



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**Contraceção, só para “Mwanacadzi”: Sexualidade, Reprodução e Acesso aos Serviços de
Planeamento Familiar na cidade da Beira**

ANIFA GRACIETE VILANCULO

Maputo, Outubro de 2023

**Contracepção, só para “Mwanacadzi”: Sexualidade, Reprodução e Acesso aos Serviços de
Planeamento Familiar na cidade da Beira**

Dissertação como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
em Antropologia Social pela Universidade Eduardo Mondlane

BANCA EXAMINADORA:

Orientador

Professor Doutor Cristiano Matsinhe

O presidente

O oponente

Declaração

Declaro que o presente trabalho nunca foi apresentado para obtenção de qualquer grau, o mesmo é fruto da minha investigação, estando indicadas no texto e na lista de referências bibliográficas as fontes de informação utilizadas para a sua realização.

.....
Anifa Graciete Vilanculo

Maputo

2023

Dedicatória:

Para Isabel Loiane Vilanculo

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo dom da vida. Ao meu orientador Prof. Doutor Cristiano Matsinhe pela sua disponibilidade e paciência nos momentos cruciais da elaboração desta dissertação. Muito obrigado professor Cristiano pois contigo aprendi a acreditar em mim mesma e a dar passos firmes para que a finalização desta dissertação se tornasse uma realidade.

Ao corpo docente do Mestrado em Antropologia Social nomeadamente: Prof^a Doutora Carla Braga, Prof^a Doutora Esmeralda Mariano, Doutor Elísio Jossias, Doutora Margarida Paulo, Prof^a Doutora Sandra Manuel e Prof. Doutor Cristiano Matsinhe, sou imensamente grata por terem partilhado os vossos conhecimentos que com certeza fizeram crescer em mim o gosto pela Antropologia.

Aos professores Emídio Gune, Euclides Gonçalves e Elísio Jossias pelos comentários e sugestões que com certeza ajudaram-me a pensar, repensar e a encontrar o norte quando pensava que tudo estava perdido. “Quem dera tivesse aprendido mais”. Aos meus colegas e amigos, Américo Zandamela e Yolanda Manganhe pela amizade e pelos momentos de discussão que contribuíram significativamente para a melhoria do trabalho.

Agradeço de forma muito especial a minha mãe Isabel Vilanculo por ter ensinado a mim e aos meus irmãos o valor de ir a escola, a superar-se diante de cada obstáculo na vida e por ser aquela voz, aquela palavra que mudava tudo em meio aos meus medos durante o processo da realização deste trabalho. Obrigada mãe. Aos meus irmãos Soniza, Júlio e Cláudio pelo apoio incondicional.

Como os últimos são os primeiros, agradeço a todas as participantes desta pesquisa por terem partilhado suas experiências de vida, aberto a porta das suas vidas e casas para uma estranha e hoje nem tao estranha assim. Ao conselho municipal da cidade da Beira e aos serviços distritais de saúde mulher e acção social pelo todo apoio prestado, o meu muito obrigado.

Muito Obrigada.

Resumo

A presente pesquisa analisa o imaginário que permeia o uso de contracepção entre mulheres na cidade da Beira. A questão tem sido explorada na literatura em três abordagens. A primeira abordagem considera informação com factor importante para o conhecimento e uso dos métodos contraceptivos (Manuel 2007; Costa, et al 2013; Santos e Nogueira 2009 e Guimarães e Witter (2007). A segunda, abordagem aponta para a multiplicidade de factores que condicionam o uso da contracepção, (Brandão e Cabral 2017; Pedro et al, Carreno et al 2006; Durante 2012 e Pirrota, 2002). E a terceira, abordagem a ponta para as dinâmicas contextuais que determinam o uso da contracepção no quotidiano (Sive, 2018).

Esta literatura, se por um lado, permitem-nos compreender a informação como um factor relevante para o conhecimento e consequente uso dos métodos contraceptivos; reconheçam a presença da multiplicidade factores que condicionam o uso da contracepção e não obstante lógicas contextuais do uso da contracepção; por outro lado, ao assumirem uma análise fragmentada sobre o uso da contracepção, ficam por compreender como as lógicas que estruturam o uso da contracepção dialogam com as categorias sociais em determinados contextos sociais.

Para responder a esta pergunta, realizei uma pesquisa etnográfica na Cidade da Beira, na qual explorei as narrativas sobre trajetórias sexuais e reprodutivas das participantes, desde as práticas sexuais iniciais, o contacto com a contracepção, e do seu uso no quotidiano. A partir do material recolhido, mostro como apenas pessoas do sexo feminino consideradas “Mwanacadzi” são tidas como usuárias legítimas da contracepção em detrimento das “Mwana”, tidas como inelegíveis ou como usuárias ilegítimas da mesma. A referida distinção resulta de um imaginário dominante no contexto de pesquisa, um imaginário reforçado, de forma ambígua, pelos discursos e narrativas disseminados ao longo da história da vigência dos programas de Planeamento Familiar implementados no país.

O referido imaginário reconhece às “Mwanacadzi” a legitimidade para praticar relações sexuais e procriar motivo pelo qual podem ter a necessidade de prevenir uma gravidez, o que torna justificável e legítimo o uso da contracepção. De forma contrária, as “Mwanas” são consideradas inaptas ou sem legitimidade para praticar relações sexuais e procriar motivo que tornaria desnecessário e ilegítimo o recurso ao uso da contracepção por parte delas. A descoberta da busca ou uso de contracepção pelas “Mwana” ocasiona ostracização e discriminação das mesmas e das pessoas responsáveis por elas.

Nesse sentido, diferentemente dos estudos revisados sobre este assunto, a presente pesquisa para além de apontar para a relevância da contextualização da contracepção para compreender a sua aceitabilidade e uso; nos ajuda a perceber como a aceitabilidade e o uso da contracepção, são condicionados pelo reconhecimento da legitimidade para praticar relações sexuais que tornaria legítimo o uso da contracepção.

Palavras-chaves: categorias sociais, legitimidade e aceitação social

Abstract

The present research analyzes the imaginary that permeates the use of contraception among women in the city of Beira. The issue has been explored in the literature in three ways. The first considers information as an important factor for the knowledge and use of contraceptive methods (Manuel 2007; Costa, et al 2013; Santos and Nogueira 2009 and Guimarães and Witter (2007). The second points to the multiplicity of factors that condition the use of contraception, (Brandão and Cabral 2017; Pedro et al, Carreno et al 2006; Durante 2012 and Pirrota, 2002). And the third, the tip to the contextual dynamics that determine the use of contraception in everyday life (Sive, 2018).

Such literature, if on the one hand, allow us to understand information as a relevant factor for the knowledge and consequent use of contraceptive methods; recognize the presence of the multiplicity of factors that condition the use of contraception and despite the contextual logics of the use of contraception; on the other hand, by assuming a fragmented analysis of the use of contraception, they fail to understand how the logics that structure the use of contraception dialogue with social categories in certain social contexts.

To answer this question, I carried out ethnographic research in the City of Beira, the research explores narratives about the sexual and reproductive trajectories of the participants, from the initial sexual practices, the contact with contraception, the narratives about its use in everyday life. Based on the research material, I show how only female people considered “Mwanacadzi” are considered legitimate users of contraception to the detriment of “Mwana”, considered ineligible or illegitimate users of it. This distinction results from a dominant imaginary in the research context, an imaginary reinforced, in an ambiguous way, by the discourses and narratives disseminated throughout the history of the Family Planning programs implemented in the country.

This imaginary recognizes the legitimacy of the “Mwanacadzi” to practice sexual relations and procreate, which is why they may need to prevent pregnancy, which makes the use of contraception justifiable and legitimate. On the contrary, the “Mwana” are considered unfit or without legitimacy to practice sexual relations and procreate a reason that would make their use of contraception unnecessary and illegitimate. The discovery of the search or use of contraception by the “Mwana” causes ostracization and discrimination against them and the people responsible for them.

In this sense, unlike the reviewed studies on this subject, the present research, in addition to pointing to the relevance of contextualizing contraception to understand its acceptability and use; helps us to understand how the acceptability and use of contraception are conditioned by the recognition of the legitimacy to practice sexual relations that would make the use of contraception legitimate.

Keywords: social categories, legitimacy and social acceptance

Siglas e Acrónimos

CIDP	Conferência Internacional para o Desenvolvimento da População
DIU	Dispositivo Intra-uterino
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IDS	Inquérito Demográfico de Saúde
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não-governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PF	Planeamento Familiar
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SNS	Serviço Nacional da Saúde
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNFPA	Fundos das Nações Unidas para a População.

Glossário de Termos da Língua Ndau e Sena que Configuram as Categorias Sociais e usadas no Contexto da Presente Pesquisa.

“Mwana”: é um termo usado para designar crianças de ambos os sexos, tidas como desprovidas de legitimidade para falar sobre ou praticar actos sexuais e assuntos associados. Ou para designar a pertença a uma categoria social de acordo com uma posição específica.

Djaha: é uma palavra da língua Ndau para se referir a pessoas do sexo masculino que já começaram a apresentar sinais da puberdade, podendo também serem chamadas de **Mufana** na mesma língua ou **Muphale** na língua sena.

Imwe: é uma expressão usada na língua Ndau para dizer vocês/vós. Podendo mudar de sentido dependendo da entoação. Ex: I-mwe- Vós – demonstra respeitabilidade a uma entidade, ser, ou pessoa.

Kutapirihua: é uma expressão da língua sena para dizer doce, bom, ou boa.

Mbiya e Yavo: são termos usados para designar pessoas do sexo feminino que cessaram a sua capacidade reprodutiva. O primeiro da língua Ndau e o segundo da língua Sena respectivamente.

Mwana Mutete e Mwana n’redi: são palavras usadas para se designar a recém- nascidos. A primeira da língua Ndau e a segunda na língua Sena.

Mwanacadzi: é um termo feminino usado para designar a pertença a uma união conjugal seja por meio do casamento ou união de facto, ou a pessoas que pela aparência demonstram uma postura de mulheres consideradas maduras para exercer o direito de casar-se e gerar filhos.

Mwanarume: é um termo masculino usado para designar uma pessoa do sexo masculino unido de forma conjugal com alguém do sexo feminino ou pessoas do sexo masculino que pela aparência demonstram uma postura de homens capazes de sustentar uma casa e gerar filhos.

Ngomwa: é um termo usado no contexto da pesquisa para se referir a homens e mulheres incapazes de gerar filhos.

Nhangua: refere-se a uma espécie de verrugas que aparecem na vagina

Tombozana: é uma palavra da língua Ndau para se referir a pessoas do sexo feminino que já começaram a apresentar sinais da puberdade, podendo também serem chamadas de **Musikane** na mesma língua ou **Nsikane** na língua sena.

Índice

Declaração.....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Siglas e Acrónimos	vi
1. Introdução.....	2
1.1. Estrutura da dissertação.....	5
CAPÍTULO I.....	7
1.1. Antecedentes sobre o uso da Contracepção em Moçambique	7
1.2. Revisão de literatura.....	11
1.3. Enquadramento teórico e conceitual	16
CAPÍTULO II	19
2.1. Construção do campo de pesquisa: Métodos e técnicas	19
2.2. Ponto de Partida	19
2.3. Processo de negociação da entrada no campo.....	20
2.4. Selecção e escolha das participantes	22
2.5. Porquê Beira?	23
2.6. Processo de Produção de e Analise Dados.....	23
2.7. Quem são essas Mulheres ou Meninas?.....	24
CAPÍTULO III.....	26
3. Como fazer Planeamento se não sei se faço filhos? Contexto do uso inicial de contraceptivos na Cidade da Beira.....	26
3.1. Narrativas sobre a organização e categorização social	29
3.2. O início da vida sexual e a experiência da primeira gravidez	32
3.3. Depois da gravidez, o uso da contracepção: O início do uso da contracepção	37
3.4. O uso da contracepção segundo a categoria social	42
3.5. Contracepção para quem? A contribuição do Programas de planeamento	43
CAPÍTULO IV	46
4.1. O significado da prática sexual no contexto da descoberta da capacidade de procriar	46
4.2. Meninas não podem fazer planeamento é para fazer putaria só!	46
4.3. “ <i>Ku taka ma bloco sem resultado</i> ”: Em busca da confirmação da capacidade procriativa	49
CAPÍTULO V.....	55
5.1. Experiências sexuais e reprodutivas enquanto usam contracepção	55
5.2. Narrativas sobre os efeitos da contracepção na vivência quotidiana	56
5.3. Narrativas sobre o ato de conceber, apesar de estar a usar contracepção	62
5.4. Gestão da gravidez enquanto usam contracepção	66
5.5. Trocar o método, tentar a sorte ou nascer todos os bebés da minha barriga?	67
6. Considerações finais	70
ANEXO-1	77
ANEXO-2	78

1. Introdução

A presente pesquisa analisa o imaginário social que permeia o uso da contracepção¹ entre mulheres na Cidade da Beira. Inicialmente pretendia pesquisar sobre experiências sexuais e reprodutivas de mulheres que indicavam ter engravidado enquanto usavam o implante hormonal como um método contraceptivo.

Interessei-me sobre o assunto quando estava de férias na cidade da Beira em Dezembro de 2018, onde nos ciclos de amizade e vizinhança era comum ouvir conversas sobre mulheres que diziam ter engravidado enquanto usavam implante hormonal como um método contraceptivo. A título de exemplo, em uma dessas conversas, uma mulher contou-me que teria vivenciado esta situação e para contorná-la para além de ter trocado o implante pelo DIU², passou a usar pílulas do dia seguinte e o limão após a relação sexual para garantir a prevenção de uma gravidez indesejada.

Com objectivo de aprofundar estas questões desenhei um projecto de pesquisa e fui a Beira para realizar o trabalho de campo. Entretanto no processo da realização do trabalho de campo deparei-me com dois episódios que chamaram a minha atenção.

Um certo dia enquanto conversava com Catarina, uma mulher de 27 anos de idade e minha então participante de pesquisa, apareceu uma mulher de aparentemente 27 anos assim como a Catarina. Esta mulher perguntou a Catarina quem eu era e o que fazia. Catarina disse que era uma estudante que se encontrava a fazer um trabalho sobre mulheres que indicavam ter engravidado enquanto usavam implante como contraceptivo.

Depois disso, a referida mulher respondeu dizendo que desconsiderava a possibilidade de participar da pesquisa por se considerar inadequada uma vez que não tinha filhos e por consequência não fazia planeamento familiar. Quando a questioneei a mulher sobre o porquê disso, ela fez referência que o planeamento familiar era direccionado à pessoas do sexo feminino que já tinham filhos assim como a Catarina. De seguida, a Catarina reagiu concordando com ela.

¹ Contracepção na presente pesquisa refere-se a um conjunto de técnicas ou práticas usadas para evitar uma gravidez, e tais técnicas ou práticas, podem ser convencionais ou construídas no quotidiano a partir de lógicas contextuais.

² Dispositivo intra-uterino

Aliado a este episódio, num outro dia enquanto conversava com a Antónia, ela partilhou que sentia-se indignada com a escola da filha de 12 anos porque tem permitido palestras sobre saúde sexual e reprodutiva e nesse contexto falam de sexo e do uso da contracepção. Em suas próprias palavras, Antónia disse o seguinte:

Minha filha é uma criança e quando ensinam sobre métodos de contracepção, isso não é ensinar malandrice as crianças? O que ela sabe sobre sexo? Penso em ir até lá para falar com os professores, minha filha é uma criança e não tem porquê ouvir sobre essas coisas, ainda não é o tempo. Nos meus tempos as crianças eram proibidas de ter acesso a este tipo de informação e quando menstruávamos nos diziam para ter cuidado e não brincar com os homens. (Antónia, 35 anos, Setembro de 2019).

Estes episódios fizeram-me repensar no objectivo inicial da pesquisa que para além de centralizar-me apenas nas experiências sexuais e reprodutivas de mulheres que engravidavam enquanto usam implante hormonal como contraceptivo, compreender quando as participantes começaram a considerar o uso da contracepção e a quem elas eram direccionadas.

Este exercício permitiu-me percorrer as trajectórias de vida das participantes desde o início da sua vida sexual, experiência da primeira gravidez, o contexto do primeiro contacto com contracepção e experiências sexuais e reprodutivas resultantes do uso da contracepção. E com este exercício percebi que o uso da contracepção deveria ser feito por pessoas do sexo feminino que no percurso da sua vida tenham experimentado uma gravidez ou tenham tido filhos.

No entanto, o facto de as participantes considerarem o uso da contracepção após a confirmação da capacidade de conceber ou procriar, fez-me pensar no trabalho desenvolvido pela Sive (2018) quando faz referência que pessoas do sexo feminino começam a considerar o uso dos contraceptivos depois de uma experiência de gravidez ou procriação.

Embora Sive (2018) me permitisse ler a realidade das participantes em considerar a contracepção depois da confirmação da capacidade de conceber e procriar, o seu argumento mostra-se limitada

para perceber como as lógicas que estruturam o uso da contracepção dialogam com as categorias sociais em determinados contextos sociais; uma vez que, de acordo com os resultados da pesquisa,, o exercício legítimo de conceber e procriar é reconhecido como restrita á pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria “Mwanacadzi”³, e negado a pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria “Mwana”⁴ fazem-no de forma escondida e se descobertas, repreendidas e chamadas de “putas”⁵.

Da literatura revista sobre este assunto identifiquei três perspectivas. A primeira perspectiva considera que a ausência de informação impossibilita o conhecimento dos métodos contraceptivos, o que reduz a procura dos serviços que disponibilizam os referidos métodos (Manuel 2007; Costa, et al 2013; Santos e Nogueira 2009 e Guimarães e Witter (2007). A segunda perspectiva defende que a combinação de diferentes factores de ordem sociocultural, económicas, políticas e reacções adversas resultantes influenciam na adesão aos serviços que disponibilizam os métodos contraceptivos (Brandão e Cabral 2017; Pedro et al, Carreno et al 2006; Durante 2012 e Pirrota, 2002). E a terceira perspectiva, argumenta que pessoas do sexo feminino tendem a usar a contracepção apenas depois de terem passado pela experiência da primeira gravidez (Sive, 2018).

As referidas perspectivas, se por um lado, permitem-nos compreender a informação como um factor importante para o conhecimento e conseqüente uso dos métodos contraceptivos, reconhecem a presença da multiplicidade de factores que condicionam o uso da contracepção e não obstante lógicas contextuais do uso da contracepção; por outro lado, ao assumirem uma análise fragmentada sobre o uso da contracepção, ficam por compreender como as lógicas que estruturam o uso da contracepção dialogam com as categorias sociais em determinados contextos sociais específicos.

³ Mwanacadzi é um termo feminino usado para designar a pertença a uma união conjugal seja por meio do casamento ou união de facto, ou a pessoas que pela aparência demonstram uma postura de mulheres consideradas maduras para exercer o direito de casar-se e gerar filhos.

⁴ O termo “Mwana” no contexto em análise apresenta dois sentidos, uma para designar a filiação ou grau de parentesco, e a outra para designar a pertença a uma categoria social de acordo com uma posição específica.

⁵ Puta no contexto de pesquisa pode –se referir a pessoas do sexo feminino que se relacionam sexualmente com vários parceiros ou pessoas pertencentes a categoria “ Mwana” que estejam a usufruir da prática sexual.

Diante deste cenário, nesta dissertação interrogo-me sobre qual a lógica que estrutura o uso da contraceção feminina no quotidiano? Para responder a esta pergunta realizei uma pesquisa etnográfica, entre mulheres, em alguns bairros da cidade da Beira e com base nos resultados da pesquisa compreendi o predomínio de uma lógica que restringe o uso da contraceção apenas pessoas do sexo feminino que tenham confirmado a sua capacidade de conceber ou procriar. Entretanto, uma vez que, no contexto da pesquisa, o exercício legítimo da prática sexual bem como da concepção e da procriação é reconhecido apenas para pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria “Mwanacadzi”, e negado aquelas pertencentes a categoria “Mwana”, estas últimas vem-se obrigadas a manter suas práticas sexuais e o uso da contraceção no campo do oculto, sob risco de repreensão e desqualificação, em caso de descoberta pública.

1.1. Estrutura da dissertação

A dissertação é composta por seis capítulos. No primeiro dedico-me a apresentação dos métodos e técnicas usadas no processo da produção do trabalho. Neste capítulo explico como por meio de uma pesquisa etnográfica na cidade da Beira construí, analisei e interpretei o material da pesquisa, alinhado com os procedimentos éticos estabelecidos para sua realização.

No segundo capítulo, localizo e caracterizo os bairros da Munhava, Ponta Gêa, Macurrungo e Matacuane que serviram de local de pesquisa. Neste capítulo apresento a divisão administrativa e a organização social, política e económica da cidade da Beira e dos bairros onde trabalhei. No terceiro capítulo, analiso o contexto do uso inicial da contraceção. Neste capítulo explico o predomínio de uma lógica que restringe o uso da contraceção á pessoas do sexo feminino, que tenham confirmado a sua capacidade de conceber ou procriar.

No quarto capítulo, explico que o exercício legítimo da prática sexual, da confirmação da capacidade de conceber e de procriar é reconhecido apenas pessoas, do sexo feminino, pertencentes a categoria “Mwanacadzi”, em detrimento daquelas pertencentes a categoria “Mwana”, estas últimas que vem-se obrigadas a manter suas práticas sexuais e de uso de contraceptiva no campo do oculto, sob o risco de repreensão e desqualificação em caso de descoberta pública.

No quinto, reflicto sobre as narrativas de experiências as participantes com o uso de métodos contraceptivos que permitem compreender a ocorrência de efeitos adversos que impactam nos corpos, nos relacionamentos, com os seus parceiros e com outras pessoas, e que diante desses impactos activam respostas que permitem reinventar a prática sexual e continuar em busca da prevenção métodos ou da confirmação da capacidade procriativa.

No sexto capítulo, apresento as conclusões da presente dissertação onde reafirmo o predomínio de uma lógica que restringe o uso da contracepção apenas pessoas do sexo feminino que tenham confirmado a sua capacidade de conceber ou procriar. Entretanto, uma vez que, no contexto da pesquisa, o exercício legítimo da prática sexual bem como da concepção e da procriação é reconhecido apenas para pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria “Mwanacadzi”, e negado aquelas pertencentes a categoria “Mwana”, estas últimas vem-se obrigadas a manter suas práticas sexuais e o uso da contracepção no campo do oculto, sob risco de repreensão e desqualificação, em caso de descoberta pública.

CAPITULO I

1.1. Antecedentes sobre o uso da Contracepção em Moçambique

Falar sobre o uso da contracepção em Moçambique implica fazer uma revisão histórica dos programas de planeamento familiar criados em 1977 pelo Ministério da Saúde. O planeamento familiar como um plano ou programa surgiu inicialmente como parte integrante do Programa de Saúde Materna e Infantil após declaração da independência em 1975. Em 1980 se desenvolveu como um Programa Nacional com prestação de serviços a todas as províncias e distritos. (UNFPA, 2019; IDS, 2011; Pedro et al,2016).

Depois da Independência do País em 1975, Moçambique decretou que a saúde era (ainda é) um bem essencial para o desenvolvimento sustentável do país adoptando-se uma política baseada na prestação de cuidados primários de saúde na qual mulheres e as crianças constituíam o grupo prioritário. (UNFPA, 2019)

Sabe-se que esta visão surgiu por influência da declaração da conferência de Alma-Ata em 1978. Moçambique viu-se a adoptar as suas recomendações e nascia assim de forma prática o Programa de Protecção Materno-Infantil com o objectivo principal de reduzir a mortalidade materna e infantil.

Com a concretização do Programa de Saúde Materno-Infantil um dos seus itens era o planeamento familiar que se por um lado, um dos objectivos era igualmente reduzir a taxa de mortalidade materno infantil por outro, era de promover o espaçamento dos nascimentos até pelo menos dois anos (MISAU, 2010).

Segundo o IDS (2011), este processo era feito através da promoção do aleitamento materno e na distribuição gratuita de contraceptivos modernos (o que acontece até hoje). Por meio de um discurso com um viés educativo sobre o qual enfatizava-se a redução de elevadas taxas de mortalidade materno-infantil em mulheres que supostamente possuíam um alto risco reprodutivo e na melhoria da saúde das respectivas mães e dos recém-nascidos.

E sobre o viés educativo cabe lembrar que depois da independência Moçambique vivenciou duas décadas de partido único que baseou a sua estratégia de desenvolvimento segundo Chichava

(2005), a partir de um sistema de governação e planificação centralizado no estado como o actor principal com vista a criação de uma nova sociedade. Deste modo pôs-se em prática uma política de “modernização autoritária” que entre outros objectivos pressupunha a negação de certos valores culturais que colocariam em causa a criação do ideal de sociedade projectada rumo ao desenvolvimento, facto apontado também por Matsinhe (2005).

No afã de erradicar o tradicionalismo que aos olhos da FRELIMO⁶ caracterizava Moçambique, embarcou-se em políticas de ostracização e aniquilamento de todos os aspectos que pudessem representar resquícios de "um passado colonial" e "tradicional" com o qual se queria, a todo o custo, romper, numa perspectiva que aspirava desmantelar as estruturas de funcionamento do sistema colonial e tradicional "retrógrado" para implantar o "novo" sistema socialista. (Matsinhe, 2005:30).

Desta forma, para garantir o funcionamento e a flexibilidade deste programa em 1980 introduziu-se nos currículos de formação dos médicos, técnicos de medicina e parteiras as principais directrizes que orientariam e ainda orientam (até hoje) os programas de contracepção em Moçambique. (OMS, 2010; IDS, 2011; UNFPA, 2019). Entretanto, segundo a ONU (1981) e a UNFPA (2019), mesmo com a distribuição gratuita de contraceptivos o seu uso era relativamente baixo. Pois, se por um lado, devia-se ao difícil acesso aos postos de saúde por outro lado, aos factores de ordem socioculturais e económicos. Parafraseando o relatório da (UNFPA, 2019).

Tradicionalmente, um grande número de filhos nascidos aumentava a possibilidade de pelo menos alguns sobreviverem para dar continuidade à família, além de garantir que alguém tivesse condições económicas para cuidar dos pais na sua velhice. Por outro lado, a grande maioria dos maridos, independentemente da classe social e nível de escolaridade, não aprovava o planeamento familiar, temendo que isso encorajasse a prostituição e o adultério, e as mulheres consideravam a sua fertilidade necessária para a confirmação da sua condição de mulher. (UNFPA, 2019:24).

Paralelamente a isso, se por um lado, houvesse relatos sobre a resistência da população sobre o planeamento familiar, por outro lado, segundo relatório da UNFPA (2019), começaram a registar

⁶ Frente de Libertação Nacional

– se ocorrências de mortes resultantes de abortos realizados em condições de risco. Por isso, desde 1985, o Ministério da Saúde passou a autorizar serviços de aborto induzido para gravidezes de até 12 semanas.

Um cenário que em 1990 deu espaço a redefinição ou ao acréscimo de outros objectivos nas directrizes sobre saúde sexual e reprodutiva após a conferência Nacional sobre Maternidade em Risco. Sendo assim, para além dos objectivos já existentes, incluiu-se a prevenção e tratamento da infertilidade, prevenção do aborto e tratamento das suas complicações, prevenção e tratamento das infecções do sistema reprodutor, incluindo as infecções de transmissão sexual e diagnóstico precoce do cancro do colo uterino e da mama e de outros cancros relacionados com o sistema reprodutor (IDS, 2011).

De acordo com as Nações Unidas (1981), o facto da planificação do planeamento familiar ter sido desenvolvido com a intenção de fornecer uma quantidade elevada de contraceptivos para que as mulheres pudessem controlar ou gerir a sua fecundidade ao em vez de facilitar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva contribuiu para a fraca aderência das mulheres, algo que viria de certa forma a mudar a partir das directrizes formuladas e reformuladas na Conferência Internacional para o Desenvolvimento da População (CIDP) realizada no Cairo em 1994.

Segundo Collumbien e Hawkes (2000), a referida conferência assinalou a mudança de paradigma no contexto dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva, afastando-se de uma visão mais generalista dos serviços de planeamento familiar para uma visão mais particular, do crescimento e redução da fertilidade para a questão dos direitos, necessidades, expectativas das pessoas.

Na sequência Moçambique adopta as recomendações dessa conferência abraçando assim as novas directrizes. E para além de tomar como foco para adesão dos serviços de saúde reprodutiva (Com inclusão do Planeamento familiar) as mulheres casadas e adultas, introduz-se nas escolas para os adolescentes e jovens estes serviços que em 1995 a criação do “Programa Nacional Integrado de Saúde Materno-Infantil e Planeamento Familiar/Programa Alargado de Vacinações” SMI/PF-PAV. (UNFPA, 2019).

No entanto, embora houvesse acréscimos nos objectivos dos programas de planeamento familiar, o foco ainda era a distribuição de contraceptivos à diferentes níveis. E assim passou-se a distribuir contraceptivos nas escolas, o que culminou com o lançamento do programa Geração Biz pelo Gabinete do Ministro em 1999. Um programa liderado pelo ministério da saúde, Ministério da Educação Juventude e Desporto com o apoio da UNFPA. O objectivo fundamental deste programa era promover a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes (incluindo serviços de planeamento familiar com vista a prevenir as gravidezes precoces) e a prevenção.

Sendo assim, no ano de 1990 para além de ter assinalado um olhar especial a autorização do aborto e outras questões acima mencionadas, também marcou o fim do partido único e não obstante a autorização de outras formas de organização e associação dando espaço para o estabelecimento de bases para a emergência de ONGs em Moçambique com especial enfoque as políticas de combate ao HIV/SIDA, assunto em assunção na altura e o planeamento familiar.

Segundo o Inquérito Demográfico de Saúde (IDS) de 2011, o programa de Planeamento Familiar sempre esteve na responsabilidade do Ministério da Saúde (MISAU) a partir do Serviço Nacional da Saúde (SNS) baseado nos seguintes princípios: Distribuição gratuita dos métodos contraceptivos; esterilização cirúrgica por livre escolha da mulher; aleitamento materno como um meio indirecto para o espaçamento dos nascimentos; o envolvimento das comunidades no processo de sensibilização para a sua promoção com especial atenção ao envolvimento das parteiras tradicionais e os agentes polivalentes; introdução das actividades educativas envolvendo vários intervenientes desde as instituições públicas e privadas sob coordenação do MISAU.

1.2. Revisão de literatura

Neste capítulo apresento as principais linhas de abordagens que norteiam o uso da contracepção de acordo com a literatura que tive acesso. Da literatura revista sobre a temática do uso dos métodos contraceptivos tem sido estudada como parte dos programas do planeamento familiar na sua generalidade. Segundo os autores Bondestam e Bergstrom (1980) o termo planeamento familiar surgiu nos anos de 1930 em substituição do termo "controlo da natalidade".

Este controlo pode ser visto em dois sentidos, o controlo individual do número de filhos e um controlo nacional. O primeiro está relacionado ao uso individual dos métodos contraceptivos e o segundo aos esforços dos países em controlar o crescimento da população que se materializam através de programas que enfatizam o espaçamento dos nascimentos e crescimento populacional em relação ao desenvolvimento dos países.

Na mesma linha Seltzer (2002) salienta que os programas de planeamento familiar tendem a ser considerados em países em via de desenvolvimento como uma forma de "política pública" directamente ligada ao uso dos métodos contraceptivos disponíveis e na diminuição da natalidade. Supõem-se que quanto maior for a população mais distante o país se encontra do desenvolvimento social, político e económico.

Esta visão teve o seu marco na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo 1994) que a maior parte das organizações ampliaram as suas missões incluindo a protecção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento/ONU (1994), 180 países reconheceram que a pobreza continua a ser o maior desafio ao desenvolvimento.

Desde então estudos tendem a ser desenvolvidos com vista a compreender a temática do planeamento familiar e conseqüente uso da contracepção. Sendo assim, de acordo com a literatura identifiquei três perspectivas. A primeira considera que a ausência de informação e impossibilita o conhecimento dos métodos contraceptivos, o que reduz a procura dos serviços que disponibilizam os referidos métodos (Manuel 2007; Costa, et al 2013; Santos e Nogueira 2009 e Guimarães e Witter (2007). A segunda defende que a combinação de diferentes factores de ordem

sociocultural, económicas, políticas e biológicas influenciam na adesão aos serviços que disponibilizam os métodos contraceptivos (Brandão e Cabral 2017; Pedro et al, Carreno et al 2006; Durante 2012 e Pirrota, 2002). E a terceira, argumenta que pessoas do sexo feminino tendem a usar a contracepção apenas depois de terem passado pela experiência da primeira gravidez (Sive, 2018).

Manuel (2007) ao desenvolver um estudo qualitativo sobre os conhecimentos e práticas do planeamento familiar entre um grupo de mulheres timor lestias residentes em Portugal avança que embora o planeamento familiar esteja associado à contracepção, ele ultrapassa essa esfera porque também está associado às formas racionais e saudáveis de espaçamento dos nascimentos. Nesse sentido o planeamento familiar pode ser entendido como um fenómeno de saúde individual e parte do processo de desenvolvimento dos povos. Neste estudo, Manuel (2007) argumenta que o acesso à informação, o conhecimento sobre os programas de planeamento familiar limita a adesão das mulheres nos programas de planeamento familiar.

Em consonância com Manuel (2007), Costa, et al (2013) ao analisar a história do planeamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos, faz referência que o avanço das tecnologias reprodutivas, que colocou à disposição uma diversidade de métodos contraceptivos para o público feminino, entretanto a ocorrência de efeitos colaterais e a dificuldade em manejá-los por falta de conhecimento tem contribuído para o seu uso.

Santos e Nogueira (2009) apresentam uma visão parcialmente similar à Costa, et al (2013) e Manuel (2007) ao analisarem as causas da ocorrência da gravidez na adolescência, quando argumentam que, ainda que os jovens possuam algum tipo de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, eles não sabem administrá-los correctamente, apresentando dúvidas e ideias equivocadas sobre os mesmos. Sendo assim há uma necessidade de reforçar a informação de forma a sanar dúvidas que tem contribuído para o seu uso incorrecto.

A semelhança de Santos e Nogueira (2009), Guimarães e Witter (2007) ao analisarem as causas da gravidez na adolescência referem que o não uso de métodos contraceptivos nem sempre significou que as adolescentes não tiveram conhecimento de sua existência, conhecê-los e ter

habilidades no seu uso revelaram ser duas coisas distintas. Na maioria das vezes, para as adolescentes, *transar*⁷ sem camisinha é prova de amor, de confiança no parceiro.

De forma generalizada, esta perspectiva, defende a informação e o conhecimento como factores que influenciam na habilidade de manejo dos contraceptivos o que limita o seu uso. Sendo assim, se por um lado permitem-nos compreender contextos em que a informação e o conhecimento sobre os métodos contraceptivos são factores que tendem a limitar o uso da contracepção e as habilidades em manejá-los, fica por compreender como as lógicas que estruturam o uso da contracepção dialogam com as categorias sociais em determinados contextos sociais.

Diferentemente desta perspectiva, a segunda defende que a combinação de diferentes factores de ordem social, cultural, económica e biológica tendem a influenciar na adesão desses métodos. As experiências vivenciadas pelas pessoas do sexo feminino como; o acesso a métodos contraceptivos que não causem efeitos adversos a saúde, a dificuldade para engravidar depois de um longo período usando contracepção, a ausência de prazer sexual, os papéis de género, a falta de confiança, o desejo de ter filhos, insegurança e experiências resultantes do uso dos métodos contraceptivos.

Para Brandão e Cabral (2017), o manejo contraceptivo é um processo de múltiplos níveis e compreende uma série de decisões e lógicas complexas entranhadas em diversos domínios da vida desde a experiência da maternidade, relação com a família, sexualidade, sem deixar de considerar aspectos materiais cruciais como a oferta dos contraceptivos (disponibilidade de serviços e de métodos).

Autores como Pedro et al., (2016) subscrevem essa visão ao analisarem as percepções e experiências dos homens sobre o planeamento familiar no sul de Moçambique e avançam que o planeamento familiar tende a ser olhado como uma barreira as gravidezes indesejadas. Neste estudo os autores salientam que os métodos contraceptivos " modernos" são olhados como causadores de efeitos secundários no corpo da mulher como à dificuldade para engravidar e em sentir o prazer sexual.

⁷ Transar é uma palavra usada no vocabulário brasileiro para significar, relações sexuais

Para estes autores as normas de género e os padrões de masculinidade tendem a influenciar no processo de negociação da adesão nos programas de planeamento familiar disponíveis. Adicionalmente avançam que as mulheres têm mais conhecimentos subponto de vista biomédico sobre os programas de planeamento familiar disponíveis em relação aos homens.

Diferentemente da perspectiva de Pedro et al., (2016), Carreno et al., (2006) ao fazerem um estudo quantitativo sobre o uso dos métodos contraceptivos entre um grupo de mulheres dos 20-60 anos em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, argumentam que o consumo dos métodos contraceptivos varia de acordo com a idade, nível de escolaridade e os níveis de confiança que essas mulheres têm em relação ao método escolhido.

De acordo com Carreno et al., (2006) os métodos contraceptivos são uma forma dos casais ou parceiros alcançarem o sucesso na definição do número de filhos, na prevenção de gravidezes indesejadas a partir de uma escolha e uso adequado dos métodos contraceptivos, além dos preservativos que proporcionam à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como HIV/SIDA. Para Durante et al., (2012), ao analisarem os padrões de consumo dos contraceptivos defendem que os factores que mais influenciam na escolha do método contraceptivo são a praticidade, confiança, segurança, comodidade e preço. Pirrota (2002) apresenta uma visão similar a de Carreno et al., (2006) e de Durante et al., (2012), ao afirmar que contracepção é cercada de falhas, erros e esquecimentos que muitas vezes levam a uma gestação não planeada. Sendo assim as mulheres nutrem uma certa desconfiança pelos mesmos.

A segunda perspectiva se por um lado nos permite compreender a existência de vários factores que condicionam o uso da contracepção, por outro, perde de vista como o imaginário social ao definir “quando e quem” pode ou não usar contracepção influência no descarte da mesma (contracepção); questão respondida pela terceira perspectiva defendida pela Sive (2017).

Para Sive (2017) defende que as pessoas do sexo masculino e feminino, movidos por um imaginário colectivo que valoriza a capacidade de procriar ou engravidar, começam a considerar

o uso da contracepção apos a experiência de gravidez ou de procriação. Sendo assim, as suas experiências sexuais são desprovidas do uso da contracepção.

Os dados apresentados pela Sive (2017) assemelham-se aos dados apresentados nesta pesquisa na medida em que aponta para a prática de considerar o uso da contracepção após a experiência de gravidez e procriação. Entretanto, ao assumirem uma análise fragmentada sobre o uso da contracepção, fica por compreender como as lógicas que estruturam o uso da contracepção dialogam com as categorias sociais em determinados contextos sociais no quotidiano.

De forma geral a literatura analisada permite compreender que o uso da contracepção é orientado pelo conhecimento, a combinação de diferentes factores socioculturais, económicos, políticos e biológicos, e por um imaginário colectivo que valoriza a capacidade de conceber e gerar filhos. Sendo assim, elas não permitem explicar como a definição de categorias sociais confere legitimidade para praticar sexo e usar a contracepção.

1.3. Enquadramento teórico e conceitual

Nesta parte do trabalho apresento a orientação teórica e discuto os conceitos que ajudaram-me a explicar lógicas que estruturam o uso dos contraceptivos no quotidiano. A presente pesquisa é orientada pela abordagem construtivista em articulação com a discussão sobre reprodução social, e indivíduo e sociedade. Para além disso, discuto os conceitos de categorias sociais, legitimidade e aceitação social.

De acordo com Berger e Lackman (1985) o construtivismo baseia-se na premissa segundo a qual a *realidade social* é socialmente construída e sendo assim, ela deve ser estudada e compreendida contextualmente.

Os construtivistas como Von Glaser Feld (1994, 1995), Von Foerster (1994), Mahoney (1991,1998), Niemeyer (1993,1997) e Brumer (1986,1995) dentre outros, ressaltaram ser o indivíduo o agente a operar na construção do conhecimento, através das suas crenças *a priori* como alicerces da construção do mundo factual (Ferreira 1998). Para Ferreira (1998), o construtivismo social refere que o homem procura organizar suas experiências de vida através de um conjunto significativo e articulado de conhecimento permitindo-lhe localizar-se no mundo e realizar seus projectos.

A abordagem construtivista pode ser articulada com as noções de indivíduo e sociedade de Durkheim e Weber na medida em que apoia-se na ideia segundo a qual os fenómenos sociais são realidades objectivas ou por outra, que a sociedade exerce influência sobre os indivíduos Durkheim (1987) e ao mesmo tempo busca subsídios na acção social de Weber para explicar o dinamismo do indivíduo no seu meio social.

Estas três linhas de pensamento, se por um lado, nos permitem compreender a realidade como um constructo social em constante articulação com o individuo, por outro lado, fica por compreender como às estruturas sociais, às instituições, os símbolos partilhados são mantidas ao longo dos tempos, é nessa vertente que dialogo estas abordagens com a ideia de reprodução social de Bourdieu (1994), na medida em que propõe que se olhe para as estratégias segundo as quais diferentes categorias sociais reproduzem-se nos espaços sociais a partir do processo de

socialização que engendra determinadas disposições (Bourdieu, 1994: 5). Segundo Bourdieu (1994), o processo de reprodução social nem sempre acontece de forma coerciva sendo que tende a ser instaurado, buscado e vivenciado de forma consentida pelos agentes envolvidos.

A articulação dessas três abordagens permitiu-me compreender às lógicas que estruturam o uso de contraceptivos como práticas e discursos socialmente construídos na interação entre o indivíduo e sociedade e não obstante perceber como estas lógicas sobreviveram com o tempo e tornaram-se instituições reconhecidas pelas pessoas pertencentes a este meio social.

Para compreender estas relações recorro aos conceitos de Categorias Sociais, Legitimidade e Aceitação Social. O conceito de categoria deve ser entendido segundo Moraes (2009) como um conjunto de peças de pensamento ou organização social que confere características comuns que dão a um determinado grupo de pessoas um nome. Este conceito permite-me compreender como as participantes de pesquisa por meio de características como sexo, idade, actividades, experiências sexuais e reprodutivas, filhos determinam em que categoria, uma certa pessoa pertence.

Recorro ainda ao conceito de legitimidade discutido por Meyer e Scott (1983), e Scott (2008) como uma entidade socialmente construída e interpretada contextualmente. Scott (2008) ao analisar o processo de legitimação das empresas, afirma que a legitimidade caminha em consonância com o estabelecimento e reconhecimento de regras aceites e conseqüentemente válidas em ambientes organizações. Para Scott (2008), esta lógica de pensamento ultrapassa o processo de organização das empresas, uma vez que, os diferentes contextos sociais possuem padrões de conduta reconhecidos e aceites pelos actores sociais. Dessa forma, o acto de adoptar uma estrutura que é tida como certa, significa buscar a legitimidade que se origina de tal elemento simplesmente porque ele é socialmente aceite. Este conceito permitiu-me compreender como as participantes no quotidiano determinam através das categorias socialmente construídas práticas legítimas e ilegítimas.

E por fim o conceito de aceitação social que segundo Ballard et al., (1988) a aceitação social pode ser entendida como um desejo individual e colectivo de fornecer respostas consideradas mais desejadas e aceites pela sociedade de acordo com os padrões sociais definidos. De acordo com

Ballard et al., (1988) existem comportamentos que são esperados dos indivíduos pertencentes a determinadas categorias sociais e, sendo assim, os indivíduos que se comportam de forma contrária a sua categoria são tidas como desviantes.

Este conceito permitiu compreender que o exercício de práticas consideradas legítimas confere aceitação social a quem realiza, contrariamente a quem de acordo com a categoria social que pertence e restringindo de exercer certas práticas como actividade sexual, confere reprovação social.

CAPITULO II

2.1. Construção do campo de pesquisa: Métodos e técnicas

Neste capítulo apresento e descrevo o método e as técnicas usadas para a realização desta pesquisa. O presente trabalho foi realizado em alguns bairros da cidade da Beira, locais estes onde residiam as participantes da pesquisa e serviram de pontos de observação, conversas entre mim, as participantes e os seus ciclos de amizade.

A pesquisa foi orientada pelo método etnográfico pela capacidade que nos oferece de descrever o quotidiano dos sujeitos de pesquisa, adentrar nas suas histórias e assim compreender lógicas que orientam as suas vidas. Este método permitiu-me ouvir, descrever e compreender experiências sexuais e reprodutivas de algumas mulheres na cidade da Beira, a definição de categorias sociais que confere legitimidade para exercer a prática sexual e contraceptiva, experiências de comprovação da sua capacidade reprodutiva; o imaginário colectivo sobre os métodos contraceptivos, e por fim, compreender como todos estes pontos interligam-se na definição da sua identidade como mulheres pertencentes a um meio social que comporta encontros e desencontros inerentes as suas expectativas pessoais e colectivas.

2.2. Ponto de Partida

Quando me propus a aprofundar questões relacionadas as experiências sexuais e reprodutivas entre mulheres que relatavam ter engravidado enquanto usavam implante como contraceptivo na cidade da Beira (objectivo inicial da pesquisa), deparei-me com um dos meus primeiros constrangimentos, submeter o protocolo no comité de bioética, visto que um dos meus interesses era fazer observação e conversar com as enfermeiras dos serviços de PF no recinto hospitalar com vista a captar a interacção enfermeira- paciente e para além disso, inteirar-me dos assuntos que as mulheres conversam nas filas de espera.

E olhando para o tempo que tinha para fazer a recolha de dados (2 meses) relacionados ao tempo do término financiamento da bolsa (Dezembro de 2019), eram aparentemente insuficientes para seguir com a ideia de passar pelo comité de bioética. Para ultrapassar esta questão, tive que redirecionar os objectivos do projecto e pensar em como ter acesso as enfermeiras e material necessário para construir o meu campo de pesquisa e consequentemente produzir dados.

Este exercício fez-me compreender que a pesquisa de campo etnográfico pressupõe desafios que colocam o pesquisador em constante reflexão sobre si e as possibilidades para a realização do trabalho, pois conforme propôs Biehl (2013) em *Ethnography in the way of theory* a etnografia é um processo que torna possível a redefinição do projecto de pesquisa e pode ser pensada como a capacidade de criar habilidades, captar e juntar informações em torno do assunto a ser pesquisado. Foi por essa razão que decidi conduzir a minha pesquisa fora do espaço hospitalar. Tomei esta decisão consciente das limitações que surgiriam mas certa de que seria possível fazer um percurso etnográfico com vista a produzir dados passíveis de serem analisados tal como diz Herdt (1988) a etnografia é tanto um produto quanto um processo, nossas vidas como etnógrafos estão incorporados na experiência de campo de tal forma que todas as nossas interações envolvem escolhas.

Nesse contexto, as conversas com as enfermeiras aconteciam fora do recinto hospitalar, em suas casas, cafés e restaurantes. Contudo, importa referir que a pesquisa tomou todas as precauções éticas para proteger os seus sujeitos, desde a garantia do anonimato e confidencialidade. Todas as entrevistadas foram acauteladas sobre a protecção dos seus dados pessoais e que seriam igualmente atribuídos pseudónimos assim como a localização específica das suas casas, seus locais de trabalho e informações que de certa forma permitiria estabelecer alguma ligação com elas.

2.3. Processo de negociação da entrada no campo

O processo de negociação da entrada no campo obedeceu paralelamente dois momentos. O primeiro de carácter informal que consistiu em manter contacto com pessoas do sexo feminino pertencentes ao meu ciclo de amizade que outrora teriam relatado ter engravidado enquanto usavam métodos contraceptivos ou conhecido outras mulheres que passaram por esta experiência quando me encontrava de férias na cidade da Beira em Dezembro de 2018. Estes contactos eram feitos via ligações, troca de mensagens telefónicas (*SMS e Whatsapp*), através dos quais manifestava constantemente o meu desejo de ir a Beira para fazer trabalho de campo.

O segundo momento consistiu na submissão de uma carta de pedido de autorização para realização da pesquisa aos Serviços distritais de Saúde, mulher e Acção Social da cidade da Beira, com vista a dar a conhecer as razões da minha ida a Beira.

Chegado a cidade da Beira no dia 4 de Agosto de 2019 pelas 19:45 dirigi-me a casa da minha irmã localizada no bairro de Inhamízia, lugar onde passei a noite. No dia seguinte dirigi-me ao Conselho Municipal com vista a carimbar a guia de marcha⁸ passada pela UEM⁹. Chegado lá deparei-me com o segundo constrangimento.

Em contacto com um dos funcionários da referida instituição, disse-me que apenas iria certificar a minha entrada na cidade da Beira. Esta situação deixou-me preocupada porque segundo as regras passadas pelo departamento de finanças da Universidade Eduardo Mondlane eu deveria carimbar a minha chegada e partida da cidade da Beira.

Depois dessa informação entrei em contacto com um dos funcionários da universidade e este fez referência que tinha que seguir as recomendações das finanças para efeitos de justificação da minha estadia no campo, desta forma, devia procurar saber se os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social podiam carimbar a minha saída da cidade da Beira no acto da minha apresentação.

Passado esse cenário, fui aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social para apresentar a credencial e começar com o trabalho. Nesse processo, deparei-me com o meu terceiro constrangimento, uma das funcionárias que me recebeu, disse que deveria submeter o expediente juntamente com a credencial que trazia porque sem uma credencial passada pela instituição, estava impossibilitada de seguir com o trabalho de campo e, nesse contexto, deveria retornar aos Serviços Distritais no dia seguinte.

No dia seguinte retornei aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social pelas 9h, chegado lá, os funcionários responsáveis em passar a credencial estavam ausentes e disseram que aguardasse. Quando um dos nomeados funcionários regressou, recebeu-me em sua sala e começou a fazer-me perguntas como: o que eu vinha fazer? Quem eu era? Onde queria ir? E terminou dizendo que depois do trabalho deveria enviar um relatório do trabalho para a instituição.

⁸Documento de identificação que confirma quem sou e de onde venho

⁹ Universidade Eduardo Mondlane

Adicionalmente fez referência que deveria nomear os bairros e centros de saúde que pretendia trabalhar, facto que deixou-me um pouco confusa no momento porque se tratava de um trabalho já em andamento que resultava de uma experiência de férias entre grupo de amigas, vizinhos e conhecidos e, as participantes até aquela altura contactadas moravam no bairro da Manga, Ponta-gêa e Matacuane. Sendo assim escolhi estes bairros como ponto de partida, consciente de que a medida que o trabalho fosse correndo algumas mudanças ocorreriam.

Relativamente aos centros de saúde, deixei claro que não fazia parte dos objectivos da pesquisa entrar no recinto hospitalar, embora tentada a frequentá-los para fazer observação, conversar com as enfermeiras e quiçá ter acesso a informações que me permitissem compreender mais o contexto da pesquisa e ter acesso a outras participantes.

Importa referir que enquanto o processo de negociação burocrática corria ia conversando com as participantes que tive acesso quando estava de férias em Dezembro de 2018. Este processo começou antes da minha ida a cidade da Beira via ligações telefónicas, mensagens por SMS e *Whatsapp*.

Nessas conversas tratávamos de assuntos como festas de seus familiares, ensaios de igreja, festas de aniversários de seus filhos, experiências de abortos, experiências de dor, perdas, fome como resultado do ciclone IDAI assim como sensação de insegurança devido ao aumento de roubos de acordo com as histórias que elas contavam.

2.4. Selecção e escolha das participantes

A selecção das participantes da pesquisa foi feita por meio da técnica de bola-de-neve. Um processo que começou em 2018 quando através de uma amiga que tive oportunidade de acompanhar ao centro de saúde e descobriu que estava grávida mesmo usando implante como contraceptivo.

A partir desta amiga tive acesso a sua médica que veio a indicar-me outras 4 mulheres que indicavam ter engravidado enquanto usavam implante como contraceptivo, destas 4 mulheres

mantive contactos frequentes com apenas 2. Dessas 2 tive acesso a mais 2 mulheres, a partir dessas 2 mulheres, tive acesso a 1 enfermeira e através dela tive acesso a 1 parteira.

No decorrer da pesquisa, em conversa com algumas enfermeiras, relataram que as mulheres que descobrem uma gravidez depois de três meses de gestação enquanto usam contraceptivos manifestando o desejo de não prosseguir com a gravidez, para além de buscarem por enfermeiras do PF para fazer a interrupção, buscam por parteiras para realizarem o procedimento, uma vez que as diretrizes de saúde sexual e reprodutiva permitem o aborto apenas até os três meses.

Sendo assim, vi a necessidade de incluir parteiras na pesquisa, a medida que a pesquisa ia correndo, as mulheres comentavam que existem mulheres que são "meninas", e estas não podem aceder aos serviços PF, para aprofundar este comentário, vi a necessidade de buscar por estas mulheres, tendo conversado informalmente com duas delas.

2.5. Porquê Beira?

Escolhi a cidade da Beira porque o meu interesse em desenvolver a pesquisa resultou inicialmente dos discursos e práticas sobre experiências sexuais e reprodutivas de mulheres que indicavam ter engravidado com o uso dos métodos contraceptivos na cidade da Beira. Uma experiência de férias que ganhou asas a luz dos debates sobre saúde sexual e reprodutiva e políticas de reprodução de (Ginsburg e Rapp 1991) e Chapman (2010); tecnologias biomédicas (Farmer (2005) e (Kaufman & Morgan 2005) e os debates sobre construção de subjectividades (Biehl et al. 2007).

2.6. Processo de Produção de e Análise Dados

O processo de produção de dados foi feito através das técnicas observação directa, conversas informais, entrevistas semi-estruturadas. Importa referir, que este processo decorreu até ao momento da análise dos resultados uma vez que, a medida em que fazia a análise de dados, ia tendo algumas dúvidas ou incompreensões sobre os dados recolhidos, sendo assim, por meio de ligações, conversas via vídeo chamada, áudio no *Whatsapp* buscava obter esclarecimento e acrescentar as informações que estavam incompletas.

A observação directa permitiu-me descrever o contexto da pesquisa, compreender acções e os acontecimentos verbalizados e não verbalizados durante as entrevistas. As conversas informais foram usadas nos primeiros contactos com as participantes e depois dessas conversas eram feitas as anotações das entrevistas.

Após as anotações das entrevistas, era feita uma leitura detalhada e levantamento de questões para aprofundamento e esclarecimento. E, com base nisso, era feito um guião de entrevista semiestruturado.

As entrevistas semiestruturadas permitiram-me aprofundar as experiências sexuais e reprodutivas das mulheres que usam contraceptivos, colher suas narrativas de vida, experiências de comprovação da sua capacidade reprodutiva; o imaginário criado na sua relação com os métodos contraceptivos e interacção com as enfermeiras dos serviços de planeamento familiar. Suas concepções sobre eficácia e ineficácia e os roteiros que seguem diante da dita ineficácia dos métodos contraceptivos usados. Por fim a análise dos resultados foi feita com base na triangulação de dados resultantes das técnicas aplicadas, a observação, conversas formais e entrevistas semiestruturadas.

2.7. Quem são essas Mulheres ou Meninas?

Nesta pesquisa trabalhei com pessoas do sexo feminino com idades compreendidas entre os 19 à 37 anos de idade, das quais quatro eram casadas, mães e trabalhadoras. E duas, eram solteiras, mães e exerciam actividades domésticas e uma solteira, sem filhos e exercia actividades domésticas.

Em termos de proveniência das participantes, de acordo com as suas trajectórias, três delas nasceram e passaram a sua primeira infância em outras províncias como Quelimane, Inhambane, uma no distrito de Dondo e as restantes três na cidade da Beira respectivamente.

Para as participantes que passaram a primeira infância em outros distritos, segundo elas, razões que as fizeram sair das suas províncias ou distritos de origem foram o trabalho dos pais, a perda

dos seus progenitores o que fez com que fossem a cidade da Beira morar com os seus avós, tios e o interesse em continuar com os estudos.

CAPÍTULO III

3. Como fazer Planeamento se não sei se faço filhos? Contexto do uso inicial de contraceptivos na Cidade da Beira

Neste capítulo apresento a caracterização do contexto da pesquisa e analiso o contexto do uso inicial de contraceptivos em três secções . Na primeira secção descrevo a organização e categorização social no contexto das participantes de pesquisa. Na segunda secção analiso o início da vida sexual e a experiência da primeira gravidez e na terceira parte analiso a experiência com o início do uso da contracepção.

3.1. Caracterização do Contexto da Pesquisa

A cidade da Beira é a capital da província de Sofala e está localizada no centro da costa do Oceano Índico, e dista 1190 km a norte de Maputo. A cidade tem como limites o distrito de Dondo, a norte e oeste, o Oceano Índico, a leste com e o distrito de Búzi a sul. Com uma área de 633 km², o espaço da cidade coincide com os limites que compõem o espaço do Município da Beira.

O município está dividido em cinco postos administrativos por sua vez divididos em bairros. O Posto Urbano nº 1 é composto pelos bairros de Macúti, Palmeiras, Ponta-gêa, Chaimite, Pioneiros, Esturro e Matacuane. O Posto Urbano nº 2 (Munhava) é composto pelos bairros da Munhava Central, Mananga, Vaz, Maraza e Chota. O Posto Urbano nº 3 (Inhamízia) é composto pelos bairros de Alto da Manga, Nhaconjua, Chingussura, Vila Massane, Inhamízia. Posto Urbano nº 4 (Manga Loforte) é composto pelos bairros de Matadouro, Mungassa, Ndunda, Manga-Mascarenha e o Posto Urbano nº 5 composto pelos bairros de Muave, Nhangau, Nhangoma e Tchonja. (MAE,2002)

De acordo com o censo de 2007, a cidade da Beira contava com aproximadamente 431.583 habitantes, dos quais 219.624 eram do sexo masculino (51%) e 211.959 do sexo feminino (49%). Entretanto de 2007 a 2013 O relatório de projecção da população do INE¹⁰ estimou que em 2013 o número total da população chegaria ao número de 457.799 habitantes, considerando assim um aumento de 6 % e se comparado com o censo de 2007, actualmente a cidade da Beira conta com

¹⁰ Instituto Nacional de Estatística

aproximadamente 533.825 de habitantes de acordo com o censo de 2017. Sendo assim, fazendo uma análise desses dados podemos compreender que houve um aumento populacional.

A rede sanitária da cidade da Beira é caracterizada por uma variedade de oferta de serviços, que inclui a oferta serviços públicos e privados. Os serviços públicos contam com um hospital central, 12 centros¹¹ de saúde e dois postos de saúde localizados nos bairros dos cinco postos administrativos. Os referidos centros, tendem a ser frequentados na sua maioria por pessoas que vivem próximo dos mesmos.

Por seu turno o serviço privado conta com clínicas e centros privados localizados na sua maioria no posto administrativo urbano número 1. Estes locais de acordo com as participantes são frequentados na sua maioria por pessoas classe média alta, moradores dos bairros do referido posto administrativo e de outros bairros pertencentes a outros postos que tenham possibilidade de pagar. Estes serviços, são responsáveis em oferecer serviços de saúde sexual e reprodutiva a nível da cidade e da província de Sofala, por essa razão, tornou-se necessário menciona-los na presente pesquisa.

¹¹ Os centros de saúde são unidades sanitárias de Nível Primário, que tem como função de oferecer os Cuidados de Saúde Primários (CSP) à população da sua área de saúde, incluindo intervenção sobre o meio ambiente (Diploma Ministerial nº 127/2002). Fazem parte dos Centros de saúde os seguintes serviços: educação para saúde; Programa Alargado de Vacinação (PAV); Saúde Materno-Infantil e Planeamento familiar (SMI/PF); Promoção do saneamento do meio e das actividades de vigilância e do controlo da higiene do ambiente; Garantia de qualidade da água e dos alimentos (inspeções sanitárias); Educação nutricional; Promoção de boas condições nutricionais e prevenção de doenças nutricionais; Prevenção e controlo das principais doenças endémicas, com respeito pelas respectivas estratégias de luta; Diagnóstico clínico (com ou sem apoio laboratorial) e tratamento de infeções correntes; Primeiros socorros e outros cuidados de urgência aos tratamentos mais vulgares; Distribuição de medicamentos essenciais; Recolha e tratamento de dados estatísticos, epidemiológicos e demográficos de base e elaboração de relatórios; Supervisão e apoio logístico e técnico às acções de Saúde e saneamento do meio realizadas nos níveis mais periféricos da Área de Saúde (Aldeias e Localidades); Referência para níveis superiores, dos problemas de saúde que não possam ser resolvidas ao seu nível; Gestão dos recursos que lhe forem atribuídos (INS, 2019).

Não obstante, a cidade também é caracterizada pela presença de ervanários, curandeiros e igrejas que funcionam como itinerários terapêuticos no dia-a-dia. Os ervanários e curandeiros encontram-se concentrados nas periferias da cidade, podendo também serem encontrados em alguns bairros do centro da cidade. Estes locais de acordo com os relatos das participantes tendem a ser frequentados por pessoas pertencentes a diferentes perfis sociais para tratar desde assuntos sobre feitiçaria, tratamento de doenças como HIV/SIDA, Tuberculose e outras consideradas de ordem espiritual resultantes de feitiçaria. Para além disso, são buscados estes locais para tratar assuntos sobre sexo, reprodução e contraceção.

De acordo com as participantes, indivíduos do sexo masculino tendem a buscar por curandeiros e ervanários para resolver problemas relacionados a ejaculação precoce e alongamento do tamanho do pênis quando o consideram pequeno. Adicionalmente, pessoas do sexo feminino e masculino tendem a procurar por estes serviços para resolver assuntos relacionados a incapacidade reprodutiva.

Sobre a infertilidade, as participantes relataram que existem mulheres portadoras de *Nhangua*¹² que buscam por curandeiros e ervanários para tratá-lo. E sobre a contraceção, algumas tendem a buscar por estes serviços para controlar a sua fertilidade por meio de algumas práticas como enterrar o umbigo e algumas ervas.

De acordo com os relatos das participantes estes serviços são usados de forma combinada visto que, se por um lado algumas pessoas buscam respostas e tratamentos por meio da biomedicina, por outro lado tendem a buscar por respostas e tratamentos nos curandeiros, ervanários e igrejas. Segundo as participantes, as igrejas que se encontram localizadas na sua maioria no centro da cidade, funcionam como modelos terapêuticos no tratamento de doenças e infertilidade que são feitos por meio de orações.

¹² *Nhangua* refere-se a uma espécie de verrugas que aparecem na vagina e que segundo as participantes impedem as mulheres de engravidarem.

Em termos linguísticos, De acordo com o INE (2007) as línguas locais mais faladas na cidade da Beira são o Português, ChiSena e ChiNdau. Entretanto é possível observar a coexistência de diferentes grupos étnicos devido ao percurso histórico da cidade e da guerra civil. Estes dados corroboram os relatos das participantes e com a minha observação no campo visto que era comum nos lugares como residências domiciliares, cafés, chapas, igrejas, ruas ouvir às pessoas de faixas etárias mais jovens comunicarem-se em português embora algumas vezes recorressem à outras línguas como ChiSena e ChiNdau para interagir com pessoas mais velhas e para conversarem entre si sobre assuntos relacionados a sexualidade, problemas conjugais e quando quisessem contar piadas. De acordo com o INE (2007) as línguas locais mais faladas na cidade da Beira são o Português, ChiSena e ChiNdau. Entretanto é possível observar a coexistência de diferentes grupos étnicos devido ao percurso histórico da cidade e da guerra civil.

3.1. Narrativas sobre a organização e categorização social

A trajetória das participantes permite-nos compreender que elas viveram suas vidas entre diversas configurações de organização social, de composição de agregados e formas de categorização social.

Das conversas com as participantes da pesquisa, percebi que ao longo da sua vida viveram em agregados de composição variada¹³. Uns viveram em agregados domiciliários nas casas dos avós, com ambos ou um deles; outros viviam com ambos os pais, irmãos e primos e outros ainda apenas com um dos pais, seja porque foram sempre solteiros, porque divorciaram ou separam-se ou porque enviuvaram. Entretanto, para além das pessoas com quem viviam no mesmo agregado mantinham relações com parentes residentes em outros agregados, nas proximidades ou em outras cidades e províncias.

Entre as participantes existiam as que viveram com os seus avós mas na altura da pesquisa uma parte vivia com os seus parceiros conjugais e a outra parte vivia sozinha ou continuava na casa dos

¹³ Esta constatação , corrobora com o relatório da INE (2007) ao fazer referencia que a cidade da Beira possui agregados familiares diferenciados podendo serem formados por pai, mãe e filhos, avós e netos, tios e sobrinhos.

seus avós a viver com os seus filhos. Quanto aos que viveram com os pais, na altura da pesquisa uma parte vivia com os seus parceiros conjugais e a outra parte vivia com os seus pais e irmãos.

Relativamente as que viveram apenas com um dos pais, na altura da pesquisa uma parte vivia com os seus parceiros conjugais a outra parte vivia com um dos seus pais. Entre aqueles que viveram apenas com a mãe, na altura da pesquisa uma parte vivia com os filhos e a outra parte vivia com a mãe ainda. Entre aqueles que viveram apenas com o pai, na altura da pesquisa uma parte vivia com os filhos e a outra parte vivia com os seus parceiros conjugais.

A partir das histórias partilhadas pelas participantes e da literatura analisada sobre o assunto, compreendi que reprodução social do grupo era garantida pela contribuição do trabalho de cada um dos integrantes do agregado e de outros parentes residentes em outros agregados. Os homens faziam negócios em mercados informais, dedicavam-se a pesca e outros trabalhavam em empregos formais. As mulheres cuidavam da casa, faziam machamba, negócios informais (como venda de peixe) e algumas trabalhavam em empregos formais, e os mais novos estudavam e ajudavam com os trabalhos de casa.

O papel e a ocupação de cada um estava alinhado com a categoria a que a pessoa pertencia, de entre quatro principais. A **primeira categoria designada “Mwana¹⁴”** para ambos os sexos, a segunda designada **Tombozana¹⁵** para as pessoas do sexo feminino e **Djaha¹⁶** para as pessoas do

¹⁴ O termo “Mwana” no contexto em análise apresenta dois sentidos, uma para designar a filiação ou grau de parentesco, e a outra para designar a pertença a uma categoria social de acordo com uma posição específica.

¹⁵ Tombozana é uma palavra da língua Ndau para se referir a pessoas do sexo feminino que já começaram a apresentar sinais da puberdade, podendo também serem chamadas de Musikane na mesma língua ou Nsikane na língua sena.

¹⁶ Djaha é uma palavra da língua Ndau para se referir a pessoas do sexo masculino que já começaram a apresentar sinais da puberdade, podendo também serem chamadas de Mufana na mesma língua ou Muphale na língua sena.

sexo masculino, a terceira designada **Mwanacadzi**¹⁷ para as pessoas do sexo feminino e **Mwanarume**¹⁸ para as pessoas do sexo masculino, e a quarta categoria designada Mbiya para pessoas do sexo feminino e Yavo¹⁹ para as pessoas do sexo masculino.

As fases da primeira categoria designada Mwana abrangiam a altura do nascimento (Mwana Mutete ou Mwana n'redi)²⁰ até o início da puberdade. A segunda categoria designada Tombozana, abrangia desde a altura em que atingiam a puberdade até ao momento em que passavam a gozar do direito de procriar quando atingiam a categoria Mwanacadzi, se tratando de pessoas do sexo feminino, e Mwanarume para pessoas do sexo masculino.

Para as pessoas do sexo masculino esta fase era marcada pela conquista de um trabalho, o casamento ou um relacionamento estável e a presença de filhos. Para as pessoas do sexo feminino, era marcada pelo teste da sua fertilidade ainda que em segredo até o momento em que assumiam publicamente a capacidade de procriar.

Sendo assim, a fase das mwanacadzis, abrangia desde o momento que passavam a gozar do direito de procriar até o cessamento da menstruação e a conseqüente capacidade de gerar filhos. Ao passo que a fase dos Mwanarumes abrangia o momento em que passavam a exercer igualmente a capacidade de gerar filhos, conquista de um trabalho e garantia do sustento da casa, até a altura

¹⁷ Mwanacadzi é um termo feminino usado para designar a pertença a uma união conjugal seja por meio do casamento ou união de facto, ou a pessoas que pela aparência demonstram uma postura de mulheres consideradas maduras para exercer o direito de casar-se e gerar filhos.

¹⁸ Mwanarume é um termo masculino usado para designar uma pessoa do sexo masculino unido de forma conjugal com alguém do sexo feminino ou pessoas do sexo masculino que pela aparência demonstram uma postura de homens capazes de sustentar uma casa e gerar filhos.

¹⁹ Os termos Mbiya e Yavo são termos usados para designar pessoas do sexo feminino que cessaram a sua capacidade reprodutiva. O primeiro da língua Ndau e o segundo da língua Sena respectivamente.

²⁰ Os termos Mwana Mutete e Mwana n'redi-Sena são palavras usadas para se designar a recém-nascidos. A primeira da língua Ndau e a segunda na língua Sena.

em que eram incapazes de garantir o sustento da casa e cuidar de si, seja porque atingiram a categoria yavo . .

A segunda e terceira categoria eram norteadas pela primeira categoria “Mwana” sendo que ainda que as pessoas do sexo feminino e masculino atingissem a puberdade, continuavam sendo chamadas de “Crianças”, e no caso particular das pessoas do sexo feminino se pela aparência parecessem “Mwanacadzi”, se ainda não tivessem filhos podiam ser chamadas igualmente de “Crianças”

No geral, para além do papel e da ocupação era esperado que cada pessoa tivesse uma conduta e uma postura pública alinhada com a categoria a que pertencesse. Na altura da pesquisa era notória uma continuidade dessa forma de categorização acima apresentada. A categoria “Mwana” para além abranger a altura do nascimento até o momento em que atingiam a puberdade, passou a incluir mulheres que frequentavam e concluía a universidade se estas ainda não tinham testado ou provado a sua fertilidade seja secretamente ou publicamente.

3.2. O início da vida sexual e a experiência da primeira gravidez

Nesta parte exploro relatos sobre o início da vida sexual das participantes e a experiência com a gravidez, acidental ou propositada. Quanto ao início da vida sexual das participantes, as conversas informais e entrevistas semiestruturadas indicam que teriam iniciado a sua vida sexual entre os 15 aos 18 anos. Estas relações sexuais aconteciam com os vizinhos da mesma facha etária, com os irmãos mais velhos das suas amigas ou com os namorados.

As referidas relações, aconteciam por conta do “*ambiente*”²¹ disseram quase todas as participantes, querendo dizer que era comum na altura as “Tombozanas” da sua idade experimentarem o sexo e partilharem com as suas amigas nos seus encontros no bairro e entre as colegas da escola.

Nessa partilha era comum ainda, que se descobrissem que uma delas ainda era virgem tecerem questionamentos como: *você ainda? Está a espera de quê?* Estes comentários eram carregados de

²¹ Ambiente de acordo com as participantes refere-se as circunstâncias ou contexto em que elas faziam parte

comentários como: “*Sexo dói mais anima*”, “*Quando o Papaizão²² estiver para entrar vais sentir dor mas depois de entrar anima*”. Em conversa com a Catarina teria referido o seguinte:

A minha primeira vez foi quando tinha 16 anos com o irmão da minha amiga que vivia próximo de onde eu morava. Ele sempre me conquistava quando eu ia em casa da minha amiga. Eu dizia para ele que não queria mas um dia aceitei e acabou acontecendo. Fizemos sexo porque também eu já estava cansada das minhas amigas me perguntarem se ainda, perguntando se já tinha namorado. No grupo eramos duas que ainda não tínhamos namorado e depois quando começavam a conversar sobre sexo nós eramos as únicas que não tínhamos o que dizer. Elas diziam que devíamos fazer, que sexo era uma coisa que no início doía mas depois era bom. Realmente doeu muito, sangrei e confesso que no início não sentia o que elas diziam mas depois quando comecei a namorar com um outro jovem que considero meu primeiro namorado aí sim senti. Senti que realmente animava (Risos). Mas no início não, só doía mas continuava a fazer para ver se sentia o que elas diziam” (Catarina, 27 anos, Novembro de 2019).

O exemplo apresentado pela Catarina reforça a ideia segundo a qual as participantes decidem iniciar a vida sexual por influência das amigas ou do meio social em que elas se encontram, sendo que o início da prática sexual dá-lhes acesso a pertença ao grupo de amigas. A semelhança da Catarina, Antónia teria referenciado que teve a sua primeira experiência sexual aos 18 anos com o seu namorado. Depois da referida experiência, partilhou com o seu grupo de amigas que por sinal também eram suas colegas da escola.

Falavam muito no meu ouvido. Viviam me perguntado de quê estás a espera? Isso não come arroz. E quando saíamos entre amigas as vezes me isolavam para falar de sexo já que eu não tinha nada a comentar. E pior quando comecei a namorar, viviam perguntando se eu e meu namorado já fizemos sexo. Então no dia que fiz até fui dizer para elas. Elas disseram até que enfim, abriu os olhos (Antónia 35 anos, Novembro de 2019).

²² Papaizão é um termo usado para se referir ao pénis no contexto da conversa.

Para além disso, este cenário também era acompanhado de gozação no ambiente escolar e exigência dos seus namorados. Sobre os eventos de gozação, Algumas colegas e amigas se descobriram que uma das colegas era virgem informavam aos rapazes da escola e os mesmos para além de chama-las pelo próprio nome, chamavam-nas de virgens dizendo “*fulana é virgem*” e “*Olha a virgem vem aí*”. E sobre as exigências dos seus namorados, segundo as participantes, alguns namorados das suas amigas exigiam sexo delas como forma de provar o amor que sentiam por ele. Este cenário se por um lado, as deixavam envergonhadas e pressionadas, por outro lado, fazia com que elas abrissem a possibilidade de experimentar o sexo.

Na escola era terrível, se descobrissem que ainda não tinham feito sexo, gozavam consigo. Vi muitas colegas sendo gozadas pelos meus colegas até mesmo eu passei por isso, para além de me chamarem de Keite, chamavam-me de Keite a virgem. Isso acontecia por culpa das amigas e colegas porque elas iam dizer a eles que aquela, mais aquela ainda era virgem. E aconteciam, também, dos moços pedirem sexo como prova de amor. Tive amigas e colegas que passaram por isso (Keite, 30 anos, Novembro de 2019).

Depois de experimentarem o sexo todas as participantes fizeram referência que informaram as amigas que já tinham iniciado a vida sexual e tendo informado as referidas amigas teriam tecido comentários como “*já és das nossas*” e “*agora falaremos de sexo e não ficarás sem entender nada*”. Dessa forma, as participantes passaram a incorporar a prática sexual na vida delas.

Depois da primeira experiência foram tendo outras experiências, algumas com os parceiros sexuais com os quais iniciaram a vida sexual e outras com outros parceiros seja em paralelo ou assim que terminassem os anteriores relacionamentos buscavam por outros parceiros. Essas experiências eram inicialmente escondidas dos seus familiares como avós, tios/tias, mães e vizinhos.

Tais experiências eram escondidas porque se tratando de mulheres que eram consideradas “crianças” delas se esperava que não praticassem relações sexuais mas sim que permanecessem supostamente virgens até ao casamento. No entanto, uma vez iniciada a vida sexual e incorporado a mesma na sua vida, no processo costumam engravidar acidentalmente ou propositadamente. Quase todas as participantes relataram terem ficado grávida acidentalmente no intervalo dos 16

aos 18 anos. Uma parte dessas relataram terem ficado grávidas por desconhecimento de poderem engravidar e por acreditarem que se tratando de primeiras relações sexuais a possibilidade de engravidar era nula.

A suspeita e confirmação da gravidez acontecia com base nas mudanças que as participantes identificavam no seu corpo usando como referência as conversas que tinham com suas amigas no bairro e no meio escolar e mediante um teste adquirido na farmácia. O processo de suspeita e confirmação da gravidez se por um lado, era inicialmente vivenciado individualmente, por outro lado, era vivenciado em paralelo com as amigas e com os seus namorados.

“... Na verdade eu nem sabia que podia engravidar já que ainda estava no início. Eu ouvia entre minhas amigas que fulana está grávida, mas como nunca tinha acontecido comigo continuei a fazer sexo normalmente até que um dia minha menstruação não desceu. Já tinha ouvido nas conversas com as minhas amigas que quando a menstruação atrasa é porque a pessoa está grávida. E também quando fazia sexo doía aqui de baixo-ventre e comecei a ficar enjoada. Depois disso comecei a desconfiar e fui conversar com minha amiga e ela disse só podes estar grávida, vamos fazer teste para confirmar. Depois de confirmar contei para o meu namorado. E quando isso aconteceu eu tinha 16 anos “(Antónia 35 anos, Novembro de 2019).

Outra parte das participantes relatou que para além de terem partilhado com as amigas e os namorados, foram descobertas pelas suas mães e tias que estavam grávidas. Catarina conta que como desconhecia a possibilidade de engravidar tomou um susto quando uma das tias disse “*Eu não estou a te ver bem. Você está grávida, nem?*”. Nesse momento tomou consciência que a sua menstruação estava atrasada e tendo ido para escola segredou a sua amiga que talvez esteja grávida.

No mesmo dia a mãe chamou-a para o quarto apalpou os seus seios e perguntou a quanto tempo estava atrasada. Ela referiu que a uma semana, entretanto era normal que isso acontecesse por medo de que a sua mãe confirmasse que teria iniciado com a prática sexual.

Depois desse episódio a mãe pediu que a irmã mais velha fosse a farmácia comprar um teste de gravidez, tendo feito o teste e dado positivo, a mãe e a irmã levaram-na ao centro de saúde para fazer um aborto uma vez que a descoberta da gravidez pelos vizinhos e pelos seus familiares colocaria em causa a honra da família.

Para além, das participantes engravidarem de forma acidental por desconhecimento, outras participantes relataram terem engravidado de forma propositada para testarem que eram capazes de engravidar.

O interesse em engravidar de forma propositada surge através das conversas que tinham com as já teriam engravidado e outras não. As que teriam engravidado, teciam comentários como “pelo menos eu já sei que faço filho” “é bom saber que faz filhos”. Dessas conversas as participantes buscavam se envolver com os seus namorados com intenção de ficar grávidas para depois interromper ou serem expulsas de casa para irem viver com os seus namorados.

Aconteciam situações de meninas dos 15, 16, 17 anos ficarem grávidas, umas porque queriam experimentar por causa do ambiente já que aquelas que já tinham ficado grávidas falavam que pelo menos elas já sabiam, mas também tinham outras meninas da escola mesmo da vizinhança que ficavam grávidas porque queriam ser expulsas de casa para irem viver com os namorados (Keite, 30 anos, Dezembro de 2019).

A partir do material analisado compreendi uma tendência de início da vida sexual que acontece por influência das amigas, do ambiente escolar e dos seus parceiros. Borges & Nakamura (2009), ao estudar normas sociais de iniciação da vida sexual das adolescentes, chegam a uma conclusão similar ao afirmar que o contexto em que as adolescentes estão inseridas desde a rede de amizade constituem espaços fundamentais de socialização, não obstante, os parceiros que, não apenas, estão sujeitos aos padrões normativos de comportamento sexual, mas também os reforçam em suas relações com seu grupo.

Sendo assim, durante o processo da iniciação da vida sexual costumavam engravidar acidentalmente, seja por desconhecimento de poderem engravidar ou propositadamente por curiosidade de saber se são capazes de ficar grávidas ou não.

Um estudo realizado por Dadorian (2003) sobre a gravidez na adolescência nos apresenta uma conclusão parcialmente similar ao afirmar que a causa da gravidez na adolescência não se refere apenas a desinformação sexual, ela pode surgir tanto decorrente do imperativo biológico, do impulso na direcção de sua capacidade reprodutiva como do seu próprio desejo de ter um filho. Neste sentido, a explicação do Dadorian (2003) se por um lado, nos permite compreender a dimensão biológica em articulação com o desejo pessoal de provar a sua capacidade de engravidar ou procriar, por outro lado, deixa de lado o imaginário colectivo sobre o uso da contracepção por pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria “criança” como explico na sessão 4.4 do presente capítulo.

3.3. Depois da gravidez, o uso da contracepção: O início do uso da contracepção

A partir do material analisado percebi que as participantes tiveram a sua primeira experiência com o uso de contracepção depois de terem engravidado pela primeira vez ainda que algumas delas tenham relatado o uso do preservativo para prevenir doenças sexualmente transmissíveis como o HIV/SIDA sem a intensão de prevenir uma gravidez sendo que desconheciam a capacidade de engravidar.

A prática de usar a contracepção após a ocorrência de uma gravidez tendia a acontecer por falta de conhecimento e por acreditarem que se tratando das primeiras relações sexuais a possibilidade de engravidar era nula. Entretanto no decorrer do tempo foram incorporando o que consideram outras formas de contracepção, tais como o uso do limão, a coca-cola fervida e outras formas de contracepção convencional como a pílula e a pilula do dia seguinte.

Estas referidas formas de contracepção eram partilhadas nas suas redes de amizades com o objectivo de evitar que a família e os vizinhos descobrissem que elas já teriam iniciado a vida

sexual num contexto em que pessoas do sexo feminino consideradas “Crianças”, donzelas²³, que se encontravam a viver com os seus pais ou tios, frequentavam a escola primária e secundária deviam permanecer supostamente virgens até ao casamento, porque ainda que biologicamente as referidas “meninas” tivessem “perdido a virgindade” a presença de uma gravidez, denunciaria publicamente a referida perda, e resultaria na repreensão e desonra da família.

Em conversa com a Antónia, sobre a sua vida sexual, ela teria referido que quando começou a manter relações sexuais aos 18 anos não sabia como se cuidar, sabia da possibilidade de engravidar, mas pensava que estando no início da sua vida sexual levaria um tempo para que isso viesse a acontecer. Entretanto, depois de ter passado por uma situação de gravidez, ela e o seu namorado buscaram informações no seu círculo de amigos. Nessa busca por informação, a sua amiga que já sabia da sua gravidez disse que conheceu alguém que podia ajudar a resolver o assunto.

"Maria conhecia uma Sra. da farmácia que vendia Cytotec, ela disse que conheceu a Sra. junto com a mãe dela quando ela ficou grávida. A Sra. nos explicou como usar. Fomos para casa dela e depois ela introduziu na minha vagina" (Antónia 35 anos, Novembro de 2019).

Questionada sobre o porquê de ter optado pelo aborto, Antónia referiu que os seus pais queriam que ela estudasse e se formasse, e sendo assim, uma gravidez frustraria os planos dos seus pais e seria motivo de vergonha para eles pois todos os vizinhos a apontariam assim como acontecia com outras “meninas” da sua idade que ficassem grávidas.

Depois desse episódio, Antónia relatou que a sua amiga contou-lhe que usava pilulas, e que tais pilulas a sua mãe tem adquirido por meio da mesma Sra. da farmácia. Assim, ela podia começar a usa-lás se quisesse evitar uma outra gravidez. Foi assim que ela começou a usar contraceção.

²³ Donzela é um termo usado no quotidiano das participantes para se referir a pessoas do sexo feminino que recém menstruaram e ainda não tiveram relações sexuais.

A experiência relatada pela Antónia, assemelha-se ao facto apontado por Almeida (2002), ao fazer um estudo sobre representações da gravidez na adolescência. Segundo Almeida (2002) a gravidez tende a ser escondida da família por medo da repressão dos pais, interferência social e o receio de frustrar o projecto dos seus progenitores em relação a si, sendo que as famílias desejam que as adolescentes não engravidem já que as presenças de uma gravidez frustrariam os seus planos, e não obstante ocasionaria uma forte rejeição social.

A semelhança da Antónia, a Keite contou-me que quando incorporou a prática sexual na sua vida, eram relações escondidas dos seus pais. Entretanto depois que experimentou uma situação de gravidez, movida pelo medo de que a família soubesse, contou para a amiga, esta por sua vez indicou uma pessoa que trabalhava na farmácia e através dela conseguiu pílulas abortivas. Tendo feito o aborto, Keite passou a usar contracepção como pílulas e outras formas de contracepção como preservativo, o limão depois da relação sexual e coca-cola fervida assim que passasse a data da sua menstruação.

Segundo Keite, ela assim como Antónia pensava que as primeiras relações sexuais não resultariam em gravidez por isso, mesmo sabendo da existência de métodos contraceptivos porque ouvirá nos seus ciclos de amigas, pensavam que os mesmos eram direccionados á mulheres mais velhas que viviam com os seus maridos e tinham filhos.

Os exemplos acima assemelham-se as ideias exploradas por Pantoja (2003) quando faz referência que há um sentimento de "imunidade" das jovens diante da possibilidade de engravidar nas suas primeiras experiências sexuais. As adolescentes e jovens desprovidas de um conhecimento prévio sobre contracepção vivem sua vida sexual como se estivessem a margem de uma possível gravidez. Pantoja (2003), se por um lado nos permite compreender o sentimento de imunidade que as adolescentes nutrem por estarem no início da sua vida sexual, por outro lado, ao concluir que este cenário deve-se ao factor desinformação deixa de lado o exercício propositado que as pessoas do sexo feminino fazem para testar a sua capacidade de procriar.

A semelhança de Pantoja (2003), Guimarães e Witter (2007) apontam para pensamento mágico que as adolescentes nutrem sobre as suas primeiras experiencias sexuais de que a gravidez não

acontece com elas, entretanto afirmam que para as adolescentes manter relações sexuais sem camisinha é prova de amor, de confiança no parceiro, assim, o conhecimento da existência dos métodos contraceptivos não significa o seu uso mas sim, as habilidades de como usa-los.

Sendo assim, tendo descoberto que podia engravidar, Keite decidiu interromper a gravidez por medo dos seus pais e da vizinhança porque mulheres da sua idade que engravidavam eram mal vistas no seu meio social e foi por isso que passou a incorporar a contracepção como forma de prevenir uma segunda gravidez e conseqüente repreensão social.

Diferente da Antónia e da Keite, Catarina fez referência que assim que as “meninas” engravidassem algumas famílias faziam abortos em casa por meio de ervas“ *Mandavam tomar chás feitos com plantas como Santo António*” ou levavam as “meninas ” *para o hospital*. “*Por vezes acontecia de levarem nossas amigas a noite para o hospital ou em casa de uma senhora no Inhamudima para fazer aborto e voltavam no dia seguinte muito cedo*”.

Depois de feito o aborto, Catarina relatou que algumas começavam a tomar coca-cola fervida, cafés, assim que a menstruação atrasasse, as mães compravam pilulas contraceptivas para elas e outras conseguiam pilulas por meio das farmácias.

Na altura da pesquisa o material analisado levou-nos a compreender que os contraceptivos usados eram as pilulas e outros construídos na vida diária como coca-cola fervida, limão, cafés partilhados nos círculos de amigas, através das suas mães e redes de venda de contraceptivos convencionais no quotidiano. Se por um lado, nessa altura os contraceptivos usados eram estes, na altura da pesquisa as participantes para além de usarem os contraceptivos caseiros também usavam contraceptivos oferecidos pelos programas de planeamento familiar como pilulas mensais, DIU, Implante e Depo-provera.

A mudança do cenário deveu-se ao facto de nesta altura as referidas mulheres já terem alcançado o estatuto de mães, ainda que algumas estivessem em relacionamentos conjugais e outras não.

Planeamento familiar é para prevenir ter muitos filhos e se faz depois que você já sabe que faz filhos ou tem seus filhos e marido em casa, antes disso é para eu planear o quê? (Catarina, 27 anos, Agosto de 2019).

A semelhança da Catarina, numa tarde enquanto conversava com a Keite e suas amigas, uma delas teria referido que o uso dos métodos contraceptivos deveria ser feito por mulheres que já teriam ficado grávidas ao longo da sua vida ainda que a mesma gravidez tivesse sido interrompida.

Como fazer PF se você ainda não engravidou? Primeiro tem que engravidar ou pelo menos ter feito um aborto na vida e depois você pode pensar nisso, sabe há pessoas que se mentem nisso e depois já não conseguem conceber, então primeiro nasce e depois pensa nisso (Sol, 32 anos, Setembro de 2019).

Como podemos compreender o uso dos métodos contraceptivos oferecidos pelos serviços de planeamento familiar deviam ser usados por mulheres que já passaram por uma experiência de gravidez ou confirmado que são capazes de procriar. Este cenário também foi apontado por Esmeralda Sive (2018) ao desenvolver uma pesquisa sobre lógicas que orientam o uso dos métodos contraceptivos entre utentes do Centro de saúde Abel Jafar e moradores do mesmo bairro, e faz referência que pessoas do sexo feminino começam a considerar o uso da contracepção depois de uma experiência de gravidez ou procriação.

Diferente da Sive (2018) que explica essa prática a partir de um imaginário colectivo que valoriza pessoas capazes de procriar, o presente estudo explica que facto do uso contracepção ter sido construída como parte dos programas de planeamento familiar, as pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria “Mwana” associam estes métodos a pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria “Mwanacadzi” e vice-versa ainda que possam usufruir do seu uso em segredo depois de provarem por desconhecimento ou propositadamente a sua capacidade de engravidar ou procriar.

É diante da experiência, própria ou de alguém próximo, com uma gravidez no cenário referido que elas tendem a adoptar o uso de contraceptivos convencionais e, caseiros, o que leva-me a

considerar que iniciaram o uso de contracepção depois da primeira gravidez. Desta forma, embora o uso da contracepção fosse iniciado após a confirmação da capacidade de engravidar, o mesmo era feito secretamente assim como publicamente dependendo da categoria social a que a pessoa pertencia como explico na secção seguinte.

3.4. O uso da contracepção segundo a categoria social

O material analisado permite perceber que as participantes que tiveram a primeira gravidez enquanto pertencentes a categoria “Mwana”, desprovidas de legitimidade para praticar relações sexuais, tiveram que interromper a gravidez uma vez que o seu conhecimento revelaria que estariam a usufruir dessa prática sem o direito de o fazer, o que levantaria contestação e repreensão, incluindo expulsão de casa e outras formas de repreensão.

Assim, ao interromper as gravidezes evitavam a referida repreensão e as consequências a ela associadas. Diante de gravidez de uma pessoa pertencente a categoria “Mwana” a informação circula em um círculo restrito de amigas, de uma irmã, tia, mãe ou avó com quem a pessoa tenha confiança ou que tenha descoberto a gravidez. Todo o processo de interrupção fica restrito a esse grupo.

Diante da gravidez, a participante e as pessoas que lhe são próximas ficaram a saber que ela possuía capacidade para engravidar e diante de tal cenário o uso da contracepção é iniciado e passa a ser parte da vida da participante. Contudo, tal uso era de conhecimento restrito das amigas, parceiros sexuais ou namorados, irmãs mais velhas e das mães de quem aprenderam a usar contracepção.

Essa prática permitia as participantes praticar relações sexuais mesmo sem legitimidade reconhecida para o efeito, por parte do grupo familiar e da comunidade como um todo. Assim era, porque protegidas pela contracepção a sua prática sexual poderia continuar discreta sem levantar questionamentos, que tendem a emergir diante de uma gravidez ou de indiscrição por parte de quem a prática.

Contrariamente a isso, quando as pessoas tidas como pertencentes a categoria “Mwanacadzi” engravidavam a informação era partilhada no círculo restrito de amigas, com os seus maridos, namorados, parceiros sexuais, irmãs e mães.

Nesse contexto o processo de gravidez e o nascimento dos filhos era motivo de alegria e reafirmação da capacidade de procriar sendo que, embora, as participantes tivessem descoberto a capacidade de engravidar enquanto pertencentes a categoria “criança” e sendo mães, elas viviam em um estado de incerteza porque para elas, se por um lado, o uso da contracepção poderia causar infertilidade, por outro, a capacidade de procriar só era provada ou confirmada depois que os filhos nascessem.

No entanto, embora tivessem incorporado a contracepção na sua vida após a ocorrência da primeira gravidez enquanto pertencentes a categoria “crianças” para as participantes, a fertilidade nunca era um dado permanente, mas sim um dado que pode ser descoberto, perdido e reconfirmado com o nascimento dos filhos.

Assim, os materiais analisados nos levam a afirmar que as categorias sociais definem quem pode ou não usar contracepção e as circunstâncias a elas associadas. Neste contexto se por um lado, para as pertencentes a categoria “criança” usar contracepção é um meio usado para exercer a actividade sexual livre da possibilidade de engravidar e consequente repreensão social, por outro lado, para as pertencentes a categoria “Mwanacadzi ou Nkadzi ”é um meio usado para garantir a possibilidade dos espaçamentos ou o desejo de evitar mais filhos.

Assim, se por um lado as categorias sociais determinam quem deve usar contracepção livre de repreensão social, por outro lado, tendem a ser reforçado pelos programas de planeamento familiar como analiso na secção que segue.

3.5. Contracepção para quem? A contribuição do Programas de planeamento

O uso da contracepção segundo a categoria social parece influenciada e reforçada pelos discursos e narrativas promovidos e disseminados ao longo da história da vigência do programa de Planeamento Familiar, a começar pela designação Planeamento Familiar.

Criado em 1977 pelo Ministério da Saúde, o Programa de Planeamento Família tinha como foco inicial pessoas casadas, considerando o casamento a base da família. Assim, as mulheres faziam uso do Programa e da contraceção para poder planear espaçamento e número de filhos na família de um casal.

Nessa altura nenhuma das participantes havia nascido incluindo as enfermeiras com quem conversei. Todas nasceram entre os anos de 1979 á 1992. Em 1995 o programa foi alargado e para além de mulheres casadas passou a incluir adolescentes e jovens pese embora tenha mantido o nome programa de Planeamento Familiar. Nessa altura as participantes já tinham nascido e nessa época todas faziam parte da categoria designada “crianças” e sendo assim, não podiam fazer o uso da contraceção, embora aquelas que já teriam iniciado a vida sexual e experimentado a sua primeira gravidez dos 15 aos 16 anos usufríssem deste direito através do uso da contraceção construída na vida diária que era adquirida a partir dos seus ciclos de amigas, mães e tias, e através da contraceção convencional como pilulas adquiridas nas farmácias.

Mais tarde em 1999 o programa passou a incluir adolescentes em idade reprodutiva, mantendo, porém, o nome Planeamento Familiar. Nessa altura as participantes estavam numa categoria que podia usar ou não os serviços. Nessa época algumas para além de usarem a contraceção construída na vida diária faziam o uso da contraceção convencional como pilulas normais e contraceptivos de Emergência. As referidas pilulas para além de serem adquiridas nas farmácias por meio de esquemas com os farmacêuticos, também eram adquiridos nas escolas através dos programas de contraceção nelas divulgadas.

O facto do discurso do planeamento familiar ter sido construído a partir da ideia de promover o espaçamento dos filhos entre as famílias possivelmente tenha reforçado a instalação de categorias sociais que definem quem pode ou não usar contraceção. Nesse sentido, embora estes serviços tenham incluído adolescentes ao longo da sua história, o mesmo não deixou de se chamar “Planeamento Familiar” o que leva as participantes alimentarem a ideia segundo a qual o uso da contraceção deve ser feito por mulheres que tenham filhos e estejam ou não a viver com os seus parceiros.

Sendo assim, ao analisar o contexto do uso inicial da contracepção na vida das participantes, concluí que o uso da contracepção deve ser feito após confirmação da capacidade de conceber ou procriar, uma conclusão também apresentada pela Sive (2018).

Este uso, se por um lado, acontecia de forma secreta por outro era feito publicamente dependendo da categoria social a que a pessoa pertencia visto que pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria “Mwana”, consideradas ilegítimas para usar contracepção, se assim o fizessem eram repreendidas por aquelas pertencentes a categoria “Mwanacadzi/Nkadzi” e de igual forma, aquelas que pela aparência mostravam ser pertencentes a categoria “Mwanacadzi e não tivessem filhos eram questionados sobre o porquê de não os terem.

CAPÍTULO IV

4.1.O significado da prática sexual no contexto da descoberta da capacidade de procriar

Neste capítulo analiso o significado da prática sexual no contexto da busca pela descoberta da capacidade de procriar. A partir das narrativas apresentadas pelas participantes mostro como a prova da capacidade de engravidar e gerar filhos confere a elas o estatuto de mãe e conseqüentemente o direito de usar contracepção.

Para isso, primeiro, explico que quem viola tal premissa é questionada e desqualificada, seja por ser “criança” que está a fazer coisas alheias a sua categoria. Segundo, explico que se uma pessoa potencialmente pertencente a categoria “Mwanankadzi/Nkadzi” mas que ainda tem que demonstrar ser membro pleno da mesma, algo conseguido por meio de gravidez publicamente sabida ou da procriação, também tende a ser questionada e sugerida possíveis caminhos para exercer a descoberta da sua fertilidade ou de procriar.

4.2. Meninas não podem fazer planeamento é para fazer putaria só!

Nesta parte do trabalho explico o processo de desqualificação exercido pelas pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria Mwanacadzi contra as que pertencente a categoria “Tombozana” consideradas crianças. O material analisado permite compreender que as participantes pertencentes a categoria “Mwanacadzi” tendem a proferir discursos de reprovação contra as mulheres pertencentes a categoria “Mawna” por estas usufruírem do direito de usar contracepção no quotidiano.

Era comum entre as conversas e entrevistas ouvir das participantes que “meninas”²⁴ Não podem fazer planeamento. Em conversa com a Teresa e as amigas, uma delas contou que uma “menina” teria colocado implante e tendo sido descoberta pela tia que por sua vez contou para a tio, o mesmo

²⁴ Menina e o termo vulgarmente usado para referir-se a pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria Mwana desprovidas de legitimidade manter relações sexuais publicamente e conseqüentemente de usar contracepção no quotidiano

mandou que ela fosse tirar e em resposta uma outra disse o seguinte: *claro, como pode uma criança colocar implante se nem casou ou tem filhos, coisas de putaria só*²⁵.

Olha aquela "menina" dizem que colocou implante, porquê? Não sabemos, pelo menos esperar crescer e ficar grávida uma vez na vida. Mas mana vai fazer planeamento sem ter filhos ou pelo menos um aborto na vida? Depois acho que o tio e a tia nem sabem. Ela vive com os tios (Teresa, 37 anos, Agosto de 2019).

A partir deste exemplo, podemos perceber que a categoria "menina" é atribuída a mulheres que ainda não experimentaram a maternidade ou supostamente uma gravidez. Sendo assim, estas não podem aceder aos serviços de planeamento familiar. No entanto, este discurso é reconhecido por parte destas mulheres consideradas "meninas". Tal como revelou Joana irmã da Catarina quando em uma manhã de sexta-feira me dirigi até a casa dela a fim de realizar uma entrevista previamente marcada.

Hoje acho que não vai ser possível conversar com ela, assim vou acompanhar ela no centro para tirar implante. Esta a lhe causar problemas, esta a provocar sangramento que não pára. Eu não uso essas coisas, ela sim, se já tem filho e tem marido, eu vou fazer planeamento para quê? Tenho família eu? (Joana, 19 anos, Setembro de 2019).

A racionalidade por trás disso, por um lado, reside no facto das participantes acreditarem que os anticoncepcionais mencionados podem causar infertilidade em mulheres que nunca tiveram filhos ou engravidado na vida.

Com base nas entrevistas semiestruturadas era comum ouvir das mulheres que estes métodos podem fazer com que as mulheres fiquem inférteis ou demorem para ficar grávidas assim que comecem a usá-los porque os mesmos entram em contacto com o sangue em comparação com

²⁵ Putaria é um termo usado para referir-se a prática sexual exercida por mulheres com vários parceiros e refere-se também, a pessoas do sexo feminino que pertencem a categoria Mwana e usufruem de uma vida sexual activa.

preservativo. Sendo assim, para quem nunca teve filhos ou engravidado na vida poderia causar infertilidade ou atraso para conceber.

Já ouvi histórias de mulheres que começaram a usar depo e implante antes de nascer e até hoje tentam engravidar e nada, sei lá há muitas histórias sobre esses métodos (Teresa, 37anos, Setembro de 2019).

Por outro lado, o uso dos métodos contraceptivos por mulheres consideradas "meninas" representa uma ameaça para as mulheres casadas visto que segundo as participantes da pesquisa, elas usavam métodos contraceptivos como implante e DIU para se relacionarem com múltiplos parceiros incluindo maridos das outras.

Essas meninas são espertas usam essas coisas para andar com maridos de dono porque se não, porquê usam? Putaria só! (Teresa, 37 anos, Agosto de 2019).

A partir dessas narrativas podemos perceber que as participantes tendem a usar métodos contraceptivos oferecidos pelos serviços de PF como implante, DIU, Depo- provera e pílulas depois de provarem que podem engravidar ou ter filhos.

Nesse contexto as pessoas do sexo feminino que buscam por estes métodos antes de supostamente experimentarem uma gravidez na vida tendem a ser consideradas "putas" e representam uma ameaça para as mulheres casadas pois elas acreditam que fazem recurso aos métodos contraceptivos para se relacionarem com múltiplos parceiros sexuais incluindo os seus maridos.

Sendo assim, o uso da contracepção seja pelas mulheres que tem direito assim como por aquelas que não podem pelos requisitos descritos acima, tendem a fazer com que as participantes vivenciem experiências sexuais e reprodutivas diversas como descrevo a seguir.

4.3. “*Ku taka ma blocu sem resultado*”: Em busca da confirmação da capacidade procriativa

Nessa parte do trabalho analiso as trajetórias sexuais das participantes para confirmar que são capazes de procriar ou não. De acordo com a análise dos resultados da pesquisa o sexo tem como objectivo central engravidar e procriar. Nesse sentido, quando falham com seus parceiros é aberta há possibilidade de testar com outra sobre tudo se as participantes teriam engravidado antes, e mesmo que não tenha o parceiro emerge como suspeito da inexistência da gravidez.

A pressão exercida sobre as participantes em relação a necessidade de provarem que podem ter filhos faz com que elas busquem por outras alternativas paralelas aos seus relacionamentos em curso. Esta busca é incentivada pelos questionamentos exercidos por pessoas do sexo feminino e masculino, pertencentes as categorias “Mwanacadzi/Nkadzi” e “Mwanarume”, pessoas estas que fazem parte do seu ciclo de amizade, família, vizinhança e grupos de igreja que já provaram a sua capacidade de engravidar e procriar.

Em algumas conversas era possível notar a satisfação das mulheres por terem passado pelo período de questionamentos outrora vivido. Foi este facto que despertou em mim o interesse em aprofundar e compreender como as participantes se posicionam perante os discursos proferidos nas suas redes amigadas e familiares sobre a necessidade de procriar.

Era normal quando saímos com amigos, eu e meu namorado ouvir perguntas como (será para quando? Vocês já trabalham e estão a espera de quê?). Quando regressava de férias aquelas minhas amigas de infância perguntavam-me, já tens quantos filhos? O tempo está passar. Isso fazia-me sentir mal. Foi daí que quando terminei o curso eu e o meu namorado decidimos engravidar (Keite, 30 anos, Setembro de 2019).

Keite ao afirmar que era constantemente questionada sobre de quê estava a espera para ter filhos, permiti-nos compreender que naquele contexto mulheres que eram consideradas pertencentes a categoria segundo a qual era aceitável engravidar ou procriar se não o fizessem era motivo de indagações por parte do seu círculo de amigadas. Tais indagações faziam com que elas engravidassem para serem aceites no círculo social de amigos formados por pais e mães.

As vezes quando conversávamos sobre filhos não tínhamos nada a dizer. Era tipo quando chegar sua vez vais entender, agora estamos a falar de assuntos de pessoas grandes, são assuntos de quem tem filhos (Keite, 30 anos, Setembro de 2019).

Para além da confirmação da capacidade de procriar acontecer num contexto de questionamentos nas suas redes de amizades também aconteciam a partir dos seus parceiros conjugais que por sua vez recebiam questionamentos dos seus amigos. Como conta a Antónia quando conversávamos sobre a sua experiência reprodutiva.

Depois de apresentar ia passar alguns dias com o meu marido e quando saímos os amigos que já tinham filhos perguntavam para ele para quando será? Me lembro que uma vez a esposa de um deles que por sinal é minha amiga, ouviu nossos maridos a conversarem. Meu marido dizia que estava a tentar mais não conseguia-me engravidar e o marido dela disse, tens que continuar a tentar assim vão- te dar logo, tens que encher a pita²⁶. Isso era antes de vivermos juntos. Foi assim que acabei engravidando, fizemos a apresentação e viemos morar juntos (Antónia 35 anos, Setembro de 2019).

A semelhança da história contada pela Keite e Antónia, uma conversa que tive oportunidade de participar entre mim e as amigas da Antónia na igreja enquanto aguardávamos pelo momento do ensaio retracta como as participantes questionam-se umas as outras e buscam conversar sobre a necessidade de saber que podem fazer filhos.

Violeta-tempo está passar querida para quando será?

Tina-Quando será o quê?

Violeta- Filho; pelo menos já tenho uma marca, se eu morrer vão dizer aquele é filho de fulana e você?

Tina- está tudo bem comigo, eu vou ao ginecologista

Orquídea- (Risos) só se sabe depois que se experimenta.

Tina- Eu tenho menstruado normalmente.

²⁶ Pita é uma palavra usada para referir-se a “namorado” no contexto em particular

Violeta- Isso é alguma coisa? Dama pelo menos ficar grávida querida, ai sim podemos falar.

Tina- Como ficar grávida se meu namorado ainda não quer?

Antónia- (Risos) desde quando homem sabe que engravidou alguém se você não dizer, mesmo se a barriga for dele ou não, ele sabe? Deixa de ser criança

Todas: Risos

Violeta- Nos dias que você estiver a ovular é ficar com ele ou se tiver um outro *gajo*²⁷ que te interesse em vista você testa e depois pode tirar já que ele não quer ou siga em frente mesmo assim. Você pensa que nós vivemos como, sabes que tem mulheres casadas que os filhos não são dos maridos e eles nem sabem. *So Ku taka ma bloco* sem resultado, *imwe*²⁸ aprende a ser mulher, quem faz o homem é a mulher não nos envergonha, *so ku tapirihua*²⁹ sem nós ver resultado (Beira, Agosto de 2019).

A partir desta conversa podemos perceber que embora a Tina aparentasse ter a mesma idade cronológica em relação a outras mulheres com quem conversava, o facto dela ainda não ter-se tornado mãe e desprovida de conhecimento sobre como as mulheres fazem para descobrir que podem ficar grávidas sem que os seus parceiros saibam, ela era considerada “criança”. Para além disso, Violeta ao dizer a Tina que estava a fazer sexo e a sentir prazer sem resultado nos faz compreender que a prática sexual mais do que um meio para obter prazer é de igual forma para a procriação.

Esta constatação nos remete a pensar na ideia de “mulher” como um estatuto que pode ser alcançado a partir de requisitos como ter filhos, cuidar bem do lar, manter uma boa relação com a família do parceiro e deixar o parceiro ter boa relação com a mesma como explica Cristiana (2014).

²⁷ Gajo é uma palavra usada no dia-a-dia para se referir a indivíduos do sexo masculino. Dependendo do contexto pode-se usar para designar parceiro ou namorado, no caso em questão.

²⁸ Imwe é uma expressão usada na língua Ndau para dizer você no contexto da conversa.

²⁹ Kutapirihua é uma expressão da língua sena para dizer doce, bom, ou boa mas no contexto em questão a participante quis dizer sentir prazer.

No entanto, se por um lado Cristina (2014) explica o processo de definição de “mulher ”a partir de categorias socialmente definidas, fica por compreender como a pressão exercida sobre as mulheres influencia no processo de tomada de decisão para testar ou provar a sua capacidade de engravidar ou ter filhos, facto este explicado por Paulo e Mariano (2009) quando fazem referencia que as pessoas não decidem por elas mesmas se querem ou não ter filhos visto que tanto a infertilidade e a fertilidade são objectos de *controlo* social. De acordo com Paulo e Mariano (2009) há um corpo político que funciona como regulador do corpo individual e social que por sua vez o confere legitimidade a reprodução.

Contudo, podemos compreender que as participantes da pesquisa decidem testar a sua fertilidade ou tornar-se mães num cenário de questionamentos nos seus ciclos de amizades e familiares. Sendo assim, ao analisar o processo de teste e confirmação da capacidade de procriar compreendi que se por um lado, as participantes decidem em comum acordo com os seus parceiros a testarem ou confirmarem que são capazes de procriar, por outro, na possibilidade de um fracasso tendem a embarcar em uma busca por parceiros que possam satisfazer o seu objectivo de ser mãe.

Eu e meu namorado decidimos testar, eu ainda estava a estudar, mas um dia estava entre amigas e conversávamos sobre a idade certa para engravidar. Uma delas disse que a mãe era uma mãe moderna porque tinha engravidado aos 25 anos. Mas ela já estava com 27 anos e gostava de ter seguido o exemplo da mãe. Depois eu disse que ela ia poder ter filhos ainda era jovem. Ela disse que ela já sabia porque já tinha testado com o namorado, eu disse que nunca tinha engravidado, mas como tenho menstruado, podia sim ter filhos. Ela sorriu, e perguntou-me desde quando menstruação comprovava que alguém nasce? Você pode menstruar e nunca ter filhos. Só sabe quem já engravidou. Mesmo até quem já engravidou pode não conseguir segurar o bebé. Aí comecei já a entrar em crise e fui conversar com meu namorado. Ele como já estava a trabalhar disse ok, vamos la tentar. Mas tivemos que interromper, mas hoje já somos casados e temos nossos filhos. Na altura não podia ter, tinha que terminar de estudar ainda chamavam meu filho de diploma como uma colega minha. (Catarina, 27 anos, Novembro de 2019)

Diferente da Catarina, um comentário proferido em uma conversa entre mim e as amigas da Keite neste caso pela Ana revela que se a gravidez não ocorre entre os parceiros conjugais, as participantes buscam envolver-se sexualmente com outros parceiros em comum acordo com os seus parceiros conjugais para salvaguardar a imagem do seu parceiro num contexto em que se valoriza a capacidade de procriar dos homens e mulheres em detrimento daqueles que não são capazes.

Conheces a irmã da Guida, os filhos que ela tem não são do marido e coitado do marido, passa pela rua de cabeça erguida como se fosse homem de verdade, enquanto não honra as calças que veste. Claro, Guida contou-me e parece que o cunhado sabe mas junto com a esposa decidiram levar a vida, se não toda família vai descobrir que ele é Ngomwa³⁰, não faz filhos (Ana, 30 anos, Novembro de 2019).

No caso do parceiro se recusar a buscar por ajuda médica para solucionar o problema, depois de várias tentativas, as participantes decidem relacionar-se com mais alguém para ver se está tudo bem, descoberta a fertilidade, decide terminar o relacionamento.

Meu ex. não quis- me ouvir, assim está casado mas ainda não tem filhos, ele é renitente. Descobri que ele não fazia filhos porque enquanto estávamos juntos me relacionei com outra pessoa. Fiquei grávida e abortei. Não disse ao meu ex., nem ao outro jovem. Conte para uma amiga próxima e depois terminei a relação. Não podia continuar a queimar os meus óvulos. Sim, se o esperma dele não faz filhos, ia estragar os meus óvulos ou queimá-los. Disse uma mulher que chamarei de Joana em uma conversa informal (Ana, 30 anos, Novembro de 2019).

A partir desses exemplos podemos compreender que o facto de as participantes fazerem parte de um imaginário social que valoriza a capacidade de procriar em detrimento da incapacidade de procriar faz com que elas descartem o uso da contracepção antes de testarem ou confirmarem que

³⁰ Ngomwa é um termo usado no contexto da pesquisa para se referir a homens e mulheres que não podem engravidar ou procriar.

podem procriar. Nesse contexto pessoas do sexo feminino que violam tal premissa são questionadas e desqualificadas, seja por ser “criança” que está a fazer coisas alheias a sua categoria.

Por seu turno, pessoas do mesmo sexo potencialmente pertencente a categoria “Mwanankadzi/Nkadzi” mas que ainda devem demonstrar ser membro pleno da mesma, algo conseguido por meio de gravidez publicamente sabida ou da procriação, também tende a ser questionada e sugerida a buscar parceiros sexuais para provar e exercer o direito de procriar e alcançar o estatuto de mãe. Um exercício feito em comum acordo com os seus parceiros (conjugais ou namorados), ou pelo desconhecimento dos mesmos.

Este cenário foi parcialmente constado por Chapman (2010) ao abordar sobre as estratégias reprodutivas usadas pelas mulheres em Mucessua e refere que, a mulher que suspeita da infertilidade do marido tenta esconder o problema e procura engravidar fora do casamento secretamente porque a falta de filhos no casamento é apenas responsabilidade dela, embora algumas vezes a família do marido saiba que o problema não esta com ela.

A explicação dada por Chapman (2010), se por um lado permite compreender contextos em que as mulheres buscam engravidar sem o consentimento do marido, fica por compreender contextos em que os parceiros conjugais que sabendo da infertilidade do parceiro decidem buscar por um parceiro que possa engravidar a sua parceira. No entanto uma vez alcançado a condição de mãe através dos diversos caminhos aqui descritos, as participantes tendem a incorporar o uso da contracepção sejam elas convencionais ou construídos na vida diária.

CAPÍTULO V

5.1. Experiências sexuais e reprodutivas enquanto usam contracepção

Neste capítulo reflicto sobre experiências vivenciadas pelas participantes com o uso dos métodos contraceptivos. Para fazer esta análise, primeiro descrevo as narrativas sobre os efeitos da contracepção na vida quotidiana das participantes. Segundo, as narrativas sobre o acto de conceber enquanto usam contracepção e por fim, o posicionamento das participantes perante tais experiências no quotidiano.

Analisado os relatos das participantes permitem-nos compreender que elas mantiveram contacto com práticas de contracepção variada, os convencionais como Implante, DIU, Depo-provera, Pilulas normais e de emergência, e outras formas de contracepção caseira como Limão, Coca-cola e Café e outras práticas como enterrar ou pendurar o umbigo de um recém-nascido³¹.

No referente aos contraceptivos convencionais, tendiam a ser adquiridos nas Farmácias, e Centros de Saúde. Os adquiridos nas Farmácia de acordo com a análise de dados, eram as Pílulas normais e de emergência embora, podendo serem também adquiridas algumas vezes nos Centros de Saúde.

No caso das Pilulas normais, tendiam a ser ingeridas através de aconselhamentos das amigas, mães e tias, ao passo que as de emergência tendiam a ser ingeridas entre algumas horas, um ou dois dias depois de uma relação sexual desprotegida.

A contracepção adquirida nos Centros de Saúde são Implante, DIU, Depo-provera, que por sua vez são colocados ou aplicados nos referidos Centros. Os mesmos tendem a ser acedidos após o nascimento do primeiro filho. Segundo as participantes, estes métodos tendem a ser apresentados por meio dos serviços de Planeamento Familiar horas depois do nascimento dos seus filhos ou quando se dirigem as consultas Pré-natais. Estes métodos de acordo com as participantes,

³¹ A pratica de enterrar ou pendurar o umbigo é uma crença segundo a qual os umbigos dos bebés se enterrados ou pendurados na sala funciona como contraceptivo. Essa crença segundo a explicação da Antónia passa de geração em geração, foi passada da sua avó para sua mãe e a mãe quis passar para ela, entretanto como a mãe na altura estava doente ela teve medo que ela morresse e pediu que ela fosse desenterrar sendo que apenas quem enterra é quem deve desenterrar.

inicialmente tendem a ser usados de forma isolada até que em caso de efeitos inesperados tendem a ser trocados por outros métodos da mesma natureza, ao passo que em caso de ineficácia tendem a ser combinados com Pílulas de emergência e contraceptivos caseiros.

No caso da contracepção caseira tendem a ser partilhados em forma de receitas nas redes de amigas, suas mães e pesquisas na Internet. Estes métodos eram tendencialmente experimentados em caso de atrasos menstruais ou por sua vez quando há falha dos métodos convencionais como o Implante, DIU, Depo-provera. No caso da prática de pendurar o umbigo em algum canto da casa ou enterrar em algum ponto da casa, algumas participantes relataram que tiveram o contacto com esta prática depois do nascimento dos seus primeiros filhos por via das mães, tias e avós.

Sendo assim, podemos compreender que o acesso a contracepção se por um lado, era feita por meio dos ciclos de amizade e familiar, por outro lado, era feito por meio dos programas de contracepção oferecidos pelos Programas de Planeamento familiar.

Contudo para compreender as experiências das participantes, primeiro descrevo as narrativas sobre os efeitos da contracepção na vida das participantes, segundo as narrativas sobre o acto de conceber enquanto usam contracepção e terceiro, o posicionamento das participantes diante da ineficácia da contracepção.

5.2. Narrativas sobre os efeitos da contracepção na vivência quotidiana

Nesta secção, apresento as narrativas sobre os efeitos da contracepção da vida quotidiana das participantes de pesquisa. Alcançado o estatuto de mães, as participantes assumem a contracepção como um recurso para prevenir gravidezes indesejadas entretanto, a partir de conversas informais e entrevistas semiestruturadas elas partilharam que o uso de contraceptivos como o Implante, DIU, Depo-provera e Pílulas normais, trouxeram efeitos nos seus corpos, na vida sexual e nos relacionamentos, com parceiros e com outras pessoas.

Sobre os efeitos nos seus corpos, as participantes relataram que os referidos métodos tendiam a causar irregularidades no seu ciclo menstrual, tais irregularidades, eram caracterizadas por sangramentos irregulares, aumento ou diminuição do fluxo menstrual e cessamento menstrual.

Relativamente a esta irregularidade no ciclo menstrual, as participantes relataram em diversas conversas e entrevistas semiestruturadas que mensalmente poderiam menstruar mais de uma única vez, e que estes acontecimentos começaram quando incorporaram contraceptivos como o Implante, DIU e Depo-provera em suas vidas.

E para além de terem registado essas mudanças, elas relataram que por vezes experimentavam aumento e diminuição do fluxo menstrual. Segundo as participantes poderia acontecer de menstruem por um ou dois dias ou simplesmente experimentarem ausência de menstruação. Em conversa com a Catarina ela contou que:

Eu comecei com Depo mas chegou um tempo que já não menstruava, doía minha cabeça, minha barriga começou a inchar porque eu não menstruava, depois disso ouvi com minhas amigas que o Implante era um bom método e para além disso era algo de 3 á 5 anos. Então em 2017 resolvi colocar. Depois antes de usar essas coisas, eu menstruava durante três dias, mas agora leva uma semana ou mais há sair e as vezes fica um bom tempo sem sair nada. Uma coisa de dois a três meses sem menstruar (Catarina, 27 anos, Agosto de 2019)

O facto de Catarina dizer que depois de começar a usar a Depo-provera fez com que ela parrasse de menstruar, e depois da troca do mesmo pelo implante fez com que ela, passasse de três dias que normalmente menstruava para uma semana ou sem menstruação, remete-me a ideia segundo a qual o uso da contracepção gera certos efeitos nos corpos das participantes, e tais efeitos se materializam a partir do cessamento e irregularidade menstrual.

A semelhança da Catarina, Keite teria contado que experimentou algo parecido quando colocou implante contraceptivo no ano de 2017. Segundo Keite era normal passar por situações de irregularidades menstruais por duas a três vezes por mês, ou ainda passar por situações de cessamento menstrual que duravam de dois a três meses. Estes episódios segundo ela eram de igual forma relatados pelas suas amigas e colegas de trabalho.

Diante dessas mudanças, as participantes dirigiam-se aos Centros de Saúde a fim de buscar respostas e consequente estabilidade no seu ciclo menstrual a partir da ingestão de pilulas *Microgynon*. E se assim continuasse, dirigiam-se novamente aos Centros de Saúde a fim de trocar de método, e assim o faziam.

É estranho, mulher que não menstrua enquanto jovem não é mulher por isso sempre que ficava sem menstruar ia ao centro de saúde para pedir Pílulas. Para além disso nos casos em que o sangramento não parava seguia mesmo procedimento. Ia ao centro de saúde para me darem pílulas para mandar parar. E quando não parava acaba trocando método como disse, comecei com Depo e agora tenho Implante, e já penso em tirar por causa dessas coisas (Catarina, 27 anos, Agosto de 2019).

O facto dos contraceptivos usados pelas participantes causar irregularidades menstruais, mexe com a sua identidade. Em conversa com algumas delas relataram que era como se desconhecessem quem elas eram, assim como podemos ver a partir do exemplo a seguir.

“Estava a sangrar, esta coisa de Implante embora tenha tirado mudou o meu organismo, já não me sinto a mesma, parece que o meu corpo é outro, tenho que andar sempre preparada com um penso na bolsa porque é normal em um mês menstruar mais de uma vez. Antes não era assim, eu menstruava uma vez por mês mas agora posso até sangrar duas vezes ou até mais ” (Antónia, 35 anos, Setembro de 2019).

Antónia, ao afirmar que “*não se sente a mesma em relação ao seu corpo e que parece outra pessoa*”, nos leva a compreender que as implicações causadas pelo uso da contracepção mudaram o funcionamento do seu corpo. Tais mudanças fizeram com que ela passasse a ver-se com um outro corpo que devia aprender a conhecer e cuidá-lo. Contudo para além das participantes terem experimentado situações de sangramentos irregulares, cessamento menstrual, elas relataram ter vivenciado situações de perda e ganho de peso.

Já não me entendo. Antes não era assim. Antes eu engordava quando estivesse bem emocionalmente e quando comia muito, emagrecia quando ficava stressada porque quando

estou stressada não gosto de comer. Agora já não me entendo, já não pareço eu (Catarina, 27 anos, Agosto de 2019)

Catarina ao afirmar que “*já não me entendo*” em relação as mudanças no seu corpo e que “*Já não me conheço*” nos faz compreender que os efeitos dos métodos contraceptivos fizeram com que ela perdesse o conhecimento de si mesma e sendo assim, ela buscava em meio aos efeitos gerados pelos contraceptivos compreender-se a fim de ter o *controle* deste novo corpo, “*Agora é como voltar a aprender a cuidar de mim, antes disso, eu sabia que minha menstruação viria na dada X e terminava em no dia Y, sabia como disse antes que quando eu estivesse bem engordava e quando não estivesse emagrecia, mas agora já não, agora engordo mesmo quando não estou bem*”.

A partir dos exemplos podemos afirmar que as experiências vivenciadas pelas participantes resultantes do uso da contracepção gera implicações na auto compressão dos seus corpos, elas ganham um novo corpo que devem reaprender cuida-lo e a gerencia-lo. Este aprendizado se estende a vivência da sua sexualidade visto que passam a redescobrir novas formas de experimentar o sexo que se manifestam através de diferentes posições sexuais, sexo oral e o uso do Preservativo.

A partir de conversas informais, entrevistas semiestruturadas foi possível compreender que os efeitos causados pelos métodos contraceptivos influenciam na sua vida sexual. Algumas participantes consideram que o uso dos métodos contraceptivos trouxe mudanças na sua vida sexual, conseqüentemente na sua vida conjugal. Por esta razão elas sentiam-se pressionadas a manter relações sexuais com os seus esposos para que estes não desconfiassem que tinham outros parceiros. Estas mudanças residiam no facto dos referidos métodos inibirem o prazer e conseqüentemente a vontade de fazer sexo.

Como disse já não sinto apetite e nem prazer quando faço sexo e as vezes tenho que fingir doença lá em casa, depois começam a desconfiar que tenho outro enquanto nada. Eu já não sinto nada e as vezes fazem um esforço (Catarina, 27 anos, Outubro de 2019).

Como podemos ver, o facto da Catarina dizer que “*já não sinto apetite e nem prazer quando faço sexo*” sustenta a ideia segundo a qual o uso da contracepção causa a falta de prazer e consequente ausência de vontade para fazer sexo, sendo assim, estes episódios causam desconfiança e traições pelos seus maridos. A semelhança da Catarina, Antónia relatou uma experiência semelhante.

Com Depo-provera era pior porque eu não sentia desejo de fazer sexo e como foi na época que eu tinha começado a trabalhar meu marido começou a desconfiar que eu estava a lhe trair, uma vez eu dei boleia um colega meu, ele me viu. Quando cheguei em casa, era confusão que não acabava, ele disse que eu recusava fazer sexo dentro de casa porque fazia fora. Tem dias que eu só fazia para cumprir (Antónia, 35 anos, Setembro de 2019).

Estas narrativas permitem compreender que o facto dos métodos contraceptivos inibirem o prazer sexual e por consequência a vontade de fazer sexo, as participantes tendem a passar desentendimentos conjugais. Sendo assim, como forma de contornar os referidos desentendimentos, as participantes relacionavam-se sexualmente com os seus parceiros para garantir evitar desconfianças de traições dos seus maridos.

Em caso de sangramentos irregulares ou interrompidos, as participantes referem praticar sexo oral no parceiro, usarem preservativos masculinos e diferentes posições sexuais como *dog style*³².

A minha vida sexual segue normal apesar de algumas vezes ter sangramentos inesperados e acaba *matrecando*³³ o marido e a mim também nem, tipo frustrando as nossas expectativas, estamos com vontade e não podemos fazer afinal não sou de ferro mas enfim, procuramos nos satisfazer de outras formas, aliás eu aliviar a ele. Ahh Anifa, essas coisas não se falam, são dentro do quarto. Tipo faço sexo oral, ou as vezes quando o fluxo é menor usamos preservativos, enfim, é uma forma de manter o lar, ainda me trai, se bem que isso

³² *Dog style* é um termo em calão usado para designar uma posição sexual que consiste em a mulher ficar de costas e de quatro, enquanto o parceiro a penetra pelas costas.

³³ Matrecando ou matrecar é uma linguagem usada no quotidiano do contexto em análise para significar trapacear

eu não posso evitar, homens de agora esses, depois o meu que viaja muito, quem e garante que do outro lado, ele não tem outra. (Teresa, 37 anos, Agosto de 2019)

Como podemos compreender para Teresa o sexo oral e o uso do preservativo constituem estratégias usadas para manter relações sexuais com o seu marido. Este ponto também é referenciado pela Antónia.

Posso dizer que minha vida sexual mudou desde que comecei a usar estes métodos, principalmente com os últimos três, Depo-provera, Implante e DIU. As hemorragias eram constantes. Hemorragia sangramentos prolongados, ficava muito tempo quando via período e isso já começava a trazer problemas lá em casa, meu marido quando queria sexo eu não podia porque estava a sangrar, as vezes ele tinha que usar preservativo e fazer assim mesmo. Sim, mas claro tínhamos que tomar cuidado com os lençóis, na verdade eu primeiro ia ao banho e depois vinha para fazer sexo porque depois do banho o fluxo diminui (Antónia, 35 anos, Setembro de 2019).

Estudos sobre os efeitos da contraceção tem vindo a explicar que o seu uso pode causar irregularidade menstrual, perda e ganho de peso, perda do desejo sexual e do a libido. Cullberg et al (1969) Herzberg et al (1971) ao estudarem sobre os efeitos da pilula na vida das usuárias fazem referência que estes métodos tendem a causar a perda do desejo sexual ou de a libido a quem usa.

E outros estudos como de Schaffir (2006), Burrows et al (2012), Dockhorn (2017), Pretes & Quadros (2020) ao analisarem os efeitos da contraceção hormonal encontraram dados semelhantes ao referirem que os referidos métodos tendem a provocar perda e ganho de peso, irregularidades menstruais e ausência de apetite sexual ou do a libido.

Os referidos estudos se por um lado nos permitem saber quais são os efeitos de ordem física que a contraceção pode gerar como a perda e ganho de peso, irregularidade menstrual e perda de apetite sexual, por outro lado, eles não explicam como estes efeitos interferem na vida social de quem usa.

A partir da análise de dados deste estudo, afirmo que a experiência da irregularidade menstrual gera efeitos na auto compressão dos seus corpos. Estes feitos faz com que as participantes ganhem um novo corpo resultante do uso da contracepção. Um corpo que devem reaprender a cuidar e a gerenciar. Adicionalmente, o facto dos referidos métodos inibirem a vontade e o prazer sexual, faz com que as participantes vivenciem situações de desconfiança de traições por parte dos seus parceiros conjugais e namorados por estas se recusarem a manter relações sexuais.

Biehl e Moran (2009), ao estudarem sobre tecnologias e subjectividades, afirmam que as novas tecnologias produzem subjectividades que formam e retornam continuamente em um jogo complexo de dimensões corporais, linguísticas, políticas e psicológicas da experiência humana não se limitam a resistência e muito menos silenciadas pelo poder.

Desta forma pensar na contracepção como uma tecnologia reprodutiva nos permite analisar as experiências vividas por quem usa e quais as respostas que são dadas pelas mesmas. Biehl e Kleinman (2007) a subjectividade não é apenas o resultado do controle social ou do inconsciente; ela também fornece o terreno para os sujeitos pensarem em suas circunstâncias e sentirem através de suas contradições, e ao fazê-lo, para suportar internamente experiências que de outra forma, seria externamente insuportável. Subjectividade é o meio de moldar sensibilidade. É medo e optimismo, raiva e perdão, lamentação e pragmatismo, caos e ordem. As participantes deste estudo, diante dos efeitos que os contraceptivos causam, procuram reinventar a sua vida sexual com vista a manter a estabilidade nos seus relacionamentos e assim continuarem com suas vidas.

5.3. Narrativas sobre o ato de conceber, apesar de estar a usar contracepção

Nesta parte do trabalho analiso a experiência de conceber apesar de usar contracepção. A partir de conversas informais entrevistas semiestruturadas apresento relatos de participantes que indicam terem engravidado ou ouvido histórias de mulheres que teriam engravidado enquanto usavam contracepção como Implante, Depo- provera e DIU.

Em conversa com a Keite, ela contou-me que enquanto usava Implante era comum passar por sangramentos irregulares, dor de cabeça e ganho de peso entretanto como as enfermeiras teriam referenciado que essas reacções eram comuns e que quando isso acontecesse deveria dirigir-se ao

centro de saúde para regular o ciclo menstrual da Pílula *Microgynon*, uma dessas vezes quando dirigiu-se ao Centro de Saúde em Dezembro de 2018 a enfermeira teria dito que estava mais clara e gorda, e de seguida perguntou se estava grávida.

Em resposta, Keite afirmou que era impossível porque tinha Implante. Nesse instante a enfermeira pediu que subisse na cama para descartar possibilidade da existência de uma gravidez. E, assim que a enfermeira apalpou o seu ventre, recebeu a notícia de que estava grávida.

Depois disso, enfermeira recomendou que fizesse uma ecografia. Depois de fazer a ecografia descobriu que estava grávida de aproximadamente 16 semanas. Após ter recebido essa informação, informou a enfermeira que queria interromper a gravidez, e esta por sua vez disse que era impossível sendo que a gravidez estava fora dos parâmetros recomendados para interrupção.

Quando questioneei a Keite sobre como ela teria descoberto a gravidez depois de 12 semanas, esta por sua vez disse o seguinte: *Como as vezes menstruava e outras vezes não, tinha sangramentos, e às vezes engordava causa conta do implante não imaginei que pudesse estar grávida.* Como podemos compreender a partir do relato da Keite, o facto de o implante causar irregularidades no seu ciclo menstrual assim como perda e ganho de peso, contribuiu para que ela não percebesse que estivesse grávida. O exemplo da Keite corrobora com a história contada pela Antónia.

À semelhança da Keite, Antónia teria passado por uma experiência parecida segundo Antónia normalmente menstruava por 5 dias, mas depois do Implante podia passar um mês sem menstruar e *se descia, descia pouco*. Entretanto em Novembro de 2018 descobriu que estava grávida. A gravidez foi descoberta quando estava em missão de serviço na cidade de Maputo. Ela contou que estava no hotel e vomitou uma secreção que normalmente acontece quando está grávida. *"Fiquei desconfiada e logo fui comprar o teste de gravidez mas já sabia que alguma coisa não estava bem"*. De seguida foi a procura de um teste de gravidez e como previa estava grávida. Entretanto se perguntava como era possível estar grávida com um implante?

Segundo Antónia era comum passar por sangramentos irregulares e alguns meses sem menstruar, entretanto, como advertiu a médica se travavam de episódios normais. Depois de fazer o teste de

gravidez ligou para a médica e explicou o que estava a acontecer, esta por sua vez disse que devia ir ao seu consultório assim que regressasse de viagem e pediu que se acalmasse porque estes episódios ainda que não muito frequentes tendiam a acontecer com outras mulheres.

Quando regressou de viagem foi com o marido a clínica onde terá colocado o Implante. A médica recomendou que fizesse ecografia para saber de quanto tempo era a gestação. Depois disso informaram-lhe que ela estava com uma gravidez de aproximadamente 14 semanas.

De seguida a médica disse que deveria interromper a gravidez porque possivelmente o bebé nasceria com defeito e aliado a isso, devido a constates reclamações do seu marido sobre o facto de estar cansado de comprar fraldas " *nessa casa eu trabalho apenas para comprar fraldas*". Disse, Antónia citando o Marido, Antónia interrompeu a gravidez embora segundo ela deseja-se seguir com ela.

Diferentemente da Keite e Antónia, Teresa relatou que para além de ter passado por uma experiência de gravidez enquanto usava implante contraceptivo em 2019. Já teria passado pela mesma experiência enquanto usava DIU em 2015. "*Foi difícil saber que estava grávida porque as vezes menstruava e a vez não mas eu não me preocupava porque isso acontecia segundo o que a médica teria -me dito.*"

Para além desses relatos na primeira pessoa, Teresa conta que já teria ouvido no seu bairro assim como entre as amigas que certas mulheres engravidavam ainda que usassem Implante, DIU e aplicassem Depo-provera.

Agora ouve-se muito isso, na minha zona tem senhoras que engravidaram com DIU, outras até nasceram bebés com DIU, mesmo com Implante estamos cansados de ouvir e depois também uma amiga engravidou quando aplicava Depo (Teresa, 37 anos, Agosto de 2019).

Como podemos compreender a partir destes exemplos, as participantes tendem a descobrir a gravidez depois das doze semanas uma vez que tendem a associar a irregularidade do período ao facto dos próprios métodos gerarem esses efeitos em quem os usa. Por essa razão a participante

tem- se visto num campo de disputas e acusações por parte das enfermeiras sobre as circunstâncias em que elas chegam ao centro de saúde.

Segundo uma das enfermeiras com quem conversei, os métodos contraceptivos no geral causam hemorragias vaginais, desregulam a menstruação, podem provocar o aumento do peso e podem sim falhar e permitir a ocorrência de uma gravidez. Entretanto de acordo com ela algumas mulheres por vezes chegam grávidas nos centros de saúde porque acham que assim que colocar implante a gravidez pode-se desfazer.

Por outro lado, os Implantes hormonais colocados tendem a passar do prazo de validade dentro do corpo da mulher porque elas se esquecem de se dirigirem ao centro de saúde para retirarem e quando isso acontece, o implante já não tem efeito nenhum e nesses casos a gravidez também pode ocorrer.

Sobre este facto, Catarina relatou que por muitas vezes se dirigiu ao centro de saúde para retirar implante e por muitas vezes foi informada para regressar no dia seguinte por ausência de material e de tantas idas e vindas acabou por comprar material necessário para retirar o implante.

Um estudo realizado por Nhanala (2019) sobre discursos e experiências de mulheres que engravidam enquanto usam o implante Zarin como contraceptivo chega a resultados similares ao afirmar que as mulheres tendem a engravidar enquanto usam contraceptivos por estarem em tratamento do controlo do HIV/SIDA.

Segundo Nhanala (2019), os comprimidos antirretrovirais interferem na eficácia do implante contraceptivo. Nhanala (2019) embora explique que as pessoas do sexo feminino que estão em TARV tem propensão para engravidar enquanto usam implante hormonal como contraceptivo devido aos efeitos que os medicamentos provocam no organismo da pessoa e os caminhos que elas seguem diante da realidade em que se encontram, não explica como e porquê as referidas participantes descobrem a gravidez depois das 12 semanas como explico na presente secção.

5.4. Gestão da gravidez enquanto usam contracepção

Nesta parte analiso os caminhos que as participantes seguem diante de uma gravidez indesejável enquanto usam contracepção. Para isso, explico que se por um lado, as participantes optam pela interrupção da gravidez por outro, elas decidem seguir com a mesma.

As directrizes de saúde sexual e reprodutiva que constam na lei nº5 do artigo 168-Moçambique, defende que à mulher com uma gravidez de idade gestacional até doze semanas, que queira interromper, é recomendada a interrupção nas unidades sanitárias contrariamente, aquelas que tenham idade gestacional superior a doze semanas que recebem como recomendação prosseguir com a mesma.

De acordo com as enfermeiras com quem conversei assim como com as participantes, é baseado nesta lei que são geridas a ocorrências de gravidezes enquanto se usa contracepção no quotidiano. Sendo assim, diante dessas directrizes, algumas mulheres que engravidam e estando fora dos parâmetros tendem a levar a gravidez adiante e outras buscam por alternativas nos seus ciclos de amizade para realizar o aborto, caso esta não queira seguir com a mesma.

A partir destes ciclos de amizade elas chegam há pessoas que supostamente são parteiras ou à clínicas privadas para fazer a interrupção da gravidez. Um estudo realizado por Scavone (1998) sobre tecnologias reprodutivas chega a uma conclusão similar quando faz referência que “quando a tecnologia contraceptiva falha, as mulheres que não desejam ter (mais) filhos/as recorrem ao aborto clandestino, já que o aborto é ilegal no Brasil.” (Scavone,1998:103).

Em outros casos segundo as participantes do estudo, dirigem-se aos serviços de Planeamento Familiar e pedem pílulas as enfermeiras porque acreditam como a mesma pílula pode provocar sangramento, esta também pode funcionar como abortivo. Para além disso, podem negociar com as enfermeiras para que dêem a elas a pílula "*seguro*" que funciona como abortivo se administrada em grandes quantidades. Em outros casos para as pacientes que fazem o seu planeamento em clínicas como o caso da Antónia, o processo de negociação e institucional.

Nhanala (2019) chega a uma conclusão similar quando refere que confirmada a gravidez algumas mulheres seguem para a interrupção e outras deixam seguir, seja por ter passado as 12 semanas gestacionais ou por indisponibilidade de recursos para a interrupção. E outras, por considerarem que estavam destinadas por Deus e por isso, procuram unidades sanitárias para abrir ficha pré-natal e continuarem com a gravidez. Entretanto, com a explicação de Nhanala (2019) fica por compreender outros recursos accionados pelas mulheres que engravidam enquanto usam contracepção para fazer a interrupção como explicado acima.

Contudo, a persistência de relatos sobre mulheres que indicam ter engravidado enquanto usam Implante ou outro método contraceptivo pode estar a contribuir para que esses métodos sejam preteridos a favor da combinação do uso de Pílulas normais com as de Emergência, e ainda outras formas de contracepção construídas na vida diária, como o uso do suco do limão após a prática sexual, o uso da coca – cola fervida após o atraso menstrual e café igualmente. Estas formas de contracepção tendem a ser usadas para assegurar uma prevenção eficaz da gravidez indesejável ou não planejada.

5.5. Trocar o método, tentar a sorte ou nascer todos os bebês da minha barriga³⁴?

O sentimento de desconfiança e insatisfação das participantes com relação aos métodos mencionados tendem a fazer com que elas busquem por alternativas que possa satisfazer o seu desejo de prevenir gravidezes indesejadas. Esgotadas as alternativas, algumas decidem tentar a “sorte” conjugando diferentes métodos seja através de práticas contraceptivas construídas no cotidiano ou através contraceptivos convencionais e nesse ambiente de incerteza da eficácia destes métodos cogitam a possibilidade de ter todos os filhos que puderem.

Eu essas coisas de anticonceptivos já não confio, acho que o meu organismo não aceita, a minha segunda filha concebi quando aplicava depo-provera e o terceiro pilulas, depois passei para implante, engravidei, Agora estou com Diu. Com Diu já estou a quase um ano,

³⁴ “Nascer todos os filhos da minha barriga” é uma crença segundo a qual cada mulher já está predestinada a ter um certo número de filhos nesse contexto a tarefa dos métodos contraceptivos e tardar a sua chegada até a chegada da menopausa o que fecha naturalmente a sua chegada.

ainda não tive complicação. Mas se falhar também, eu vou deixar de usar essas coisas estou cansada. Vou nascer todos bebês da minha barriga até acabar. Vão acabar assim que já não menstruar mais. O que adianta impedi-los de nascer com esses métodos e mesmo assim eles nascem. Eu até continuou a usar mais para tentar a sorte mas se falhar não uso mais nada disso (Antónia 35 anos, Setembro de 2019).

O facto de Antónia viver em uma situação de insegurança sobre a eficácia dos métodos contraceptivos faz com que conjugue diferentes métodos contraceptivos convencionais e outras formas de contracepção partilhados na vida diária. Estas práticas manifestam-se através de uso de Pilulas de Emergência. Tais pilulas tendem a ser adquiridas nas farmácias. Para além disso o uso do sumo de limão após a prática sexual. Este processo é feito a partir da inserção do dedo molhado com o suco de limão na vagina até o mais próximo do útero. A lógica por detrás do uso do soco de limão está no facto dela acreditar que o limão por ser ácido pode matar o espermatozoide e desta forma impediria a ocorrência de uma possível gravidez.

A partir dos exemplos que resultam de conversas informais e entrevistas semiestruturadas, podemos afirmar que com a descoberta da ineficácia dos métodos contraceptivos, elas tendem a trocar os métodos e conjugar diferentes métodos.

A troca e a combinação de diferentes métodos acontece num contexto de insegurança e desconfiança dos referidos métodos fazendo com que elas entrem num processo de busca frequente por um método que responda as suas expectativas, entretanto com as expectativas fracassadas elas cogitam a possibilidade de nascer todos os filhos que puderem.

A partir dos dados analisados, podemos afirmar que ao assumir a contracepção como um recurso para prevenir gravidezes indesejadas ou acidentais as participantes tendem a vivenciar experiências de irregularidades menstruais, esta irregularidade gera efeitos na auto compressão dos seus corpos, visto que, elas ganham um novo corpo que devem reaprender cuidá-lo e gerencia-lo.

Podemos afirmar ainda que o facto dos referidos métodos para além, de provocar as irregularidades menstruais, inibem a vontade e o prazer sexual, fazendo com que as participantes vivenciem situações de desconfiança de traições por parte dos seus parceiros conjugais, fazendo com que, elas aprendam a reinventar a sua vida sexual de novas formas de experimentar o sexo que se manifestam através de diferentes posições sexuais, sexo oral e o uso do Preservativo.

Estes eventos criam sentimentos de dor, decepção e angústias pelo facto de algumas vezes vivenciarem situações de gravidez enquanto usam contracepção, facto este, que faz com a contracepção seja percebida como uma possibilidade de prevenir gravidezes indesejáveis. Assim, o seu uso transforma-se em uma forma de tentar a sorte.

Osis et al (1999), ao analisarem o impacto dos efeitos da contracepção na vida de quem usa, referem que a necessidade de usar contracepção claramente vivenciada pelas mulheres, contrapõe-se à angústia de não saber como controlar efectivamente a sua fecundidade, em vista de insucessos frequentes, traduzidos no incómodo de suportar efeitos colaterais e, principalmente, em gravidezes indesejadas. Diante disso, as mulheres vêm –se tentadas a optar por um método definitivo como a laqueadura de forma a evitar possíveis falhas.

O estudo realizado por Osis et al (1999), permiti-nos compreender o sentimento de insegurança vivenciado pelas mulheres diante da ineficácia dos métodos contraceptivos por elas experimentados, fazendo com que elas optem por um método irreversível, contrariamente as participantes da presente pesquisa que optam por continuar a tentar a sorte, seja pela constante troca de métodos contraceptivos ou pela combinação de diferentes métodos.

6. Considerações finais

Nesta dissertação analisei lógicas que estruturam o uso de métodos contraceptivos no quotidiano, a partir de narrativas de algumas mulheres na cidade da Beira. Este assunto tem vindo a ser estudado a luz de três perspectivas segundo a literatura que tive acesso. A primeira considera que a ausência de informação impossibilita o conhecimento dos métodos contraceptivos, o que reduz a procura dos serviços que disponibilizam os referidos métodos (Manuel 2007; Costa, et al 2013; Santos e Nogueira 2009 e Guimarães e Witter (2007). A segunda defende que a combinação de diferentes factores de ordem sociocultural, económicas, políticas e reações adversas resultantes influenciam na adesão aos serviços que disponibilizam os métodos contraceptivos (Brandão e Cabral 2017; Pedro et al, Carreno et al 2006; Durante 2012 e Pirrota, 2002). E a terceira, argumenta que pessoas do sexo feminino tendem a usar a contracepção apenas depois de terem passado pela experiência da primeira gravidez (Sive, 2018).

Estas pesquisas, se por um lado, permitem-nos compreender a informação como um factor importante para o conhecimento e consequente uso dos métodos contraceptivos, reconheça a presença de factores socioculturais que condicionam o uso da contracepção e não obstante lógicas contextuais do uso da contracepção; por outro lado, ao assumirem uma análise fragmentada sobre o uso da contracepção, ficam por compreender como as lógicas que estruturam o uso da contracepção dialogam com as categorias sociais em determinados contextos sociais.

Para compreender estas lógicas, realizei uma pesquisa etnográfica entre mulheres que residem em diferentes Bairros na cidade da Beira. E a partir de entrevistas semiestruturadas, conversas formais e informais individuais e colectivas compreendi o predomínio de uma lógica que restringe o uso da contracepção apenas pessoas do sexo feminino que tenham confirmado a sua capacidade de conceber ou procriar. Entretanto, uma vez que, no contexto da pesquisa, o exercício legítimo da prática sexual bem como da concepção e da procriação é reconhecido apenas para pessoas do sexo feminino pertencentes a categoria “Mwanacadzi”, e negado aquelas pertencentes a categoria “Mwana”, estas últimas vem-se obrigadas a manter suas práticas sexuais e o uso da contracepção no campo do oculto, sob risco de repreensão e desqualificação, em caso de descoberta pública.

Para além disso, alcançado o estatuto de mãe, as participantes tendem a incorporar o uso da contraceção em suas vidas e nesse processo, elas narraram a ocorrência de efeitos adversos que impactam na compreensão dos seus corpos, nos relacionamentos, com os seus parceiros e com outras pessoas, e que diante desses impactos activam respostas que permitem reinventar a prática sexual e continuar em busca da prevenção por meio de métodos ou da confirmação da capacidade procriativa.

Sendo assim, presente estudo ao explicar que as lógicas que estruturam o uso da contraceção podem ser analisadas em consonância com as categorias sociais permite compreender o seu uso de forma integrada, articulando deste modo estudos que reconhecem a influência dos factores socioculturais e estudos que defendem lógicas contextuais para a compreensão do uso da contraceção, mas que de forma parcial limitava a compreensão desta temática de forma integrada.

Ademais, o estudo alarga a compreensão sobre a adesão aos serviços de planeamento familiar, e permite questionar o alcance da designação “Planeamento familiar” como sinónimo de contraceção uma vez que, designação “Planeamento familiar” tende a reforçar a legitimidade da contraceção para casais em relação matrimonial, na contramão de promover contraceção para mulheres em idade fértil.

Neste contexto, os resultados do estudo podem ser usados para aprimorar a promoção da contraceção em particular, ao apelar para a consistência na mensagem transmitida e para a necessidade de contemplar as lógicas contextuais no processo de planificação de estratégias e acções de promoção da mesma no quotidiano.

7. Referências Bibliográficas

Almeida, M.I.G. 2002. *Representações da família sobre gravidez na adolescência*. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: [Dissertação para obtenção do grau de Mestrado] Universidade Federal de Minas Gerais: Belo horizonte).

Ballard, B. et al .1988. “Social desirability response bias and the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale.” *Psychol Rep* 63:227-237.

Berger, Peter & Luckmann, Thomas. 1973. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis: Editoras Vozes.

Biehl, J. 2005. *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley: University California Press.

Biehl, J. 2007. *Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Biehl, João e Amy Moran-Thomas. 2009. “Subjectivities, Social Ills and Technologies.” *Annual BONDESTAM & BERGSTROM*. 1980. *Poverty and Population Control*. London: Academic Press.

Borges, A L & Nakamura, E. 2009. Normas sociais de iniciação sexual entre adolescentes e relações de gênero. São Paulo: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

Bourdieu, Pierre. 1994. *Stratégies de reproduction et modes de domination*. Actes de la Recherche en Sciences Sociales, Paris, n. 105, p. 253-267.

Brandão & Cabral. 2017. *Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate*. São Paulo: Cadernos de Saúde Pública.

Burrows et al. 2012. *The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review*. Washington: Department of Human Science, Georgetown University.

Carreno et al. 2006. Use of contraceptive methods by sexually active women in São Leopoldo, Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública.

Chapman, Rachel. 2010. Chapman Family Secrets: Risking Reproduction in Central Mozambique (pp105-144; 206-241).

Costa, A., Rosado, L., Florêncio, A. Xavier, E. 2013. História do Planejamento Familiar e sua Relação com os Métodos Contraceptivos. Baía: Brotas.

Cristina, Nivalda. 2014. Mulher, um estatuto volátil: um estudo sobre definição de mulher a partir de alguns pontos da cidade de Maputo e Matola. Cidade de Maputo: Universidade Eduardo Mondlane [Relatório de Pesquisa para Obtenção do grau de Licenciado em Antropologia].

Dadorian, D. 2003. Gravidez na Adolescência: Um Novo Olhar, Psicologia Ciência Profissão. Rio de Janeiro: Rocco.

Dockhorn, S.2017. Contracepção hormonal Combinada interfere sobre a Libido? Mato Grosso do Sul. Universidade Federal de Mato Grosso Campus Universitário de SINOP [projecto para obtenção do grau de bacharel em enfermagem].

Dos Santos, C. e Nogueira, K. 2009. Gravidez na Adolescência: Falta de Informação. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente.

Durkheim, E. 1987. As regras do método sociológico. São Paulo: Companhia Editora Nacional

ELIAS, Norbert. 1994. A sociedade dos indivíduos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editoras.

Farmer, P. 2005. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press.

Figueiredo, R .2010. The use of preservatives, risk and occurrence of non-planned pregnancies, and awareness about and access to emergency contraception among HIV/aids-infected women. São Paulo: *Ciência & Saúde* 15(supl.1) 175-183

Ferreira, Ricardo Franklin. 1998. *Construtivismo: Um momento de síntese ou uma nova tese?* Pp: 1-17.

Guimarães, E A & Witter, G P. 2007. Gravidez na adolescência: conhecimentos e prevenção entre jovens. São Paulo: *Academia Paulista de Psicologia*, vol 27, nº2.

INE.2009. “Recenseamento Geral da População e Habitação – Resultados Definitivos”, Maputo, Moçambique

Jaqueline, D., Montanes, A e Sansom, Z. 2012. Consumo de Métodos Contraceptivos pela População do Município de São José do Rio Claro. *Visão acadêmica* 13 (1): 1518-5192.

Lock, M & Sheper-Hughes, N. 1996. “A critical approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent.” In. Sargent, C. & Th. Johnson, eds. 1996. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. London: Praeger.

Lock, M & Scheper-hughes, N. 1987. “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology”. *Medical Anthropology Quarterly* 10 (1): 6-41.

Loforte, A. 2003. *Práticas Culturais em Relação à Sexualidade e Representações sobre Saúde e Doença*. CEP.

Manica & Nucci. 2017. *Sob a Pele: Implantes Subcutâneos, Hormônios e Género*. Porto Alegre: Horizontes Antropológicos.

Manuel, H. 2007. *Conhecimentos, Atitudes e Práticas Sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses Residentes em Portugal*. Lisboa, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Mariani, Mirella. Métodos anticoncepcionais. 2009.

Disponível em: www.reprodusite.hpg.ig.com.br/metodos.htm. Acesso dia 26/10/2020.

Mariano, E. e Paulo, M. 2009. Infertilidade, Fertilidade áreas Escondidas do nosso Quotidiano? Maputo: Kula.

Mazzini, M.L.H. 2003. A construção da identidade materna na adolescente grávida. Ribeirão: Universidade de São Paulo. [Dissertação para obtenção de grau de Mestrado].

Meyer, J. W & Scott, W. R. Centralization and the legitimacy problems of local government. In: MEYER, J. W; SCOTT, W. R. Organizational environments: ritual and rationality. Beverly Hills: Sage, 1983. p. 199-215.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2009. Parceria nacional para promoção da saúde materna, neonatal e Infantil. Maputo.

_____. 2010. Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2010-2015. Maputo.

_____. 2011. Inquérito Demográfico e de Saúde. Maputo.

Moraes, Erica. 2009. Dicionário de Sociologia. São Paulo: Academia Accelerating the world's research.

Nhanala, G. 2019. Discursos e experiências de mulheres que usam contraceptivos e engravidam: um estudo a partir de alguns centros de saúde da cidade de Maputo e Matola. Cidade de Maputo: Universidade Eduardo Mondlane [Relatório de Pesquisa para Obtenção do grau de Licenciado em Antropologia].

Nicolau, A et al 2012. Conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. Disponível em:

<http://www.fen.ufg.br.revista/v14n1/vn1a19.htm>. (A cessado à 23 de Junho de 2018).

Osis et al. 1999. Impact of contraceptive methods on women's lives: the case of tubal ligation. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15 (3):521-532

Pantoja, F.C. 2003. *A vivência da gravidez na adolescência*. Fortaleza: [Dissertação para obtenção do grau de Mestrado] .

Pedro et al. 2016. Percepções e experiências dos homens sobre o planejamento familiar no sul de Moçambique. Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Colectiva.

Pirrota, K. 2016. Juventude e Saúde Reprodutiva: valores e condutas relacionados com a contracepção entre universitários. Minas Gerais: Associação Brasileira de Estudos Populacionais.

Pretes, N & Quadros, P. 2020. Avaliação dos Efeitos Adversos Produzidos pela utilização dos Contraceptivos Hormonais. Maringá: UniCesumar.

Scavone, L. 1998. Tecnologias reprodutivas: Novas Escolhas Antigos e Conflitos. Rio de Janeiro, cadernos pagu (10) pp.83-112

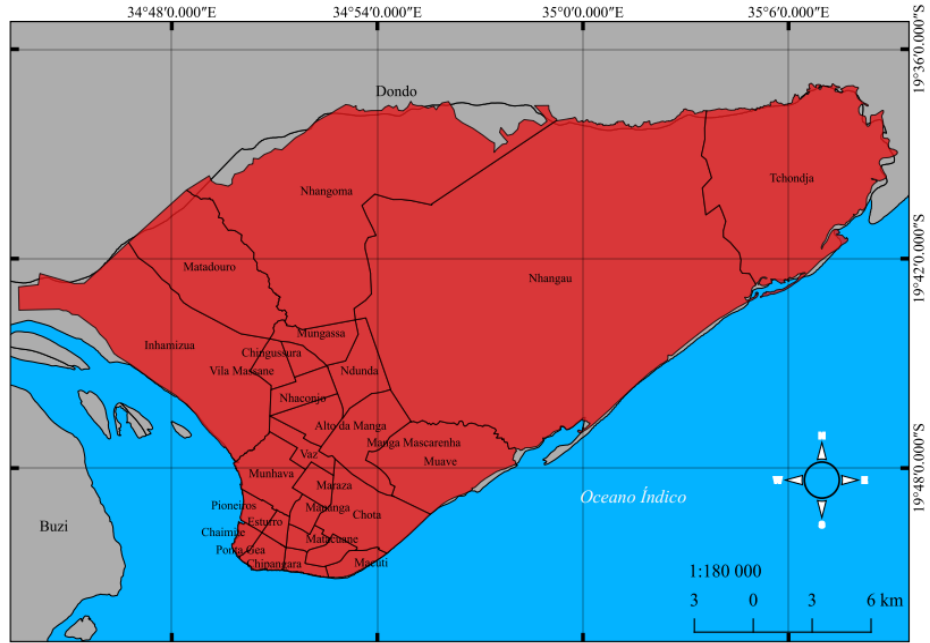
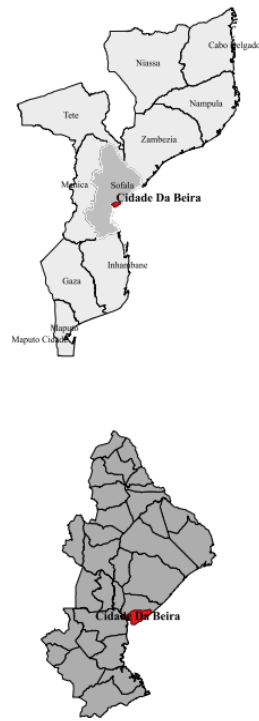
Schaffir, J. 2006. Hormonal contraception and sexual desire: a critical review. *J Sex Mar Ther*.

Scott, W. R. 2008. *Institutions and organizations: ideas and interests*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage.

Seltzer, J. R. (2002). *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica: Rand.

Sive, Esmeralda. 2018. Provar capacidade reprodutiva e, só depois, usar contracepção: A lógica do uso de contracepção no bairro “Abel Jafar”, Marracuene, Maputo. Cidade de Maputo: Universidade Eduardo Mondlane. [Relatório de Pesquisa para Obtenção do grau de Licenciado em Antropologia].

Mapa de Localização da Cidade da Beira (2021)



Legenda

- Distritos
- Sofala
- Províncias

Sistema de Coordenadas Geográficas
 Meridiano Central: 33o E Greenwich
 Datum WGS 1984
 Fonte: Amazonaws, HDX
 Elaborado por: José Banze & Manuel Bila
 Data de elaboração: 07/09/2021

ANEXO-2

Perfil das participantes

Nº	Nome	Idade	Sexo	Residência	Sector de trabalho	Estado civil
1	Antónia	35	Feminino	Matacuane.	Técnica de contas	casada
2	Keite	30	Feminino	Matacuane	Advogada	Casada
3	Teresa	37	Feminino	Ponta-Gêa	Técnica de Recursos Humanos	Casada
4	Catarina	27	Feminino	Munhava	Eng. Agrónoma	Lobolo
5	Ana	30	Feminino	Macurrungo	Doméstica	Solteira
7	Sol	32	Feminino	Ponta -Gêa	Doméstica	Solteira
7	Joana	19	Feminino	Munhava	Doméstica	Solteira
8	Sónia	40	Feminino	Macúti	Médica	Casada
9	Madina	38	Feminino	Matacuane	Enfermeira	Solteira
10	Tomásia	41	Feminino	Manga	Parteira	União de facto