *Infécondité en Afrique noire: maladies et conséquences sociales*. Paris: Masson.
- Reveyrand-Coulon, O. (1993). Les énoncés féminins de l'islam. In *Religion et modernité politique en Afrique noire: Dieu pour tous et chacun pour soi* (pp. 63–100). Paris: Karthala.
- Rey, J.-L., & Milleliri, J.-M. (2016). Derrière les maladies tropicales négligées, il y a des malades... trop négligés. *Médecine et Santé Tropicales*, 26(2), 116–117.
- Richardson, S. A., & Guttmacher, A. F. (1967). *Childbearing: its social and psychological aspects*. Baltimore: Williams & Wilkins Co.
- Ridde, V. (2004). *L'initiative de Bamako 15 ans après: une agenda inachevé*. Washington (DC): The World Bank.
- Riss, M. D. (1989). *Femmes africaines en milieu rural*. Paris: Harmattan.
- Rivers, W. H. R. (2013). *Medicine, magic and religion*. New York: Taylor & Francis.
- Riviere, C. (1990). *Union et procréation en Afrique: rites de la vie chez les Evé du Togo*. Paris: L'Harmattan.
- Robertson, R. (1995). Glocalization: time-space and homegeneity-heterogeneity. In *Global modernities* (pp.25-44). London: SAGE Publications.
- Rodet, M. (2007). Disrupting masculinist discourse on African migration: the study of neglected forms of female migration. In *Crossing places: new research in African Studies* (pp. 28–38). Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Rodet, M. (2008). Migrants in French Sudan: Gender Biases in the Historiography. In *Trans-Atlantic migration: the paradoxes of exile* (pp. 165–181). New York: Routledge.
- Rodet, M. (2009). *Les migrantes ignorées du Haut-Sénégal (1900-1946)*. Paris: Karthala.
- Rodriguez-Torres, D. (1992). *Le développement urbain à Nairobi hier et aujourd'hui: Espace et société des bidonvilles*. Nairobi: French Institute for Research in Africa.
- Romalis, S. (1981). *Childbirth, alternatives to medical control*. Austen: University of Texas Press.

- Roque Amaro, R. (2003). Desenvolvimento — um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à prática e da prática à teoria. *Cadernos de Estudos Africanos*, 4, 35–70.
- Rosenfield, A., & Maine, D. (1985). Maternal mortality - a neglected strategy. Where is the M in MCH? *The Lancet*, 83–85.
- Rosenthal, M. M. (1981). Political process and the integration of traditional and western medicine in the people's Republic of China. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 15(5), 599–613.
- Rothman, B. K. (1987). Reproductive technology and the commodification of life. *Women & Health*, 13(1–2), 95–100.
- Rouch, J. (1956). Migrations au Ghana. *Journal de La Société Des Africanistes*, 26(1), 33–196.
- Rowley, C. T. (2000). Challenges to effective maternal health care delivery: the case of traditional and certified nurse midwives in Zimbabwe. *Journal of Asian and African Studies*, 35(2), 251–263.
- Rubel, A., & Hass, M. R. (1990). Ethnomedicine. In *Medical anthropology: contemporary theory and method* (pp. 115–131).
- Rubel, A. J. (1960). Concepts of disease in Mexican-American culture. *American Anthropologist*, 62(5), 795–814.
- Rylko-Bauer, B. (1996). Abortion from a crosscultural perspective: an introduction. *Social Science & Medicine*, 42(4), 479–482.
- Sadasivam, B. (1997). The impact of structural adjustment on women: a governance and human rights agenda. *Human Rights Quarterly*, 19(3): 630-655.
- Saguirou, M. (2012). La gratuité des soins au Niger. République du Niger: CRCHUM Montréal & LASDEL Niger.
- Said, E. (2017). *O Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Salia, J. (2018). *Saúde sexual e reprodutiva no contexto das migrações em mulheres praticantes de comércio informal transfronteiriço em Moçambique*. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.
- Salicrup, L. A., & Fedorková, L. (2006). Challenges and opportunities for enhancing biotechnology and technology transfer in developing countries. *Biotechnology Advances*, 24(1), 69–79.
- Salifou, A. (1993). *La question touarègue au Niger*. Paris: Karthala.
- Salim, N. R. (2017). Childbirth in Brazil: voices of Brazilian women. In *Complementary, alternative, and traditional medicine: prospects and challenges for women's reproductive health* (pp. 72–88). Toronto: Women's Press.
- Santos, B. B. (2012). Public sphere and epistemologies of the South. *Africa Development*, 37(1), 43-67.
- Sargent, C. F. (1982). *The cultural context of therapeutic choice: obstetrical care decisions among the Bariba of Benin*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co.
- Sargent, C. F. (1990). The politics of birth: cultural dimensions of pain, virtue, and control among the Bariba of Benin. In *Births and power: social change and the politics of reproduction* (pp. 69–80). Boulder: Westview Press.
- Sargent, C. F., & Johnson, T. M. (1996). *Handbook of medical anthropology: contemporary theory and method*. London: Praeger.
- Sathoud, G. N. H. (2007). *L'arte de la maternité chez les lumbu du Congo*. Paris: L'Harmattan.
- Savannah de Tessières. (2018). *At the crossroads of Sahelian conflicts: insecurity, terrorism, and arms trafficking in Niger*. Geneva.

- SAVE THE CHILDREN. (2009). *Comprendre l'économie des ménages ruraux au Niger*.
- SAVETHECHILDREN. (2018). Child marriage in Niger. Retrieved December 29, 2018, from <https://www.savethechildren.org.uk/content/dam/global/reports/advocacy/child-marriage-niger.pdf>
- Scheper-Hughes, N. (1993). *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6–41.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1990). A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. In *Medical anthropology: contemporary theory and method* (pp. 47–72). New York: Praeger.
- Schmoll, C. (2007). *Muslim women and the negotiation of autonomous migration. The case of female migrants from the Maghreb region in Italy*.
- Schoepf, B. G., Engundu, W., Nkera, R. W., Ntsomo, P., & Schoepf, C. (1991). Gender, power, and risk of AIDS in Zaire. In *Women and health in Africa* (pp. 187–203). New Jersey: Africa World Press.
- Schulman, S. (1960). Rural healthways in New Mexico. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 84(17), 950–958.
- Scotch, N. A. (1963). Medical anthropology. *Biennial Review of Anthropology*, 3, 30–68.
- Sedgh, G., Ashford, L. S., & Hussain, R. (2016). *Unmet need for contraception in developing countries: examining women's reasons for not using a method*. New York.
- SG. (2018). «Grâce à la mise en œuvre de l'Initiative 3N, il n'y a pas eu de famine au Niger depuis 2011.», Mahamadou Issoufou. Retrieved December 24, 2018, from <https://www.niameyetles2jours.com/la-gestion-publique/gouvernance-economique/1906-2460-grace-a-la-mise-en-uvre-de-l-initiative-3n-il-n-y-a-pas-eu-de-famine-au-niger-depuis-2011-mahamadou-issoufou>,
- Shaw, N. S. (1974). *Forced labor; maternity care in the United States*. New York: Pergamon Press.
- Shope, R. E. (1958). Influenza: history, epidemiology, and speculation. *Public Health Reports*, 73(2), 165–178.
- Silva, M. C. da, & Eickelman, D. F. (1999). *Um Islão prático : o quotidiano feminino em meio popular muçulmano*. Oeiras: Celta.
- Silvestri, L. (2014). Science and religion in traditional indian medicine: the laws of nature and the individual in Western Āyurvedic practice. *Quaderns-E*, 19(1), 235–248.
- Simmons, O. (1960). Popular and modern medicine in mestizo communities of coastal Peru and Chile. *The Journal of American Folklore*, 68(267): 57-71.
- Singer, M., & Baer, H. (2007). *Introducing medical anthropology: a discipline in action*. AltaMira Press
- Singh, D. (2008). *Francophone Africa 1905-2005: a century of economic and social change*. New Delhi: Allied Publishers.
- Smith, J. B., Coleman, N. A., Fortney, J. A., Johnson, J. D.-G., Blumhagen, D. W., & Grey, T. W. (2000). The impact of traditional birth attendant training on delivery complications in Ghana. *Health Policy and Planning*, 15(3), 326–331.
- Souley, A. (2001). Interactions entre personnels de santé et usagers à Niamey. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 2, 49.

- Souley, A. (2003). Un environnement inhospitalier. In *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (p. 105–155.).
- Sounaye, A. (2009). Ambiguous secularism. Islam, laïcité and the state in Niger. *Civilisations*, 58–2(2), 41–58.
- Sounaye, A. (2016). *Contribution à l'analyse de la ré-islamisation au Niger*. Paris: L'Harmattan.
- Sousa, A. O. de, Waltisperger, D., & Locoh, T. (1995). *La maternité chez les Bijago de Guinée-Bissau. Les études du CEDEP* (Vol. 9). Paris: Centre Français sur la Population et le Développement.
- Spencer, R. F. (1949). Introduction to primitive obstetrics. *Ciba Symposia*, 11(3), 1158.
- Stamler, J., Lindberg, H. A., Berkson, D. M., Shaffer, A., Miller, W., & Poindexter, A. (1960). Prevalence and incidence of coronary heart disease in strata of the labor force of a Chicago industrial corporation. *Journal of Chronic Diseases*, 11(3), 405–420.
- Stark, O. (1991). *The migration of labor*. Cambridge: Basil Blackwell.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. New York: Basic Books.
- Stevenson, F. A., Britten, N., Barry, C. A., Bradley, C. P., & Barber, N. (2003). Self-treatment and its discussion in medical consultations: how is medical pluralism managed in practice? *Social Science & Medicine*, 57(3), 513–527.
- Stolcke, V. (1986). New reproductive technologies - same old fatherhood. *Critique of Anthropology*, 6(3), 5–31.
- Stoller, P. (1989). *Fusion of the worlds: an ethnography of possession among the songhay of Niger*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Stoller, P. (1995). *Embodying colonial memories: spirit possession, power, and the Hauka in west Africa*. New York: Routledge.
- Subedi, M. S. (2003). Healer choice in medically pluralistic cultural settings: an overview of Nepali medical pluralism. *Occasional Papers in Sociology and Anthropology*, 8, 128–158.
- Sudarkasa, N. (1977). Women and migration in contemporary West Africa. *Signs*, 3(1), 178–189.
- Sundari, T. K. (1992). The untold story: how the health care systems in developing countries contribute to maternal mortality. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, 22(3), 513–528.
- Sussman, L. K. (1981). Unity in diversity in a polyethnic society: the maintenance of medical pluralism on Mauritius. *Social Science and Medicine. Part B Medical Anthropology*, 15(3), 247–260.
- Sylla, C. (2018). Le plus grand hôpital d'Afrique de l'Ouest au Niger? Retrieved December 17, 2018, from <https://fr.africacheck.org/reports/plus-grand-hopital-afrique-ouest-niger/>
- Tabapssi, T. (2011). *Genre et migration au Niger*, CARIM.
- Tabet, P. (1985). Fertilité naturelle, reproduction forcée. In *L'arraisonnement des femmes: essais en anthropologie des sexes* (pp. 61–131). Paris: Ecoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Tamanja, E. M. J. (2016). Child migration and academic performance: the case of basic education in Ghana. *Journal of Education and Practice*, 7(15), 109–120.
- Taverne, B. (2010). Traitement du VIH/sida en Afrique: la gratuité pour limiter les coûts. *Global Health Promotion*, 17(3), 89–91.
- Taylor, C. (1970). *In horizontal orbit: hospitals and the cult of efficiency*. New York:

- Holt, Rinehart and Winston.
- Taylor, C. E., & Leslie, C. (1973). Asian medical systems: A symposium on the role of comparative sociology in improving health care. *Social Science & Medicine* (1967), 7(4), 307–318.
- Tchiara Mara, M., Adamou, R., & Lawson, C. L. (2017). *Causes et conséquences des mariages des enfants au Niger: le cas de la région de Maradi*. Niamey: INS-Niger.
- Tchicaya, A., Stierle, F., Kaddar, M., & Schmidt-Ehry, B. (2000). L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne. *Revue Tiers Monde*, 41(164), 903–925.
- Teixeira da Mota, A. (1954). *Guiné portuguesa. Monografias dos territórios do ultramar - Volume 2*. Lisboa: Agência Geral do Ultramar. Divisão de Publicações e Biblioteca.
- Terrada, M. L. L. (2009). Medical pluralism in the Iberian kingdoms: the control of extra-academic practitioners in Valencia. *Medical History. Supplement*, (29), 7–25.
- The Sande society. History & background. (2009).
- Thebaud, B. (1988). *Elevage et développement au Niger. Quel avenir pour les éleveurs du Niger?* Genève: Bureau International du Travail.
- Thierfelder, C., Tanner, M., & Bodiang, C. M. K. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15(1), 86–90.
- Thomson, M., Kentikelenis, A., & Stubbs, T. (2017). Structural adjustment programmes adversely affect vulnerable populations: a systematic-narrative review of their effect on child and maternal health. *Public Health Reviews*, 38, 13.
- Tidjani Alou, M. (2001). La petite corruption au Niger. *Etudes et Travaux - LASDEL*, 3, 52.
- Tidjani Alou, M. (2012). Des relations Nord-Sud en quête de souffle. L'exemple de la recherche en sciences sociales à travers l'expérience du LASDEL, *Etudes et Travaux*, 100, 8-23.
- Tilburt, J. C., & Miller, F. G. (2007). Responding to medical pluralism in practice: a principled ethical approach. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 20(5), 489–494.
- Tini, A. (2003, December 31). *La gestion des déchets solides ménagers à Niamey au Niger : essai pour une stratégie de gestion durable*. Institut National de Sciences Appliquées de Lyon.
- Tonye, M., & Mayet, M. (2007). *En route to biopiracy? Ethnobotanical research on anti diabetic medicinal plants in the Eastern Cape Province, South Africa* (Vol. 6).
- Torri, C. (2017a). Giving birth in the city of Cochabamba, Bolivia: traditional birth attendants' practices versus biomedical maternal health care. In *Complementary, alternative, and traditional medicine: prospects and challenges for women's reproductive health* (pp. 106–120). Toronto: Women's Press.
- Torri, C. (2017b). Intercultural birth practices and reproductive health in Ecuador. In *Complementary, alternative, and traditional medicine: prospects and challenges for women's reproductive health* (pp. 89–105). Toronto: Women's Press.
- Torri, C. (2017c). Introduction. In *Complementary, alternative, and traditional medicine: prospects and challenges for women's reproductive health* (pp. xi–xxiv). Toronto: Women's Press.
- Touomi, R. (2005). Vendeuse de sable du Niger. Retrieved December 28, 2018, from <https://brukmer.be/2015/08/11/4615/>
- Touré, Y. (2000). Représentations de la grossesse en milieu songhay de Gao. *SHADYC*,

- 1, 47–60.
- Tripp, A. M. (2017). Women and politics in Africa.
- Tschannen, R. A. (2017). What are the differences between Hanafi, Shafi, Hanbali and Maliki in Islam? Retrieved December 29, 2018, from <https://themuslimtimes.info/2017/10/04/what-are-the-differences-between-hanafi-shafi-hanbali-and-maliki-in-islam/>
- Turner, V. W. (1967). *The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual*. New York: Cornell University Press.
- Turshen, M. (1991a). Gender and health in Africa. In *Women and health in Africa* (pp. 107–123). New Jersey: Africa World Press.
- Turshen, M. (1991b). Introduction. In *Women and health in Africa* (pp. 1–14). New Jersey: Africa World Press.
- Turshen, M. (1991c). *Women and health in Africa*. New Jersey: Africa World Press.
- Turshen, M. (1999). *Privatizing health services in Africa*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Turshen, M. (2000). *African women's health*. New Jersey: Africa World Press.
- UN. (2006). *The Millennium Development Goals Report*. New York: UN.
- UN. (2007). *The Millennium Development Goals Report*. New York: UN.
- UN. (2010). *The Millennium development goals report*. New York: UN.
- UNDP. (2018). Countries profile. Retrieved December 25, 2018, from <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/NER>
- UNICEF. (2008b). *The State of the world's Children 2009. Maternal and newborn health*. New York: UNICEF.
- Uzochukwu, B., Onwujekwe, O., & Eriksson, B. (2004). Inequity in the Bamako Initiative programme—implications for the treatment of malaria in south-east Nigeria. *The International Journal of Health Planning and Management*, 19(1), 107–S116.
- Vampouille, T. (2010). Coup d'Etat au Niger, le président Tandja «emmené». Retrieved December 26, 2018, from <http://www.lefigaro.fr/international/2010/02/18/01003-20100218ARTFIG00767-tentative-de-coup-d-etat-au-niger-.php>
- van de Walle, E., & van de Walle, F. (1972). Allaitement, stérilité et contraception: les opinions jusqu'au XIXe siècle. *Population (French Edition)*, 27(4/5), 685–701.
- van Etten, G. (1972). Towards research on health development in Tanzania. *Social Science & Medicine (1967)*, 6(3), 335–352.
- Vangeenderhuysen, C., & Souley, F. L. (2001). La Grossesse chez la célibataire à Niamey (Niger). *African Journal of Reproductive Health*, 5(2), 98–104.
- Vause, S., & Camille, T. (2015). Peut-on parler de féminisation des flux migratoires du Sénégal et de la République démocratique du Congo ? *Population*, 70(1), 41–67.
- Vause, S., & Toma, S. (2012). International migrations of Congolese and Senegalese women: new forms of autonomous mobility or persistence of family migration patterns? *Comparative and Multi-Sited Approaches to International Migration*.
- Verderese, M. de L., & Turnbull, L. M. (1975). *L'accoucheuse traditionnelle dans la protection maternelle et infantile et la planification familiale*.
- Vidjingninou, F. (2017). Rail : Bénin-Niger, la ligne de la discorde. Retrieved October 24, 2018, from <https://www.jeuneafrique.com/mag/468618/economie/rail-benin-niger-la-ligne-de-la-discorde/>
- Virchow, R. (2010). The charity physician. In *A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent realities* (pp. 47–49). Malden (MA): Wiley-Blackwell.
- Votova, K. (2012). *The medical pluralism paradigm: examining patterns of use across*

- conventional, complementary and public health care systems among Canadians aged 50 and older.* University of Victoria.
- Vouilloz Burnier, M.-F. (1995). *L'accouchement entre tradition et modernité.* Sierre: Monographic.
- Wade, K. (2001). *Comportements relationnels, sexualité et fécondité des mères célibataires à ouakam dans l'agglomération dakaroise (Sénégal).* EHESM Marseille.
- Wahlberg, A. (2007). A quackery with a difference-New medical pluralism and the problem of “dangerous practitioners” in the United Kingdom. *Social Science and Medicine*, 65(11), 2307–2316.
- Waldram, J. B. (2000). The efficacy of traditional medicine: current theoretical and methodological issues. *Medical Anthropology Quarterly*, 14(4), 603–625.
- Wall, L. L. (1995). The anthropologist as obstetrician: childbirth observed and childbirth experienced. *Anthropology Today*, 11(6), 12–15.
- wallahi : définition de wallahi et synonymes de wallahi (arabe). (n.d.). Retrieved January 2, 2019, from <http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/wallahi/ar-ar/>
- Ward, M. C. (1986). *Poor women, powerful men: America's great experiment in family planning.* Boulder: Westview Press.
- Wassouni, F. (2011). La médecine chinoise au Cameroun : essai d'analyse historique (1975-2009). In *Le Pluralisme Médical en Afrique. Hommage à Eric de Rosny* (pp. 199–221). Yaoundé - Paris: PUCAC- Karthala.
- WB. (1993). *World development report. Investing in health.* New York: Oxford University Press.
- WB. (1994). *Better health in Africa. Experience and lessons learned.* Washington (DC): The World Bank. WB. (2017). *Tracking universal health coverage : 2017 global monitoring report.* Washington (DC): The World Bank.
- Weaver, T. (1968). *Essays on medical anthropology.* Athens: University of Georgia Press.
- Wellin, E. (1977). Theoretical orientations in medical anthropology: change and continuity over the past half-century. In *Culture, disease, and healing: studies in medical anthropology.* Basingstoke: Macmillan.
- Wertz, R. W., & Wertz, D. C. (1989). *Lying-in: a history of childbirth in America.* New Haven: Yale University Press.
- Whitehead, A., Hashim, I., & Iversen, V. (2005). Child migration, child agency and intergenerational relations in Africa and South Asia. *Children and Youth in Emerging and Transforming Societies, Oslo, 29 June - 3 July.*
- Fifth European Conference on African Studies (ECAS 5) - African Dynamics in a Multipolar World , Lisbon, 26-28 June*
- WHO. (2002). *WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model.* Geneva: WHO.
- WHO. (2005). *Make every mother and child count. The world health report.* Geneva: WHO.
- WHO. (2009). *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005. WHO global database on vitamin A deficiency.* Geneva: WHO. WHO. (2011). *World Health Statistics.* Geneva: WHO.
- WHO. (2012). *Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women.* Geneva: WHO.
- WHO. (2013). *Guideline: calcium supplementation in pregnant women.* Geneva: WHO.
- WHO. (2015). *WHO statement on cesarean section rate.* Geneva: WHO.
- Who are the tuareg? (n.d.). Retrieved October 24, 2018, from



- <https://africa.si.edu/exhibits/tuareg/who.html>
- WHO, UNICEF, UNFPA, & WB. (2010). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008 Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*. Geneva: WHO.
- Whyte, S. R., Geest, S. van der, & Hardon, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge University Press.
- Whyte, S. R., van der Geest, S., & Hardon, A. (2002). An Anthropology of materia medica. In *Social lives of medicines* (pp. 3–19). Cambridge: Cambridge University Press. Wikipedia. (n.d.). Retrieved December 30, 2018, from [https://fr.wikipedia.org/wiki/Niger#/media/File:Niger\\_Regions.png](https://fr.wikipedia.org/wiki/Niger#/media/File:Niger_Regions.png)
- Winter, D. D., & Leighton, D. C. (2001). Structural Violence. In *Peace, conflict, and violence: peace psychology in the 21st century* (pp. 99–101). New York: Prentice-Hall.
- Wissink, M., Düvell, F., & Mazzucato, V. (2017). The evolution of migration trajectories of sub-Saharan African migrants in Turkey and Greece: the role of changing social networks and critical events. *Geoforum*. Women. (n.d.). Retrieved November 6, 2018, from <http://www.oxfordislamicstudies.com/opr/t243/e370>
- Wouters, A. (1995). Improving quality through cost recovery in Niger. *Health Policy and Planning*, 10(3), 257–270.
- Xu, H., Mberu, B. U., Goldberg, R. E., & Luke, N. (2013). Dimensions of rural-to-urban migration and premarital pregnancy in Kenya. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 648(1), 104–119.
- Yeboah, M. (2008). *Gender and livelihoods: Mapping the economic strategies of porters in Accra, Ghana*. West Virginia University.
- Yoro, B. (2012). *Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien: approche méthodologique*. Université Panthéon-Sorbonne.
- Young, A. (1976). Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist*, 78(1), 5–24. Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257–285.
- Youngstedt, S. M. (2013). *Surviving with dignity: Hausa communities of Niamey, Niger*. Lanham (MD): Lexington Books.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – FIGURAS

**Figura 1 - Mapa de BALLEYARA, DAMANA e SARGADJI**



**Fonte:** Autor (2018). Adaptação do Google Maps.

Figura 2 – Boletim de grávida

**NOURRISSEZ BIEN VOTRE ENFANT**  
COMMENCEZ A LUI DONNER

à 1 mois      JUS DE FRUITS  
à 4 mois      1<sup>re</sup> BOUILLIE  
à 6 mois      PUREE DE LEGUMES  
                  BOUILLIE ENRICHIE  
                  à la farine de viande  
                  ou koulou-koulou  
                  à l'oeuf.

à 8 mois      ARACHIDES dans la sauce  
                  POISSON dans la purée  
                  HARICOTS en beignets ou  
                  en pâte.

à 1 an        LEGUMES de la sauce  
                  Le plat familial avec beaucoup  
                  de sauce et sans piment.

**ET VOUS REUSSIREZ UN BON SEVRAGE**

Ministère de la Santé Publique, République du Niger

REPUBLIQUE DU NIGER  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE

**Carnet de Santé  
de la Mère et de l'Enfant**

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE  
DISTRICT SANITAIRE DE  
CENTRE DE SANTE INTEGRE DE  
NOM ET PRENOM DU PATIENT

**4 ENFANT**  
Prénom :  
Sexe :  
Date de naissance :  
Lieu de naissance :

**MERE**  
Prénom :  
Nom :  
Date de naissance :  
Lieu de naissance :  
Ethnie :  
Situation matrimoniale :  
Profession :  
Adresse :

**PERE**  
Prénom :  
Nom :  
Date de naissance :  
Lieu de naissance :  
Ethnie :  
Situation matrimoniale :  
Profession :  
Adresse :  
Employeur :

Allocations familiales OUI ou NON

**5 ANTECEDENTS MATERNELS**  
Mère : BW \_\_\_\_\_ Groupe sanguin \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_  
Etat de santé (epister tuberculose)

**GESTATIONS ANTERIEURES**

N°	Date d'accouchement ou avortement	ENFANTS			
		VIVANTS	DECEDES		
	Terme	Age	Santé	Age	Cause
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

**6 GESTATION**

VAT1 le :      VAT2 le :  
1<sup>er</sup> EXAMEN le :      au      mois  
Poids      Taille  
T.A.      H.B.  
Urines      Pertes sang  
Pertes L. AMN      BCF  
H.U.  
Observations  
Conduite à tenir

2<sup>er</sup> EXAMEN le :      au      mois  
Poids      Taille  
T.A.      H.B.  
Urines      Pertes sang  
Pertes L. AMN      BCF  
H.U.  
Observations  
Conduite à tenir

3<sup>er</sup> EXAMEN le :      au      mois  
Poids      Bassin  
T.A.      H.B.  
Urines      Pertes sang  
Pertes L. AMN      BCF  
H.U.  
Observations  
Conduite à tenir

**7 GESTATION**

VAT1 le :      VAT2 le :  
4<sup>er</sup> EXAMEN le :      au      mois  
Poids      Bassin  
T.A.      H.B.  
Urines      Pertes sang  
Pertes L. AMN      BCF  
H.U.  
Observations  
Conduite à tenir

5<sup>er</sup> EXAMEN le :      au      mois  
Poids      Bassin  
T.A.      H.B.  
Urines      Pertes sang  
Pertes L. AMN      BCF  
H.U.  
Observations  
Conduite à tenir

Examens supplémentaires - Traitements

**8 NAISSANCE**

ACCOUCHEMENT : date ..... terme ..... mois  
à domicile : avec matrone ( ) sans matrone ( )  
en formation sanitaire ( )  
Complication : ( ) pas de complication : ( )  
Situation : forceps/ventouse ( ) césarienne ( )  
déchirure ( ) infection ( ) hémorragie ( )  
Placenta complet Oui ( ) Non ( )  
décès maternel ( )  
Autres :

ENFANT : né vivant ( ) mort-né ( )  
prématuré ( ) jumeaux ( ) sexe M ( ) F ( )  
Poids de naissance : ..... Taille ..... cm  
Apgar : Réanimation Oui ( ) Non ( )  
Malformations congénitales :  
Autres :

**9 SORTIE MATERNITE : Date .....**

**ETAT DE L'ENFANT**  
Poids à la sortie :  
Respiration normale OUI ( ) NON ( )  
Réflexe de succion OUI ( ) NON ( )  
Ictère OUI ( ) NON ( )  
Cyanosé OUI ( ) NON ( )  
Présence d'imperforation anale OUI ( ) NON ( )  
Etat du cordon  
Observations :

Prescrire chimioprophylaxie anti-paludique pour la mère pendant six semaines.

BCG à faire dans le premier mois.

**RENDEZ-VOUS PREMIERE CONSULTATION**  
NOURRISON LE :

Fonte: Foto do Autor (2018).



**Figura 4 - Estetoscópio Pinard**



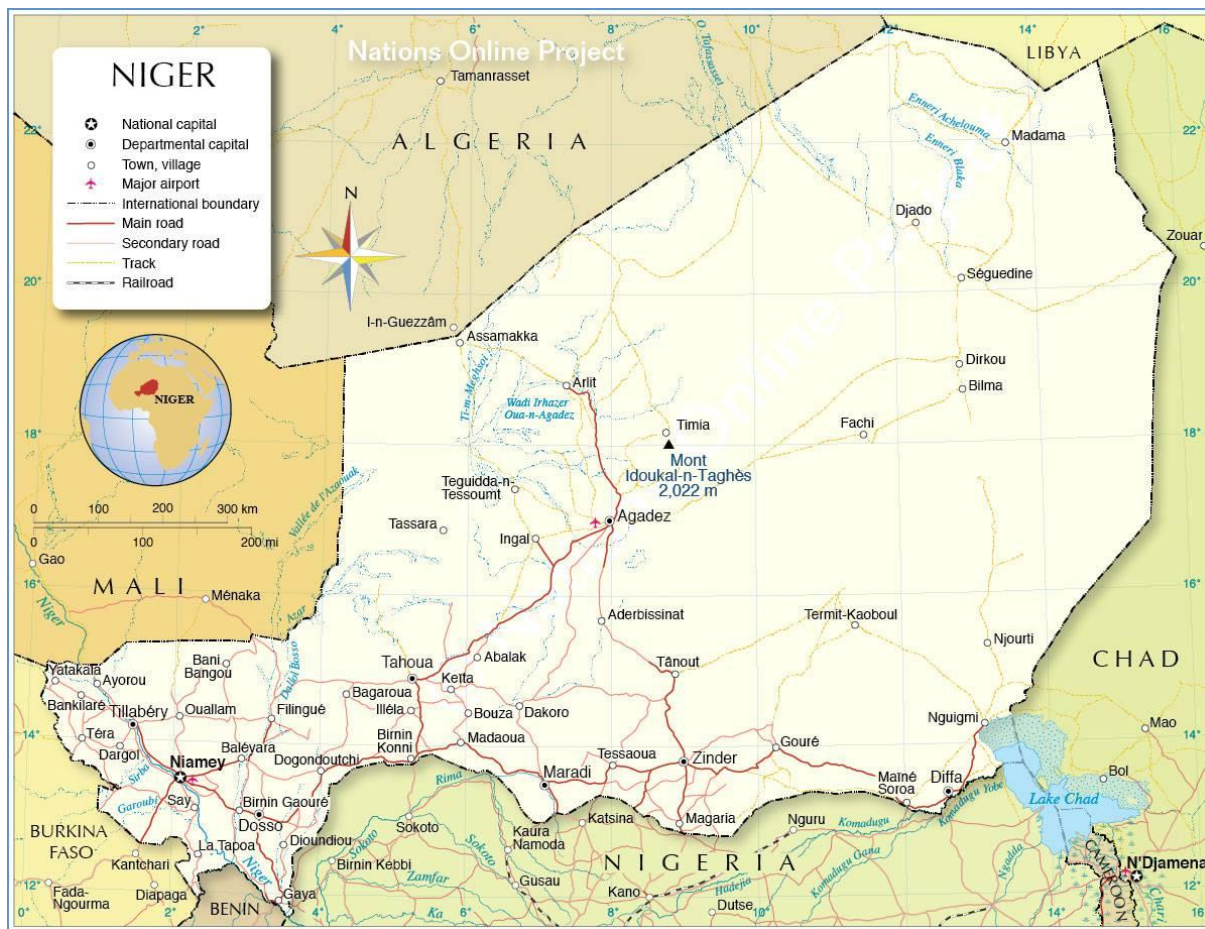
**Fonte:** Disponível em: <http://www.alimonaghan.com/2017/07/31/the-pinard-stethoscope/>, consultado a 29 de Novembro de 2018.

**Figura 5 – Auscultação do batimento cardíaco com um estetoscópio de Pinard**



**Fonte:** Disponível em: [http://www.harandane.com/diaporama.php?id\\_reportage=19169](http://www.harandane.com/diaporama.php?id_reportage=19169), consultado a 3 de Agosto de 2017.

Figura 6 – Mapa da República do Níger

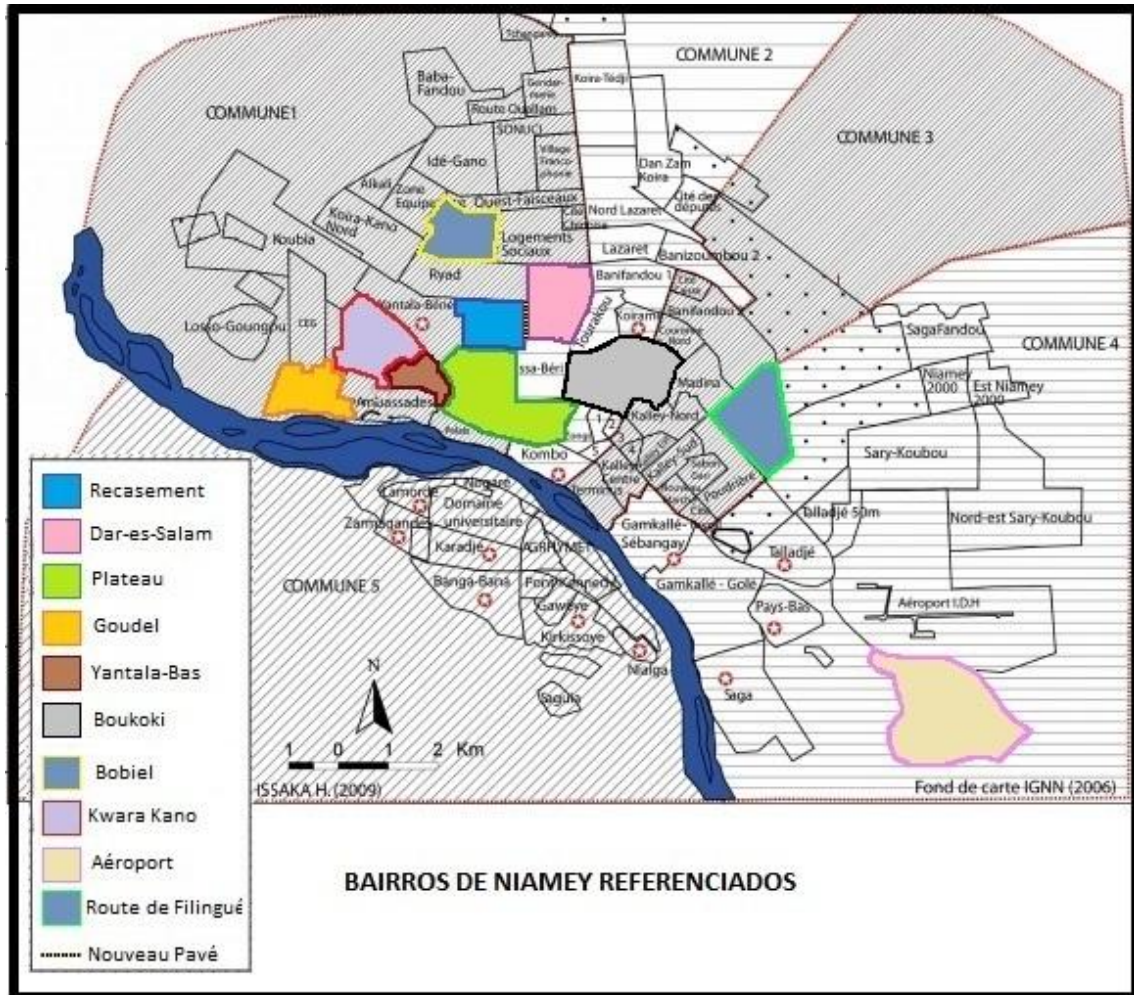


Fonte: Disponível em: <http://www.theworldmap.net/country/niger/>, consultado a 30 de Dezembro de

2018.



**Figura 7 – Bairros de Niamey**



Fonte: Autor (2018). Adaptação de mapa a partir de imagem disponível em <https://journals.openedition.org/com/6900>, consultada a 31 de Agosto de 2015.

**Figura 8 – Pirâmide sanitária nigerina**



**Fonte:** Adaptação de imagem extraída de Fatoumata Amadou (2015).

## ANEXO B - NARRATIVAS

### NARRATIVA 1- Identificação da estrutura etária do grupo estudado

Por causa de questões relacionadas com a proteção do anonimato, os verdadeiros nomes destas mulheres foram ocultados. No entanto, imperativos de carácter organizativo levaram, durante o processo de análise de dados, a que fosse atribuído um nome fictício a cada uma dela. A atribuição destas identidades artificiais acabou por funcionar como uma espécie de referência mecanográfica que permitiu não lhes perder o rastro num universo tão vasto.

Nem todas as migrantes facultaram informação relativamente à sua idade. Algumas delas não o fizeram por desconhecimento. Na altura em que nasceram, o registo civil de recém-nascidos não era obrigatório, logo nem todos os pais se decidiam por essa opção. Outras porque deliberadamente se recusaram a dizer a sua idade e noutros casos ainda, por lapso, porque inicialmente não lhes foi colocada essa questão.

À medida que a investigação foi avançando no terreno, verificou-se que, mesmo entre as migrantes que decidiram responder a esta solicitação, muitas desconheciam a sua idade real. Algumas optaram por calculá-la por aproximação, tendo por base a idade do seu primogénito. Outras foram alterando o número de anos vividos em consonância com as suas conveniências discursivas. Um excerto de um diálogo durante uma entrevista de grupo é bastante ilustrativo sobre a forma como algumas mulheres procuraram capitalizar as suas incertezas em torno da sua idade real.

*«Paula: Que idade tens Nafissa?»*

*Nafissa63: Vinte anos.*

*Oumoul: Isso é mentira! Olha para o teu corpo e olha para o meu [o volume corporal é muitas vezes considerado um marcador etário], quem é a mais nova? E olha que eu já tenho mais de vinte anos.*

*Nafissa63: Tô [expressão de anuência em zarma], afinal tenho vinte e dois.*

*[clamor da assistência]*

*Nafissa63: Tô, vinte e quatro.*

*Oumoul: Por favor Nafissa...*

*Nafissa63: Tô, wallahi [interjeição de origem árabe utilizada localmente para reforço de credibilidade. Significa aproximadamente «juro por Deus»<sup>159</sup>]. Tenho vinte e cinco anos, ainda sou uma jovem...*

*Oumoul: Não sabes a tua idade?*

*Nafissa63 : Wallahi saiu-me assim da cabeça... »<sup>160</sup>*

A verossimilhança da informação recolhida relativamente à idade começou a ser posta em causa durante as entrevistas exploratórias da terceira fase, quando se começou a verificar algumas incongruências. Duas migrantes afirmaram em 2012 ter dezoito e vinte anos respetivamente. Quando nessa altura, tinham ambas quatro filhos com idades distintas. É certo que os casamentos precoces na República do Níger são uma prática banal. Mas, mesmo

---

<sup>159</sup> (“wallahi : définition de wallahi et synonymes de wallahi (arabe),” n.d.).

<sup>160</sup> Entrevista realizada em Maio de 2013.

que seja plausível admitir que se tivessem casado por volta dos doze anos, é muito pouco provável que durante esse intervalo de tempo tivessem tido quatro gravidezes sucessivas bem-sucedidas.

O facto de se ter constatado que algumas mulheres subtraíam alguns anos à sua idade foi algo bastante surpreendente, tendo em conta o respeito pela anterioridade veiculado pela literatura.

Portanto, qualquer tentativa de construção de uma estrutura etária fiável desta população feminina esteve sempre, desde o início, condenada ao fracasso. Por causa disso, a partir de certa altura, deixou-se, pura e simplesmente, de inquirir as migrantes sobre essa questão. Ainda assim, pode-se claramente afirmar que a esmagadora maioria destas mulheres se encontrava em pela idade reprodutiva. Algumas delas estavam inclusive grávidas ou a amamentar os seus filhos.

## **NARRATIVA 2 - A escolaridade**

A grande maioria destas migrantes não frequentou qualquer estabelecimento de ensino durante a sua infância. Muitas evidenciaram alguma tristeza a esse respeito. Apenas uma asseverou nunca ter sentido falta da escola ao longo da sua vida. Várias destas mulheres eram migrantes desde pequenas.

Algumas migrantes afirmaram que o peso das tarefas domésticas quotidianas as impedia de frequentar de forma assídua o estabelecimento escolar. A execução de tarefas domésticas como o transporte de água ou lenha era frequentemente solicitada às jovens raparigas. Uma das migrantes mais velhas justificou a sua iliteracia com o facto de os pais terem receio de enviá-la para a escola.

Os intermináveis vai-e-vens entre a aldeia e a capital durante a infância também dificultaram a sua escolarização. A verdade é que as crianças que circulam habitualmente entre a aldeia e Niamey acabam por ter muito poucas oportunidades de se escolarizarem, mesmo que existam muito mais estabelecimentos de ensino público na capital e que sejam mais funcionais. Além do mais não é assim tão difícil conciliar o calendário agrícola com o escolar, uma vez que a escola está encerrada durante grande parte da estação das chuvas. Presentemente, as migrantes debatem-se com o mesmo problema relativamente aos seus filhos. Ainda assim, verificou-se muitas delas se preocupavam com esta questão e tentavam conciliar as suas dinâmicas migratórias com a frequência escolar infantil.

Das dezoito migrantes que declararam ter andado na escola, dezasseis frequentaram apenas o ensino primário, ao passo que apenas duas referiram ter prosseguido os seus estudos ao nível do ensino secundário.

Relativamente às mulheres escolarizadas, constatou-se que aquelas que tinham frequentado apenas o ensino primário eram totalmente incapazes de expressar-se em francês. A sua capacidade de compreensão da língua era muito baixa, resumindo-se a algumas expressões e palavras soltas. Este desconhecimento da língua francesa está relacionado com o fraco sucesso escolar existente principalmente em meio rural, assim como, com o facto de em muitas localidades, o ensino primário ser efetuado nas línguas locais. Com efeito, a grande maioria não frequentou um estabelecimento de ensino por mais de três anos. Esta parca escolarização aconteceu muitas vezes de forma sinuosa, pontuada por uma grande falta de

assiduidade tanto por parte delas como dos professores. As intermináveis greves da função pública por melhores condições de trabalho têm contribuído para que sejam validadas muito poucas competências escolares. De um ponto de vista meramente funcional, a esmagadora maioria destas mulheres deve ser considerada iletrada. Como se verá mais adiante, a falta de instrução e/ou a incapacidade de exprimirem-se na língua do colonizador acabaria por circunscrever bastante o segmento do mercado de trabalho para o qual eram elegíveis na capital.

Em consequência das reformas religiosas que assolaram o país durante a década de 1990, muitos pais começaram a optar por colocar as suas filhas em escolas corânicas para raparigas em vez de mandá-las para o ensino oficial. A frequência destes estabelecimentos de ensino [*makaranta*] impossibilita-as de aceder aos empregos mais bem remunerados do país, designadamente na função pública, nas agências de cooperação ou nas ONG internacionais que requerem uma instrução prolongada na língua francesa. Porém, em contrapartida, os estudos corânicos conferem um grande prestígio social e uma vantagem interessante durante as negociações que conduzem à celebração das uniões matrimoniais. No que concerne o grupo de migrantes estudado, a maioria não sabia nem ler nem interpretar o Alcorão.

### **NARRATIVA 3 – O local de partida**

As mulheres migrantes eram praticamente todas de nacionalidade nigerina. Um conjunto de aldeias situadas nas duas regiões administrativas mais próximas da capital [Dosso e Tillabéri] foi declarado como ponto de partida dos empreendimentos migratórios. Apenas uma das mulheres era originária cidade maliana de Gao.

Todavia, o conhecimento do local a partir do qual migraram para Niamey não informa sobre a naturalidade destas mulheres. A virilocalidade do casamento tende a baralhar esta equação. Apesar de não ter sido indagada qualquer informação respeitante a estas diferenças subtis em torno do local de origem destas migrantes estudadas, descobriu-se acidentalmente que a naturalidade nem sempre coincidia com o local de partida assinalado. Como a maior parte destas mulheres casara pelo menos uma vez na vida, na melhor das hipóteses, houvera apenas uma transferência da residência familiar para a do marido. Nalgumas situações, esta mudança de habitação podia implicar ir morar para outra aldeia, outra região, ou até mesmo outro país, sobretudo nas zonas fronteiriças. Este desconhecimento também se aplicava às viúvas e divorciadas que após a rutura matrimonial não regressaram à família, optando em vez disso por se fixar diretamente na capital. Uma vez que a mobilidade espacial anterior às primeiras núpcias foi recolhida por defeito, decidiu-se manter como variável pertinente apenas o local de partida.

As localidades de Damana e Sargadji encontram-se intimamente ligadas por laços de parentesco e vizinhança, em razão da proximidade territorial. As rotas migratórias oriundas de Damana e de Sargadji confluem a partir de Balléyara até Niamey. Portanto, em muitas ocasiões, acabavam por viajar juntas uma parte considerável do caminho.

Relativamente às restantes localizações, nenhuma delas dista mais de duzentos e cinquenta quilómetros de Niamey. Tendo em conta a vasta extensão do território nigerino, os quilómetros percorridos entre o local de partida e de chegada dentro do panorama nacional são perfeitamente irrisórios.

#### NARRATIVA 4 – A festa da Tabaski

A *Tabaski*, designada em árabe de عيد الأضحى, é vulgarmente conhecida como a «Festa do Sacrifício». Esta festividade ocorre após a peregrinação a Meca, mais precisamente setenta dias depois da celebração do fim do Ramadão, denominada de عيد الفطر e que significa textualmente na língua árabe «celebração do fim do jejum». Estas duas cerimónias são duas das datas mais importantes do calendário muçulmano.

#### NARRATIVA 5 – As migrantes viúvas que voltaram a casar

**Aïssa14** casou em primeiras núpcias na aldeia de Fandou. Mais tarde, quando ficou viúva, migrou para Niamey na companhia dos seus filhos que entretanto tinham ficado a seu encargo. Algum tempo depois voltou a casar. Entrementes, os seus filhos ficaram adultos e optaram por regressar à aldeia. Quando foi encontrada, infelizmente, o marido de **Aïssa14** encontrava-se desempregado, logo era ela que tinha de assumir o sustento da sua família. Felizmente tinha apenas um filho menor a cargo, que andava na escola pública. Como se pode verificar cada nova união matrimonial é na realidade uma verdadeira incógnita. Mesmo que haja sempre uma injeção pontual e adicional de algum capital, através do pagamento do preço da noiva, as contradições económicas locais nem sempre possibilitam que novo casamento represente uma capitalização económica e social para a mulher.

**Fati22** também foi casada em segundas núpcias. Porém, o segundo casamento acabou por se revelar um episódio efémero. Após ter tido um aborto espontâneo em 2007 surgiram complicações ginecológicas para as quais necessitava ser tratada. Porém, o seu segundo marido, por sinal marabuto, não assumiu os custos dos procedimentos terapêuticos. **Fati22** teve então de contrair um crédito para os tratamentos. Quando todo este processo ficou concluído solicitou o divórcio e tornou-se migrante sazonal. Desde então, passou a migrar para Niamey todas as estações secas. Apesar de não ter tido nenhuma descendência da sua segunda relação matrimonial, tinha dois filhos do seu primeiro casamento, um dos quais se encontrava ao encargo de um tio paterno. Na trajetória matrimonial que descreveu até ser encontrada, **Fati22** já tinha passado por todos os estatutos matrimoniais oficialmente possíveis: casada, viúva e divorciada.

#### NARRATIVA 6 – O casamento da grande múltipara Mariama

**Mariama** era um médium espiritual que vivia em Harobanda<sup>161</sup>, um bairro residencial situado na margem direito do rio Níger em Niamey. Com cerca de quarenta anos, tinha nove filhos vivos e alguns netos. Apesar dos rituais de possessão espiritual serem socialmente condenados pela opinião pública, esta mulher encontrou um pretendente relativamente abastado entre a sua carteira de clientes. A celebração desta união, para além de contrariar as tendências examinadas no seio do grupo de mulheres migrantes, também se antagonizava a literatura que assegurava que entre os médiuns espirituais sobretudo femininos (Stoller, 1995), a taxa de divórcio era muito elevada mesmo antes da crise económica. Em

---

<sup>161</sup> *Haro banda* significa literalmente em zarma «para além da água».

contrapartida, alinha-se com as observações de Cooper (1997) sobre a primazia do estatuto social sobre a idade em matéria de procura no mercado matrimonial.

### NARRATIVA 7 – A viuvez precoce de **AsmatouM**

**AsmatouM** era uma mulher muito jovem que alegadamente perdera o marido em 2010 antes do seu único filho nascer. O facto de três anos mais tarde ainda manter o mesmo estatuto marital suscitou alguma estupefação. A manifesta incapacidade em se valorizar no mercado matrimonial levou a suspeitar de que fosse alvo de algum tipo de discriminação social. Como por exemplo, o seu marido ter falecido de VIH-SIDA e as causas da sua morte terem sido amplamente divulgadas no seio das redes sociais. Outra possibilidade era ser na realidade mãe solteira e que o estigma social de ter um filho bastardo lhe tenha logrado as expectativas matrimoniais. O facto de **AsmatouM** ser migrante desde a adolescência, assim como, as circunstâncias da sua anterior residência no bairro *Route de Filingué* reforçam a convicção de que o seu filho tivesse sido concebido fora do quadro legal do casamento. Este subúrbio fica situado na estrada que liga a capital a Filingué e foi fundado por fulas oriundos de Kollo durante a seca de 1984-1985 (Gilliard, 2005). Em consonância com o relato de Assoumane, este território era sobejamente conhecido a nível local por albergar muitas mulheres migrantes que vinham sozinhas para a cidade e onde supostamente se realizavam grandes festas noturnas pautadas por uma grande libertinagem do ponto de vista sexual. Estas festividades atraíam muitos homens havendo indícios que aí se praticava um intenso comércio do sexo, ainda que de forma mais ou menos velada. As autoridades locais acabaram por expulsado as migrantes desta zona da cidade por alegado atentado à moralidade pública. **Haoua86** tinha uma opinião muito diferente sobre o sucedido. Segundo esta migrante, não tinham sido as forças policiais mas sim os próprios proprietários a expulsar as mulheres para poderem construir.

### NARRATIVA 8 – As segundas núpcias de **Aïchatou6**, **Hamsatou9** e **Haoua10**

Após o divórcio, **Aïchatou6** ficara com a sua filha única a cargo até à idade de treze anos, altura em que essa responsabilidade transitou para as mãos do pai. Com o fim do seu primeiro casamento, **Aïchatou6** regressara com a filha à aldeia, onde voltaria a casar alguns anos mais tarde. Na sequência das sucessivas crises alimentares nigerinas, rumou com o marido e com a filha à Nigéria. Em 2011, regressou a Niamey para entregar a filha à guarda do pai. Desde o dia em que viajou com a sua filha para a capital nunca mais teve notícias do seu segundo consorte, não obstante, ele ter prometido que se reuniriam nesta cidade num espaço breve de tempo. Um ano depois, **Aïchatou6** ainda continuava à espera que o seu marido regressasse do país vizinho.

Desconhecem-se os motivos que conduziram ao divórcio de **Hamsatou9**. Apenas se sabe que o seu primogénito vivia na cidade de Agadez. O segundo casamento com um homem já viúvo com filhos foi pautado durante os primeiros anos por inúmeras dificuldades, algumas das quais foram acompanhadas durante o trabalho de campo. O seu segundo marido era um migrante sazonal oriundo de Kiota, uma *commune* rural situada na região de Dosso.

**Haoua10** divorciou-se do primeiro marido, que entretanto acabou por falecer, porque este era um pastor transumante. A vida demasiadamente dura associada às constantes deslocações por causa das pastagens para as cabeças de gado acabou por cansá-la. **Haoua10** casara-se muito cedo, com apenas treze anos. Como ela própria afirmou, nessa altura não sabia nada da vida. Até às suas primeiras núpcias, vivera na aldeia de Fala, na região de Tillabéri com uma das suas avós. Após o divórcio, pegou na sua única filha e rumou a Niamey, sua cidade natal, onde residiam o seu pai e o seu irmão. Na capital, voltou-se a casar. Porém, as dificuldades económicas experienciadas pelo seu segundo marido, não lhe permitiu aceder a uma vida mais confortável. O desemprego crónico do seu consorte levou-o a partir para a *commune* rural de Torodi, situada no departamento de Say, na esperança que algum familiar lhe pudesse arranjar algum trabalho. Nesse entretanto, **Haoua10** ficou sozinha com a responsabilidade de sustentar a sua primeira filha, assim como, o restantes filhos do casal que entretanto nasceram. O seu pai e o seu irmão não tinham possibilidades de ajudá-la. Ainda assim, apesar das dificuldades, os seus filhos encontravam-se inseridos no sistema escolar. A filha mais velha andava na escola corânica e as outras duas estavam enquadradas num projeto de desenvolvimento que lhes pagavam as propinas escolares, davam brinquedos e roupas. A escola que frequentavam estava geminada com uma escola francesa.

Apesar dos seus pais residirem na capital, **Salamatou11** foi criada por uma avó cega no arquipélago de Tillabéri. Até à idade de dez anos, altura em que faleceu, ajudava-a diariamente na sua mendicância. Em consequência deste episódio acabou por casar muito cedo. Dessa união matrimonial terão nascido dois filhos que morreram ambos na primeira infância. Após o seu divórcio fixou-se em Niamey, onde acabou por iniciar uma relação informal com um homem que residia no bairro Bobiel, de quem acabou por se separar grávida devido a problemas de violência doméstica. Na sequência desta separação, instalou-se em casa dos seus pais.

### NARRATIVA 9 – O divórcio de Saafi18

**Saafi18** foi a única migrante a ter que assumido que o processo de pauperização do seu agregado familiar é que precipitou a rutura matrimonial e consequente, a sua vinda para Niamey. Ela já vivera anteriormente na capital, no bairro *Aéroport* um subúrbio habitacional construído junto ao aeroporto internacional Diori Hamani. Nessa época, o seu marido mantinha um próspero comércio de panificação em Boukoki, um antigo bairro popular da capital (Bernus, 1966), relativamente próximo do centro da cidade (Moussa, 2003). A situação económica da sua família era tão desafogada que segundo ela: «até podia ir a Meca»<sup>162</sup>. Porém, a partir de dada altura o negócio do marido começou a decair de tal maneira que a família se viu obrigada a regressar à aldeia. Para **Saafi18**, a causa deste infortúnio era inequívoca. No auge da sua expansão comercial, o seu marido arranjou uma segunda esposa que «trouxe a infelicidade para dentro da sua casa»<sup>163</sup>. Neste caso específico, a sua trajetória matrimonial tendia a refletir essa diminuição de estatuto social e poder económico, uma vez

---

<sup>162</sup> Dezembro de 2011.

<sup>163</sup> Dezembro de 2011.



que esta migrante ter-se-á divorciado pelo climatério social e, por isso mesmo, mantinha há alguns anos a sua condição de divorciada.

### **NARRATIVA 10 – Os repúdios de Hadiara24 e Kaadi19**

**Hadiara24** e **Kaadi19** foram repudiadas pelos seus cônjuges nas mesmas circunstâncias. Quando os seus maridos regressaram do estrangeiro, após vários meses sem darem qualquer notícia, depararam-se com as suas mulheres grávidas. Ambos os maridos cumpriram com a jurisprudência islâmica, divorciando-se das suas respetivas mulheres somente após o nascimento das crianças. Em relação a **Kaadi19**, nem mesmo o facto de ter dado à luz gémeos, algo que é considerado muito auspicioso entre os zarma, grupo étnico ao qual pertencia, fez o seu cônjuge mudar de ideias. O repúdio por adultério tornou-se público quando os maridos se recusaram a realizar a *fatiha* de atribuição de nome e filiação paterna. Na sequência destes acontecimentos, a infidelidade conjugal destas mulheres tornou-se do domínio público, potenciando o eventual estigma social sobre estas crianças. Com a dissolução dos seus casamentos, estas duas mulheres acabaram por ficar com todos os filhos a cargo e por se fixar de forma permanente em Niamey. **Kaadi19** tinha começado a sustentar os seus filhos antes do divórcio. O seu ex-marido era migrante internacional no Benim e, segundo ela, esquecia-se frequentemente de mandar dinheiro para a família. Enquanto o seu casamento durou, os seus filhos ficaram na aldeia a viver com a sua mãe. A mudança de estatuto matrimonial provocou em ambas alguma descapitalização económica e social. Mas a mudança definitiva de residência para a capital permitiu-lhes subtraírem os seus filhos à discriminação social que vivenciariam na aldeia. Também lhes abriu novas oportunidades em termos de mercado matrimonial, facilitando a diluição da carga simbólica negativa associada ao epíteto de adúltera. É possível que qualquer uma delas tenha voltado a casar rapidamente. Ambas eram muito jovens e tinham ainda muito poucos filhos. Contudo, **Hadiara24** foi perdida de vista logo após a sua separação. O divórcio de **Kaadi19** aconteceu durante a última fase do trabalho de campo, pouco tempo antes do encerramento da pesquisa de terreno.

### **NARRATIVA 11 – As migrantes sazonais não conformes**

As únicas migrantes sazonais que estavam divorciadas eram **Fati22**, **Kadidja19** e **Hadjo39**. A primeira terá começado a migrar de forma regular para Niamey após a dissolução do seu segundo casamento. Relativamente à segunda não existe muita informação disponível, e portanto não se sabe se terá começado a migrar antes ou depois da rutura matrimonial. Por outro lado, a história migratória da terceira não está relacionada com as suas dinâmicas matrimoniais. **Hadjo39** começou a migrar sazonalmente para Niamey conjuntamente com os seus filhos apenas em 2010. Ao que tudo indica na sequência da crise alimentar que ocorreu nesse ano.

**Djama11** começou a realizar migrações circulares entre a aldeia e a capital em 1990, após ter casado. Em 2008 houve uma mudança do seu estatuto matrimonial em razão do falecimento do seu marido. Esta alteração não teve qualquer impacto nas suas dinâmicas migratórias. **Bouli71** iniciou as suas migrações de forma regular para Niamey em 1982, na companhia do seu marido. A sua viuvez em 1999 não trouxe qualquer alteração no que

concerne à sua sazonalidade. Se bem que os seus padrões migratórios, pelo que se pode observar no terreno, não coincidiam com o calendário agrícola anual.

### NARRATIVA 12 – As profissões dos maridos das migrantes sazonais

Dentre os cônjuges que migravam com as suas mulheres para Niamey, alguns dedicavam-se ao comércio informal deambulavam com as suas mercadorias pelas ruas da cidade, na qualidade de vendedores ambulantes. Outros tinham um ponto fixo de venda, como o mercado de Katako; um bazar em Bassorá, um bairro nas imediações de Talladjé nas proximidades do aeroporto; ou o Petit Marché. Alguns maridos montavam na rua um tabuleiro com um conjunto de artigos miúdos como tâmaras secas, amendoins torrados, açúcar a peso, cigarros ou fósforos. Alguns dos quais preparam inclusive chá ou café instantâneo. Localmente estes vendedores são conhecidos como *tablier*, que na língua francesa assume diversas conotações: «*En Afrique, [c'est un] petit commerçant vendant de menus objets à l'éventaire*» (“Définitions : tablier - Dictionnaire de français Larousse,” n.d.).

O trabalho na construção civil parecia ser a ocupação mais cobiçada pelos migrantes sazonais. Contudo, o acesso a este género de trabalho não era fácil, uma vez que era necessário mobilizar simultaneamente vários tipos de capitais, nomeadamente técnico, social e económico:

*«Quem não tiver os conhecimentos certos, é muito difícil encontrar trabalho, sobretudo em Niamey. Em Niamey, para se encontrar trabalho é preciso conhecer alguém. E mesmo que conheças as pessoas, elas não te ajudam, sem que tu lhes peças e exigem algo em troca. Mesmo o trabalho de maçon [na construção civil] ou os trabalhos para aqueles que estudaram. É preciso pagar antes para se conseguir um trabalho»<sup>164</sup>.*

*«É através dos conhecimentos que se arranja emprego de maçon [na construção civil]. Por vezes é mesmo preciso avançar dinheiro»<sup>165</sup>.*

Basicamente, os homens que arranjavam trabalho na construção civil tinham que ter uma rede de conhecimentos uma relativamente extensa e coesa na capital. Portanto, no contexto da migração sazonal, esta premissa significava que apenas os migrantes sazonais de longa duração conseguiam aceder a este mercado de trabalho. O marido de **Haoua13** era o único migrante sazonal a trabalhar no ramo.

O marido de **Zeïnabou17** era zelador de um lote para construção em Kwarakano<sup>166</sup>, onde residia gratuitamente com a sua mulher e filha. Esta ocupação permitia-lhe aceder a um alojamento sem custos, porém necessitava de uma fonte de receita [adicional] para sustentar a sua família. Ao que tudo indica, o marido de **Rachida17** era porteiro e não zelador. A grande diferença entre estas duas ocupações é que no primeiro caso, a sua função era de vigilância de um terreno descampado e, no segundo, era assegurar a segurança dos habitantes de alguma residência. Mas não foi possível descobrir nem onde trabalhava, nem se necessitava de

---

<sup>164</sup> **Hamsatou9**, Novembro de 2011.

<sup>165</sup> **Haoua13**, Dezembro de 2011.

<sup>166</sup> Bairro residencial, onde moram principalmente expatriados e nigerinos muito abastados. Algumas embaixadas, como a dos EUA e do Mali, encontram-se situadas nas imediações.

complementar os rendimentos obtidos com esta profissão para alimentar as suas duas mulheres e filhos.

O marido de **Saafia3** vivia com ela e com a filha, mas estava desempregado. Apesar de ter frequentado durante muitos anos na escola corânica, não conseguia arranjar emprego. Não foi possível recolher informação sobre a ocupação profissional dos maridos de **Aïssa21** e de **Saady5**.

### **NARRATIVA 13 – As profissões dos maridos das migrantes permanentes**

Quanto aos restantes que viviam com os maridos na capital foram apuradas as seguintes informações:

O marido de **Aïssa14** encontrava-se desempregado. Antigamente era porteiro, mas a intensificação da concorrência por este tipo de posto de trabalho deixou-o sem trabalho.

Conflitos com as autoridades tradicionais relativamente à posse das terras de cultivo terão levado a família de **Hamsatou9** a trocar Kiota por Niamey. Consequentemente, este agregado familiar passou a ter de sobreviver na capital apenas com os magros recursos canalizados pelo seu marido através da marabutagem, ou seja, do ofício de marabuto. Apesar de muitos indivíduos conseguirem enriquecer com o exercício destas funções, esse não era o caso do marido de **Hamsatou9**. Nessa época, a solidariedade das outras mulheres migrantes foi muito importante para que não morressem à fome. Após algum tempo de privações na capital, o marido conseguiu arranjar em 2013 uma ocupação com uma remuneração mais regular na construção civil, contribuindo desta forma para uma melhoria significativa das condições de vida da sua família. Apesar de esta migrante ter realizado a transição entre a sazonalidade e a permanência, manteve sempre o mesmo estatuto matrimonial. A sua fixação de forma definitiva deveu-se a problemas de carácter fundiário.

O consorte de **Hadjara3** tinha uma loja de calçado junto à SONEF, uma empresa de transportes rodoviários, situada nas proximidades do cemitério de Yantala.

O marido de **Alima7** era *boy* no bairro Plateau. Este aglomerado residencial foi construído durante a era colonial para albergar principalmente colonos (Bernus, 1966; Gilliard, 2005). Nos dias de hoje é um dos bairros de eleição dos expatriados, onde se encontram sediados muitos organismos governamentais e não-governamentais. **Alima7** migrara para Niamey em 1999 na companhia do seu marido e da filha quando esta ainda era pequena.

Antigamente, o cônjuge de **Amina8** era zelador de um lote para construção. Mas como não recebia qualquer salário decidiu começar a vender noz-de-cola. **Amina8** migrara com o seu marido para Niamey em 1997. Apenas quatro dos seus seis filhos viviam com eles na cidade. Os outros dois moravam em Sargadji com a avó materna.

**Zouèra13** migrou conjuntamente com o seu marido em 2002. Nessa altura, teria cerca de doze anos. Portanto, ao que tudo indica terá sido vítima de um casamento bastante precoce. O seu cônjuge vendia condimentos junto ao Nouveau Pavé. Esta migrante vivia na companhia do seu marido e filhos.

O marido de **Hassi20** era migrante sazonal e dedicava-se à venda de roupa em segunda mão durante a estação seca. Quando o marido e a coesposa estavam na cidade viviam todos juntos num regime de coabitação. Apenas o seu filho mais velho que entretanto casara não vivia mais com a família. **Hassi20** antigamente também era uma migrante sazonal. Mas o

segundo casamento do seu marido permitiu-lhe o estabelecimento de forma permanente em Niamey.

O cônjuge de **Hamsa30** era comerciante na cidade e morava com ela e com os filhos.

**Hadjara25** migrou para Niamey em 2002, com o seu marido, quando tinha apenas quinze anos. O seu consorte era comerciante na capital e vivia com ela e com os filhos. Uma das crianças andava na escola.

**Hamsou32** veio morar para a capital em 2002 quando ainda era criança, com oito anos de idade. Mais tarde, ter-se-á casado na cidade. O seu marido era porteiro. **Hamsou32** vivia em regime de coabitação com o seu filho, a sua coesposa e os filhos desta. O marido aparentava estar muito tempo ausente provavelmente por causa dos constrangimentos inerentes à profissão de porteiro que solicitava frequentemente horários noturnos.

O marido de **Mariama38** era *zimma* no bairro Plateau onde residia com as suas duas outras coesposas e respetivos filhos.

O cônjuge de **Nafissa43** também trabalhava no bairro Plateau, onde era sucateiro. Também residia com a sua mulher e filhos.

**Aïssa44** migrou sazonalmente durante cinco anos até 2011. A partir dessa data, deixou de regressar a Sargadji por altura da estação das chuvas. O facto de o seu marido estar doente e não poder contribuir para a sobrevivência do agregado familiar parece ter sido o principal motivo para esta transição entre sazonal e permanente. Para além das suas capacidades enquanto provedor se encontrarem, pelo menos, provisoriamente suspensas, ele próprio necessitava de cuidados adicionais.

O marido de **Manou91** trabalhava na construção civil e partilhava a habitação com a mulher e os filhos.

O cônjuge de **Zeïnabou85** era porteiro em Château1, um pequeno lugar existente no bairro Plateau, caracterizado pela sua intensa atividade comercial diurna e noturna. O seu nome deriva do facto de existir um depósito de água neste local. Com efeito, a designação de *château* neste contexto é uma elipse de *château d'eau* que em português significa «reservatório de água». Em Niamey existem bastantes destas cisternas espalhadas por toda a cidade que são privilegiadamente utilizados como pontos de referência geográfica local. Esta migrante veio viver para Niamey em 1992 após o seu casamento quando tinha apenas quinze anos. O seu marido residia com a sua coesposa.

#### NARRATIVA 14 – As migrações com dados insuficientes

**Teyrou12** alegou ter migrado pela primeira vez para a capital conjuntamente com o seu marido por volta dos finais de Agosto de 2011. Na altura em que iniciou o seu empreendimento migratório, estava grávida com uma gestação praticamente a termo. Entretanto, o seu filho nasceu em meados de Setembro e nos princípios de Novembro o marido alegadamente terá rumado à Costa do Marfim. Quando foi encontrada nesse mesmo mês de Novembro afirmou categoricamente que não tinha quaisquer pretensões de regressar na estação das chuvas seguintes a Damana. O aspeto mais intrigante da sua história é ter vindo para Niamey justamente no fim da sua gravidez, contrariando em absoluto a tendência verificada no seio do grupo estudado. Com efeito, quando a altura do parto se aproximava, estas migrantes privilegiavam acima de tudo a sua rede de apoio familiar, ou seja, as

familiares, vizinhas ou amigas que pudessem cuidar delas, sobretudo durante o período de resguardo. Inusitadamente, **Teyrou12** optou por migrar para a cidade, onde as suas redes translocais ainda eram muito frágeis e dispersas por força das circunstâncias atinentes a uma primeira migração. Acabou por dar à luz na maternidade de Yantala acompanhada por uma vizinha migrante. O facto de ter tido a criança numa unidade de saúde pública é indicador de que o seu marido tivesse algum capital económico. **Teyrou12** nunca falou dos seus outros filhos. Entretanto, foi perdida de vista. Desconhece-se se terá regressado à aldeia com o retorno do cônjuge ou se terá optado por se fixar definitivamente na cidade.

**AdamaZ** chegou à capital na companhia dos seus filhos em Março de 2013. A sua situação era extremamente parecida com as vivências de **Oumou144**. Conforme foi acima referido, o seu marido era migrante na Nigéria. A certa altura casou novamente. A partir de então deixou de mandar notícia e dinheiro. No início do ano de 2013, o seu consorte informou-a que não regressaria nesse ano à aldeia para os trabalhos campestres. Em consequência desta decisão, **AdamaZ** pegou nos filhos e instalou-se Niamey.

O marido de **Kaltouma10** trabalhava na construção civil, o que denota que as redes sociais da família em meio urbano já fossem suficientemente densas e coesa. Esta migrante chegou pela primeira vez a Niamey em 1999. Na cidade, residia com o marido, filhos e a filha da sua coesposa que entretanto partira. Porém, não foi possível perceber se residiam na capital de forma sazonal ou permanente.

**Roukeya15** tinha dezassete anos quando chegou pela primeira vez com o marido a Niamey. Na cidade residia com vários elementos da sua família: marido, filhos, irmã e cunhado. O seu consorte vendia goma-arábica no bairro Dar-es-Salam. Também não foi possível entender a temporalidade do seu projeto migratório.

**Aïchatou23** migrou pela primeira vez com o marido para Niamey em 2003. Entretanto terá ficado viúva em 2007, com a idade de cinquenta e cinco anos. Na cidade, vivia com os seus filhos e netos. Mais uma vez, não se conseguiu apurar se a sua instalação na capital tinha um carácter temporário ou permanente. Tampouco foi possível aferir se a viuvez foi responsável por alguma eventual alteração das dinâmicas migratórias em termos temporais.

Relativamente a **DjamilaX** é possível traçar a sua trajetória migratória até ao nascimento do seu filho. Porém depois deste acontecimento, as suas dinâmicas migratórias assumiram contornos mais imprecisos. Esta migrante terá sido sazonal até à idade de casar conjuntamente com a sua família. O casamento ter-lhe-á reduzido drasticamente a sua mobilidade espacial, com uma fixação definitiva forçada na aldeia. A sua fuga para a cidade voltou a colocá-la nos trilhos da migração. Quando chegou a altura do parto, recusou-se a regressar à aldeia por causa da sua separação. Em vez disso teve a criança na capital com a assistência da mãe [**Bouli71**] e da sua amiga [**Haoua86**]. Após o nascimento do seu filho, ambas as possibilidades ficaram abertas. Tanto podia acabar por se instalar de forma permanente na cidade como optar por trânsitos regulares entre a aldeia e a cidade, à semelhança da sua mãe.

No caso de **ZéliIII** não foi possível apurar se a sua instalação em Niamey tinha um carácter provisório ou definitivo.

Não havia de informação suficiente sobre **FatiVII** para classificar a sua migração relativamente à temporalidade.

## NARRATIVA 15 – Os Guerreiros de Deus

Os Guerreiros de Deus são uma igreja evangélica brasileira que opera simultaneamente na República do Níger (“Guerreiros de Deus - Níger e Índia,” n.d.). A opacidade das agendas dos seus membros torna difícil definir convenientemente esta associação religiosa com várias vertentes, nomeadamente escolar, profissional e iniciática. Num contexto religioso profundamente islamizado, o trabalho desta organização visa especialmente integrar os segmentos da população marginalizado pelos movimentos islâmicos, sobretudo por causa do seu excessivo empobrecimento, como acontece com muitas mulheres migrantes. Com a sede instalada na mesma área residencial que as mulheres estudadas, os Guerreiros de Deus contribuíam para a reconstrução das redes sociais destas mulheres enfraquecidas pelos contornos crónicos que a insegurança alimentar foi vindo a assumir. Dentre das valências que colocam à disposição da população distinguia-se a educação escolar das crianças e respetiva alimentação; as oficinas de formação profissional, designadamente de costura; e o contributo para a melhoria da saúde destas mulheres e crianças reforçando a sua alimentação, do encaminhamento de crianças doentes para os cuidados biomédicos. Muitas vezes também aviavam as receitas passadas nos CSI aos miúdos doentes. A sua abordagem era eminentemente assistencialista, funcionando como um bálsamo relativamente às inúmeras contradições locais e permitindo a reconstrução das redes sociais extremamente fragilizadas pela pobreza estrutural, à semelhança do que James Pfeiffer, Kenneth Gimbel-Sherr e Joaquim Augusto Orvalho (2007) observaram relativamente às igrejas neopentecostais em Moçambique. Apesar de procurarem evangelizar especialmente as crianças como contrapartida dos auxílios prestados, os Guerreiros de Deus tinham uma boa receptividade entre as mulheres migrantes. Apesar de sua deliberada intenção em recrutar novos prosélitos, tinham uma abordagem mais imediata e pragmática aos problemas vivenciados por estas mulheres que os marabutos tradicionais ou reformistas, saciando muitas vezes a fome aos seus filhos.

## NARRATIVA 16 - Outros partos na esfera rural

Para o nascimento do seu filho mais velho, **Haoua86**, à semelhança de algumas migrantes de Damana, também regressou à casa da sua mãe em Ballèyara. Neste caso específico, a transmissão de conhecimentos via uterina não se cingiu às competências supramencionadas. Algumas competências na esfera dos cuidados obstétricos foram igualmente adquiridas. Se bem que a função de parteira não se encontrava socialmente diferenciada nas comunidades rurais nigerinas, isto não significava que as mulheres, principalmente as múltiparas, não tivessem competências distintas neste campo.

A filha mais velha de **Haoua10** nasceu dentro de uma tenda com a ajuda da sua avó, numa das paragens habituais do grupo nómada em que esta migrante se encontrava inserida. Este nascimento foi o único parto assinalado em contexto de transumância e representa dentro do universo de mulheres estudadas.

O primeiro parto de **Hamsatou9** aconteceu na sua aldeia natal de Kwara Béri. Nessa altura, esta povoação era servida por enfermeiro que fazia pensos curativos, dava consultas e também se deslocava a casa das mulheres para auxiliá-las no parto. Inclusive as mulheres do chefe da aldeia consultavam-se com ele. Segundo esta migrante, na sua aldeia também

existiam matronas que acompanhavam as parturientes à maternidade. Mas não entravam, limitavam-se à esperar no exterior de indicações por parte dos agentes de saúde. A definição de matrona avançada por esta migrante aproxima-se muito do conceito de acompanhante.

### NARRATIVA 17 – O parto em Niamey

Nunca ficou clarificado o motivo que terá levado **Teyrou12** a partir para a capital com o seu marido no final da sua quarta gravidez, deixando para trás os seus outros três filhos na aldeia. Uma mulher recém-emigrada na cidade tem por norma à sua disposição um capital social mais baixo que dificulta a tarefa de encontrar uma acompanhante disponível a percorrer com ela a sua trajetória terapêutica no interior de uma maternidade. A seguir ao parto, o seu marido emigrou para fora do país, deixando-a sozinha com um recém-nascido nos braços, e uma fraca perspectiva de conseguir emprego no sector doméstico. Esta migrante considerou a sua estadia na maternidade de Yantala muito acolhedora. O nascimento do seu filho foi assistido por uma enfermeira que deu uma injeção à criança mal esta veio ao mundo; provavelmente uma injeção de vitamina K, conforme indica o protocolo nigerino para prevenir hemorragias neonatais. O aspeto mais desagradável da sua experiência foi a falta de privacidade que sentiu. Na sala de partos, não estava sozinha, havia outras mulheres davam à luz na mesma altura, sem que os agentes de saúde se preocupassem em proteger a intimidade de cada uma. As circunstanciais sociais e económicas que levaram **Bibá23** a ter o seu segundo filho na capital carecem de esclarecimento. Apesar de ter levado como acompanhante uma vizinhas das *bouka*, nunca se chegou a perceber quem terá ficado a tomar conta do seu outro filho durante a sua estadia na maternidade, que acabou por se prolongar para além das dozes horas regulamentares. Tampouco, o motivo que a terá levado a partir para a cidade com uma gravidez a termo no final da estação das chuvas, quando por norma as principais redes sociais de apoio femininas permanecem na aldeia. Tal como **Teyrou12**, **AlimaI** resolveu instalar-se pela primeira vez na capital durante o empreendimento migratório internacional do marido. Porém, a sua situação era mais inteligível. Conforme foi previamente referido, esta migrante instalou-se em Niamey com a sua mãe e todos os seus filhos, compensando desta forma a fragilidade das suas redes sociais cidadinas e contornando o problema relacionado com a falta de empregabilidade no sector doméstico por causa da sua criança lactente. Apesar de todas as críticas que teceu relativamente aos profissionais de saúde que trabalhavam no CSI de Sargadji, **AlimaI** considerava que esta formação sanitária tinha melhores condições que a maternidade de Yantala. A vida reprodutiva de **Aïssa14** somente começou a ser monitorizada do ponto de vista biomédico após o seu casamento em segundas núpcias e a consequente fixação de forma permanente na cidade. Ainda que esta migrante considerasse as mulheres da sua aldeia que continuavam a colocar filhos no mundo segundo o «método tradicional» eram extremamente corajosas, defendia que os nascimentos realizados na maternidade eram muito mais seguros, mesmo que a intimidade das parturientes não fosse respeitada, sobretudo no caso de haver alguma complicação.

O segundo e terceiro parto de **Haoua10** foram igualmente realizados na maternidade de Yantala. **Hamsatou9** foi a sua acompanhante durante o nascimento do seu terceiro filho. A sua experiência pessoal como acompanhante acabou por dar-lhe uma visão muito crítica do sistema de saúde público nigerino. Segundo ela, as mulheres que acompanhavam as

parturientes acabavam por ter muito tempo para observar a forma estas eram tratadas quando se encontravam alongadas nas marquesas com contrações e cheias dores. Na sua opinião, muitas mulheres acabavam por optar em ter os filhos em casa porque não queriam voltar a sujeitar-se aos maus-tratos e/ou à violência implícita nos comportamentos dos agentes de saúde, nem à extorsão de que eram frequentemente alvo. Para **Haoua10**, alguma da agressividade manifestada pelos profissionais de saúde estava relacionada com a intolerância cultural relativamente à emissão de algum tipo de queixume durante o trabalho de parto. Conforme foi mencionando a montante, o parto estoico e silencioso era muito valorizado socialmente, e mesmo no interior das maternidades, esse era o comportamento esperado da parte de qualquer parturiente. Portanto, os agentes de saúde tinham tendência a penalizar as mulheres que não revelasse esse controlo durante o trabalho de parto.

O último parto gemelar de **Haoua10** foi realizado a domicílio com a ajuda de algumas vizinhas, entre as quais se encontrava **Hamsatou9**. Mal começaram as suas primeiras contrações deslocou-se à maternidade de Yantala. Apesar de ter seguido assiduamente as CPN, nesta unidade hospitalar, os agentes de saúde optaram por referenciá-la maternidade central. Nesta situação, os profissionais de saúde desta maternidade não foram sensíveis ao facto de o marido se encontrar ausente. Apesar dos COU serem teoricamente gratuitos, a verdade é que existiam gastos por vezes avultados associados a este género de intervenção clínica. Não foi possível averiguar se os HD de Filingué, Loga ou Dosso imputavam informalmente custos às parturientes pelas cesarianas, mas, pelo menos, na maternidade central era uma prática corrente. De acordo com Yacouba, por causa dos frequentes problemas de reembolso, os estojos contendo todos os itens necessários à realização de cirurgias durante o parto, em vez de serem entregues sem custos às parturientes, passaram a ser vendidos na farmácia existente no interior destas instalações. O mecanismo encontrado para contornar os problemas financeiros desta instituição era muito semelhante aquele que foi posto em prática no CSI de Recasement: a cobrança ainda que de forma discreta pela prestação de serviços teoricamente gratuitos. Obviamente que a reintrodução de forma velado do pagamento da cesariana, ainda que com valores muito inferiores àqueles que se pagavam no período anterior à gratuidade, acabou por ter um efeito altamente repulsivo, sobretudo junto das camadas mais desfavorecidas, as principais visadas pelas políticas de isenção. O anonimato **Haoua10** e a sua evidente falta de recursos provavelmente ditaram o desinteresse destes agentes de saúde sobre o desfecho da sua gravidez gemelar. Esta migrante acabou por regressar às *bouka* onde com a assistência de outras mulheres migrantes acabou por dar à luz as duas crianças sem quaisquer complicações. Ao que tudo indica, esta migrante somente pôde usufruir de partos clinicamente assistidos durante o tempo em que o seu marido residiu com ela na capital.

Os nascimentos do segundo e terceiro filho de **Hamsatou9** também ocorreram na maternidade de Yantala, sob a supervisão de uma *sage-femme* e de uma enfermeira respetivamente. O seu filho mais novo nasceu nas *bouka* de Dar-es-Salam, com o auxílio das suas vizinhas. A sua última gravidez, como foi previamente mencionado, tinha sido gerida à margem do sistema de saúde público. Não obstante a sua negativa opinião sobre o atendimento nesta maternidade, este comportamento parece ter sido motivado principalmente por questões financeiras.



**Zeïnabou85** afirmou que os seus cinco filhos mais velhos nasceram todos na maternidade de Yantala, graças à assistência de *sages-femmes*. Apenas o mais novo veio ao mundo nas *bouka* de Château 1, onde vivia anteriormente com o marido. O trabalho de parto iniciou-se antes do tempo previsto, e como se desenvolveu de forma demasiadamente rápida, não teve tempo de se deslocar à maternidade.

O relato difuso, efêmero e incoerente sobre a história de vida de **Salamatou11** dificultou a localização espacial e temporal dos nascimentos dos seus primeiros filhos alegadamente falecidos. Um terceiro filho terá nascido nas *bouka* de Bobiel fruto da sua relação informal. Como entrara em trabalho de parto durante a noite, não conseguira arranjar um táxi que a transportasse até à maternidade. A presença no terreno confirma quão difícil pode se tornar a mobilidade espacial noturna em Niamey para quem não tem transporte próprio, e por isso mesmo, o parto ter-se-á realizado a domicílio na total escuridão e solidão. Não existe qualquer informação sobre esta criança. A gravidez seguinte terá chegado precipitadamente a termo na sequência de maus-tratos infligidos pelo seu ex-companheiro. Quando deu entrada na maternidade de Yantala, a criança encontrava-se na posição pélvica. Ainda assim, o profissional de biomedicina presente terá acabado por realizar o parto nestas circunstâncias. Provavelmente, o seu pai, que teve de assumir financeiramente o nascimento, deve ter pressionado o corpo clínico para que a filha não fosse evacuada. De acordo com **Salamatou11**, o seu filho acabou por ser lesionado durante o parto, acabando por falecer durante o período neonatal.

A segunda filha de **Salamatou1** nasceu igualmente na maternidade de Yantala, com a assistência de *sages-femmes* muito acolhedoras, segundo a perspetiva desta migrante.

O segundo e terceiro filhos de **Haoua86** nasceram na maternidade de Dar-es-Salam. Em ambos os partos foi assistida por *sages-femmes*. A sua opinião sobre estas profissionais de saúde era muito sucinta e esclarecedora: «...algumas são acolhedoras, outras não. É preciso falar com elas com muito cuidado...»<sup>167</sup>. Esta migrante expressou-se negativamente sobre a administração da ocitocina sintética por acelerar de forma demasiadamente rápida a dilatação, provocando desconforto e dor.

**Nafissa43** realizou igualmente os seus últimos dois partos nesta unidade de saúde sob a supervisão de *sages-femmes*. No nascimento da sua última filha, esteve quase vinte e quatro horas em trabalho de parto. Os agentes de saúde ainda equacionaram a sua referência referenciá-la à maternidade central, mas acabaram por apenas lhe administrar mais ocitocina sintética, forçando a expulsão da criança. Por causa disso, teve de passar mais uma noite na maternidade, somente recebendo alta então na manhã seguinte. Independentemente das justas e merecidas críticas feitas pela supramencionada literatura à categoria profissional das *sages-femmes*, conforme se pôde observar no terreno, estas técnicas de saúde conseguiam fazer pequenos milagres, mesmo com poucos recursos, assistindo de forma bem-sucedida partos que teoricamente deveriam ter sido referenciados no quadro dos COU, mesmo se por vezes os métodos utilizados não fossem considerados os mais ortodoxos ao nível das políticas de saúde internacional. Os três filhos mais velhos de **Nafissa43** nasceram em *bouka* noutras zonas da cidade, nas quais residiu antes de se fixar com a família em Dar-es-Salam. À exceção de

---

<sup>167</sup> Dezembro 2012.

**Manou91**, nenhuma outra migrante recorreu aos COU. Pelo que se pôde verificar, foram fundamentalmente constrangimentos de ordem financeira que dificultaram o acesso a estes cuidados de emergência.

Os gémeos de **Kaadi19** nasceram no centro hospitalar regional da Poudrière. Esta migrante não considerava que existissem grandes diferenças, do ponto de vista clínico, entre os partos realizados na aldeia e na cidade. Portanto, a conjugação dos seguintes fatores: a gravidez gemelar, a eminência do divórcio por suspeita de adultério e o facto de a sua mãe entretanto se ter instalado nas *bouka* de Château<sup>9</sup> que se encontravam situadas nas imediações do CHRP terá certamente contribuído para a escolha desta unidade hospitalar para o nascimento dos seus filhos.

Sete filhos de **Saafi18** nasceram em Niamey, mas apenas dois dos partos foram realizados em unidade de saúde pública. Uma das crianças nasceu no CHRP e a outra numa formação sanitária muito próxima, situada no bairro contíguo Route de Filingué, a maternidade de Dan Gao. De forma idêntica ao que acontecera com **NafissaK**, esta migrante não conseguiu identificar em nenhum dos partos, a categoria profissional das mulheres que a atenderam. Mais precisamente, nunca soube se eram *sages-femmes*, enfermeiras, matronas, auxiliares de ação médica ou até mesmo voluntárias. Apesar de apenas as três primeiras categorias terem competências profissionais reconhecidas pelo Estado para dar assistência durante o trabalho de parto, a literatura mostra que existe uma grande possibilidade de poder ter sido assistida por funcionárias subalternas, de acordo com a lógica da subdelegação de procedimentos clínicos em pessoal não qualificado. A sua incapacidade em reconhecer a hierarquia dos profissionais de saúde denota a sua pouca familiaridade com o universo e procedimentos e hospitalares. Os restantes cinco filhos nasceram em casa no bairro Aéroport. Segundo **Saafi18**, a maternidade mais próxima ficava um pouco distante da sua residência, e nunca conseguiu arranjar transporte atempadamente. Após um dos partos, um enfermeiro do CSI Aviation deslocou-se ao seu domicílio para lhe realizar um exame de revisão uterino. Com se pode verificar, as dificuldades associada aos meios de deslocação ou a vinda a casa de um agente de saúde para prestar os primeiros cuidados pós-parto não eram apanágio do mundo rural.

O filho de **DjamilaX** nasceu na cidade porque esta migrante não quis regressar à aldeia, antes de a sua gravidez chegar a termo. Primeiro porque não desejava retornar a casa do marido, de onde tinha fugido para alegadamente voltar ao modo de vida sazonal que conheceu desde criança. Segundo, porque a sua mãe encontrava-se com ela na cidade. O parto acabou por ser realizado nas *bouka*, aparentemente por falta de liquidez financeira, com o auxílio de **Haoua86** que lhe cortou o cordão umbilical.

Um dos filhos de **Kaadi75** também nasceu numa formação sanitária não especificada da cidade. Todas as mulheres que eram migrantes sazonais quando deram à luz na capital fizeram-no sempre numa unidade de saúde.

### NARRATIVA 18 – A proteção marabútica

A solicitação dos préstimos do marabuto pode ser desencadeada por terceiros sem o conhecimento da parturiente. Por exemplo, **Mariama122** apesar de ter assegurado que nunca recorrera aos conhecimentos de nenhum curandeiro dito tradicional, disse que não podia

afirmar categoricamente que não tivesse beneficiado de alguma proteção adicional durante o seu complicado parto. Esta migrante não sabia se algum familiar próximo tinha mandado fazer «algum trabalho» sem a informar. De acordo com o que se observou no terreno, este género de triângulo terapêutico era muito vulgar, principalmente entre familiares muito próximos. Segundo Hamidou, as mães era particularmente proactivas neste género de iniciativa terapêutica.

## ANEXO C – QUADROS

### Quadro 1 – Nome e idade das mulheres migrantes

NOME	IDADE [em 2013]	NOME	IDADE [em 2013]
Saadya4	-----	Aïchatou23	61
Amina5	-----	Zeïnabou28	25
Domo5	-----	Hamsa30	28
Fati5	-----	Hadjara25	26
Saady5	-----	Hamsou32	19
Zara7	-----	Rachida37	22
Roukeya8	-----	Mariama38	46
Saafi18	49	Hadjo39	51
Kaadi19	-----	Fati40	28
Djamila20	-----	Fati41	29
Salamatou1	22	Nafissa43	29
Aïssa2	-----	Aïssa44	29
Saafia3	22	Bintá56	34
Teyrou12	-----	Kaadi75	41
Haoua13	-----	Haoua86	29
Aïssa14	-----	Manou91	23
Nafissa15	-----	Rachida93	17
Mariama16	14	Maïmouna98	41
Zeïnabou17	-----	Haoua105	29
Aïssa21	37	Fati106	33
Fati22	-----	Fati114	38
Bibá23	-----	Manou121	46
Hadiara24	27	Mariama122	19
Houmou25	-----	Salamatou123	21
Hamsatou9	40	Kaadi128	43
Haoua10	29	Rabi129	-----
Salamatou11	27	Fati130	51
Hadiza1	26	Oumou144	34
Amina2	36	Nafissa63	25
Hadjara3	29	Bouli71	62
Bibá4	24	DjamilaX	18
Hadiza5	41	RoukeyaY	19
Aïchatou6	41	Zeïnabou85	36
Alima7	34	AdamaZ	40
Amina8	35	NafissaK	20
Salamatou9	50	AsmatouM	23
Kaltouma10	-----	Alima111	25
Djama11	41	AdamaN	44
Raki12	23	AlimaI	-----
Zouèra13	23	ZéliII	-----
Roukeya15	23	FatiIII	-----
Bibá17	35	HadizaV	-----
Kadidja19	41	MariamaVI	-----
Hassi20	51	FatiVII	-----

### Quadro 2 – Frequência escolar das mulheres migrantes

GRAU DE LITERACIA		Nº DE MULHERES
N/sabe – n/responde		8
Sem frequência escolar		67
Com frequência escolar	Primária	16
	Secundária	2

**Quadro 3 – Trajetórias matrimoniais das mulheres migrantes**

NOME	TRAJECTÓRIAS MATRIMONIAIS					OUTRAS INFORMAÇÕES	
	Salamatou1	Celibato Fandou	1º Casamento Fandou 1 filha [nasceu em 2008]	Divórcio ou viuvez Fandou	2º Casamento 2010 Niamey 1 filha [nasceu em 2011]		A filha mais velha não estava a seu cargo.
Aïssa2	Celibato	Casamento Fandou 2 filhas	Casamento Niamey			Marido partiu para o Gana a partir de Niamey. As 2 filhas vieram com eles.	
Saafia3	Celibato	Casamento Fandou 1 filha	Casamento Niamey			A filha veio com eles para Niamey.	
Teyrou12	Celibato	Casamento Fandou 3 filhos	Casamento Niamey 1 filho			Marido partiu para a Costa do Marfim a partir de Niamey. Não se sabe com quem ficaram os outros três filhos.	
Haoua13	Celibato Fandou	Casamento Fandou 2 filhos			Os filhos vieram com eles para Niamey.		
Aïssa14	Celibato Fandou	1º Casamento Fandou 3 filhos	Viuvez Fandou	Viuvez Niamey	2º Casamento Niamey 1 filho		
Nafissa15	Celibato	Casamento Fandou Grávida			Marido no Benim.		
Mariama16	Celibato Fandou						
Zeinabou17	Celibato Fandou	Casamento Fandou 1 filha	Casamento Niamey			Veio com a filha ter com o marido.	
Aïssa21	Celibato	Casamento Fandou 5 filhos	Casamento Niamey			Os filhos vieram com eles para Niamey.	
Saadya4	Celibato	Casamento Sargadji 3 filhos			Estava em Niamey apenas com o filho mais novo. Marido migrante na Nigéria.		
Roukeya15	Celibato	Casamento Sargadji 2 filhos		Casamento Niamey		Os filhos vieram para Niamey.	
Mariama122	Celibato	Casamento Sargadji 1 filho			Marido migrante na Nigéria. Faz grandes temporadas fora do país.		
Amina5	Celibato	Casamento Sargadji			São todas da mesma família	Marido migrante na Nigéria.	

Domo5	Celibato	Casamento Sargadji							
Fati5	Celibato	Casamento Sargadji	Casamento Niamey						Marido em Boukoki.
Saady5	Celibato	Casamento Sargadji							Marido migrante em Say.
Zara7	Celibato	Casamento Sargadji 3 filhos					São da mesma família		Marido ficou na aldeia com os 3 filhos.
Roukeya8	Celibato	Casamento Sargadji 3 filhos	Casamento Niamey						Marido migrante no Benim. Veio com ela e com o filho lactente até Niamey. Os outros dois filhos ficaram na aldeia.
Saafi18	Celibato	Casamento Monogâmico Sargadji 2 filhos	Casamento Monogâmico Niamey 3 filhos	Casamento Poligâmico Niamey 4 filhos	Casamento Poligâmico Sargadji	Divórcio Sargadji	Divórcio Niamey	3 filhos ficaram a cargo do ex-marido após o divórcio. Três anos após o divórcio ainda mantinha o estatuto de divorciada.	
Kaadi19	Celibato Sargadji	Casamento Sargadji 4 filhos	Divórcio Niamey 4 filhos – o divórcio ocorreu em Niamey ou na aldeia?						O ex-marido repudiou-a após o nascimento dos gémeos. Quando era casada, os seus filhos já estavam ao seu encargo. O ex-marido era migrante internacional mas nunca mandava dinheiro para os filhos.
Djamila20	Celibato	Casamento Sargadji	Casamento Niamey 1 filho						Migrou grávida com o marido para Niamey. O marido continuou em direção ao Gana. Não há informação sobre restantes filhos.
Bibá17	Celibato	Casamento Poligâmico Sargadji 2 filhos							As três coesposas ficaram na aldeia O marido era migrante no Gana de 2009 Apenas tinha um filho a cargo pois a filha mais velha já trabalhava.
Kadidja19	Celibato	Casamento Sargadji 5 filhos		Divórcio Sargadji 5 filhos		Divórcio Niamey 5 filhos		Todos os filhos ficaram a seu cargo O ex-marido era migrante internacional na Costa do Marfim	
Hassi20	Celibato	Casamento Monogâmico Fandou 3 filhos		Casamento Poligâmico Fandou 6 filhos		Casamento Poligâmico Niamey		A sua coesposa tem 6 filhos. O marido e a coesposa regressam todos anos à aldeia.	
Manou121	Celibato	Casamento Monogâmico Sargadji 4 filhos		Casamento Poligâmico Sargadji				Tem 1 coesposa. Marido migrante em Abidjan.	
Salamatou123	Celibato Sargadji	Casamento Sargadji							Marido migrante na Nigéria.

		1 filho				
Kaadi128	Celibato	Casamento Sargadji 7 filhos	Viuvez Sargadji	Viuvez Niamey 7 filhos		
Rabi129	Celibato	Casamento Fandou			Os filhos já eram adultos.	
Fati130	Celibato				Não há informação sobre a sua trajetória matrimonial. Tem 5 filhos.	
Fati114	Celibato	Casamento Monogâmico Sargadji 4 filhos	Casamento Poligâmico Sargadji 2 filhos		Tem uma coesposa que ficou na aldeia. O marido é migrante em Abidjan. 4 filhos estão com ela em Niamey. 1 ficou com a coesposa 1 migrou com o pai.	
Bibá23	Celibato	Casamento Fandou 2 filhos	Casamento Niamey		Os filhos vieram com os pais para Niamey. A Bibá23 entregou um mês de salário ao marido para ele iniciar um negócio de venda ambulante de medicamentos na maioria contrafeitos.	
Hadiara24	Celibato Fandou	Casamento Fandou 2 filhos	Divórcio Fandou	Divórcio Niamey 2 filhos	O ex-marido repudiou-a a seguira ao segundo parto e não reconheceu a paternidade do segundo filho. Os dois filhos ficaram a seu cargo. O ex-marido já era migrante internacional quando estavam casados.	
Houmou25	Celibato	Casamento Fandou 1 filho			O marido é migrante na Costa do Marfim. Veio para Niamey com o filho.	
Hamsatou9	Celibato Kwara Béri	1º Casamento Kwara Béri 1 filho	Divórcio Niamey	2º Casamento Niamey 3 filhos	É provável que nunca tenha vivido em Kiota. Deve ter conhecido o segundo marido na capital. O seu primogênito mora em Agadez. O marido era viúvo e tinha três filhos do primeiro casamento que também viviam na capital.	
Haoua10	Celibato Fala Tillabéri	1º Casamento Transumância 1 filha	Divórcio	Divórcio Niamey 1 filha	2º Casamento Niamey 2 filhos	Nasceu em Niamey. Pai e irmão vivem nesta cidade. Marido migrante em Torodi [Say].
Salamatou11	Celibato Arquipélago de Tillabéri	Casamento Tillabéri	Divórcio Tillabéri	Divórcio Niamey	Relação informal Bobiel Niamey Gravidez - Separação Recasement Niamey -	
Hadiza1	Celibato Gao Mali	Casamento Gao 3 filhos	Casamento Niamey 1 filho		O marido é migrante internacional. Hadiza1 migrou para Niamey com a sua família alargada.	
Amina2	Celibato	Casamento Polígamo Kokomani 3 filhos			Marido ficou na aldeia com a coesposa. Veio com 2 filhos para Niamey. 1 dos filhos ficou com a sua mãe	
Hadjara3	Celibato	Casamento		Casamento	Veio com os filhos para Niamey. Juntou-se ao marido.	

		Dosso 2 filhos		Niamey			
Bibá4	Celibato	Casamento Filingué 2 filho		Casamento Niamey Grávida			
Hadiza5	Celibato	Casamento Filingué	Viuvez Filingué		Viuvez Niamey Os filhos já são adultos.		
Aïchatou6	Celibato Dogondoutchi	1º Casamento Niamey 1 filha	Divórcio Niamey 1 filha	2º Casamento Dogondoutchi	2º Casamento Nigéria	Separação [Abandono] Niamey A filha ficou a seu cargo até 13 anos. Não se percecionou que tenha havido qualquer alteração do seu estatuto social entre o primeiro e segundo casamento.	
Alima7	Celibato	Casamento Koulia 1 filha			Casamento Niamey A filha veio com ela para Niamey.		
Amina8	Celibato	Casamento 6 filhos			Casamento Niamey 2 dos filhos ficaram na aldeia com a sua mãe.		
Salamatou9	Celibato	Casamento Filingué 7 filhos		Viuvez Filingué	Viuvez Niamey	Tem todos filhos a cargo assim como 3 sobrinhos. Ficou viúva aos 41 anos e nunca voltou a casar.	
Kalkouma10	Celibato	Casamento Polígamo Filingué	Casamento Monogâmico Filingué		Casamento Monogâmico Niamey O marido divorciou-se da coesposa. A filha da coesposa ficou com ela.		
Djama11	Celibato	Casamento Sargadji 8 filhos	Viuvez Sargadji 3 filhos 5 filhos ficaram com a família paterna.				
Raki12	Celibato	Casamento Fandou 1 filho			Casamento Niamey O filho veio com ela.		
Zouèra13	Celibato Fandou	Casamento Fandou		Casamento Niamey 2 filhos			
Fati22	Celibato Fandou	1º Casamento Fandou 2 filhos	Viuvez Fandou	2º Casamento Fandou	Divórcio Fandou	Só tem 1 filho a cargo. O outro está com a família paterna. Um dos filhos ainda está escolarizado.	
Aïchatou23	Celibato	Casamento Bankilaré 4 filhos	Casamento Niamey		Viuvez Niamey Todos os filhos são adultos.		
Hamsa30	Celibato	Casamento Fandou 1 filho		Casamento Niamey 2 filhos			
Hadjara25	Celibato	Casamento Fandou 3 filhos		Casamento Niamey			
Hamsou32	Celibato Fandou	Casamento Poligâmico Niamey 1 filho				A coesposa tem 3 filhos e também reside em Dar-es-Salam.	



Rachida37	Celibato	Casamento Poligâmico Téra 1 filho	Casamento Poligâmico Niamey 1 filho			A coesposa tem 2 filhos.	
Mariama38	Celibato	Casamento Monogâmico	Casamento Poligâmico Niamey			Tem 7 filhos. Tem 2 coesposas que vivem com o marido. Mariama38 não vive com o marido.	
Hadjo39	Celibato	Casamento Sargadji 7 filhos	Divórcio Sargadji 3 filhos	Divórcio Niamey		O ex-marido é migrante internacional. Divorciou-se aos 30 anos e nunca mais voltou a casar.	
Fati40	Celibato	Casamento Monogâmico Sargadji	Casamento Poligâmico			Os 3 filhos estão com a sua mãe na aldeia. A sua coesposa vive no Gana com o marido.	
Fati41	Celibato	Casamento Sargadji 5 filhos	Casamento Niamey			O marido vive em Bassorá. Os filhos vieram com ela.	
Nafissa43	Celibato	Casamento Fandou 4 filhos	Casamento Niamey Gravidez			Os filhos estão com ela em Niamey.	
Aïssa44	Celibato	Casamento Sargadji 2 filhos	Casamento Niamey			Marido doente. Filhos a cargo.	
Bintá56	Celibato	Casamento Monogâmico Sargadji	Casamento Poligâmico Sargadji			O marido é migrante na Nigéria. A coesposa tem 2 filhos. Bintá56 não tem filhos.	
Kaadi75	Celibato	Casamento Sargadji 6 filhos	Casamento Niamey				
Haoua86	Celibato Balléyara	Casamento Balléyara 3 filhos	Casamento Niamey	Separação Niamey 2 filhos	União informal Niamey Gravidez	Separação Niamey	Ex-marido vive no bairro contíguo Bobiel. A filha está com a avó na aldeia onde anda na escola.
Manou91	Celibato	Casamento Ouallam 1 filho	Casamento Niamey 1 filho				
Rachida93	Celibato Sargadji						
Maimouna98	Celibato	Casamento Sargadji	Casamento Niamey			Teve 12 filhos e 7 ainda estavam a cargo da família. Marido vive em Katako.	
Haoua105	Celibato	Casamento Monogâmico Sargadji 6 filhos	Casamento Poligâmico Cotonou			5 filhos vivem com a sua mãe. Aparentava estar grávida apesar de aleitar. O marido vivia com a coesposa em Cotonou.	
Fati106	Celibato	Casamento Monogâmico Sargadji	Casamento Poligâmico Abidjan			Tem 3 filhos a cargo. 1 está com a sua mãe. Outro com a sua sogra. Tem uma coesposa que vive com o marido em Abidjan.	

		5 filhos						
Oumou144	Celibato	Casamento Monogâmico Sargadji 6 filhos		Casamento Poligâmico Cotonou	Abandono pelo marido	«Casamento» Poligâmico Niamey 6 filhos		
Nafissa63	Celibato	Casamento Sargadji 3 filhas		Abandono pelo marido		Separação Niamey 1 filha	As 2 filhas mais velhas estão com a avó paterna. O marido migrante internacional desapareceu em 2009. A filha mais nova deve ser de outra relação.	
Bouli71	Celibato	Casamento Fandou		Viuvez Fandou			Estão ligadas por relações familiares. Com a viuvez ficou a cargo com os filhos menores. O marido veio para Niamey por altura do parto. O marido casou com outra mulher noutro país onde era migrante. Marido não provia com o sustento nem reconheceu a paternidade da criança.	
DjamilaX	Celibato Fandou	Casamento Fandou 1 filho		Abandonou o marido		Separação Niamey 1 filho		
AdamaZ	Celibato	Casamento Monogâmico Sargadji 7 filhos	Casamento Poligâmico	Abandono pelo marido		Separação Niamey 7 filhos		
RoukeyaY	Celibato Sargadji	Casamento forçado Sargadji 1 filho		Abandonou o marido		Separação Niamey 1 filho		
Zeinabou85	Celibato	Casamento Monogâmico Tillabéri		Casamento Poligâmico			Tem 5 filhos. Tinha 2 coesposas mas uma delas deixou o marido. Não vive com o marido.	
NafissaK	Celibato Sargadji	Casamento Sargadji 1 filho		Abandonou o marido		Separação Niamey 1 filho	Mãe solteira ou casou grávida.	
AsmatouM	Celibato	Casamento Sargadji 1 filho		Viuvez Sargadji		Viuvez Niamey 1 filho	Três anos após o falecimento do marido ainda não se tinha recasado.	
Alima111	Celibato	Casamento Poligâmico Sargadji 5 filhos		Abandono do marido		Separação Niamey	Os filhos estão a cargo da sua mãe. As duas coesposas também foram abandonadas. Uma delas veio também para Niamey e a outra ficou na aldeia.	
AdamaN	Celibato	Casamento Sargadji Poligâmico 6 filhos		Abandono do marido		Separação Niamey 6 filhos	O marido está na aldeia.	
Alimal	Celibato	Casamento Sargadji 3filhos				Casamento Niamey 1 filho	Os 4 filhos estão com ela na capital. A mãe estava com ela em Niamey. O marido encontra-se ausente em migração internacional.	
ZéliII	Celibato	Casamento Sargadji 3 filhos		Abandonou o marido?		Separação Niamey 3 filhos		
FatiIII	Celibato	Casamento Monogâmico	Casamento Monogâmico	Casamento Poligâmico	Casamento Poligâmico	Separação Niamey	São cosmozes.	

		Sargadji	Niamey	Sargadji	Costa do Marfim			
HadizaV	Celibato	Casamento Poligâmico Sargadji		Casamento Poligâmico Costa do Marfim		Separação Niamey		
MariamaVI	Celibato	Casamento Sargadji 1 filha				Marido migrante internacional. Veio com a sua mãe para Niamey.		
FatiVII	Celibato						2 filhos. Sem informação sobre as suas trajetórias matrimoniais.	
Zeïnabou28	Celibato	Casamento Fandou 3 filhos				2 filhos estão com a avó materna. Marido migrante em Abidjan.		

**Quadro 4 – Naturalidade e local de partida discordantes das mulheres migrantes**

NOME	NATURALIDADE	LOCAL DE PARTIDA
Hamsatou9	Kwara Béri [aldeia que dista 28 km de Niamey, na estrada para Ouallam]	Kiota – Dosso
Haoua10	Maternidade de Yantala - Niamey	Fala – Tillabéri

**Quadro 5 – Distribuição geográfica dos locais de partida**

REGIÃO	DEPARTAMENTO	COMMUNE		ALDEIA	Nº DE MULHERES
Dosso	Loga	Urbana	Loga	Sargadji	45
	Boboye	Rural	Kiota	Kiota	1
	Dosso	Rural	Garankedey	Deytegui Attili	1
	Dogondoutchi	Urbana	Dogondoutchi	Não especificada	1
Tillabéri	Filingué	Rural	Abala	Garin Assoumana	1
		Urbana	Filingué	Gardi	1
				Talcho	1
				Makani	1
	Rural	Tagazar	Balléyara	1	
	Rural	Tondikandia	Damana	25	
	Tillabéri	Urbana	Tillabéri	Não especificada	1
		Rural	Ayorou	Arquipélago de Tillabéri	1
		Rural	Kourteye	Kokomani	1
	Téra	Rural	Dargol	Koulia	1
				Gueriel	1
		Urbana	Téra	Fala	1
	Rural	Bankilaré	Bankilaré	1	
	Ouallam	Urbana	Ouallam	Não especificada	1
Sem informação suficiente					1
<b>Nº TOTAL DE MIGRANTES</b>					<b>87</b>

**Quadro 6 – Distribuição étnica**

FAMÍLIA ÉTNICA		SUBGRUPO ÉTNICO	Nº DE MULHERES
songhay-zarma	zarma	zarma	19
		goubé	28
		soudjé	9
		mawri zarma	1
	songhay	songhay	1
		wogo/kourtey	1
		kallé	6
		gabda boro	1
tuaregue		surgu	3
		bella	3
haussa		mawri	2
fula		não especificada	1
Sem informação			13
<b>TOTAL</b>			<b>88</b>

**Quadro 7 – Estatuto matrimonial das migrantes sazonais**

<b>ESTATUTO MATRIMONIAL</b>	<b>Nº DE MULHERES</b>
Casadas	33 [7 em poligamia]
Divorciadas	3
Viúvas	2
Abandonadas	3 [3 em poligamia]
Celibatárias	2
Sem informação suficiente	1
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>

**Quadro 8 – Situação dos maridos das migrantes sazonais casadas**

<b>SITUAÇÃO DOS MARIDOS</b>	Migração internacional sazonal	21	Nigéria	5	
			Costa do Marfim	6	
			Benim	5	
			Gana	4	
			s/informação	1	
	Aldeia	2	Sargadji	1	
			Kokomani	1	
	Outra cidade nigerina	1	Say	1	
	Niamey	11	Comércio	Goma-arábica	1
			Ambulante de medicamentos contrafeitos		1
			Ambulante em Boukoki		1
			Bassorá		1
			Katako		1
		Galinhas - Petit Marché		1	
		-----		1	
		Construção civil		1	
		Porteiro ou zelador	Kwarakano	1	
		-----		1	
		Desempregado		1	
		Sem informação suficiente		1	
<b>TOTAL</b>				<b>34</b>	

**Quadro 9 – O último estatuto matrimonial observado nas migrantes sazonais**

NOME	ESTATUTO MATRIMONIAL	LOCALIZAÇÃO DO MARIDO	PROFISSÃO DO MARIDO
Saadya4	Casada em monogamia	Nigéria	-----
Amina5	Casada	Nigéria	-----
Domo5	Casada	Niamey	Vendedor ambulante em Boukoki
Fati5	Casada	Say	Vendedor ambulante
Saady5	Casada	-----	-----
Zara7	Casada em monogamia	Sargadji	Agricultor
Roukeya8	Casada em monogamia	Benim	-----
Djamila20	Casada	Gana	-----
Aïssa2	Casada em monogamia	Gana	-----
Saafia3	Casada em monogamia	Niamey	Desempregado
Haoua13	Casada em monogamia	Niamey	Trabalhador na construção civil
Nafissa15	Casada em monogamia	Benim	-----
Mariama16	Celibatária	-----	-----
Zeïnabou17	Casada em monogamia	Niamey	Zelador em Kwarakano
Aïssa21	Casada em monogamia	Niamey	-----
Fati22	Divorciada	-----	-----
Bibá23	Casada em monogamia	Niamey	Vendedor de medicamentos contrafeitos
Houmou25	Casada em monogamia	Costa do Marfim	
Amina2	Casada em poligamia	Kokomani	Agricultor?
Djama11	Viúva	-----	-----
Raki12	Casada	Niamey	Tablier goma-arábica
Bibá17	Casada em poligamia	Gana	-----
Kadidja19	Divorciada	-----	-----
Zeïnabou28	Casada	Costa do Marfim	-----
Rachida37	Casada em poligamia	Niamey	Porteiro
Hadjo39	Divorciada	-----	-----
Fati40	Casada em poligamia	Gana	Comerciante
Fati41	Casada	Niamey	Comerciante em Bassorá
Bintá56	Casada em poligamia	Nigéria	-----
Kaadi75	Casada	Niamey	Comerciante
Rachida93	Celibatária	-----	-----
Maïmouna98	Casada	Niamey	Comerciante em Katako
Haoua105	Abandonada [poligamia]	Benim	-----
Fati106	Abandonada [poligamia]	Costa do Marfim	-----
Fati114	Casada em poligamia	Costa do Marfim	-----
Manou121	Casada em poligamia	Costa de Marfim	-----
Mariama122	Casada em monogamia	Nigéria	-----
3 Salamatou12	Casada em monogamia	Nigéria	
Rabi129	Casada	Costa do Marfim	-----
Fati130	-----	-----	-----
Bouli71	Viúva	-----	-----
Alima111	Abandonada [poligamia]	Êxodo Internacional	-----
AlimaI	Casada	Benim	-----
MariamaVI	Casada	Benim	
Bibá4	Casada		Vendedor de galinhas no <i>Petit Marché</i>

**Quadro 10 – Situação matrimonial das migrantes permanentes**

<b>ESTATUTO MATRIMONIAL</b>	<b>Nº DE MULHERES</b>
Divorciadas	4 [1 em poligamia]
Separadas	3
Viúvas	4
Abandonadas	4 [2 em poligamia]
Casadas	22 [6 em poligamia]
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>

**Quadro 11 – Situação dos maridos das migrantes permanentes casadas**

<b>SITUAÇÃO DOS MARIDOS</b>	Migração internacional sazonal	6	Líbia	1	
			Costa do Marfim	2	
			Benim	1	
			Nigéria	1	
			S/informação	1	
	Aldeia	1	Sargadji	1	
	Outra cidade nigerina	1	Torodi	1	
	Niamey	17	Comércio	Sucata – Plateau	1
				Sapatos – SONEF	1
				Condimentos – Nouveau Pavé	1
				Noz-de-cola	1
				Roupas em segunda mão	1
				-----	2
			Construção civil	2	
			Porteiro ou zelador	Château I	1
				-----	1
			Zimma - Plateau	1	
Boy – Plateau	1				
Desempregado	1				
Doente	1				
S/ informação suficiente	1				
<b>TOTAL</b>			<b>20+4</b>		

**Quadro 12 – O último estatuto matrimonial observado nas migrantes permanentes**

NOME	ESTATUTO MATRIMONIAL	ALTERAÇÕES TEMPORALIDADE NA	LOCAL/PROFISSÃO DO MARIDO
Kaadi19	Divorciada	Sazonal→ Permanente	
Hadiara24	Divorciada	Sazonal→ Permanente	
Saafi18	Divorciada		
Salamatou11	Divorciada		
RoukeyaY	Separada	Sazonal→ Permanente	
Haoua86	Separada	Sazonal→ Permanente	
NafissaK	Separada	Sazonal→ Permanente	
Hadiza5	Viúva		
Salamatou9	Viúva		
AsmatouM	Viúva	Sazonal→ Permanente	
Kaadi128	Viúva		
Oumou144	Abandonada		Migrante no Benim
Aïchatou6	Abandonada		Migrante na Nigéria
Nafissa63	Abandonada	Sazonal→ Permanente	Migrante na Líbia
AdamaN	Abandonada	Sazonal→ Permanente	Aldeia
Hadiza1	Casada em monogamia		Migrante internacional
Haoua10	Casada em monogamia		Torodi
FatiIII	Casada em poligamia		Costa do Marfim
HadizaV	Casada em poligamia		Costa do Marfim
Hassi20	Casada em poligamia	Sazonal→ Permanente	Vendedor de roupa em segunda mão em Niamey
Hamsou32	Casada em poligamia		Porteiro em Niamey
Mariama38	Casada em poligamia		Zimma no bairro Plateau
Zeïnabou85	Casada em poligamia		Porteiro em Château I
Aïssa14	Casada em monogamia		Desempregado em Niamey
Hamsatou9	Casada em monogamia	Sazonal→ Permanente	Trabalhador da construção civil em Niamey
Hadjara3	Casada em monogamia		Proprietário de uma <i>boutique</i> de calçado junto à SONEF
Alima7	Casada		Boy no bairro Plateau
Amina8	Casada		Tablier que vende noz-moscada em Niamey
Zouèra13	Casada		Tablier que vende condimentos junto ao Nouveau Pavé
Hamsa30	Casada		Comerciante em Niamey
Hadjara25	Casada		Comerciante em Niamey
Manou91	Casada		Trabalhador na construção civil em Niamey
Aïssa44	Casada	Sazonal→ Permanente	Doente em Niamey
Nafissa43	Casada		Sucateiro no bairro Plateau
Salamatou1	Casada		-----

**Quadro 13 – Temporalidade das migrações**

TEMPORALIDADE DA MIGRAÇÃO	Nº DE MULHERES
Sazonal	45
Permanente	35
Informação insuficiente	8
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>



### Quadro 14 – A composição das migrações

CLASSIFICAÇÃO DAS MIGRAÇÕES EM TERMOS DE COMPOSIÇÃO	Nº DE MULHERES
MAF	59
MFC	26
S/INF	3
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>

### Quadro 15 – A composição das migrações em relação ao estatuto matrimonial

	SITUAÇÃO MATRIMONIAL	Nº DE MULHERES
MIGRANTES AUTÓNOMAS FEMININAS	Casadas	32 [8 em poligamia]
	Divorciadas	7
	Separadas	4
	Abandonadas	7
	Viúvas	7
	Solteiras	2
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>59</b>
MIGRANTES FEMININAS CLÁSSICAS	Casadas	25[5 em poligamia]
	Divorciadas	1
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>26</b>
SEM INFORMAÇÃO SUFICIENTE	Casadas	1
	S/informação	2
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>		<b>88</b>

### Quadro 16 – Tipologia das migrações – Distribuição das mulheres migrantes em função da temporalidade e composição

	SAZONAL	PERMANENTE	SEM DADOS SUFICIENTES	TOTAIS
MAF	31	19	5	55
MFC	12	16	2	30
S/INF	2	-----	1	3
<b>TOTAIS</b>	<b>45</b>	<b>35</b>	<b>8</b>	<b>88</b>

**Quadro 17 – Atividades geradoras de rendimento das migrantes**

NOME	TIPLOGIA DA MIGRAÇÃO	SITUAÇÃO PROFISSIONAL	LOCAL	NOME	TIPOLOGIA DA MIGRAÇÃO	SITUAÇÃO PROFISSIONAL	LOCAL	NOME	TIPLOGIA DA MIGRAÇÃO	SITUAÇÃO PROFISSIONAL	LOCAL
Saadya4	MAF-S	Sem trabalho	-----	Aïchatou23	MAF-P	Sem trabalho		Zeïnabou17	MFC-S	Sem trabalho	
Amina5	MAF-S	Sem trabalho	-----	Zeïnabou28	MAF-S	Empregada doméstica	Dar-es-Salam	Aïssa21	MFC-S	Empregada doméstica	-----
Domo5	MFC-S	Empregada doméstica	-----	Hamsa30	MFC-P	Sem trabalho	-----	Fati22	MAF-S	Empregada doméstica	-----
Fati5	MAF-S	Empregada doméstica	-----	Hadjara25	MFC-P	Sem trabalho	-----	Bibá23	MFC-S	Empregada doméstica	-----
Saady5	Sazonal	Sem trabalho	-----	Hamsou32	MFC-P	Sem trabalho	-----	Hadiara24	MAF-P	Empregada doméstica	-----
Zara7	MAF-S	Empregada doméstica	-----	Rachida37	MFC-S	Empregada doméstica	Recasement	Houmou25	MAF-S	Sem trabalho	-----
Roukeya8	MAF-S	Empregada doméstica	-----	Mariama38	MFC-P	Vendedora de kopto e batata-doce	-----	Hamsatou9	MFC-P	Sem trabalho	-----
Saafi18	MAF-P	Vendedora de cana-de-açúcar	Em frente à sua palhota	Hadjo39	MAF-S	-----	-----	Haoua10	MAF-P	Vendedora de guloseimas	Em frente à sua palhota
Kaadi19	MAF-P	Empregada doméstica	Recasement	Fati40	MAF-S	Vendedora de panquecas	-----	Salamatou11	MFC-P	Sem trabalho	-----
Djamila20	MAF-S	Empregada doméstica	-----	Fati41	MFC-P	Sem trabalho	-----	Hadiza1	MFC-P	Sem trabalho	-----
Salamatou1	MFC-P	Sem trabalho	-----	Nafissa43	MFC-P	Sem trabalho	-----	Amina2	MAF-S	Sem trabalho	-----
Aïssa2	MAF-S	Empregada doméstica	Yantala	Aïssa44	MFC-P	Sem trabalho	-----	Hadjara3	MFC-P	Sem trabalho	-----
Saafia3	MFC-S	Sem trabalho	-----	Bintá56	MAF-S	Empregada doméstica	Recasement	Hadiza5	MAF-P	Empregada doméstica	Nouveau Pavé
Teyrou12	MAF	Sem trabalho	-----	Kaadi75	MFC-S	Empregada doméstica	Recasement	Aïchatou6	MAF	Pratica mendicância a	Nouveau Pavé
Haoua13	MFC-S	Sem trabalho	-----	Haoua86	MAF-P	Vendedora de guloseimas	Em frente à sua palhota	Alima7	MFC-P	Empregada doméstica	Dar-es-Salam
Aïssa14	MFC-P	Empregada doméstica	-----	Manou91	MFC-P	Sem trabalho	-----	Amina8	MFC-P	Sem trabalho	-----
Nafissa15	MAF-S	Empregada doméstica	-----	Rachida93	MAF-S	Empregada doméstica	Grand Marché	Salamatou9	MAF-P	Empregada doméstica	Onde calha
Mariama16	MAF-S	Empregada doméstica	-----	Maïmouna98	MFC-S	Empregada doméstica	Yantala	Alima111	MAF-S	Empregada doméstica	Plateau
Haoua105	MAF-S	Empregada doméstica	Recasement	AdamaN	MAF-P	Empregada doméstica	Recasement	AsmatouM	MAF-P	Empregada doméstica	Korey Bangou
Fati106	MAF-S	Empregada doméstica	Dar-es-Salam	AlimaI	MAF-S	Empregada doméstica	-----	Kaltouma10	MFC	Aprende costura numa oficina de formação profissional dos Guerreiros de Deus	-----

<b>Fati114</b>	MAF-S	Sem trabalho	-----	<b>Roukeya15</b>	MFC	Empregada doméstica	Nouveau Pavé	<b>NafissaK</b>	MAF-P	Empregada doméstica	Bobiel
<b>Manou121</b>	MAF-S	Sem trabalho	-----	<b>ZéliII</b>	MAF	Empregada doméstica		<b>Raki12</b>	MFC-S	Sem trabalho	-----
<b>Mariama122</b>	MAF-S	Sem trabalho	-----	<b>FatiIII</b>	MAF-P	Empregada doméstica	-----	<b>AdamaZ</b>	MAF	Empregada doméstica	Nouveau Pavé
<b>Salamatou123</b>	MAF-S	Empregada doméstica	Recasement	<b>HadizaV</b>	MAF-P	-----		<b>Hassi20</b>	MFC-P	Vendedora de kopto	Em frente à sua palhota
<b>Kaadi128</b>	MAF-P	Vendedora de kopto	-----	<b>MariamaVI</b>	MAF-S	Empregada doméstica	Dar-es-Salam	<b>Zeïnabou85</b>	MFC-P	Vendedora de kopto	Em frente à sua palhota
<b>Rabi129</b>	MAF-S	Sem trabalho	-----	<b>FatiVII</b>	-----	Empregada doméstica	-----	<b>Kadidja19</b>	MAF-S	Vendedora de cuscuz e couve	Em frente à sua palhota
<b>Fati130</b>	Sazonal	Vendedora de feijão Bambara	-----	<b>Djama11</b>	MAF-S	Empregada doméstica	-----	<b>RoukeyaY</b>	MAF-P	Sem trabalho	-----
<b>Oumou144</b>	MAF-P	Sem trabalho	-----	<b>Raki12</b>	MFC-S	Sem trabalho	-----	<b>Bibá17</b>	MAF-S	Vendedora de batata-doce	Em frente à sua palhota
<b>Nafissa63</b>	MAF-P	Empregada doméstica	-----	<b>Bibá4</b>	MFC-S	Sem trabalho	-----	<b>DjamilaX</b>	MAF	Sem trabalho	-----
<b>Bouli71</b>	MAF-S	Empregada doméstica	Onde calha	<b>Zouèra13</b>	MFC-P	Sem trabalho	-----				

**Quadro 18 – Localização das CPN**

NOME	TIPO DE MIGRAÇÃO	LOCALIZAÇÃO DO MARIDO	Nº DE FILHOS	CUIDADOS DURANTE AS GRAVIDEZES CPN		
Aïssa2	MAF-S	Migração internacional	2	USPCD		
Aïssa21	MFC-S	Dar-es-Salam/Niamey	5	USPCD		
Houmou25	MAF-S	Migração internacional	1	USPCD		
Maïmouna98	MFC-S	Katako/Niamey	12	PMI Loga	CSI Sargadji	
Zara7	MAF-S	Sargadji	3	CSI Sargadji		
AdamaZ	MAF	Abandonada	7			
HadizaV	MAF-P	Migração internacional	5	CSI Sargadji	USPM	
Domo5	MAF-S	-----	-----	CSI Sargadji		
Amina5	MAF-S	Migração internacional	-----	CSI Sargadji		
NafissaK	MAF-P	Separada ou mãe solteira	1	CSI Sargadji		
ZéliII	MAF	Separada ou marido em Sargadji	3	CSI Sargadji		
Alimal11	MAF-P	Abandonada	5	CSI Sargadji		
MariamaVI	MAF-S	Migração internacional	1	CSI Sargadji		
Nafissa63	MAF-P	Abandonada	3	CSI Sargadji		
RoukeyaY	MAF-P	Separada	1	CSI Sargadji		
Fati22	MAF-S	Divorciada	2	USPCD		
Haoua13	MFC-S	Dar-es-Salam/Niamey	2	USPCD		
Teyrou12	MAF-P	Migração internacional	4	USPCD		
Saadya4	MAF-S	Migração internacional	3	CSI Sargadji		
Kaadi75	MFC-S	Niamey	6	CSI Sargadji		
Bibá23	MFC-S	Dar-es-Salam/Niamey	2	USPCD		
Hadiara24	MAF-P	Divorciada	2	USPCD		
Fati5	MCF-S	Boukoki/Niamey	-----	CSI Sargadji	CSI Recasement	
Saadya5	MAF-S	Say	-----	CSI Sargadji	CSI Recasement	
Djamila20	MAF-S	Migração internacional	3	CSI Sargadji	Maternidade Yantala	
Mariama122	MAF-S	Migração internacional	1	CSI Sargadji	Maternidade Yantala	
Salamatou123	MAF-S	Migração internacional	1	CSI Sargadji	CSI Recasement	
Alimal	MAF-S	Migração internacional	4	CSI Sargadji	CSI Recasement	
FatiIII	MAF-P	Migração internacional	4	Maternidade Yantala	CSI Sargadji	USPM
Saafi18	MAF-P	Divorciada	9	CSI Aviation	CSI Abidjan	PMI de Loga
Kaadi19	MAF-P	Divorciada	4	CSI Sargadji	Maternidade Yantala	
Haoua86	MAF-P	Separada	3	Maternidade de Dar-es-Salam		
Saafia3	MFC-S	Dar-es-Salam/Niamey	1	CSI Recasement		
Aïssa14	MFC-P	Dar-es-Salam/Niamey	1	Maternidade Yantala		
Nafissa15	MAF-S	Migração internacional	Grávida primípara	CSI Recasement		
Haoua10	MAF-P	Torodi	3	CSI Recasement		

Salamatou11	MFC-P	Separada	Grávida múltipara		Maternidade Yantala
DjamilaX	MAF	Separada	1		Maternidade Yantala
Zeinabou85	MFC-P	Niamey	5		Maternidade Yantala
AsmatouM	MAF-P	Viúva	1		Maternidade Yantala
Nafissa43	MFC-P	Dar-es-Salam/Niamey	4		CSI Recasement
Hamsatou9	MFC-P	Dar-es-Salam/Niamey	3		Maternidade Yantala
Roukeya8	MAF-S	Migração internacional	3		Maternidade Yantala
Salamatou1	MCF-P	Niamey	2		CSI Recasement
Oumou144	MAF-P	Abandonada	6		CSI Sargadji
Raki12	MCF-S	Niamey	1		USPCD
FatiVII	MAF-S	Migração internacional	2		CSI Sargadji

### Quadro 19 – «Protocolo» das CPN nigerinas

INTERVENÇÕES CLÍNICAS DURANTE AS CPN			
Medições	Tensão arterial		
	Temperatura		
	Pesagem		
Exame sumário	Medição da altura uterina [ou palpação abdominal]		
	Auscultação do batimento cardíaco do feto		
	Toque vaginal		
Análises	Sanguíneas	DST	VIH-SIDA
			Sífilis
		Urina	Hemograma
	Factor Rh		
	Grupo sanguíneo		
	Glicémia		
	Albumina		
Educação para a saúde			
Ecografia			
Micronutrientes	Ferro		
Vacina contra o tétano			
Protocolo para zonas de malária endémica	Entrega de rede mosquiteira		
	Profilaxia anti palúdica		
Tratamento antelmítico preventivo			

**Quadro 20 – Intervenções clínicas no âmbito das CPN no CSI Sargadji**

ANTES DA INTRODUÇÃO DA POLÍTICA DE GRATUIDADE	APÓS INTRODUÇÃO DA POLÍTICA DE GRATUIDADE								
	Variante nº1	Variante nº2	Variante nº3	Variante nº4	Variante nº5	Variante nº6	Variante nº7	Variante nº8	Variante nº9
Medição da tensão									
	Pesagem						Pesagem		
Medição da barriga									
								Auscultação do batimento cardíaco do feto	
Exames de sangue			Exames de sangue	Exames de sangue	Exames de sangue	Exames de sangue			Exames de Sangue
Micronutrientes em ferro	Micronutrientes em ferro	Micronutrientes em ferro	Micronutrientes em ferro	Micronutrientes em ferro	Receita médica para micronutrientes em ferro	Micronutrientes em ferro			
Vacina do tétano									
Rede mosquiteira						Rede mosquiteira	Rede mosquiteira		Rede mosquiteira
Anti palúdico preventivo	Anti palúdico preventive	Anti palúdico preventivo	Anti palúdico preventivo			Receita médica para anti palúdico preventivo	Anti palúdico preventivo		

**Quadro 21 – Intervenções Clínicas no âmbito das CPN no CSI**

ANTES DA INTRODUÇÃO DA POLÍTICA DE GRATUIDADE	APÓS INTRODUÇÃO DA POLÍTICA DE GRATUIDADE				
	Variante nº1	Variante nº3	Variante nº4	Variante nº5	Variante nº6
Medição da barriga					
Exames de sangue				Exames de sangue [NA]	Exames de sangue [NA]
Micronutrientes em ferro				Micronutrientes em ferro	Micronutrientes em ferro
	Vacina do tétano	Vacina do tétano	Vacina do tétano	Vacina do tétano	
Anti palúdico preventive	Anti palúdico preventive	Anti palúdico preventivo	Anti palúdico preventivo	Anti palúdico preventivo	Anti palúdico preventive
		Rede mosquiteira			

**Quadro 22 – Intervenções clínicas no âmbito das CPN no CSI Recasement**

ANTES DA INTRODUÇÃO DA POLÍTICA DE GRATUIDADE	APÓS INTRODUÇÃO DA POLÍTICA DE GRATUIDADE				
	Variante nº1	Variante nº2	Variante nº3	Variante nº4	Variante nº5
	Auscultação do batimento cardíaco do feto				
	Exames de sangue	Exames de sangue	Exames de sangue	Exames de sangue [NA]	Exames de sangue [NA]
			Exames de urina		
		Receita médica para micronutrientes em ferro	Micronutrientes em ferro		Micronutrientes em ferro
		Receita médica para anti palúdico preventivo	Anti palúdico preventivo		Anti palúdico preventivo

**Quadro 23 – Intervenções clínicas no âmbito das CPN na maternidade Yantala**

ANTES DA INTRODUÇÃO DA POLÍTICA DE GRATUIDADE	APÓS INTRODUÇÃO DA POLÍTICA DE GRATUIDADE						
	Variante nº1	Variante nº2	Variante nº3	Variante nº4	Variante nº5	Variante nº6	Variante nº7
					Pesagem	Pesagem	
					Medição da altura uterina	Palpação abdominal	Palpação abdominal
	Auscultação do batimento cardíaco do feto				Auscultação do batimento cardíaco do feto	Auscultação do batimento cardíaco do feto	
Toque vaginal							
Exames de sangue	Credencial para exames de sangue	Exames de sangue	Credencial para exames de sangue	Exames de sangue	Exames de sangue	Exames de sangue	Exames de sangue
	Exames de urina	Exames de urina	Credencial para exames de urina				Exames de urina
	Micronutrientes em ferro	Receita médica para micronutrientes em ferro					
	Receita médica para anti palúdico preventivo	Receita médica para anti palúdico preventivo					
					Observação das pálpebras [anemia]	Observação das pálpebras [anemia]	
							Roupa de criança

**Quadro 24 – Cuidados terapêuticos durante as gravidezes**

NOME	TIPO DE MIGRAÇÃO	LOCALIZAÇÃO DO MARIDO	Nº DE FILHOS	CUIDADOS DURANTE AS GRAVIDEZES		
				CPN	Marabuto	Plantas medicinais
Aïssa2	MAF-S	Migração internacional	2	USPCD		
Aïssa21	MFC-S	Dar-es-Salam/Niamey	5	USPCD		
Houmou25	MAF-S	Migração internacional	1	USPCD		
Maïmouna98	MFC-S	Katako/Niamey	12	PMI Loga	CSI Sargadji	
Zara7	MAF-S	Sargadji	3	CSI Sargadji		
AdamaZ	MAF	Abandonada	7	CSI Sargadji		
HadizaV	MAF-P	Migração internacional	5	CSI Sargadji	USPM	
Domo5	MAF-S	-----	-----	CSI Sargadji		
Amina5	MAF-S	Migração internacional	-----	CSI Sargadji		
NafissaK	MAF-P	Separada ou mãe solteira	1	CSI Sargadji		
ZéliII	MAF	Separada ou marido em Sargadji	3	CSI Sargadji		
Alima111	MAF-P	Abandonada	5	CSI Sargadji		
MariamaVI	MAF-S	Migração internacional	1	CSI Sargadji		
Nafissa63	MAF-P	Abandonada	3	CSI Sargadji		
RoukeyaY	MAF-P	Separada	1	CSI Sargadji		
Fati22	MAF-S	Divorciada	2	USPCD		
Haoua13	MFC-S	Dar-es-Salam/Niamey	2	USPCD		
Teyrou12	MAF-P	Migração internacional	4	USPCD		
Saadya4	MAF-S	Migração internacional	3	CSI Sargadji		
Kaadi75	MFC-S	Niamey	6	CSI Sargadji		
Bibá23	MFC-S	Dar-es-Salam/Niamey	2	USPCD		
Hadiara24	MAF-P	Divorciada	2	USPCD		
Fati5	MCF-S	Boukoki/Niamey	-----	CSI Sargadji	CSI Recasement	
Saadya5	MAF-S	Say	-----	CSI Sargadji	CSI Recasement	
Djamila20	MAF-S	Migração internacional	3	CSI Sargadji	Maternidade Yantala	
Mariama122	MAF-S	Migração internacional	1	CSI Sargadji	Maternidade Yantala	
Salamatou123	MAF-S	Migração internacional	1	CSI Sargadji	CSI Recasement	
AlimaI	MAF-S	Migração internacional	4	CSI Sargadji	CSI Recasement	
FatiIII	MAF-P	Migração internacional	4	Maternidade Yantala	CSI Sargadji	USPM
Saafi18	MAF-P	Divorciada	9	CSI Aviation	CSI Abidjan	PMI de Loga
Kaadi19	MAF-P	Divorciada	4	CSI Sargadji	Maternidade Yantala	
Haoua86	MAF-P	Separada	3	Maternidade de Dar-es-Salam		
Saafia3	MFC-S	Dar-es-Salam/Niamey	1	CSI Recasement		
Aïssa14	MFC-P	Dar-es-Salam/Niamey	1	Maternidade Yantala		
Nafissa15	MAF-S	Migração internacional	Grávida	CSI Recasement		



			primípara			
Haoua10	MAF-P	Torodi	3	CSI Recasement		X
Salamatou11	MFC-P	Separada	Grávida múltípara	Maternidade Yantala	X	
DjamilaX	MAF	Separada	1	Maternidade Yantala		
Zeinabou85	MFC-P	Niamey	5	Maternidade Yantala		
AsmatouM	MAF-P	Viúva	1	Maternidade Yantala		X
Nafissa43	MFC-P	Dar-es-Salam/Niamey	4	CSI Recasement		X
Hamsatou9	MFC-P	Dar-es-Salam/Niamey	3	Maternidade Yantala	X	
Roukeya8	MAF-S	Migração internacional	3	Maternidade Yantala		
Salamatou1	MCF-P	Niamey	2	CSI Recasement	X	
Oumou144	MAF-P	Abandonada	6	CSI Sargadji		X
Raki12	MCF-S	Niamey	1	USPCD		
FatiVII	MAF-S	Migração internacional	2	CSI Sargadji		

**Quadro 25 – Valores Pagos relativamente às CPN**

NOME	CUSTOS EM CONTEXTO DE GRATUIDADE			
	Boletim	Exames		Consulta
		Sangue	Urina	
Aïssa2	500 FCFA	Não fez		
Saafia3	X	Não pagou		
Haoua13	200 FCFA [com plastificação]			
AlimaI	150 FCFA	1000 FCFA		
Haoua10	500 FCFA	VIH-SIDA	X	
Salamatou11	500 FCFA	VIH-SIDA	300 FCFA	
Aïssa21	600 FCFA	Não pagou		
Bibá23	300 FCFA	X		
Domo5	100 FCFA			
Amina5	100 FCFA			
Saadya5	100 FCFA	Não pagou		
Fati5	100 FCFA	Não pagou		
Oumou144	0 FCFA	Não pagou		
NafissaK	0 FCFA	Não fez		
Nafissa43		1200 FCFA		
Alima111	25 FCFA	Não fez		
AsmatouM	500 FCFA	2500 FCFA		
Roukeya8	125 FCFA	Não pagou		
Kaadi19	125 FCFA	Não pagou		
RoukeyaY	X			
Djamila20	150 FCFA	Não fez		
Nafissa63	50 FCFA			
DjamilaX	700 FCFA	1200 FCFA		
Hadiara24	1300 FCFA	Não fez		
Mariama122	Não pagou	Não fez		
Mariama122		1100 FCFA		
MariamaVI	100 FCFA			5 FCFA
Salamatou123	25 FCFA	Não fez		
Salamatou123		1000 FCFA		
Nafissa15	150 FCFA	1000 FCFA		
Saadya4	125 FCFA	Não pagou		

**Quadro 26 – Os Partos das Mulheres Migrantes**

NOME	Nº DE FILHOS	PARTOS REALIZADOS NO INTERIOR DE UMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA		PARTOS REALIZADOS NO EXTERIOR DE NUMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	
		LOCAL	ASSISTÊNCIA	LOCAL	ASSISTÊNCIA
Aïssa2	2			Casa Damana	Vizinhas Enfermeiro
Aïssa21	5	USPCD	Agente de saúde [ASC]	Casa Damana	
Houmou25	1			Casa Damana	Matrona
Zara7	3	CSI Sargadji	Enfermeiro Matrona		
AdamaZ	7			Casa Sargadji	Matrona
Domo5	-----	CSI Sargadji	Matrona		
Amina5	-----	CSI Sargadji	Matrona		
NafissaK	1	CSI Sargadji	Mulher		
ZéliII	3	CSI Sargadji	Matrona	Casa Sargadji	
Alima111	5	CSI Sargadji	Matrona		
MariamaVI	1	CSI Sargadji	Sage-femme Matrona		
Nafissa63	3	CSI Sargadji	Matrona		
RoukeyaY	1	CSI Sargadji	Sage-femme		
Raki12	1	USPCD			
Fati22	2	USPCD	Agente de saúde [ASC]	Casa da mãe	Mãe Matrona Vizinhas
Haoua13	2			Casa Damana	Anciã
Teyrou12	4	USPCD			
Saadya4	3	Maternidade Yantala CSI Sargadji	Enfermeira Sage-femme Matrona		
Kaadi75	6	CSI Sargadji	Matrona	Casa Sargadji	
Bibá23	2	Niamey USPCD Maternidade Yantala	Agente de saúde [ASC]	Casa Damana	Matrona
Hadiara24	2			Casa Damana	Mãe Anciã
Djamila20	3	CSI Sargadji	Major Sage-femme Matrona		

Mariama122	1	CSI Sargadji			
Salamatou123	1	CSI Sargadji			
AlimaI	4	CSI Sargadji			
		Maternidade Yantala			
Saafi18	9	PMI Loga		Casa Sargadji	
		CHRP	Mulheres	Casa Bairro Aéroport	Enfermeiro
		Maternidade Dan Gao	Mulheres		
Kaadi19	4	CSI Sargadji	Matrona		
		CHRP			
Haoua86	3	Maternidade Dar-es-Salam	Sages-femmes	Casa da mãe Ballèyara	Marabuto
Saafia3	1	USPCD			
Aïssa14	1 + vários	Maternidade Yantala		Casa Damana	Sozinha Cunhada
Haoua10	3	Maternidade Yantala		Transumância Tillabéry	Avó
				Bouka Dar-es-Salam	Vizinhas das bouka
Salamatou11	Grávida múltipara	Maternidade Yantala	Mulheres	Bouka Bobiel	Sozinha
DjamilaX	1			Bouka Dar-es-Salam	Mãe [Bouli71] Haoua86
Zeïnabou85	5	Maternidade Yantala	Sages-femmes	Bouka Château 1 [Plateau]	
AsmatouM	1	CSI Sargadji	Matrona		
Nafissa43	4	Maternidade Dar-es-Salam	Sages-femmes	Bouka Niamey	
Hamsatou9	4	Maternidade Yantala	Sage-femme	Casa da mãe Kwara Béri	Enfermeiro
			Enfermeira	Bouka Dar-es-Salam	
Roukeya8	3	CSI Sargadji	Enfermeiro		
			Matrona		
Salamatou1	2	Maternidade Yantala	Sages-femmes		
FatiVII	2	CSI Sargadji	Matrona		
Oumou144	6	CSI Sargadji			
Haoua105	6	CSI Sargadji			
Maïmouna98	12	CSI Sargadji		Casa Sargadji	
AdamaN	6	CSI Sargadji		Casa Sargadji	
Saadya5	-----	CSI Sargadji	Matrona		
Fati5	-----	CSI Sargadji	Matrona		
FatiIII	4	PMI Loga		Casa Sargadji	
		USPM			
HadizaV	5	USPM		Casa Sargadji	
				Casa Costa do Marfim	

**Quadro 27 – Custos associados aos partos**

NOME	LOCAL DO PARTO	ASSISTÊNCIA	CUSTO	TERAPIAS COMPLEMENTARES		NOME	LOCAL DO PARTO	ASSISTÊNCIA	CUSTO	TERAPIAS COMPLEMENTARES	
<b>Saadya4</b>	CSI Sargadji	Sage-femme	1000 FCFA + 200 FCFA [sabão] foi sempre o marido ou a família do marido a pagar			<b>RoukeyaY</b>	CSI Sargadji	Sage-femme	A família do marido pagou		
		Matrona									
<b>Domo5</b>	CSI Sargadji	Matrona	1000 FCFA			<b>Djamila20</b>	CSI Sargadji	Major	1000 FCA	Marabuto	
								Sage-femme			
								Matrona			
<b>Fati5</b>	CSI Sargadji	Matrona	1000 FCFA			<b>AdamaN</b>	CSI Sargadji	Matronas	2000 FCFA	Marabuto	
<b>Amina5</b>	CSI Sargadji	Matrona	1000 FCFA			<b>Oumou144</b>	CSI Sargadji			Marabuto	Zimma
<b>Saadya5</b>	CSI Sargadji	Matrona	1000 FCFA			<b>Maïmouna98</b>	Casa Sargadji			Marabuto	Zimma
<b>Zara7</b>	CSI Sargadji	Enfermeiro	Foi sempre o marido que pagou. Não sabe o valor			<b>ZéliII</b>	Casa Sargadji				
		Matrona									
<b>Nafissa63</b>	CSI Sargadji	Matrona	1000 FCFA + 2 sabões	Marabuto		<b>AdamaZ</b>	Casa Sargadji	Matrona			
<b>Roukeya8</b>	CSI Sargadji	Enfermeiro	Foi sempre o marido que pagou. Não sabe os valores que foram pagos			<b>Saafia3</b>	USPCD				
		Matrona									
<b>Teyrou12</b>						<b>Teyrou12</b>	USPCD		1000 FCFA		
<b>Kaadi19</b>	CSI Sargadji	Matrona	1300 FCFA			<b>Aïssa21</b>	USPCD	Agente de saúde [ASC]	2 sabões e um pernil de cordeiro assado durante a cerimónia de atribuição de nome	Marabuto	
<b>Kaadi75</b>	CSI Sargadji	Matronas	1500 FCFA + 2 sabões	Marabuto	Plantas medicinais	<b>Fati22</b>	USPCD	Agente de saúde [ASC]	Não pagou		
<b>Haoua105</b>	CSI Sargadji					<b>Bibá23</b>	USPCD	Agente de saúde			

								[ASC]		
<b>Maïmouna98</b>	CSI Sargadji			Marabuto	zimma	<b>Aïssa2</b>	Casa Damana	Vizinhas Enfermeiro		Plantas medicinais
<b>Mariama122</b>	CSI Sargadji		1000 FCFA + 2 sabões + 200 FCFA [registro civil]			<b>Haoua13</b>	Casa Damana	Anciã		
<b>Salamatou123</b>	CSI Sargadji		1000 FCFA + 2 sabões	Plantas	Marabuto	<b>Houmou25</b>	Casa Damana	Matrona	500 FCFA [sabão] + um pouco de milho	
<b>ZéliII</b>	CSI Sargadji	Enfermeiro	A família do marido pagou			<b>Hadiara24</b>	Casa Damana	Mãe Anciã		
<b>MariamaVI</b>	CSI Sargadji	Sage-femme Matrona	2400 FCFA + 2 sabões			<b>Aïssa21</b> <b>Fati22</b>	Casa Damana Casa Damana	Mãe Matrona Vizinhas		Marabuto
<b>AlimaI</b>	CSI Sargadji					<b>Salamatou1</b>	Maternidade Yantala	Sages-femmes	2000 FCFA	Plantas Marabuto 2000 FCFA
<b>FatiVII</b>	CSI Sargadji	Matrona	1000 FCFA + 2 sabões			<b>Hamsatou9</b>	Bouka Dar-es-Salam			
<b>NafissaK</b>	CSI Sargadji	Mulher	A família do marido pagou			<b>Zeïnabou85</b>	Bouka Château 1			
<b>AsmatouM</b>	CSI Sargadji	Matrona	1350 FCFA			<b>Nafissa43</b>	Bouka Niamey			
<b>Alima111</b>	CSI Sargadji	Matrona	2000 FCFA + 2 sabões LAVIBEL	Plantas	Marabuto	<b>Haoua86</b>	Casa da mãe Ballèyara			Marabuto Zimma
<b>Haoua10</b>	M. Yantala		3000 FCFA + 200 FCFA [sabão] + 500 FCFA [luvas] + 1000 FCFA [lixívia]			<b>Hamsatou9</b>	Casa Kwara Béri	Enfermeiro		
<b>Hamsatou9</b>	M. Yantala	Sage-femme Enfermeira	2200 FCFA. Não deixam as mulheres saírem sem pagar a cama, as luvas e			<b>Haoua10</b> <b>Haoua10</b>	Transumância Tillabéri Bouka Dar-es-Salam	Avó Vizinhas das bouka		

			ainda passam receitas médicas						
<b>Zeinabou85</b>	Maternidade Yantala	Sages-femmes	2500 FCFA + sabões		<b>DjamilaX</b>	Bouka Dar-es-Salam	Mãe <b>Haoua87</b>		
<b>Salamatou11</b>	Maternidade Yantala	Mulheres	O pai pagou o parto		<b>Saafi18</b>	Casa Bairro Aéroport	Enfermeiro		
<b>Teyrou12</b>	Maternidade Yantala	Enfermeira	1000 FCFA		<b>Kaadi75</b>	Niamey		3000 FCFA + 500 FCFA [luvas] + 600 FCFA [lixívia]	
<b>Bibá23</b>	Maternidade Yantala		8000 FCFA						
<b>AlimaI</b>	Maternidade Yantala		2000 FCFA + luvas						
<b>Saafi18</b>	CHRP	Mulheres							
<b>Kaadi19</b>	CHRP								
<b>Saafi18</b>	Maternidade Dan Gao	Mulheres	2100 FCFA						
<b>Nafissa43</b>	Maternidade Dar- es-Salam	Sages-femmes	O marido é que pagou						
<b>Haoua86</b>	Maternidade Dar-es-Salam	Sages-femmes		Marabuto	Zimma				

**Quadro 28 – Principais plantas medicinais usadas no âmbito da saúde reprodutiva**

<b>NOME LOCAL</b>	<b>NOME CIENTÍFICO</b>	<b>PROPRIEDADES TERAPÊUTICAS</b>
<i>Ganda damsi</i>	<u>Tephrosia lupinifolia</u>	É um fortificante. Também facilita o parto e trata as hemorroidas que surgem no período pós-parto
<i>Bang izé</i>		Facilita o parto e trata as hemorroidas que surgem no período pós-parto
<i>Guéri damsi</i>		
<i>Farey</i>	<u>Khaya senegalensis</u>	Ajuda a criança a nascer limpa
<i>Kosay</i>	<u>Piliostigma reticulatum</u>	É um adstringente [pós-parto]
<i>Hay ga hampa ou namari</i>	<u>Bauhinia rufescens</u>	Favorece o desenvolvimento do feto
<i>Baani</i>	<u>Acacia nilotica</u>	É um adstringente [pós-parto]
<i>Guitti</i>	<u>Schwenkia americana</u>	Combate a elevada pressão arterial
<i>Makka baani</i>	<u>Parkinsonia aculeate</u>	Tem propriedades abortivas; ajuda a limpar o útero no pós-parto
<i>Zaaki</i>	<u>Abrus precatorius</u>	Combate a perda de peso
<i>Ganda kassi</i>	<u>Glossonema boveanum</u>	Combate a insuficiência de produção de leite materno
<i>Fullan yollo</i>	<u>African asparagus</u>	É dada à mulher logo após o parto para ajudar a limpar o útero. Também utilizada no tratamento de DST como a gonorreia e sífilis
<i>Tondifara</i>	<u>Gardenia sokotensis</u>	É um fortificante durante a gravidez
<i>Koira tambo</i>	<u>Abutilon pannosum</u>	É consumida a partir do sexto ou sétimo mês de gravidez para facilitar o trabalho de parto



**Quadro 29 – Trajetórias terapêuticas**

NOME	TIPO DE MIGRAÇÃO	CPN		PARTO		CURANDEIROS DITOS TRADICIONAIS		PLANTAS MEDICINAIS
						MARABUTO	ZIMMA	
Aïssa2	MAF-S	USPCD		Casa – Damana		X		X
Aïssa21	MFC-S	USPCD		USPCD	Casa - Damana	X		
Houmou25	MAF-S	USPCD		Casa – Damana				
Maïmouna98	MFC-S	PMI Loga	CSI Sargadji	CSI Sargadji	Casa - Sargadji	X	X	
Zara7	MAF-S	CSI Sargadji		CSI Sargadji				
AdamaZ	MAF	CSI Sargadji		CSI Sargadji	Casa - Sargadji			
HadizaV	MAF-P	CSI Sargadji	USPCM	Casa - Sargadji	USPCM			
Domo5	MAF-S	CSI Sargadji		CSI Sargadji				
Amina5	MAF-S	CSI Sargadji		CSI Sargadji				
NafissaK	MAF-P	CSI Sargadji		CSI Sargadji				
ZéliII	MAF	CSI Sargadji		CSI Sargadji	Casa - Sargadji			
Alima111	MAF-P	CSI Sargadji		CSI Sargadji		X		X
MariamaVI	MAF-S	CSI Sargadji		CSI Sargadji				
Nafissa63	MAF-P	CSI Sargadji		CSI Sargadji	-----	X		X
RoukeyaY	MAF-P	CSI Sargadji		CSI Sargadji				X
Fati22	MAF-S	USPCD		CSI Sargadji	Casa da mãe - Damana	X		
Haoua13	MFC-S	USPCD		Casa - Damana				
Teyrou12	MAF-P	USPCD		CSI Sargadji	Maternidade Yantala			
Saadya4	MAF-S	CSI Sargadji		CSI Sargadji				
Kaadi75	MFC-S	CSI Sargadji		CSI Sargadji	Casa Sargadji	Niamey	X	X
Bibá23	MFC-S	USPCD		USPCD	Maternidade Yantala			
Hadiara24	MAF-P	USPCD		Casa – Damana		X		
Fati5	MCF-S	CSI Sargadji	CSI Recasement	CSI Sargadji				
Saadya5	MAF-S	CSI Sargadji	CSI Recasement	CSI Sargadji				
Djamila20	MAF-S	CSI Sargadji	Maternidade Yantala	CSI Sargadji		X		
Mariama122	MAF-S	CSI Sargadji	Maternidade Yantala	CSI Sargadji				X
Salamatou123	MAF-S	CSI Sargadji	CSI Recasement	CSI Sargadji		X		X
Alimal	MAF-S	CSI Sargadji	CSI Recasement	CSI Sargadji	Maternidade Yantala			

FatiIII	MAF-P	Maternidade Yantala	CSI Sargadji	USPCM	PMI Loga	Casa - Sargadji			USPCM			
Saafi18	MAF-P	CSI Aviation	CSI Abidjan	PMI Loga	Casa Sargadji	PMI Loga	Casa Aéroport	Maternidade Dan Gao	CHRP	X		
Kaadi19	MAF-P	CSI Sargadji		Maternidade Yantala	CSI Sargadji		CHRP					
Haoua86	MAF-P	Maternidade de Dar-es-Salam			Maternidade Dar-es-Salam		Casa da mãe - Ballèyara			X	X	X
Saafia3	MFC-S	CSI Recasement			USPCD							
Aïssa14	MFC-P	Maternidade Yantala			Maternidade Yantala	Casa - Damana						
Nafissa15	MAF-S	CSI Recasement			-----							
Haoua10	MAF-P	CSI Recasement			Maternidade Yantala	Bouka Dar-es-Salam	Transumância - Tillabéri		X			
Salamatou11	MFC-P	Maternidade Yantala			Maternidade Yantala	Bouka Bobiel	-----		X			
DjamilaX	MAF	Maternidade Yantala			Bouka Dar-es-Salam							
Zeinabou85	MFC-P	Maternidade Yantala			Maternidade Yantala	Bouka Château 1						
AsmatouM	MAF-P	Maternidade Yantala			CSI Sargadji							X
Nafissa43	MFC-P	CSI Recasement			Maternidade de Dar-es-Salam	Bouka						X
Hamsatou9	MFC-P	Maternidade Yantala			Maternidade Yantala	Bouka Dar-es-Salam	Casa da mãe - Kwara Béri		X			
Roukeya8	MAF-S	Maternidade Yantala			CSI Sargadji							
Salamatou1	MCF-P	CSI Recasement			Maternidade Yantala	-----			X		X	
Oumou144	MAF-P	CSI Sargadji			CSI Sargadji			X	X	X		
Raki12	MCF-S	USPCD			USPCD							
FatiVII	MAF-S	CSI Sargadji			CSI Sargadji							
Haoua105	MAF-S	-----			CSI Sargadji							
AdamaN	MAF-P	-----			CSI Sargadji							

**Quadro 30 – Principais indicadores sanitários do país**

INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA <sup>168</sup>		
<b>Características da habitação</b>		
Acesso a uma fonte de água potável	TOTAL	67 %
	RURAL	61 %
	URBANO	91 %
Acesso a latrinas melhoradas e não partilhadas	TOTAL	9 %
	RURAL	4 %
	URBANO	37 %
<b>Fecundidade</b>		
Número médio de filhos por mulher	TOTAL	7,6
	RURAL	8,1
	URBANO	5,6
Intervalos intergenésicos inferiores a 24 meses		24 %
Fecundidade entre os 15 e 19 anos		40 %
<b>Planeamento familiar</b>		
Utilização de métodos contraceptivos biomédicos	TOTAL	12 %
	RURAL	10 %
	URBANO	27 %
<b>Saúde da mulher</b>		
Cuidados pré-natais		83 %
Partos assistidos clinicamente		30 %
<b>Saúde da criança</b>		
Crianças que receberam o programa de vacinação completo		52 %
Crianças com menos de cinco anos	Atraso no crescimento	44 %
	Subdesenvolvimento ponderal	36 %
<b>Paludismo</b>		
Prevalência em crianças com menos de cinco anos		
Teste diagnóstico rápido	RURAL	4,6 %
	URBANO	20,7 %
Exame microscópico	RURAL	19,5 %
	URBANO	9,5 %
<b>VIH-SIDA</b>		
Prevalência na população		0,4 %
<b>Taxa de Mortalidade</b>		
Mulher		3,7 ‰
Homem		3,8 ‰
Infantil	TOTAL	127 ‰
	RAPARIGAS	56 ‰
	RAPAZES	73 ‰
Materna		535 ‰

<sup>168</sup> Fonte: INS-Niger (2013).