

ISCTE IUL
Instituto Universitário de Lisboa

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Departamento de Sociologia

Agora ou Nunca!

*Processos de Tomada de Decisão de Mães sobre a Gestão da Maternidade nas
Províncias de Maputo e Maputo Cidade, Moçambique*

Ilundi Durão de Menezes, 80391

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Sociologia

Orientador:

Doutor Tiago Correia

Professor Associado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa

Investigador Associado, ISCTE – IUL Instituto Universitário de Lisboa

Lisboa, Outubro 2018

AGRADECIMENTOS

É engraçado... sempre soube que o Mestrado seria um momento importante para mim: um objetivo pessoal, profissional e académico. Não sabia era que o Mestrado se iria tornar num dos eventos mais significativos da minha vida (pelo menos até agora). Assim sendo, estes agradecimentos, embora sejam pela concretização do objetivo delineado – o Mestrado – são também pela riqueza social e de amor que tenho na minha vida e que me permite estar em constante transformação e progresso como pessoa, profissional e académica. Sem as pessoas que me rodeiam não teria chegado a mais uma meta.

Esta dissertação não é minha, mas nossa. Dedico este trabalho a todas as pessoas que, por vários motivos e em diferentes momentos, participaram da minha jornada, tornando-a delas também.

Agradeço aos meus pais, de quem tenho imenso orgulho pela educação que me deram e valores que me passaram. E, à minha mãe, pelo esforço contínuo para que eu pudesse sempre usufruir das melhores oportunidades.

À minha família, que está sempre comigo, mesmo que esteja longe!

À minha família de amigos, o meu chão e as minhas asas!

À minha família profissional, meus mentores. Tenho o privilégio de investirem em mim!

À minha família académica que acarinha o meu desajeitado academicismo!

À Dra. Ana Rosa e ao Dr. Nelson Santos que abraçaram o meu tumulto e me ajudam a encontrar-me!

A todas mulheres entrevistadas pelo interesse, colaboração e receptividade!

Ao Professor Tiago Correia, o meu orientador. Muito obrigada por ter assimilado a minha visão e me ter conduzido pelo meu caos epistemológico e reflexivo, permitindo o atinado escrutínio que um trabalho de investigação exige!

Por fim, não podendo aqui detalhadamente e individualmente agradecer a todos os participantes desta aventura da Ilundi, peço-vos carinhosamente que espreitem o Anexo 1. Qualquer pessoa que não esteja mencionada terá sido por lapso meu e não pela falta do reconhecimento e carinho que tenho e sempre terei por quem faz parte da minha vida.

RESUMO

A maternidade é das experiências mais multifacetadas para o Homem e especificamente mais intensa para a mulher dado o aspeto fisiológico da gestação. Com as profundas transformações da medicina moderna o discurso sobre a maternidade vem sido circunscrito a limites epidemiológicos. Contudo, no mundo para além do ocidental, a biomedicina entra mais tardiamente e junta-se à mescla abundante de terapias que as mulheres procuram de forma simultânea para a gestão da maternidade. Esta pluralidade de sistemas médicos acontece em dimensões estruturantes dos indivíduos: crenças, família, medicina moderna e medicina tradicional. Torna-se imperativo perceber os contornos socioculturais nos processos de tomada de decisão das mulheres na gestão da maternidade.

Usando a teoria dos capitais de Bourdieu pretende-se examinar a relação entre os capitais e o pluralismo médico para demonstrar a tendência de que os capitais educacional e económico se esbatem nos processos de tomada de decisão, reiterando a pujança da influência dos capitais cultural e simbólico. A agência exercida pela mulher vai depender da sua identidade, vida biográfica e o seu contexto socioeconómico e cultural. A forma como se determina a maternidade são é como se entendem as práticas. A forma como o poder e os recursos são vividos moldam as prioridades e ações das mulheres. Isto tem implicações para a investigação e nos esforços para a melhoria de resultados de saúde que sejam duradouros.

Para operacionalizar a pergunta de investigação foram entrevistados dois grupos de mulheres extremados na posição de classe (nos capitais educacional e económico). Os dois grupos de mulheres entrevistadas diferenciados pela variação extremada nos fatores estruturais permitiram estudar se/como os fatores socioculturais (capitais cultural e simbólico) seriam explicativos nas tendências dos processos de tomada de decisão. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas, tendo sido usado o depoimento de 39 mulheres das Províncias de Maputo e Maputo Cidade em Moçambique nos resultados aqui apresentados.

Palavras chave: capitais (cultural e simbólico), pluralismo médico, processos de tomada de decisão, maternidade, mulheres, resultados de saúde, Bourdieu, Moçambique

ABSTRACT

Motherhood is one of the most multifaceted experiences for mankind and more intense for women, specifically, given the physiological element of the gestational period. The profound transformations of modern medicine circumscribed the discourse on motherhood to epidemiology. However, beyond the Western world, biomedicine is introduced later and ties in the abundant mix of therapies that women simultaneously seek for managing maternity. This profusion of medical systems occurs in structuring dimensions of individuals: beliefs, family, modern medicine and traditional medicine. It is imperative to understand the sociocultural contours in women's decision-making processes in managing maternity.

Using Bourdieu's capital theory, the goal of this study is to examine the relationship between capitals and medical pluralism to demonstrate the tendency for educational and economic capitals to become blurred in decision-making processes, reiterating how profound the influence of cultural and symbolic capitals is. Women's agency will depend on their identity, life story and socio-economic and cultural context. The way in which healthy motherhood is perceived is a gateway to understand practices. Women's priorities and actions are shaped by their experiences of power and resources. This has implications for research and efforts to improve and sustain health outcomes.

To operationalize the study hypothesis two groups of women were interviewed in opposing social classes (regarding educational and economic capitals). The two groups of women interviewed differentiated by the extreme variation in structural factors allowed for the assessment on whether/how sociocultural factors (cultural and symbolic capitals) would be explanatory in trends of decision-making processes. Semi-structured interviews were conducted and the testimony of 39 women from Maputo and Maputo City Provinces in Mozambique was used in the results presented here.

Keywords: capitals (cultural and symbolic), medical pluralism, decision-making processes, maternity, women, health outcomes, Bourdieu, Mozambique

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vii
ÍNDICE DE TABELAS.....	viii
GLOSSÁRIO.....	ix
INTRODUÇÃO.....	1
REVISÃO TEÓRICA.....	3
Medicina, medicinas: pluralismo médico	3
O subliminar da maternidade	5
A ajuda de Bourdieu nas análises multidimensionais: capitais e maternidade num contexto de pluralismo médico.....	9
As brechas na literatura.....	10
MÉTODO	12
O que é que se pretende investigar?.....	12
Modelo analítico e operacionalização das variáveis	12
Campo de investigação, porquê Moçambique?	14
Recolha de dados	19
Análise de dados	23
Processo metodológico reflexivo.....	24
RESULTADOS	26
a) Relação entre os capitais e o pluralismo médico	26
Crenças.....	31
Família	34
Medicina moderna	37
Medicina tradicional	39

b) Processos de tomada de decisão	42
DISCUSSÃO.....	45
CONCLUSÃO	49
BIBLIOGRAFIA.....	51
ANEXOS.....	58
Anexo 1 – Agradecimentos.....	58
Anexo 2 – Guião de entrevista.....	60
Anexo 3 – Dados sociodemográficos das participantes.....	69
Anexo 4 – Consentimento informado	70
Anexo 5 – Localização dos bairros das Províncias de Maputo e Maputo Cidade onde decorreram as entrevistas.....	74
Anexo 6 – Reações das entrevistadas à participação no estudo.....	76
<i>CURRICULUM VITAE</i>.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de Moçambique	15
Figura 2: Processo de recolha de dados	19
Figura 3: Etapas do processo de tomada de decisão	43
Figura 4: Etapas do processo de tomada de decisão	43
Figura 5: Etapas do processo de tomada de decisão	44
Figura 6: Etapas do processo de tomada de decisão	45
Figura 7: Origem etnolinguística e cultural das participantes	69
Figura 8: Crença(s) com que as participantes se identificam	69
Figura 9: Bairros da Província de Maputo onde decorreram as entrevistas	74
Figura 10: Bairros da Província de Maputo Cidade onde decorreram as entrevistas	75

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Sumário das variáveis usadas por indicador	14
Tabela 2: Estratégias usadas para criar portas de entrada para entrevistar as participantes	21
Tabela 3: Relação entre os capitais e o pluralismo médico por dimensão do pluralismo médico para os dois grupos de entrevistadas (Grupos 1 e 2).....	28

GLOSSÁRIO

AERMO – Associação dos Ervanários de Moçambique

AMETRAMO – Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique

AVEMETRAMO – Associação dos Vendedores de Medicamentos Tradicionais de Moçambique

IDS – Inquérito Demográfico e de Saúde

IESE – Instituto de Estudos Sociais e Económicos (Moçambique)

IMT – Instituto de Medicina Tradicional (Moçambique)

INE – Instituto Nacional de Estatística (Moçambique)

ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa

MISAU – Ministério da Saúde (Moçambique)

MTA – Medicina Tradicional e Alternativa

OMS – Organização Mundial da Saúde

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

PMT – Praticantes da Medicina Tradicional

PT – Parteira Tradicional

UA – União Africana

WB – *World Bank*

WHO – *World Health Organisation*

INTRODUÇÃO

Agora ou nunca! A maternidade é um momento carregado de decisões. A partir do momento em que a mulher sabe que está grávida dá-se a primeira decisão: a manutenção ou não da gravidez. Se a decisão for a manutenção da gravidez, isto implicará a entrada na maternidade e um rol de processos de tomada de decisão durante a sua vida (Andrade *et al*, 1997; Clowes, 2004; Collyer, 2015; Latimer e Thomas, 2017). A maternidade é um dos pontos focais de maior intensidade na vida do Homem, não só pelo “implícito contrato de vida”, mas também por ser um momento carregado de significados e constructos sociais, políticos, económicos, demográficos e culturais (Clowes, 2004; Latimer e Thomas, 2017; Walsh, 2010). É também um momento caracterizado por fortes emoções e vivências metafísicas (coração (emoção) / mente / alma) (Hilber *et al*, 2012; Lane e Reiger, 2013; Latimer e Thomas, 2017; Osório e Macuácuá, 2013). Por estes motivos, os processos de tomada de decisão relacionados com a maternidade não são, necessariamente, controlados pela mulher (Clowes, 2004; Collyer, 2015; Cuinhane *et al*, 2018; Walsh, 2010). Diz o famoso provérbio africano “é preciso uma aldeia inteira para educar uma criança” (Neufeld, n.d.; Seymour, 2013; Willis, 2012). De qualquer forma, a intensidade do processo da maternidade é tanto mais verdadeira para a mulher, especificamente, pois, associa-se também o aspeto fisiológico da gestação e a responsabilização dos resultados de um processo onde “não se admitem” falhas (Clowes, 2004; Grineski, 2011; Roberts *et al*, 2015; Walsh, 2010).

A nível mundial, dos principais indicadores de progresso e bem-estar no setor da saúde são os indicadores relacionados com a saúde materno-infantil (Collyer *et al*, 2017; MISAU, 2013; UA, 2006; WHO, 2018). Mas, a saúde materno-infantil que aqui se refere é tipicamente a biomédica e originária do Ocidente (Clowes, 2004; MISAU, 2013; UA, 2006; Walsh, 2010).

Saúde, medicina, medicamento/s, tratamentos médico/s (*iatros*).... Embora estes conceitos acompanhem o Homem ao longo da sua existência, hoje em dia, de forma global, são comumente associados a um saber relativamente recente, relacionado com o que é moderno (em antítese ao que é retrógrado/tradicional/crença), despido de influências contextuais (sociais, políticas, económicas, culturais), de posição hegemónica em relação a outros saberes e delimitado à ciência (rácio/positivista), ao somático, alogénico, de estrutura linear e relação de causa-efeito (para curar) e padronizável (Bury, 1997; Correia, 2017; Gadamer, 2009; Marques, 2009; Santos e Cruz e Silva, 2004).

No mundo para além do ocidental, vive-se fortemente sob “uma manta de retalhos” em que as pessoas procuram de forma simultânea várias terapias para a gestão da sua saúde (Grineski, 2011; Sams, 2017; Santos e Cruz e Silva, 2004; MISAU, 2013; WB, 1991). Esta pluralidade de sistemas médicos acontece em dimensões estruturantes dos indivíduos: crenças, família,¹ medicina moderna e medicina tradicional (Clowes, 2004; Correia, 2017; Sams, 2017; Santos e Cruz e Silva, 2004). O pluralismo médico está presente numa trama imensamente rica e que se traduz em formas de inter-medicina que não assumem, obrigatoriamente, caracterizações tão circunscritas quanto as da biomedicina (Correia, 2017; Gadamer, 2009; Sams, 2017; Santos e Cruz e Silva, 2004).

Relativamente à sociologia, estes temas despertam grande interesse e debate, não seja a maternidade são um fator primordial para a existência do Homem – reprodução, produtividade, sustento, e assim por diante (Bury, 1997; Clowes, 2004; Gadamer, 2009). Bourdieu deixou um vasto trabalho demonstrando como fatores multidimensionais e estruturas sociais influenciam a saúde (Angus, *et al*, 2018; Antunes e Correia, 2009; Collyer, 2015; Lessard *et al*, 2010; Pinxten e Lievens, 2014). Para Bourdieu, estes fatores multidimensionais e estruturas sociais manifestam-se através dos capitais educacional, económico, social, cultural e simbólico (Collyer, 2015; de Moraes Sato *et al*, 2014; Oncini e Guetto, 2016; Zhao e Davey, 2015). Para além disto, na academia, o pluralismo médico é uma realidade: há a anuência da coexistência, numa mesma sociedade, de dimensões (crenças, família, ocidentais e as tradições) heterogéneas usadas como terapias para a gestão da saúde (Collyer, 2015; Correia, 2017; Gadamer, 2009; Marques, 2009; MISAU, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004; WB, 1991). Áreas da saúde como o VIH/SIDA e a promoção da saúde são exemplos bastante documentados sobre a forma como se manifesta o pluralismo médico em diversos contextos (Collyer, 2015; Correia, 2017; Cuinhane, 2018; Gadamer, 2009; Marques, 2009; MISAU, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). Assim, como se manifestam os capitais de Bourdieu num contexto de pluralismo médico?

Não obstante a premência do estudo da relação entre capitais e pluralismo médico, a literatura sociológica é parca. Mais ainda em contextos não ocidentais. Nesse sentido, ganha pertinência acrescida realizar este estudo a partir da análise da maternidade em Moçambique. Neste país –

¹ A dimensão família é aqui incluída porque nestes contextos é comum que um membro familiar seja praticante de medicina tradicional/alternativa e/ou seja um guia espiritual (vide secção *Resultados*).

entre tantos outros – a tradição de passagem de conhecimento é, historicamente, oral e só muito recentemente se começou a produzir conhecimento (e registar informação) por escrito (Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Santos e Cruz e Silva, 2004; Timbane e Vicente, 2017).² Assim, ir-se-á aqui trazer uma perspetiva sobre a forma como mulheres nas Províncias de Maputo e Maputo Cidade, em Moçambique, fazem a gestão da maternidade num contexto de pluralismo médico.

Neste estudo, as dimensões moderno e tradicional do pluralismo médico serão empregues com o objetivo de distinguir práticas/saberes e/ou momentos de transformação na história. Todo o discurso e conceito que existe advém de processos de construção e legitimação dos mesmos, associados a determinados contextos e imbuídos de significados que lhes são atribuídos e não é objetivo aqui argumentar sobre estas questões, nem empregar juízos de valor, mas sim utilizá-las como forma de percorrer e analisar os dados colhidos durante o trabalho de campo e trazer a análise proposta (Gadamer, 2009; Zhao e Davey, 2015). Importa também salientar que saúde, para os propósitos do argumento, será empregue numa vertente holística – corpo, mente, alma (somático+psicossomático) – e como manutenção do bem-estar (prevenção e promoção), não apenas saúde por ausência de doença (Collyer, 2015; Correia, 2017; Gadamer, 2009; Lessard *et al*, 2010; Marques, 2009; Pinxten e Lievens, 2014; Santos e Cruz e Silva, 2004; Sointu, 2011). Por fim, no escopo deste trabalho a maternidade engloba desde o momento em que a mulher sabe que está grávida até aos 3 primeiros anos do último filho (vide secção *Método, Escolha das participantes*).

REVISÃO TEÓRICA

Medicina, medicinas: pluralismo médico

A profunda transformação que acontece no continente Europeu a partir do século dezassete pode ser nomeada como o ponto de partida para a biomedicina que se difunde para os restantes países ocidentais (Collyer, 2015; Collyer, 2017; Kickbusch, 2007; Marques, 2009). O início da Modernidade traz consigo um rompimento poderoso com a tradição e crenças (Bury, 1997; Gadamer, 2009; Kickbusch, 2007; Zhao e Davey, 2015). Nada se deixa ao acaso, o Homem não depende do destino nem de alguma entidade espiritual/metafísica que dita a sua vida; o

² Como forma de consubstanciar o estudo a investigadora colaborou com atores chave nas áreas académica e da saúde (vide Anexo 1).

Homem traça a sua vida, o Homem pensa, é pragmático, prova factos e resolve problemas através da ciência (Collyer, 2015; Correia, 2017; Gadamer, 2009; Kickbusch, 2007). A ciência torna-se a nova fé do Homem Moderno (Bury, 1997; Gadamer, 2009; Kickbusch, 2007; Marques, 2009). No campo da saúde, os avanços têm sido tremendos, as possibilidades tecnológicas e biomédicas são inegáveis e a possibilidade de controlo e minimização do risco para as massas (saúde pública) tornou-se real; doenças foram erradicadas, epidemias foram controladas e doenças prevenidas (Bury, 1997; Collyer, 2015; Gadamer, 2009; Kickbusch, 2007). No entanto, nas outras regiões do mundo, a biomedicina entra mais tardiamente, de rompanete, misturada com violência, encharcada de preconceitos e preceitos, e mistura-se com uma realidade onde o processo de cisão que se deu no Ocidente não aconteceu (Durey, 2015; Hughes, 2015; Rojas-Rivas *et al*, 2019; Sams, 2017; Santos e Cruz e Silva, 2004; Zhao e Davey, 2015). Interessa fazer o paralelo ao Ocidente pois o juramento prestado pelos médicos ocidentais/formados pelo paradigma da medicina ocidental assegurando a prática da profissão de forma honesta, idónea e sem prejudicar o paciente, o *Juramento Hipocrático*, é nomeado em conformidade com o intelectual (e *iatro*) da Grécia Antiga que o Ocidente identifica como “o fundador da medicina moderna (biomedicina)”, Hipócrates (Collyer, 2015; Correia, 2017; Gadamer, 2009; Lessard *et al*, 2010; Marques, 2009). Ora bem, Hipócrates era praticante da medicina humoral, parte corpo-parte natureza, em que a saúde surge como realidade multidimensional e de componente natural (Collyer, 2015; Correia, 2017; Gadamer, 2009; Lessard *et al*, 2010; Marques, 2009; Pinxten e Lievens, 2014). É exatamente sobre esta perspetiva que se pretende tratar a saúde, numa ótica holística e multidimensional comumente associada à tradição, à crença e equacionar saúde numa perspetiva de bem-estar para além do corpóreo e sintomático de doença (Collyer, 2015; Gadamer, 2009; Marques, 2009; Santos Cruz e Silva, 2004; Sointu, 2011).

Noutras realidades, o que se vê são processos de negociação constantes entre várias cosmologias de saberes, inter e intra-geracionais, sociais, familiares e individuais, numa vivência de pluralismo médico para a gestão da saúde e Moçambique não foge a essa regra (Andrade *et al*, 1997; Clowes, 2004; Durey, 2015; MISAU, 2013; Rojas-Rivas *et al*, 2019; Sams, 2017; Santos e Cruz e Silva, 2004; Zhao e Davey, 2015). Nas sociedades comumente identificadas como tradicionais, a implantação da medicina ocidental vem acrescentar à já existente gama de alternativas e especialistas terapêuticos para a gestão da maternidade, exacerbando a realidade de pluralismo médico, pois não houve erradicação da crença, do espiritual, do metafísico e o utente ainda sente/mantém a ligação corpo-mente-alma (Bury,

1997; Collyer, 2015; Marques, 2009; MISAU, 2013; Osório e Macuácua, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004; WB, 1991).

Quatro dimensões são evidentes no pluralismo médico praticado em Moçambique – crenças, família, medicina moderna e medicina tradicional – surgem regularmente como partes integrantes da manutenção, preservação e resolução de todos os assuntos considerados importantes/relativos à saúde (bem-estar) (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; IDS, 2011; Matsinhe, 2019; MISAU, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). A noção de que a saúde, o bem-estar, é corpo-mente-alma é uma realidade bastante afincada e aceite neste contexto (Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Santos e Cruz e Silva, 2004).

Este contencioso sobre o que é medicina, que fatores influenciam a saúde/bem-estar e como a gestão da maternidade é praticada pelos indivíduos, é, na realidade, um debate global, recorrente e antigo, em que no Ocidente acontece de forma retroativa (dada a cisão que aconteceu com a era da Modernidade) (Bury, 1997; Gadamer, 2009; Lane e Reiger, 2013; Marques, 2009; Matsinhe, 2019; Sams, 2017; Santos e Cruz e Silva, 2004).

O subliminar da maternidade³

O período da maternidade não se cinge ao processo somático da gestação, parto e cuidar de uma criança, pelo contrário, é um processo interligado entre o físico, o psíquico e o social (Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Lane e Reiger, 2013; Latimer e Thomas, 2017; Roberts *et al*, 2015; Walsh, 2010). Os resultados deste processo são intrinsecamente influenciados por fatores psicossociais e torna-se imperativa a gestão do risco e a sensação de controlo (Belgrave e Charmaz, 2015; Clowes, 2004; Hughes, 2015; Latimer e Thomas, 2017; Osório e Macuácua, 2013; Roberts *et al*, 2015; Walsh, 2010; Willis e Pearce, 2015). O conjunto de significados atribuídos à maternidade vem sendo gerado historicamente de forma estrutural por processos políticos, económicos, demográficos e socioculturais (Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Correia, 2017; Hilber *et al*, 2012; Lane e Reiger, 2013; Latimer e Thomas, 2017; Osório e Macuácua, 2013; Roberts *et al*, 2015; Walsh, 2010). A maternidade carrega consigo um conjunto de significados e associações a normas e expectativas (identidade de género, comportamento, masculinidade e feminilidade e legitimação social) (Andrade *et al*, 1997;

³ Neste estudo, entenda-se por maternidade o pré-natal, o parto, o pós-parto e os primeiros três anos de vida da criança (vide *Introdução e Método, Escolha das participantes*).

Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Lane e Reiger, 2013; Latimer e Thomas, 2017; Matsinhe, 2019; Roberts *et al*, 2015; Walsh, 2010).

Fisiologicamente, não há dúvida de que o processo de gestação é considerado, pela própria ciência, miraculoso (metaforicamente) pois uma vida é criada dentro de outra e o fascínio com a criação de vida é evidente no campo científico (animal, vegetal e humano). É um momento recheado de emoções e ansiedades para a mulher (e para os atores que a rodeiam) e com impacto nos vínculos sociais, identidade de género e percurso de vida da mulher (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Lane e Reiger, 2013; Latimer e Thomas, 2017; Osório e Macuácuá, 2013; Roberts *et al*, 2015; Walsh, 2010). Embora seja um momento partilhado por vários atores, pende para o lado da mulher a responsabilização dos resultados deste processo (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Lane e Reiger, 2013; Latimer e Thomas, 2017; Roberts *et al*, 2015; Walsh, 2010). Assim, a maternidade é um período intenso e intensamente vivido, que obriga a tomar decisões constantemente na gestão do bem-estar dos indivíduos, para o sucesso da gravidez, e, portanto, um momento único para investigar o decorrer de processos de tomada de decisão (Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Lane e Reiger, 2013; Latimer e Thomas, 2017; Osório e Macuácuá, 2013; Roberts *et al*, 2015; Walsh, 2010).

Os significados e práticas associados à maternidade não só variam nas diferentes regiões do globo, como estão em constante molde por influência dos processos transformativos inerentes à modernização e ao desenvolvimento; e, no decorrer destas transformações, também se adaptam as interpretações, o seu racional e há inovações na forma como se gere a maternidade (Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Correia, 2017; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Lane e Reiger, 2013; Latimer e Thomas, 2017; Walsh, 2010). No continente Africano, e em Moçambique, a maternidade é (continua a ser) um dos pontos focais da vida dos indivíduos e, especificamente, das mulheres (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013). Sendo um continente de prática oral de transmissão de conhecimento é comum que muitos dos registos escritos do processo da maternidade tenham iniciado com registos coloniais, embora muitas vezes estes registos fossem criados para inferiorizar o colonizado e marginalizar o outro (*othering*) (Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012). Para além disso, os ensinamentos sobre a maternidade neste contexto são partilhados, ensinados e aprendidos tanto em momentos mais formalizados numa comunidade, como de forma informal e à medida que

se aplica ao momento engajar nessa passagem de conhecimento (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013). Alguns exemplos dos momentos que despoletam situações de aprendizagem: a primeira menarca, o casamento, a gravidez, entre outros (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013). De qualquer forma, os processos de aprendizagem sobre tradições, crenças e cultura são pouco discutidos e rodeados de secretismo (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013).

No contexto Africano, a maternidade é (continua a ser) um processo através do qual a mulher valida a sua feminilidade e de garante de que o homem sustenta a família (estando em união ou não), podendo permitir à mulher segurança socioeconómica. Nesta linha argumentativa, a maternidade pode ser também uma fonte de poder e agência da mulher e em seu benefício (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013). A legitimação da fertilidade através da maternidade é central nos/para os vínculos familiares e nos/para os casamentos (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013). É uma ferramenta à disposição das mulheres para navegar a sua vida reprodutiva e o seu papel no casamento nos diferentes grupos etnolinguísticos e culturais (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013). No decorrer do seu crescimento, a mulher é educada de acordo com normas sociais, culturais, de género e sexuais que conduzam à maternidade e a uma “mulher plena” (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013). Para além disto, a transformação da própria mulher, decorrente da influência da modernidade, do desenvolvimento e cada vez maior acesso a educação (escola), também influencia a gestão da maternidade de forma mais eficaz num contexto de mutação sociocultural (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013).

Esta preocupação com a maternidade está também ligada à garantia da descendência a um nível comunitário (família, anciãos, mulheres da comunidade), assim como a preocupação política/demográfica da continuidade de um povo (como sendo o caso do povo Moçambicano) (Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012).

Entender o papel da maternidade na vida da mulher permite perceber a forma como ela entende, interpreta e legitima o mundo (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácua, 2013). Os constructos da mulher orientam as suas prioridades e ações no seu quotidiano, e os constructos etnomédicos influenciam a forma como as mulheres gerem a maternidade (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácua, 2013). Num nível micro a mulher é o sujeito; num nível meso a mulher é influenciada e apoiada pela família e comunidade; e, a um nível macro, a mulher é afetada por fatores sociais, económicos, políticos e outros externos a si (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácua, 2013).

A forma como a mulher pensa na sua agência vai depender de quem ela é: as coisas em que ela acredita, o percurso e experiência de vida e as circunstâncias socioeconómicas e culturais (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácua, 2013). A forma como a mulher partilha o seu percurso e experiência de vida irá depender de quem a interpela e a natureza da relação que ela tem com essa pessoa (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácua, 2013). Embora esteja a aumentar progressivamente o acesso e uso da biomedicina, as mulheres mantêm a ligação às práticas tradicionais relacionadas com a maternidade (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácua, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). Os diferentes constructos associados à maternidade são mais relevantes para entender as práticas, e, em última instância, a forma como o poder e os recursos são experienciados, acabam por moldar as prioridades e ações das mulheres (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácua, 2013). Isto tem implicações para a investigação e os esforços para a melhoria de resultados de saúde sustentáveis (Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012).

A ajuda de Bourdieu nas análises multidimensionais: capitais e maternidade num contexto de pluralismo médico

A relação entre a maternidade e os fatores sociais é complexa, qualquer uma destas esferas é multidimensional e as relações entre si não são lineares (Clowes, 2004; Collyer, 2015; Collyer, 2017; Frie e Janssen, 2009; Lessard *et al*, 2010; Oncini e Guetto, 2016; Osório e Macuácuá, 2013). Com a teoria de Bourdieu pode-se analisar as interdependências entre estruturas sociais e culturais (contexto), políticas e económicas, e a saúde através da teoria dos capitais (Haines *et al*, 2009; Huppatz, 2015; MacArthur *et al*, 2017; Sams, 2017). A teoria dos capitais de Bourdieu identifica os capitais educacional, económico, social, cultural e simbólico, que se encontram distribuídos e agrupados de diversas formas na sociedade e entre os indivíduos (Angus *et al*, 2018; de Moraes Sato *et al*, 2014; Grineski, 2011; Sato *et al*, 2016).

Os capitais educacional e económico (e em certa medida também o social) permitem mobilidade, acesso, escolha e influenciam fortemente a diferenciação na posição de classe, mas não há uma relação linear entre estes e a maternidade e em termos de comportamentos e resultados (Collyer, 2015; Grineski, 2011; Latimer e Thomas, 2017; Lessard *et al*, 2010; Oncini e Guetto, 2016). Para o escopo deste trabalho ir-se-á considerar como capital cultural apenas as componentes incorporadas e objetivadas e o capital cultural institucionalizado será tratado como capital educacional. Por capital educacional entenda-se habilitações académicas (ensino formal); o capital cultural objetivado é composto pelos bens materiais representativos de poder financeiro (como peças de arte, coleções de livros, equipamentos, entre outros); e o capital cultural incorporado é adquirido ao longo do tempo, de forma imbuída, através dos processos de socialização (família, amigos, comunidades), cultura e tradição. O capital económico prende-se com os recursos financeiros, bens e posses. O capital simbólico é composto pelos recursos que um indivíduo possui na base da honra, prestígio (status), reconhecimento e que são referência do valor de cada um no contexto e cultura em que se insere (reconhecido e legitimado pela sociedade); e o capital social incorpora as redes de contactos, relacionamentos (familiares, de trabalho, amigáveis), e o reconhecimento no meio em que se está inserido e/ou nos meios onde se procura inserção, permitindo a pertença a grupos (Collyer, 2015; Frie e Janssen, 2009; Haines *et al*, 2009; MacArthur *et al*, 2017; Pinxten e Lievens, 2014).

A complexidade e composição da teoria dos capitais permite distinguir classes sociais e estabelecer relações entre estas e a saúde (Collyer, 2015; Collyer, 2017; Frie e Janssen, 2009;

Pinxten e Lievens, 2014). Os capitais são meios de poder, agência e comportamentos, são os motores de formas de estar e agir, assim como das estruturas das relações sociais (de Moraes Sato *et al*, 2014; Haines *et al*, 2009; Lessard *et al*, 2010; MacArthur *et al*, 2017; Oncini e Guetto, 2016). As várias formas de capital são usadas de forma constante e simultânea pelos atores, seja de forma consciente ou inconsciente, e através de processos de negociação, poder, troca e transformação de capitais (inter e intra), para o alcance do bem-estar que almejam na gestão da maternidade (Collyer, 2015; de Moraes Sato *et al*, 2014; Frie e Janssen, 2009; Haines *et al*, 2009; Pinxten e Lievens, 2014).

Assim como se vem argumentado sobre a mutabilidade das estruturas, sociedades, dos conceitos e dos indivíduos ao longo da história da humanidade, Bourdieu também concebeu a teoria dos capitais sob uma perspectiva que permite transformação e, assim, mais eficácia na sua aplicação (Collyer, 2015; Lessard *et al*, 2010; MacArthur *et al*, 2017; Oncini e Guetto, 2016; Pinxten e Lievens, 2014). A transformação de capitais acontece pela interação entre estes, o que permite processos de conversão (Abel, 2008; Grineski, 2011; Waldstrøm e Svendsen, 2008). Processos de conversão ocorrem tanto de forma planeada como orgânica, por exemplo, quando o salário (capital económico) é usado para a obtenção de um curso superior (capital educacional) (Abel, 2008; Grineski, 2011; Waldstrøm e Svendsen, 2008). Estas interações também incluem transformações de capitais no nível intergeracional, quando os cuidadores/agentes responsáveis investem em habilidades artísticas dos seus filhos, e o capital cultural acrescido dos filhos pode ser usado para a aquisição de (mais) capital social, por exemplo, legitimando a sua posição em círculos sociais detentores de poder (Abel, 2008; Grineski, 2011; Waldstrøm e Svendsen, 2008). Este princípio de conversão de capitais pode ser também aplicado ao tema da gestão da maternidade em sistemas múltiplos de saúde (Abel, 2008; Clowes, 2004; Grineski, 2011; Hilber *et al*, 2012; Waldstrøm e Svendsen, 2008).

As brechas na literatura

Não obstante o reconhecimento da multidimensionalidade dos indivíduos, da gestão da maternidade e dos sistemas médicos, a corrente mais forte e cabalmente documentada no mundo académico defende que a acumulação de educação e recursos económicos, permitindo a mobilidade social, leva a comportamentos padronizados e que, portanto, os processos de tomada de decisão dos indivíduos seguiriam esta mesma linha levando a resultados de saúde

previsíveis (Benzeval *et al*, 2014; Center on Society and Health, 2015). Por outro lado, sabe-se que estas relações (capitais, saúde, pluralismo médico) não são lineares, nem são os comportamentos, nem a medicina é circunscrita a um só saber e nem são unidimensionais as ferramentas usadas pelos indivíduos na gestão da maternidade (Clowes, 2004; Collyer, 2015; Correia, 2018; Hilber *et al*, 2012; Lessard *et al*, 2010; Osório e Macuácuá, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004; Walsh, 2010). Importa ainda referir que os estudos estritamente direcionados a perceber processos de tomada de decisão para a gestão da saúde e que conjuntos de ferramentas são empregues neste exercício ainda não são em grande volume; a menção dos processos de tomada de decisão é muitas vezes integrada em estudos em que o objetivo primordial é outro (desigualdades na saúde, sistemas e políticas de saúde, acesso a serviços de saúde (no sistema biomédico), entre outros) (Collyer, 2015; Frie e Janssen, 2009; Haines *et al*, 2009; Lessard *et al*, 2010; MacArthur *et al*, 2017; Pinxten e Lievens, 2014; Zhao e Daye, 2015).

A lacuna na literatura é ainda mais evidente em temas relacionados com processos de tomada de decisão para a gestão da maternidade, e ainda mais acentuada em contextos onde a tradição de passagem de conhecimento é oral, como é o caso de Moçambique (Clowes, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Roberts *et al*, 2015; Walsh, 2010; Santos e Cruz e Silva, 2004). Ainda é pouca a literatura que retrata as perceções das mulheres sobre a maternidade e temas relativos a esta (gravidez, parto, criar filho(s), entre outros) ao mesmo tempo que se analisam as trajetórias dos seus processos de tomada de decisão num contexto de pluralismo médico (Cuinhane *et al*, 2018; Grineski, 2011; Hilber *et al*, 2012; Latimer e Thomas, 2017; Walsh, 2010).

Recolher informação sobre as semelhanças e diferenças entre grupos, as possíveis explicações sobre como as decisões para a gestão da maternidade são tomadas pelas mulheres em contextos de pluralismo médico e como são experienciadas estas vivências permite que o lado da provisão de serviços possa também compreender estas nuances socioculturais (Cuinhane *et al*, 2018; Grineski, 2011; Hilber *et al*, 2012; Lane e Reiger, 2013; Namburete, 2018; Walsh, 2010). Perceber que valores são atribuídos pelas mulheres quando tomam decisões sobre e para a gestão da maternidade permitiria uma provisão de serviços mais eficaz e resultados de saúde mais duradouros (Cuinhane *et al*, 2018; Grineski, 2011; Hilber *et al*, 2012; Lane e Reiger, 2013; Namburete, 2018; Walsh, 2010).

Interessa, portanto, perceber a influência dos fatores sociais e dinâmicos (capitais cultural e simbólico), para a melhoria dos resultados de saúde, no geral e diretamente ligados à maternidade, para fazer políticas e criar sistemas de saúde mais capazes de lidar com estas multidimensionalidades de forma colaborativa, para que haja adesão e retenção nos serviços de saúde e melhorias mais sustentáveis dos resultados de saúde (Collyer, 2015; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Lane e Reiger, 2013; Lessard *et al*, 2010; Walsh, 2010). Com o estudo aqui apresentado espera-se que se possa contribuir nesse sentido.

MÉTODO

O que é que se pretende investigar?

A pergunta de investigação pretende orientar o estudo da gestão da maternidade num modelo de pluralismo médico com variação nos fatores estruturais (capitais educacional e económico), para perceber se os processos de tomada de decisão são tendencialmente idênticos e influenciados por fatores socioculturais (capitais cultural e simbólico). Os objetivos específicos são:

1. Demonstrar a relação entre a pluridimensionalidade da medicina e os capitais;
2. Analisar como os diferentes capitais são usados nos processos de tomada de decisão das mulheres durante a maternidade;
3. Demonstrar que os fatores socioculturais (capitais cultural e simbólico) exercem maior influência nos processos de tomada de decisão para a maternidade do que os fatores estruturais (capitais educacional e económico) e, portanto, os comportamentos são tendencialmente idênticos em diferentes lugares de classe; e
4. Demonstrar a importância de se perceber a relação entre o pluralismo médico e os capitais para a melhoria da provisão de serviços e resultados de saúde na maternidade.

Modelo analítico e operacionalização das variáveis

Para operacionalizar a pergunta de investigação foi necessário entrevistar dois grupos extremados na posição de classe (considerando os capitais educacional e económico). De acordo com o IDS de 2011, a interseção dos capitais educacional e económico indica que a população de renda mais baixa (quintis de riqueza 1 e 2) apenas frequenta o ensino primário (Grupo 1) e a população com renda mais alta (quintis de riqueza 4 e 5) completa, pelo menos,

o ensino secundário ou o ensino superior (Grupo 2). Separando os dois grupos de mulheres a serem entrevistadas pela variação extremada nos fatores estruturais pode-se então perceber se/como os fatores socioculturais (capitais cultural e simbólico) seriam explicativos nas tendências de processos de tomada de decisão. A amostra incluiu dois grupos de mulheres Moçambicanas Bantu⁴ que foram entrevistadas: *mulheres que tivessem escolaridade do nível primário, mas incompleto,⁵ *Grupo 1*; e, *mulheres que tivessem completado 12 anos de escola (equivalente ao ensino secundário) ou frequentado o ensino superior, *Grupo 2*.

Quatro conjuntos de indicadores foram incluídos no guião de entrevista: indicadores socioeconómicos; sociodemográficos; socioculturais; e indicadores para identificar comportamentos de saúde no geral e específicos da maternidade. Os indicadores socioeconómicos foram medidos através dos níveis de educação, ocupação, propriedades, bens (carros, telefones, computadores, entre outros), esquemas de poupança e acesso a seguros de saúde. Para os indicadores sociodemográficos as variáveis foram idade, se vive em união,⁶ língua de família,⁷ crenças (fortemente associado à prática religiosa) e região de origem (da participante, dos cuidadores e dos parceiros quando aplicável). Para os indicadores socioculturais as variáveis aplicadas foram hábitos de confraternização (família, amigos, trabalho), hábito de viajar, práticas e significados culturais, religiosos, tradicionais e de família (aqui na ótica de fator de socialização) e expectativas futuras sobre as relações com as dimensões crenças, família, medicina moderna e medicina tradicional. Por fim, para os indicadores relativos a comportamentos de saúde no geral e especificamente da maternidade, para perceber como se movimentam as mulheres num contexto de pluralismo médico e a relação com os capitais, as variáveis foram o tipo de ferramenta usada para as diferentes situações relacionadas com a saúde: i) crenças; ii) família na ótica de apoio familiar e realização de terapias/tratamentos; iii) medicina moderna; e iv) medicina tradicional. Para uma visão geral da maternidade, as questões focaram-se no momento de confirmação de gravidez, os cuidados pré-natais, parto, pós-parto, os primeiros três anos de vida das crianças⁸ e as expectativas futuras sobre estes comportamentos tendo em conta as ferramentas/dimensões indicadas. Um sumário das variáveis aplicadas está na Tabela 1.

⁴ Vide secção *Método, Escolha das participantes*.

⁵ Em Moçambique o nível primário completo são 7 anos (IDS, 2011:35-39).

⁶ É comum em Moçambique que duas pessoas vivam numa relação conjugal em união de facto (Andrade *et al*, 1997; Arthur e Mejía, 2006; IDS, 2011).

⁷ É comum haver uma mistura entre aprendizagem das línguas Bantu por serem a língua materna ou por serem as línguas faladas em casa pelos pais/cuidadores/pela família (Andrade *et al*, 1997; IDS, 2011; Timbane e Vicente, 2017).

⁸ Idem nota 4.

Tabela 1: Sumário das variáveis usadas por indicador

Indicadores	Variáveis
Socioeconómicos	– Nível de educação – Ocupação – Propriedades – Bens – Esquemas de poupança – Acesso a seguros de saúde
Sociodemográficos	– Idade – Vida em união – Língua de família – Região de origem – Crenças
Socioculturais	– Hábitos de confraternização – Hábito de viajar – Práticas e significados: crenças / cultura / família / tradição – Expetativas futuras sobre as relações com: crenças / família / medicina moderna / medicina tradicional
Comportamentos de saúde	– Tipo de ferramenta usada para as diferentes situações relacionadas com a saúde: crenças / família / medicina moderna / medicina tradicional – Cuidados pré-natais, parto, pós-parto e os primeiros três anos de vida das crianças – Expetativas futuras sobre comportamentos: crenças / família / medicina moderna / medicina tradicional

Fonte: Elaboração própria

Portanto, o estudo aqui apresentado é qualitativo e a recolha de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas.

Campo de investigação, porquê Moçambique?

Dadas as características históricas, socioculturais e económicas de Moçambique, este foi um campo fértil para estudar este tema (vide Figura 1) (Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Brito *et al*, 2009; Brito *et al*, 2017; Chichava, 2008; Cuinhane *et al*, 2018; de Vletter *et al*, 2015; IDS,

2011; MISAU, 2013; Osório e Macuácua, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). Este estudo foi conduzido nas Províncias de Maputo e Maputo Cidade em 2019 como componente integrante da dissertação a ser submetida pelos estudantes de Mestrado do ISCTE-IUL.

Figura 1: Mapa de Moçambique



Fonte: IDS, 2011

Moçambique caracteriza-se por uma população maioritariamente (98%) de origem etnolinguística e cultural Bantu,⁹ com cinco principais grupos medidos pela língua materna: *Máhuwa* (25.4%), *Changana* (10.4%), *Sena* (7.1%), *Lomwe* (6.9%) e *Nyanja* (5.8%). Cerca de 12.8% da população tem como língua materna o Português e os restantes 31.6% da população distribui-se entre os restantes grupos Bantu do país (Alves *et al*, 2011; Gadelii, 2001; Chichava, 2008; IDS, 2011; INE, 2007; Timbane e Vicente, 2017). Em relação a crenças, a

⁹ As tradições variam de acordo com os hábitos de cada grupo etnolinguístico e cultural nas diferentes regiões do país; tanto há práticas transversais como há práticas específicas (Arnfred, 2011; Chichava, 2008; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácua, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004).

população em Moçambique na sua maioria (61.8%) professa alguma fé: 28.4% Católicos, 17.9% Islâmicos, 15.5% Zione/Sião¹⁰ (IDS, 2011; INE, 2007).

A nível de costumes, se, por um lado estão evidentes os traços culturais e tradições da população de Moçambique, por outro lado estão também incorporados os valores da modernidade e as exigências dos processos de desenvolvimento (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Arthur e Mejía, 2006; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). A nação é assente no patriarcado onde a mulher ocupa uma posição complexa na sociedade (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Arthur e Mejía, 2006; Osório e Macuácuá, 2013). A sociedade patriarcal de Moçambique coexiste com duas linhagens, a matrilinear no norte do país, e a patrilinear no sul (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Osório e Macuácuá, 2013). Não obstante a matrilinearidade a Norte, a mulher está subordinada ao clã (Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013). Ao mesmo tempo que a mulher é criada, educada e preparada para o casamento, maternidade e subordinação em diferentes esferas da vida (com as variações adstritas às regras matrilineares/patrilineares), também assenta nela a responsabilidade das “decisões de família” nalgumas instâncias (a maternidade sendo uma delas) (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Cuinhane *et al*, 2018; 2018; Hilber *et al*, 2012; Manuel, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013). As mulheres atuam como mediadoras entre os diferentes atores a considerar nas várias situações de vida (familiar, social, trabalho, entre outros), verificando-se o mesmo em relação à maternidade e aos processos de tomada de decisão relativos a este processo (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Manuel, 2012; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013). Estes processos coexistem com as demandas do mundo moderno e de desenvolvimento, e estas identidades e relações de género vão-se fundindo, transformando e fluindo por entre os dois mundos (tradicional na ótica dos valores mais associados à cultura Moçambicana e moderno na ótica dos valores pregados pelo Ocidente) (Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Andrade *et al*, 1997; Arthur e Mejía, 2006; Manuel, 2012; Matsinhe, 2019; MISAU, 2013; Osório e Macuácuá, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). Cada vez mais mulheres têm acesso à educação e a processos de emancipação, independência e empoderamento, de forma transversal a todas as camadas da população, e de forma bastante evidente em Maputo e Maputo Cidade (Arnfred,

¹⁰ Estas congregações são tipicamente animistas: a cosmovisão em que entidades não humanas (animais, plantas, objetos inanimados ou fenómenos) possuem uma essência espiritual e em Moçambique a fé na crença de um Deus é praticada em consonância com as práticas tradicionais das diferentes regiões do país (Clowes, 2004; Osório e Macuácuá, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004).

2004; Arnfred, 2011; Brito *et al*, 2009; Brito *et al*, 2017; de Vletter *et al*, 2015; IDS, 2011; Manuel, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013).

Há que notar também o papel preponderante das crenças no país porque, na realidade, as identidades e relações dos Moçambicanos são moldadas pelos mundos familiar, moderno, religioso e tradicional (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; IDS, 2011; Manuel, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). Este pluralismo religioso e de cultos demonstra que há alguma harmonia na convivência tanto a nível estrutural, entre instituições religiosas, administração local e comunidades, mas também do foro sociocultural e inter-relacional (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; IDS, 2011; Manuel, 2012; Matsinhe, 2019; MISAU, 2013; Osório e Macuácuá, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004).

O país está dividido em 11 províncias: ao Norte, estão as Províncias do Niassa, de Cabo Delgado e Nampula, no Centro encontram-se as da Zambézia, de Tete, Manica e Sofala e ao Sul, Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade (capital do país e com estatuto de província) (vide Figura 1) (IDS, 2011; de Vletter *et al*, 2015). A Cidade de Maputo é, historicamente, o núcleo político e económico do país, para onde a maioria dos investimentos e corredores de desenvolvimento são dirigidos e a localização geográfica das Províncias de Maputo e Maputo Cidade reforça esta posição hegemónica pela fronteira com a África do Sul, país parceiro e de cooperação social, política e económica (Brito *et al*, 2009; Brito *et al*, 2017; Chichava, 2008; de Vletter *et al*, 2015; Roodt, 2007). Por fim, é nestas duas províncias que a provisão de serviços públicos de saúde (medicina moderna) é mais completa, cabal, diversificada e de fácil acesso, comparativamente ao resto do país (IDS, 2011; MISAU, 2013).^{11,12} Assim, nestas províncias o fator escolha é (mais) efetivo para qualquer pessoa. Por estes motivos Maputo e Maputo Cidade são tradicionalmente um ponto de destino da migração (interna e externa), o que é bastante atrativo para a realização de investigações pois é possível abarcar as várias camadas socioeconómicas e encontrar população de várias origens (de Moçambique e do exterior) (Brito *et al*, 2009; Brito *et al*, 2017; Chichava, 2008; de Vletter *et al*, 2015; Roodt, 2007).

¹¹ Não é objetivo deste estudo avaliar a qualidade dos serviços prestados.

¹² A nível de recursos humanos, equipamentos, infraestruturas e acesso a medicamentos (IDS, 2011; MISAU, 2013).

De qualquer forma, a nível do sector da saúde, o pluralismo médico é reconhecido e há diligência por parte do Ministério da Saúde do país para a provisão de serviços de forma holística (MISAU, 2013). O Ministério criou o Instituto de Medicina Tradicional (IMT) “para promover o conhecimento e o recurso à Medicina Tradicional e Alternativa (MTA), melhorar as práticas dos Praticantes da Medicina Tradicional (PMT), promover os cuidados de saúde primários através desta medicina, legislar e orientar a prática da MTA no país. Apesar de ser uma instituição nova (fundada em 2010), registam-se avanços consideráveis na melhoria da integração dos PMT’s e Alternativa, nos Cuidados de Saúde Primários e na orientação da prática da medicina tradicional em Moçambique.” (MISAU, 2013:22-23). Para além do IMT, outras estruturas estão registadas e/ou são reconhecidas como: Associação dos Vendedores de Medicamentos Tradicionais de Moçambique (AVEMETRAMO), Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO), Associação dos Ervanários de Moçambique (AERMO), e as Parteiras Tradicionais (PT) (“Conceito de Medicina”, n.d.; MISAU, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004).

Dos dados de referência no país, recolhidos em 2011 pelo IDS, o quadro na saúde materno-infantil apresenta-se com uma taxa de mortalidade materna situada em 408/100 000 e a de mortalidade infantil em 64%, a cobertura de partos institucionais é de 54% e da imunização completa durante o primeiro ano de vida é de cerca de 46% (IDS, 2011; MISAU, 2013). As desigualdades geográficas e entre grupos populacionais, sendo as províncias do Norte, zonas rurais, agregados familiares pobres e os idosos, as mulheres e as crianças as mais desfavorecidas, são uma tônica dominante dos resultados de saúde materno-infantil (IDS, 2011; MISAU, 2013). Embora se registem melhorias desde a década de 90, o país ainda está bastante aquém dos valores recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ou para o alcance dos objetivos delineados pela União Africana (UA) em 2006, para o *Maputo Plan of Action*, ou dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (IDS, 2011; MISAU, 2013; WHO, 2018). Portanto, é urgente a melhoria dos serviços de saúde materno-infantil e quanto mais este setor entender a população que serve e melhor adequar os serviços a esta, melhor será a adesão e retenção nos serviços e melhores serão os resultados de saúde (Collyer, 2015; MISAU, 2013; Namburete, 2018; Osório e Macuácuá, 2013; Sams, 2017; Santos e Cruz e Silva, 2004; WB, 1991).

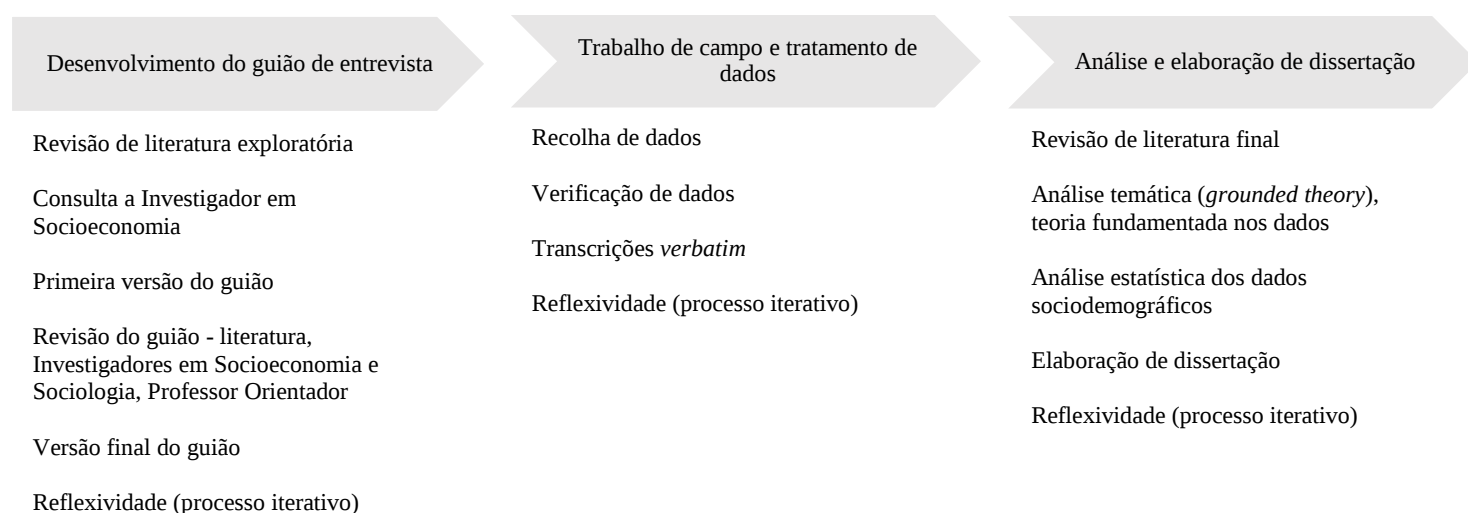
Em Moçambique vive-se de forma clara e rotineira o pluralismo médico, pese embora a tradição de passagem de conhecimento seja oral e, portanto, ainda é relativamente parca e

pouco diversa a informação disponível sobre este tema (Arnfred, 2011; Antunes e Correia, 2009; Clowes, 2004; Osório e Macuácu, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). As dimensões crenças, família, medicina moderna e medicina tradicional são o arquétipo das ferramentas à disposição dos cidadãos e empregues na gestão da saúde e, por isso, apresenta-se um campo fértil para discorrer processos de tomada de decisão das mulheres na gestão da maternidade (Andrade *et al*, 1997; Arnfred, 2004; Arnfred, 2011; Matsinhe, 2019; MISAU, 2013; Osório e Macuácu, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004).

Recolha de dados

O processo de recolha de dados decorreu como se pode ver na Figura 2:

Figura 2: Processo de recolha de dados



Fonte: Elaboração própria

Guião de entrevista

Para o desenvolvimento do guião (vide Anexo 2) de entrevista era necessário identificar, no contexto socioeconómico de Moçambique, as posições de classe que fossem representativas dos grupos extremados de menor renda e nível de educação versus maior renda e nível de educação. Estudos que tenham sido feitos em Moçambique com a interseção destes capitais são praticamente inexistentes e um estudo de referência no país até ao momento é o IDS de

2011 onde foi feita a análise das posições de classe intersetando quintis de riqueza (construídos pela equipa de investigação do IDS com agregadores adequados ao contexto) com nível de educação escolar e discriminado por província (IDS, 2011:35-39). Para as Províncias de Maputo e Maputo Cidade isto implicava que: i) um dos extremos está nos quintis de riqueza 1 e 2 e a frequência escolar cinge-se ao ensino primário que nem sempre é concluído (atendimento escolar entre o primeiro e o sétimo ano do ensino primário);¹³ e ii) o outro extremo está nos quintis de riqueza 4 e 5 e o atendimento escolar varia entre o ensino secundário completo ou o ensino superior (inclui cursos profissionais). Uma vez identificados os grupos foi preparado o guião estruturado em três secções: i) secção inicial sobre o percurso de vida da participante; ii) segunda secção dirigida à vida atual da participante; e iii) a última secção onde era abordado o tema da maternidade, exclusivamente. O objetivo com esta estrutura de guião era o de criar um ambiente descontraído e que a entrevista fosse em tom conversacional dado que os temas abordados são do foro privado das entrevistadas (história familiar, relações familiares, período menstrual, gravidez, crenças, tradições e culturas). Ao longo das três secções as perguntas foram construídas por forma a obter dados para as seguintes dimensões: socioeconómica; sociodemográfica; sociocultural; e comportamentos de saúde no geral e específicos da maternidade; e para identificar as tendências sobre a forma como os processos de tomada de decisão relativos à gestão da saúde e, especificamente, da maternidade, sucedem (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017).

Escolha das participantes

Para entrevistar as mulheres havia um conjunto de critérios de seleção (amostragem não probabilística e intencional) (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017): i) que fossem mães recentes e que o último filho tivesse três anos ou menos;¹⁴ ii) que fossem mulheres moçambicanas Bantu;¹⁵ e iii) que não tivessem completado o ensino primário, para integrar o Grupo 1 (renda baixa), ou que tivessem completado, pelo menos, o ensino secundário (doze anos) ou o nível superior de ensino, para integrar o Grupo 2 (renda alta).

¹³ Em Moçambique o nível primário completo são 7 anos (IDS, 2011:35-39).

¹⁴ A idade limite do filho foi estabelecida por uma questão de memória, para tentar garantir que as mulheres ainda estivessem capazes de partilhar as suas experiências de forma mais detalhada possível. Não implicava serem mães pela primeira vez, mas sim terem sido mães recentemente.

¹⁵ Este critério está relacionado com representatividade. Visto que em regra puramente estatística as amostras devem ser representativas e generalizáveis para a população era coerente a escolha do grupo que representa cerca de 98% da população de Moçambique (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017; IDS, 2011; MISAU, 2013).

Três estratégias foram empregues para chegar às mulheres a serem entrevistadas como se pode ver na Tabela 2:

Tabela 2: Estratégias usadas para criar portas de entrada para entrevistar as participantes

Grupo de mulheres	Estratégia	Porta de entrada
Os dois grupos	Associação sediada no Bairro da Mafala – Associação Iverca	Presidente e membro fundador Oficial de Programas
Os dois grupos	Trabalhadoras de um jardim de infância	Diretora
Baixa renda e ensino primário	Residentes dos Bairros do Hulene, Maxaquene e Tchumene	Trabalhadora doméstica da casa de família da investigadora Vendedora ambulante de vegetais no prédio onde a investigadora habita
Alta renda e ensino secundário/superior	Rede pessoal de contactos	Familiares Amigos Colegas de trabalho Referência de mulheres que participaram do estudo (3 participantes)
Alta renda e ensino secundário/superior	Grupo de troca de informação e apoio entre mães no Facebook – Mães Amigas	Administradora do grupo (5 participantes)

Fonte: Elaboração própria

Todas as portas de entrada utilizadas durante a seleção das participantes no estudo faziam parte da rede pessoal de contactos e conhecimentos diretos da investigadora aos níveis pessoal, familiar, social, formal.

Das 39 entrevistas válidas, 15 mulheres pertencem ao Grupo 1 e 24 ao Grupo 2, com uma média de idade de 31 anos, sendo que a mulher mais nova que foi entrevistada tinha 21 anos e a mais velha 44 anos de idade. Nota-se uma diferença de cerca de 5 anos na média de idades entre as mulheres dos dois grupos: *Grupo 1, média de 28 anos, a participante mais nova de 21

anos e a mais velha de 35 anos de idade; e *Grupo 2, média de 33 anos, a participante mais nova de 26 anos e a mais velha de 44 anos de idade.

À exceção da Província do Niassa, foram entrevistadas participantes com família das restantes 10 províncias do país (vide Anexo 3),¹⁶ dados coerentes com o relatado na secção *Método, Campo de investigação, porquê Moçambique?*, e em que a maioria das entrevistadas é oriunda das Províncias de Inhambane, seguido da Província da Gaza e subsequentemente da Província de Maputo Cidade. Assim, as características etnolinguísticas e culturais das participantes derivam da família linguística Bantu: *Changana, Chuwabo, Copi, Mákhwa, Makonde, Nyungwè, Rhonga, Sena, Tonga, e Tshwa*, para além do Português. Importa referir que, do total das 39 participantes, apenas 3 (Grupo 2) tinham um parceiro atual estrangeiro (de origem Europeia) e uma das participantes, na sua primeira união, também teve um parceiro Europeu.

Relativamente às crenças das participantes, todas indicaram laços de fé, de forma praticante ou não, por processos de socialização (família das participantes e/ou família dos parceiros/parceiros).¹⁷ Na sua esmagadora maioria a religião professada é a Cristã,¹⁸ de seguida o Islamismo e por fim a crença Zione/Sião (também em concordância com a secção *Método, Campo de investigação, porquê Moçambique?*) (vide Anexo 3). No Grupo 1 duas das participantes vivem em famílias onde se professa tanto o Cristianismo como o Islamismo e no Grupo 2 duas participantes indicaram o mesmo.

Recolha de dados

As entrevistas foram conduzidas de forma semiestruturada, duravam, em média, 55 minutos e eram gravadas. As conversas com as participantes foram orientadas pelas secções no guião, mas a sequência e as perguntas de seguimento variavam consoante o desenrolar da entrevista. Isto foi possível dado o nível de conhecimento prévio da investigadora sobre o contexto onde se realizou o trabalho de campo, o tema de análise e as dinâmicas socioculturais das entrevistadas (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017).

¹⁶ Como mencionado na secção *Método, Campo de investigação, porquê Moçambique?*, dado que as Províncias de Maputo e Maputo Cidade são um foco de recção de emigrantes, para se perceber a origem das participantes foi necessário auferir a região do país de onde são, originalmente, os seus cuidadores. Por isso, o total dos dados apresentados é superior ao número de entrevistadas.

¹⁷ É comum que ao longo da sua vida as mulheres mudem de fé e/ou se são praticantes. Por isso, o total dos dados apresentados é superior ao número de entrevistadas.

¹⁸ Onde as participantes identificaram a ramificação do Cristianismo professado isto foi registado. Onde as participantes apenas se identificaram como Cristãs foi registado o Cristianismo de forma agregada.

Foram realizadas 54 entrevistas no total com 39 válidas. Todas as participações foram voluntárias e sem nenhuma remuneração para as participantes. Foram consideradas válidas todas as entrevistas com o consentimento informado assinado (vide Anexo 4), tanto pela investigadora como pela participante e em que as participantes cumpriam todos os critérios de seleção para participação no estudo. À exceção de 2 entrevistas que foram conduzidas por vídeo chamada¹⁹, todas as outras entrevistas foram conduzidas cara a cara e nos locais escolhidos pelas participantes (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017). Todas as entrevistas foram codificadas e nenhum dado pessoal foi registado/inquirido para garantir o anonimato das entrevistadas (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017).

O tamanho da amostra foi selecionado tendo em conta que, de uma forma geral, fosse possível garantir um determinado nível de saturação nos dados recolhidos e que estes possam ser verificados, triangulados e generalizáveis (tendo em conta o contexto) tanto em estudos já efetuados como em estudos futuros (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017; Guest *et al*, 2006). Importa mencionar que o nível de saturação desejado era a identificação de meta-temas que permitissem delinear tendências gerais de comportamento e foi sob esta perspetiva que se firmou a amostra do estudo (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017; Guest *et al*, 2006).

Análise de dados

A análise de dados foi tanto dedutiva, conhecimento prévio do campo de investigação, quanto indutiva, fundamentada nos dados recolhidos (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017). A análise dos dados através da *grounded theory* (teoria fundamentada nos dados) permite a identificação de dimensões para a análise com base nos índices selecionados para as considerações teóricas (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017).

As gravações das entrevistas foram transcritas e usando os documentos escritos foi desenvolvida uma matriz com as dimensões analíticas principais, os temas descritivos das mesmas e as subcategorias sobre as tendências identificadas nos processos de tomada de decisão, significados, experiências e o recurso às crenças, à família, medicina moderna e tradicional em relação à gestão da maternidade nos dois grupos de mulheres entrevistadas.

¹⁹ A investigadora já não se encontrava em Moçambique e as participantes insistiram para que pudessem participar, mesmo que fosse à distância.

Foram também identificadas relações causais inter/intra dimensões de análise (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017; Guest *et al*, 2006). Tanto as transcrições como a análise de dados foram realizadas sem a assistência de programas de computador (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017; Guest *et al*, 2006).

A análise de dados permitiu identificar que os processos de tomada de decisão sobre a gestão da maternidade no contexto de pluralismo médico se manifestam em 4 dimensões gerais: 1) crenças; 2) família; 3) medicina moderna; e 4) medicina tradicional. Usando estas dimensões analíticas procedeu-se à verificação sobre como são empregues os capitais em cada uma das esferas do pluralismo médico.

Processo metodológico reflexivo

Em Moçambique o tema de investigação do estudo aqui apresentado é do foro íntimo (exposição da vida pessoal e familiar), o secretismo é intrínseco aos processos tradicionais, crenças e culturais e tabu (Andrade *et al*, 1997; Arthur e Mejía, 2006; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). O tabu e o secretismo associados a estas questões poderá estar relacionado a possíveis mecanismos de defesa das tradições, culturas e costumes em contextos de países que foram colonizados, por motivações políticas, económicas e /ou socioculturais, e o facto de que determinadas áreas do conhecimento sociocultural estejam reservadas aos anciões das famílias/comunidades e estes decidem sobre como e a quem passar estes conhecimentos (Arnfred, 2011; Andrade *et al*, 1997; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013; Rojas-Rivas *et al*, 2019; Sams, 2017; Santos e Cruz e Silva, 2004; Zhao e Davey, 2015). Para além disto, é comum que participantes de estudos sintam que “devem” dar as respostas corretas de acordo com as perceções que têm do assunto em mãos ou que queiram relatar questões que não estejam ligadas com o objetivo do estudo (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017). Por fim, a relação entrevistador-entrevistado pode, de antemão, impor uma barreira e perceção de poder que condicione o que é partilhado. Um entrevistador é sempre um elemento externo ao objeto de estudo e é sempre benéfico que este encontre formas de criar empatia (Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017). Em Moçambique os serviços públicos/estruturas do governo (escolas, hospitais, meios de comunicação, entre outros) são sempre fatores que influenciam o que é partilhado pelos entrevistados, assim como a nível sociocultural, perante uma figura percebida como detentora de algum tipo de autoridade, a tendência é a de não pôr em causa essa figura (Arnfred, 2011;

Andrade *et al*, 1997; Arthur e Mejía, 2006; Bryman, 2012; Corbin e Strauss, 1997; Glaser e Strauss, 2017; Osório e Macuácuá, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004).

A investigadora, uma mulher branca, Moçambicana e Portuguesa, que “cumpria” impreterivelmente com os indicadores de obstáculos (possivelmente) percecionados pelas participantes, implementou um conjunto de estratégias para que, no curto espaço de tempo do encontro com cada participante, o máximo de empatia fosse criado antes e durante a entrevista para motivar ao máximo a partilha das suas experiências de vida:

- i. Todas as participantes do estudo de alguma forma “pertenciam” às redes sociais (familiar, amigável, trabalho) da investigadora. Todos os contactos que não foram diretos (vide secção *Método, Escolha das participantes*) para a seleção das entrevistadas foram introduzidos por pessoas que pudessem garantir a idoneidade, filantropia da investigadora, e o anonimato da participante;
- ii. O guião foi estruturado de forma a que o primeiro momento da conversa fosse bastante informal, para descontrair a participante, e para que a partilhe fosse dos aspetos do quotidiano (puxando pela interatividade entre as partes);
- iii. A investigadora conversava com todas as participantes antes do início da entrevista para (re)confirmar o propósito do estudo, garantindo o anonimato, reiterar que a participante deveria partilhar apenas o que quisesse e que a qualquer momento poderia pedir que a sua participação não fosse incluída, e reconhecimento (por parte da entrevistadora) da sensibilidade dos tópicos a serem abordados e o cuidado a ser empregue para respeitar todas as práticas socioculturais:
 - a. Por este motivo, o consentimento informado era apenas assinado no final da entrevista, quando a participante já tinha uma noção mais real da conversa tida e era neste momento que a participante confirmava se estava disposta a que a sua entrevista fosse incluída nos dados coletados;²⁰
- iv. No final de cada entrevista a investigadora perguntou às participantes como tinha sido a sua prestação a nível de atitudes, mostra de respeito e sensibilidade ao longo dos temas abordados:

²⁰ Em apenas duas ocasiões não foi possível completar as entrevistas: 1 das mulheres tinha perdido no ano anterior ao momento da recolha de dados o marido e não esteve capaz, emocionalmente, de proceder com a entrevista; e, 1 mulher não se sentiu de todo confortável em partilhar o seu percurso de vida. Estas duas mulheres teriam sido incluídas no Grupo 1. Estas duas instâncias não foram incluídas na contagem das entrevistas (não válidas/válidas) visto que não foi possível efetuar/completar a entrevista e nem sequer se procedeu à assinatura do consentimento informado.

- a. Este momento foi muito importante no decorrer da recolha de dados pois permitiu uma constante verificação e melhoria onde necessário das atitudes e sensibilidades da entrevistadora para com as participantes;
- v. Todas as entrevistadas escolheram o local onde quiseram que decorresse a entrevista. As entrevistas tiveram lugar em bancos de rua, em jardins, nas casas pessoais, nos locais de trabalho, em cafés, entre outros. Por implicação a entrevistadora esteve em vários bairros das Províncias de Maputo e Maputo Cidade (vide Anexo 5):
 - a. Maputo Cidade bairros urbanos: Central B, Central C, Mafalala, Polana Cimento B, Sommerschield;
 - b. Maputo Cidade bairros periféricos (precários): Hulene B, Maxaquene A;
 - c. Maputo Cidade bairros peri-urbanos/zonas de expansão da cidade: Albazine, Costa do Sol, Inhagóia B, Zimpeto; e
 - d. Maputo bairros peri-urbanos: Matola A e Tchumene;
- vi. Para consolidar o trabalho efetuado e dada a escassa literatura disponível sobre o tema e contexto geográfico do estudo aqui apresentado, a investigadora contou com o apoio de atores chave nas áreas académica e da saúde (vide Anexo 1).

De uma forma geral as participantes indicaram satisfação com a participação no estudo e vontade de terem acesso aos resultados após a sua publicação (vide Anexo 6).

RESULTADOS

a) Relação entre os capitais e o pluralismo médico

As experiências partilhadas pelas participantes foram conceptualizadas em 4 dimensões gerais do pluralismo médico: 1) crenças; 2) família; 3) medicina moderna; e 4) medicina tradicional. Para demonstrar a relação entre os capitais e o pluralismo médico na Tabela 3 pode-se ver como se manifestam os capitais cultural e simbólico por cada dimensão de pluralismo médico identificada. Foram evidenciadas as semelhanças e diferenças entre os grupos e por dimensão como forma de apresentar uma visão geral dos resultados. A nível das crenças, as entrevistadas mencionam o papel destas na manutenção da paz de espírito e na orientação a nível de valores e moral na sociedade. As crenças Africanas²¹ são uma fonte de contradições entre o sentimento

²¹ Assim denominadas pelas participantes como se pode perceber na secção *Resultados*.

atribuído pelo vínculo familiar e o sentimento pessoal atribuído a um domínio cabalístico. A família é basilar no decorrer da vida da mulher e na forma como esta toma decisões, mas as mulheres do Grupo 2 são mais capazes de exercer a sua agência. A medicina moderna é vista como necessária e útil; e, na dimensão da medicina tradicional, as mulheres mantêm e pretendem manter estas terapias pois dão valor à noção de saúde corpo-mente-alma, assim como foi manifestada a vontade de que estas terapias possam progredir para serem praticadas com critérios mais constantes trazendo ainda mais fiabilidade às práticas nesta dimensão.

Mulheres com posições socioeconômicas distintas apresentaram disposições idênticas nas diferentes dimensões do pluralismo médico. Através das histórias de vida partilhadas foi possível perceber instâncias em que houve melhorias das condições de vida dos agregados familiares, mas não foram observadas situações de mobilidade social.

De seguida serão apresentados os resultados detalhados por cada uma das dimensões mencionadas com observações sobre que fatores poderão influenciar/orientar as escolhas das mulheres na gestão da maternidade.

Tabela 3: Relação entre os capitais e o pluralismo médico por dimensão do pluralismo médico para os dois grupos de entrevistadas (Grupos 1 e 2)

	Dimensões do pluralismo médico			
Mulheres entrevistadas Grupo 1 e 2	Crenças	Família	Medicina moderna	Medicina tradicional
Semelhanças	- Exposição e prática de algum tipo de fé - Liberdade de escolha individual sobre a prática - Pluralismo religioso e de cultos - Harmonia na convivência sociocultural e inter-relacional - Ferramenta de conforto e orientação em situações problemáticas - Ferramenta de fortalecimento das situações de felicidade - Bem-estar espiritual - Separação religião vs crenças Africanas²² - Emboras as crenças Africanas estejam diretamente ligadas às tradições familiares e que exortam respeito por parte das entrevistadas, estas têm sentimentos conflituosos relativamente às crenças Africanas que são sentidas como obscuras e fonte de inquietação mais do que de serenidade - As religiões são encaradas como fontes de transmissão de valores morais e sociais, inspiração, orientação e tranquilidade	- A vida é do foro privado e familiar - Núcleo dos cuidadores: pais quando presentes, avós, tios (família direta) - Mulheres assumem papel preponderante na vida das suas filhas, principalmente mães, avós e tias - Importância e respeito pelos anciões da família: avós ou o membro familiar mais velho disponível - Os conhecimentos sobre as boas práticas relativas aos costumes socioculturais são detidos pelos anciões da família ou os membros familiares mais velhos presentes - A família passa conhecimentos relativos a crenças, práticas, tradições socioculturais sobretudo na vida adulta, não obstante a participação / exposição durante o crescimento - As entrevistadas, membros da família e/ou pessoas próximas das entrevistadas são provedores de doutrinas / serviços nas dimensões do pluralismo médico - Determinados momentos despoletam o recurso / apelo / uso	- Sentimento geral de que é uma medicina necessária de ser provida - De forma geral é o primeiro ponto de busca de serviços de saúde (com ou sem uso simultâneo da medicina tradicional) - É apreciada a consistência da prática biomédica (diagnósticos, dosagens, receitas e a composição dos medicamentos) - É apreciado o sistema de referência e de se poder cruzar informação com outras fontes (segundas opiniões, buscas de informação pela internet, entre outros) - As entrevistadas, membros da família e/ou pessoas próximas das entrevistadas são provedores de serviços no setor da saúde	- Usada em simultâneo com a medicina moderna - O seu uso pode ser mais associado a algumas patologias e em algumas instâncias é o primeiro / único recurso (exemplo da asma)²³ - Associada aos valores socioculturais locais de maior pendor que os da medicina moderna - Associada a métodos mais orgânicos e naturais, mais próximos de simbologias e significados mais valorizados que os da medicina moderna (exemplo do parto natural) - Usada para complementar / reforçar a medicina moderna pois atua para além do somático (equilíbrio corpo-mente-alma) e sobre fatores para além dos epidemiológicos (exemplo do remédio da lua) - Quando uma enfermidade não se resolve pela medicina moderna, complementa-se / substitui-se pela tradicional pois assumem-se sintomas espirituais - As entrevistadas, membros da família e/ou pessoas próximas das

²² Assim denominadas pelas participantes como se pode perceber na secção *Resultados*.

²³ Gripe, diarreia, dor de cabeça, dor de dentes, dores de barriga, asma, são alguns exemplos das patologias associadas ao uso da medicina tradicional.

	As entrevistadas, membros da família e/ou pessoas próximas das entrevistadas são guias espirituais (curandeiros, padres, imames, entre outros)	das crenças, práticas, tradições socioculturais: morte, doença, casamento, maternidade Linha patrilinear no momento do casamento. Quando a mulher se casa passa a ser da família do marido e adota as suas práticas. Neste momento as sogras e os maridos assumem posições preponderantes de influência Independentemente do como a mulher foi educada, a expectativa é de que a mulher desempenhe o papel de esposa e mãe uma vez casada		entrevistadas são provedores etnomédicos
Diferenças	As mulheres do Grupo 1 são mais inconstantes, mudam mais vezes de fé e/ou se são praticantes. São influenciadas com mudanças que vão acontecendo na sua vida (como por exemplo o casamento)	Maior nível de emancipação nas mulheres do Grupo 2 Maior capacidade de decisão independente nas mulheres do Grupo 2 Maior capacidade de navegar os trâmites familiares e negociar de acordo com os seus interesses/opiniões nas mulheres do Grupo 2 Maior capacidade de conciliar e negociar as práticas das duas famílias (as dela e as do marido) nas mulheres do Grupo 2 As mulheres do Grupo 1, tipicamente, vivem nas mesmas propriedades que as famílias dos maridos o que reduz ainda mais a sua agência A maior parte das mulheres do Grupo 1 vive casada por união de facto, não tendo celebrado, necessariamente, um noivado /	As mulheres do Grupo 2 têm mais capacidades (educacionais e económicas) para fazer o cruzamento de informação	As mulheres do Grupo 2 levantam questões associadas à prática segura das medicinas tradicionais. São levantadas questões como diagnósticos, dosagens, receitas e a composição dos medicamentos, entre outros

		casamento (muitas vezes por fatores financeiros)		
--	--	---	--	--

Fonte: Elaboração própria

Crenças

É de mencionar que crenças neste contexto são as práticas de bem-estar espiritual e que abraçam todas as esferas da vida. Não são práticas de medicina tradicional. Esta dimensão é fortemente imbuída de significados, aspetos simbólicos, quiméricos e metafísicos.²⁴ Os comportamentos associados à prática/uso de crenças em diferentes momentos da vida manifestam-se numa perspetiva de resolução de barreiras no decorrer da vida, tranquilização e reforço de positividade. Ou seja, são empregues tanto para reforçar um processo que esteja a ser bem-sucedido na vida do indivíduo (agradecimentos, bênçãos, desejos de boa sorte, entre outros), tanto para a busca de uma solução, conforto e garantia em momentos de crise (desemprego, morte, dificuldades em questões associadas com relacionamentos íntimos/ter filhos, resolução de conflitos, doença, entre outros):

“P:²⁵ Sim, houve quando pai da minha mãe tava muito doente. Era diabetes, mas ao mesmo tempo era algo que alguém plantou. Foi daí onde foram ao hospital foram tirar as duas pernas do meu avô e um braço. Voltou pra casa. E sempre que ele voltava pra casa tudo piorava. Quando foi pra ir cortar o último braço, os filhos, né, disseram não isso temos de procurar. Procuraram, encontraram enquanto já era tarde” (Participante 7, Grupo 1)

“P: Informei minha mãe, né, então ela me levou numa senhora, sim. É uma Mazione, sim, ela amarrou a barriga com aquelas linhas Mazione. Sim, ela amarrou e ela disse que eu tinha, corria risco de ter um aborto depois desmanchou no nono mês, então ela tirou. Então, ela colocou aquela linha ali, disse que era pra prender o bebé, pra não cair, sim” (Participante 36, Grupo 2)

No conjunto das crenças foi interessante notar uma distinção claramente debatida e partilhada e pelas participantes entre as crenças Africanas (assim denominadas pelas participantes) e a religião. O lado mais obscuro das crenças Africanas, associado ao lado espiritual e geralmente ao curandeirismo, foi bastante questionado. A mais-valia desta ferramenta revelou-se incerta pois o sentimento de quem experiêcia este mundo é de que é um mundo caótico e que não traz, necessariamente, a paz de espírito que se procura. Por oposição, esta paz de espírito é encontrada no foro religioso e um dos motivos mais frequentemente citados é o facto de a crença/religião não procurar ser uma ferramenta para identificação de causas e resolução de problemas, mas sim de orientação, de habilidades para vida para que se seja a melhor pessoa

²⁴ Como foi referido na secção *Introdução*, a aplicação destes conceitos é feita com o objetivo de distinguir práticas/saberes e/ou momentos de transformação na história. Todo o discurso e conceito que existe advém de processos de construção e legitimação dos mesmos, associados a determinados contextos e imbuídos de significados que lhes são atribuídos e não é objetivo aqui argumentar sobre estas questões, nem empregar juízos de valor, mas sim utilizá-los como forma de percorrer e analisar os dados colhidos durante o trabalho de campo e trazer a análise proposta (Gadamer, 2009; Zhao e Davey, 2015).

²⁵ E – entrevistadora e P – participante.

que se pode ser. Assim, as crenças Africanas estão rodeadas de obscurantismo e normativamente, as raízes dos males da vida são sempre externas ao locus individual; não é o indivíduo que deve mudar/melhorar algum aspeto da sua vida/comportamento para viver melhor, mas sim o mundo à sua volta é uma miríade de ameaças onde qualquer um/qualquer coisa pode ser o “o inimigo”. Para além disto, foi levantado o facto de que se após as consultas efetuadas com um curandeiro não for resolvido o problema, é comum o curandeiro retirar-se da situação, ou o utente não estará a cumprir com as orientações recebidas, ou o curandeiro indica que já não há nada a fazer. As consequências vividas neste mundo podem ser de tal forma gravosas que incluem morte, separações, conflitos familiares, entre outros. As participantes demonstraram, claramente, sentimentos contraditórios sobre esta questão. Pese embora seja parte da sua tradição, das normas familiares, que se deve respeitar e que acaba sendo importante para elas, traz também muitas incertezas:

“P: Nós na minha família (meus tios, meus pais) não queremos seguir tradição, essas coisas de curandeiros, sei lá mais o quantos, porque as pessoas que fizeram não estão a resistir. Mesmo minha mãe, perdeu cinco filhos. Ela com meu pai sempre a ir nos curandeiros e lá a dizerem que é porque não *lobolaram*,²⁶ não sei quê. Mas não fez diferença” (Participante 1, Grupo 1)

“E se tu vais ao curandeiro, lá não é só uma doença só. Vão buscar responsáveis por aquilo que está a acontecer na tua vida. Porque o curandeiro nunca resolve. Das vezes que eu fui pra lá, nunca vem com solução. Ele diz, mas isto, mas isto, porque você tem de agradecer fulano de x, tem de agradecer aquilo. Mas, no fundo no fundo, hoje quando eu percebo aquilo, quando, por exemplo, vou ao curandeiro, ah precisas de comprar uma capulana pra tua mãe. No fundo no fundo, a igreja consegue transmitir, não podes fazer mal pra teus pais. A tua bênção vem através dos teus pais. Tens de fazer o bem pros teus pais, tens de fazer o bem para os teus avós. Essas são pessoas que te vão elevar espiritualmente, sim. Fazem bem pra tua vida. Então, curandeiro arma uma forma de te dizer aquilo como se eles fossem responsáveis por aquilo que está a acontecer. Mas você mesmo é responsável daquilo que está a acontecer na tua vida. Nós somos responsáveis, só que nós queremos atirar responsabilidade para outras pessoas” (Participante 29, Grupo 2)

Quanto à religião, a sua prática é pacífica no aspeto intergeracional, aprende-se sobre a religião nos processos de socialização da família, mas há alguma facilidade e abertura de se optar pela prática ou não, e optando pela prática, de se escolher qual religião. Isto é notório pelas mudanças que vão acontecendo ao longo das suas vidas: i) em crianças acompanham os

²⁶ Segundo esta tradição, a família da noiva recebe dinheiro pela perda que representa o seu casamento e a ida para outra casa/família; o preço da noiva. O *lobolo* permite estabelecer uma comunicação entre os vivos e os seus antepassados e a criação ou o restabelecimento da harmonia social. Inscreve o indivíduo numa rede de relações de parentesco e de aliança tanto com os vivos como com os mortos. O *lobolo* faz parte da identidade individual e coletiva, ligando os vivos e os seus antepassados numa rede de interpretações do mundo e num conjunto de tradições em contínuo processo de transformação (Arnfred, 2004; Manuel, 2012; Osório e Macuácuá, 2013).

cuidadores e há famílias em que cada lado (homem/mulher) professa uma religião diferente, portanto, as crianças convivem com as duas realidades. Seis das participantes mencionaram a coexistência de duas religiões – em cada lado da família, ou na infância ou na sua vida adulta, entre ela e o parceiro – a Cristã e a Muçulmana; ii) na vida adulta optam pela sua preferência que pode ser constante ou vai mudando com o tempo – mudança de religião ou mudança entre professar alguma religião e não professar nenhuma. Estas mudanças não seguem necessariamente nenhum padrão, mas são sim influenciadas por eventos durante a vida adulta do indivíduo, que já não vive sob a alçada dos seus educadores, e começa a interagir com diversas redes sociais (entrada na universidade e início da vida laboral, são alguns exemplos) e iii) o momento da união com o homem para formar família, em que é comum as mulheres adotarem a doutrina da sua “nova” família.

A prática das crenças Africanas, sendo um campo antinómico para as participantes como mencionado acima, está mergulhada em processos de decisão, negociação e conflito intergeracional:

“E: E para o umbigo?

P: Aqueles outros puseram, mas esse aqui não. Queimaram coisa da esteira, açúcar. Tiram aquele coiso de esteira, queimam, esfregam num (...), depois um bocadinho de vaselina, depois aplicam aqui no umbigo até o umbigo cair. Todos os dias, duas vezes

E: O que é que tu preferes, usar o gel do hospital ou a mistura da esteira com a vaselina?

P: Depende da tradição de cada casa. Por exemplo minha sobrinha quando deu parto, vem com aquele gel, mas não usaram aquele gel. Usaram muito aquelas coisas de aqui em casa. Aquilo ali arrumaram

E: E tu, o que é que tu preferes, o gel do hospital ou como a família faz?

P: Eu não sei porque não cheguei de apanhar no hospital

E: Vamos tentar fazer de conta. Se tivesses apanhado, como é que ias fazer?

P: Ia fazer como a família faz porque iam-me obrigar. Eles não dão valor aquilo do hospital, dão valor aquela tradição de casa” (Participante 1, Grupo 1)

“P: É isto que estou a explicar eu não fui educada para um lar, eu fui educada para ser uma mulher independente então agora que eu me casei essa independência pela qual fui educada já não joga, então é uma luta. Há coisas que eu não aceito fazer por exemplo nas missas eu tenho de ir aquecer água para minha sogra não vejo necessidade porque minha sogra tem filhas, dizem que eu tenho de dormir não aceito, eu já deixei bem claro que essas coisas de dormir porque é missa não vou fazer

E: Isso é para ... é por uma questão de respeito, né?

P: Quando tu perguntas o porquê ninguém te responde dizem que é tradição, mas quem criou a tradição somos nós, agora é altura de mudar e modernizar ninguém quer fazer

E: E esses conflitos, são pacíficos tipo queres fazer ou não vou fazer ou sentes que há uma dada altura em que há um choque ali na família que epá estás a sentir de que aqui temos de chegar a um meio termo senão não conseguimos avançar?

P: Algumas coisas faço por obrigação. Uma vez também lembro que houve uma missa, que as tias chamaram e disseram que eu tinha de ir para cozinha, do estilo não posso sentar tenho de estar na cozinha porque sou a nora, então foi mais... são coisas que não foram do meu agrado. Da forma como eu cresci, não cresci a ver minha mãe a servir meu pai, meu pai serve sozinho e minha mãe serve sozinha e cresci a ver minha mãe a cozinhar uma vez por semana, percebes. Ao passo que deste lado querem que eu esteja todos os dias na cozinha tem aquela parte de... então aí não nos entendemos. Só que a minha mãe a dada altura ela quer que eu seja esta mulher submissa, mas ela esquece que não me educou para tal. E não só, eu vivi muito tempo sozinha, dos dezoito aos vinte e oito, casei com vinte e nove, quase dez anos sozinha, então estar numa casa em que eu tenho obrigações é um bocadinho difícil. Mas questões familiares um de nós acaba sempre cedendo, senão as coisas também não avançam” (Participante 20, Grupo 2)

“E: Nesse aspeto, na parte da família do teu marido, aí não tens escolha? Se eles disserem tens de fazer?

P: Sim, tenho de fazer, não tenho muita escolha. Mas eu posso não concordar. Eu só vou murmurar com ele (risos) hum, não sei pra que é isto aqui, mas tá bom, hei de fazer! (risos) Quando a pessoa cresce, tem filhos, já não pensa por si só, né. Tem de ver os filhos. Tu negas de fazer depois são as tuas crianças que depois sofrem, né” (Participante 38, Grupo 2)

Família

A família é dos agentes de socialização mais fundamentais de um indivíduo (Alvarez *et al*, 2016; Clowes, 2004; Osório e Macuácua, 2013; Walsh, 2010, Zhao e Davey, 2015). A forma como um indivíduo assimila o mundo, o interpreta e toma decisões é moldada e influenciada pela família (Alvarez *et al*, 2016; Clowes, 2004; Osório e Macuácua, 2013; Walsh, 2010, Zhao e Davey, 2015). Através da família dá-se a continuidade das normas culturais mediante e mediando sistemas de normas e valores em comunidades (Alvarez *et al*, 2016; Clowes, 2004; Osório e Macuácua, 2013; Walsh, 2010, Zhao e Davey, 2015). A forma como as mulheres processam a maternidade e as decisões que tomam relativas a este ponto focal das suas vidas é fortemente influenciada e moldada pelos seios familiares em que estas se movimentam (Alvarez *et al*, 2016; Clowes, 2004; Cuinhanhe *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácua, 2013; Walsh, 2010).

A família surge sob duas perspetivas: i) apoio familiar e ii) membros da família que detêm algum tipo de conhecimento paralelo ao da medicina biomédica e que, através deste, apoiam/participam das soluções procuradas pelas participantes durante a maternidade.

Apoio familiar

De uma forma geral há dois momentos de relações familiares na vida das mulheres com implicações e processos de relações familiares que se transformam: infância e vida adulta.

Durante a infância não há nada de significativo a assinalar. Os laços mais fortes são com a família direta – avós, pais e tios (neste caso independente do género). Quando há alguma situação que impossibilite que os pais criem os filhos (morte, separação, deslocações de trabalho, migração, entre outros), normalmente, são os avós e os tios que abarcam essa responsabilidade. As mães (e avós e tias) têm um papel preponderante na vida das filhas, a relação, empatia e cumplicidade rapariga- e mulher-mulher é bastante evidente. A progressão da vida dá-se e é resolvida no seio/núcleo familiar, não se resolvem problemas pessoais/familiares “fora de casa”, mas os meios sociais, amizades, meios formais (trabalho, escola) fazem parte dos agregados familiares e, naturalmente, algumas famílias com diferentes meios mais presentes e próximos que outros.

Os processos socializantes, neste período, não são explicados e/ou há um processo de seleção sobre o que pode ser e como dever transmitido às crianças. As crianças não são incluídas em várias das práticas e costumes e, quando são, maioritariamente participam por comando, sem explicação do que se está a passar, nem voz para indicar qual a sua vontade. A candura e a falta de contenção característica das crianças também são geridas nos assuntos do foro privado e familiar:

“P: Tem crianças que quando você anda a falar coisas de adultos não conseguem ficar na memória, não sei se é por causa disso, né, não chegamos de aprender essas coisas. Meus tios não falavam connosco

E: Os vossos tios quando vão no nhanguroma, curandeiro, dizem alguma coisa?

P: A nós não nos dizem nada. Quando nós estamos a ver achamos que é sorte deles (risos)” (Participante 1, Grupo 1)

“P: Ah sim, escondidos. Eu descobri mais tarde que a minha mãe fazia isso, consultas não sei com quem, descobri que uma tia minha também fazia isso, llllaaaaa... descobri muito tarde e eu uuuhhh, pensei que vocês tivessem perdido isso tudo. Efetivamente não se perdeu isso os anos todos. Agora, o consultar alguém eu só descobri isso cinco ou seis anos antes de vir praqui. Sim, sim, sim, mas não falavam sobre isso. Foi alguém na vizinhança lá em Portugal que disse, ah a tua mãe costuma visitar aquele... e eu hun. Sim, sabes que ele é feiticeiro. Eu até acho que até hoje a minha mãe nem sabe que eu sei. Se ela não diz é porque não quer que eu saiba, então deixa ela ser feliz com a minha ignorância” (Participante 22, Grupo 2)²⁷

²⁷ Quase toda a família desta participante emigrou para Portugal depois da independência de Moçambique e só na sua vida adulta é que ela se mudou para Moçambique.

Na vida adulta, há momentos que despoletam a abertura para práticas, crenças e tradições socioculturais. A maternidade, é inequivocamente, um momento em que isso acontece:

“Então, as minhas tias disseram que eu não ia ter filhos, porque eu estava a desrespeitar os antepassados e eles iam ficar chateados com o meu casamento, e o casamento só se abençoa com filhos, e que os filhos não viriam. Por isso, quando eu tive aquele aborto, sim, uma das coisas que minha sogra ligou a dizer, ah vocês desrespeitaram a família dela, então vocês têm de ir lá se desculpar e seguir aquilo que eles estão a exigir. Porque tá a ver, ela ficou grávida, mas teve um aborto e isso deve ter uma ligação muito forte com isso” (Participante 21, Grupo 2)

Tanto nos relatos da infância como da vida adulta, um traço claramente sociocultural que se pôde verificar nas constituições familiares é o facto de que quando uma mulher se une a um homem e constitui família, a mulher “muda” de família. A sua família passa a ser a família do marido e será sob esta alçada que ela deverá tomar decisões. Só em casos em que as famílias dos parceiros não estão presentes (conflitos, separações, distância geográfica da família dos parceiros, entre outros) é que, se estiver presente, a família da mulher poderá um papel de maior preponderância. Assim, é comum os relatos de relações de família sentirem-se “unidireccionais” em que as participantes convivem/lidam mais com o lado da família do pai:

“P: Huh, aquilo de fio como a minha primeira filha teve, eu já na minha cabeça estava a pensar que com ela ia, ia, ia ter também. Já como estava ali uma tia que vinha cuidar de mim, como fico com meu marido só, e disse que era também preciso ter o coiso, ter o fio ela está bem

E: Essa é aquela tua tia que me estavas a explicar mais cedo, é do lado do pai?

P: Não, essa, essa, é tia do meu marido

E: Ah, do teu marido. Porque agora estás no lar dele tem de ser a tia dele, né?

P: Hhhmm, sim” (Participante 5, Grupo 1)

“P: Não, em casa da minha avó em Inhambane e tinha de reunir todos os filhos. Nós só ficamos a assistir porque aqui no sul as famílias são patrilineares, não matrilineares, então nós não pertencemos, de certa forma, àquela família

E: Ok. E essa questão que tu levantaste, então, só os filhos, portanto na família da tua mãe, essa, essa consulta, esse ritual de limpeza que foi feito, só os filhos. Espera, pra eu dizer isto de uma forma que faz sentido, porque não estou a dizer bem. A tua avó teve filhos homens e mulheres, não é. Então, só os filhos dos homens é que puderam participar? Porque esses são a ligação da família?

P: Exato, exatamente. Exato, sim. Então, nós que somos filhas de mulheres não tínhamos de participar, apenas podíamos assistir à cerimónia. Então, nós não fomos, por exemplo, batizados com aquele sangue. Nós só ficámos a ver as coisas a acontecer

E: Não comeram, não beberam nada?

P: Sim. Não podíamos comer de nada que pudesse fazer a tal da limpeza porque não fazíamos parte daquela família

E: Sim, sim. Não fazendo parte poderiam conspurcar o ritual e depois pôr em causa o resto da família?

P: Exatamente. Hm hm” (Participante 21, Grupo 2)

“P: No princípio, claro, o homem sempre puxa para o lado dele. Muitas famílias Africanas, né. Acho que já, nas tuas conversas já apanhaste isso, não sei. Mas no princípio era mais família do pai, porque a mulher já pertence ao lar ou quê. Mas depois sozinho ele foi vendo que epá, de família mesmo ele já não tinha nada. Quer dizer, convivia mais com primos dele. Então, chegou um tempo que minha mãe disse olha, eu tenho minha família e vou conviver com eles. Sinta-se à vontade, também és meu marido, então vamos conviver” (Participante 32, Grupo 2)

Saberes familiares

As erudições no seio familiar estão fortemente ligadas aos anciãos, aos mais velhos da família (independente do género). Os avós são, tipicamente, o ponto de referência na busca de orientações, mas, por causa das barreiras impostas pelas alterações no seio familiar que vão ocorrendo, como já vem sido mencionado, segue-se a lógica consecutiva, procura-se o membro familiar mais velho disponível para o apoio necessário. O apoio no ancião está relacionado com a experiência de vida, são pessoas que já passaram por várias situações, já aprenderam e, portanto, doutos “nas coisas da vida”. Esta *expertise* traz também paz de espírito aos mais novos que procuram ou recebem gratuitamente os aconselhamentos e orientações sobre como proceder. A presença destas sabedorias vai desde os próprios membros familiares que prestam a doutrina, aos membros familiares, que não sendo os provedores sabem a quem/onde recorrer, a pessoas de confiança do foro familiar (amigos, guias espirituais/religiosos, entre outros):

“P: Eu tenho esse dom. Crianças quando estar constipado, eu às vezes digo tens de preparar isto pra criança, sim, sim, sim. Minha xará, né, faleceu. Eu também tenho aquilo de focar, ver, remédios se dá pra ajudar alguém. E quando estou em casa da minha mãe vejo, porque às vezes vai procurar quando estou lá” (Participante 8, Grupo 1)

“P: Para se dar o remédio de panelinha faz-se um ritual, uma cerimónia. Neste caso o meu filho tem a sorte de ter a bisavó dele viva. Então ela é que faz. E ela própria veio cá a casa, fez isso, porque isso também tem a ver com a cabeça, para fechar. Então, ela faz esse tratamento, e faz qualquer coisa com ele, põe um bocadinho na cabeça e depois põe-lhe esse colar. Foi o que eu percebi” (Participante 18, Grupo 2)

Medicina moderna

A medicina moderna é necessária. As participantes mencionaram várias questões que fundamentam esta afirmação. A exatidão e clareza com que se depara quando se acedem os serviços de saúde (medicina moderna) é como se fosse uma lufada de ar fresco. É mais fácil sanar dúvidas e perceber os processos com que se deparam nos serviços de saúde. É também vista como um saber constante, cada medicamento e terapia estão associados a situações específicas de enfermidade. Se a enfermidade se repete o mesmo medicamento e/ou terapia serão prescritos. Para as participantes com capacidade (educacional e financeira) para tal, o

facto de se poder cruzar as informações recebidas pelos médicos com outras fontes de informação globalizadas reforça este sentimento. A confiabilidade associada a este setor é bastante elevada. A percepção é de que na medicina moderna há preocupação em fazer diagnósticos corretos, assim como existe um sistema de referência. Este sistema de referência, de encaminhamento para outro colega, dá-se quando não é possível sanar o mal ou quando o mal que assiste o indivíduo é de uma área que não a do médico que o atendeu (de acordo com a opinião desse médico); existe um nível de trabalho em equipa. Portanto, este saber não é de todo rejeitado, pelo contrário. É bem-vindo pois é mais uma ferramenta para lidar com a imponência da saúde. É notório o desejo de que as diferentes esferas de saber comuniquem entre si para que esta busca simultânea por medicinas, que é praticada por omissão, possa ser praticada de forma aberta, em equipa, e não em forma de disputa que torna a vida dos indivíduos mais complicadas e obrigada a processos de tomada de decisão mais complexos pois a informação é incompleta. Embora não tão forte, também surgiu a menção da inclusão das crenças em relação a este conceito de colaboração entre saberes. O desejo é que se possa navegar estes mundos com alguma flexibilidade e não de forma dicotómica:

“E: Então para os dois primeiros decidiste fazer isso quando estavam a ficar doentes ou logo que nasceram puseste?

P: Logo que nasceram puseram

E: E neste pequenino não queres fazer isso é isso?

P: Aahh, não sei ainda. Porque agora também as igrejas às vezes não aceitam ver os bebés com pulseirinhas (risos)

E: E tu queres levar o teu filho pra igreja?

P: Sim” (Participante 1, Grupo 1)

“P: Eu quando estou grávida sinto muito a falta da formalização desses círculos informais, não é. O que é que eu quero dizer, que há muitas preocupações, há muitas, muitos questionamentos que a gente se faz quando esta grávida e que não encontra círculos formais para colocar. Mas então há, sinto muita falta de ir falar sobre o facto de estar a engordar, de ter enjoos que eu acho que não são corretos, de dormir, quer dizer, das relações sexuais.... O que é que eu quero dizer, é que falta, as coisas que eu falo com as amigas, com as vizinhas, né, seria bom se tivéssemos uma porta, uma sala, um endereço, para ir expor. Falta a ligação entre esses dois mundos. Poderíamos ter serviços formais de senhoras que conhecem as coisas. Senhoras que já foram mães, que já foram parteiras, que praticam ritos e que podem explicar... Meu Deus, acontece tanta coisa. Eu na minha primeira gravidez fiquei com as mamas todas escuras, o peito todo cheio... e eu não sabia o que eram aquelas pintinhas, mas algumas senhoras poderiam ter explicado. Imagina quantas meninas também ficam, não conseguem interpretar as mudanças que ocorrem nelas, porque ficaram grávidas com dezoito, com vinte e um anos e não têm a quem recorrer pra explicar o que é que tá a acontecer. A família é muito complicado.... mas então falta colocar em sala de endereços fixos essas senhoras que são conhecedoras de saberes de verdade, né. Que não leram livros, mas conhecem a realidade, sabem o que é que se passa com a vida. Porque é que eu tenho de ficar quarenta dias depois de ter o bebé sem ter relações sexuais, se eu estou ardendo aqui (risos). Pra eu estar bem, porque nós achamos que nós estamos bem, né. É necessário levarmos esses saberes do bairro, saberes da comunidade, saberes das senhoras de verdade pra endereços onde nós que já,

algumas meninas não têm pais, não têm a sogra como eu tenho, que não têm onde partilhar, onde possam ir e ouvir, conversar, serem explicadas, e que... Questões do umbigo do bebé toda aquela cerimónia que existe, então é necessário. Eu acho que falta, falta nos nossos serviços levar esses nossos, esses saberes do quintal para o espaço formal. Conciliar. Porque é que não podemos juntar as coisas, não às escondidas. Hum, fazer as coisas, dizer ao meu médico eu vou levar minha bebé pra tomar aquelas folhas e vou levar a minha bebé para o curandeiro, porque não? Que seja o próprio médico, por exemplo, que leve o bebé ao curandeiro. Estamos a conciliar saberes, porque não?” (Participante 16, Grupo 2)

“P: Eu acho que deviam comunicar. Sabes, as pessoas fingem que não vão ao curandeiro, é o que acontece. As pessoas fingem, porque são os deputados, são os ministros, porque eu... Quando na verdade todo mundo lá vai. Então, não é mais fácil assumir que vão... tanto é que quando tu tens uma inauguração de ponte vão chamar régulos tradicionais. Então, porque é que o fazem? Porque é que o fazem? Se tu achas que essa comunicação não deveria existir, porque é que tu fazes nesses momentos de pompa e circunstância. É assim, eu não descredito totalmente nesses ditos curandeiros ou sei lá quantos. Mas há coisas aí que também acho que são muito inventadas. Umas são muito inventadas, mas eu acredito que há muitos que têm dom, ok, e que é pra serem aproveitados. Então, sei lá, sabes” (Participante 17, Grupo 2)

Medicina Tradicional

Não há dúvida do valor que estas mulheres atribuem à medicina tradicional, o que não é surpreendente à luz dos resultados que vêm sendo apresentados: a noção de saúde é multidimensional e mergulhada em significados e simbologias. A saúde implica o bem-estar que, para ser atingido, precisa que corpo-mente-alma estejam em equilíbrio. A medicina tradicional é associada a métodos menos intrusivos e mais de acordo com os valores desta sociedade; por exemplo, um parto por cesariana não é considerado como opção, nem é visto com o mesmo valor (tanto do lado do utente como do provedor de serviços da medicina moderna) e, geralmente, surge esta questão por indicação médica (medicina moderna) por causa das situações em que a mulher não poderá ter um parto vaginal.²⁸ A busca pela medicina tradicional é feita em simultâneo com o uso da medicina moderna e o uso da medicina tradicional é dominante para algumas patologias.²⁹ Há consenso no facto de que esta medicina secular tem mais-valias e tanto complementa o recursos à terapia moderna quanto, em alguns casos, é usada em substituição. Os casos de indivíduos com asma foi um exemplo inequívoco desta situação, de tal forma que em alguns casos as pessoas não se dirigem sequer ao hospital, pois já sabem qual a terapia necessária. É também usada como fator de reforço a terapias que estejam em curso por meio da medicina moderna.

²⁸ Fatores obstétricos e antecedentes médicos (medicina moderna) da grávida.

²⁹ Gripe, diarreia, dor de cabeça, dor de dentes, dores de barriga, asma, são alguns exemplos das patologias associadas ao uso da medicina tradicional.

De uma forma geral o processo de tomada de decisão sobre o acesso aos vários saberes para a gestão da maternidade é primeiro a ida a unidades de saúde onde há a provisão de serviços de medicina moderna e procuram a medicina tradicional enquanto decorre o processo no sector de saúde (medicina moderna) ou quando este setor se mostrou incapaz de resolver a situação que inquieta as pessoas.

Abaixo algumas citações que ilustram estas constatações:

Valor do parto normal

“P: Meu marido como soube que eu dei parto de cesariana no meu primeiro filho, fora dele, então programámos o parto porque da primeira vez quando disseram não tem como dar normal, cesariana, então programámos no Hospital Central. Minha mãe até disse espera mais um pouco, às tantas pode dar já parto normal. Sim, então eu fui ter com os médicos de novo antes de dar parto me informaram uma coisa, a senhora não tem como dar parto normal

E: Ok, tinha mesmo que ser com cesariana?

P: Sim. Mesmo esse bebé que eu tenho

E: Era isso que eu ia perguntar, esta menina, o menino agora o mais pequenino também teve de ser cesariana, é isso?

P: Sim” (Participante 4, Grupo 1)

“Foi quando comecei a conversar com a minha médica, não sei quê. Como é que ia ser o parto, qual era a probabilidade de eu ter o parto normal, foi quando começamos a ter esse tipo de conversa. No fim tudo... não como eu esperava. Ele nasceu de quarenta semanas. Fiquei cansada no fim, nasceu de quarenta semanas, tive de fazer uma cesariana porque ele não virou. Yah, foi a tal coisa, mas correu tudo bem

E: Os dois então foram cesariana?

P: Hm hm. Não tinha como fazer parto normal porque não tive muito tempo entre as gravidezes” (Participante 23, Grupo 2)

Afinal a asma tem cura?

“P: Sim, fui. Só que depois ela começou a ter problemas, já. Começou a ter problema de asma quando era pequena já com dois anos, sim até agora

E: Ok, ok. E com o problema de asma como é que tás a fazer? O que é que fizeste?

P: Ih, já fui à procura de remédio, mas não ...

E: Remédio, a parte tradicional?

P: Sim, fomos em casa de alguém

E: Ok, ok. Essa questão da asma, depois de tentares o remédio tradicional tentaste também o hospital?

P: Sim fui. Ah, fiquei um pouco de baixa até no hospital

E: E lá no hospital o que é que estão a dizer?

P: Disseram que sempre quando ela for a ficar mal, tem sempre de ir pro hospital. Mas dizem que aquela coisa de coiso, o, a bomba, o aerossol, não é bom pra ela porque quando o tal dia ela começar a ficar mal e não apanhar aquela bomba é capaz dela perder a vida

E: Ok. Então como é que tens de fazer? Tens de ir no hospital?

P: Não. Agora como tem remédio que lhe deram, né, com o tio ... então ela está a usar aquele remédio agora que estou a lhe dar

E: Foi buscar aqui em Maputo ou trouxe de Gaza?

P: Ele vai em Gaza, sim, lá onde ele nasceu

E: Ok. E com esse novo remédio já está a ajudar?

P: Sim, ela não está bem, mas já está melhor porque há muito tempo nem conseguia comer, nem respirar, nem nada mesmo, sim

E: E, agora esse o remédio do tio começaste há muito tempo?

P: Comecei ano passado

E: E já está a melhorar um pouco, é isso?

P: Sim, já está melhor, não é como muito tempo, sim

E: Ok. Desde que começaste o remédio do tio voltaste ao hospital?

P: Não

E: Ficaste só com o remédio do tio?

P: Sim, mas tenho todos os processos tenho do hospital” (Participante 3, Grupo 1)

“P: Eu era asmática crónica. A minha avó vacinou-me. Vacinar é fazer uns riscos, tipo medicina tradicional, e aplicou uma planta, aplicou uma planta e eu deixei de ser, mesmo. Deixei de ser mesmo. Mas curou mesmo, curou mesmo, e eu deixei de ser. Aquilo que eu percebo é que são várias e são várias as pessoas que as conhecem. E pode ser que tu vás, há várias pessoas que conhecem várias plantas e nenhuma delas dá certo. Podes ter de tomar várias vacinas até encontrar a que te cure. Graças a Deus não foi o meu caso. As plantas que a minha avó conhecia foram as que resultaram pra mim e foi no primeiro tiro, como se costuma dizer. E eu era crónica mesmo e curou. Ir ao hospital a gente foi, mas foi mesmo só para garantir que esse não fosse o primeiro, só isso (risos) pelo que percebi. Porque mesmo quando me levaram ao hospital, lá mesmo elas já diziam, mas se vocês sabem que é preciso fazer isto. Mas eu percebi pela insistência da minha mãe que era só pra não deixar que aquilo fosse a primeira opção. Então nós fomos ao hospital, foram seis meses mais ou menos que eu passei mal mesmo. Mas a vacina em mim foi tiro e queda, mesmo. Há fases em que costuma levar mais tempo, mas em mim foi... eu nunca precisei usar bombinha. Depois de ter sido qualificada como crónica no hospital, depois que vacinei eu nunca precisei de nada” (Participante 39, Grupo 2)

A medicina humoral dos leigos: parte tradicional-parte moderna

“P: A pediatra, a gente faz os acompanhamentos formal e informal, em concomitância. Então, independentemente de a outra ter receitado xarope, se eu posso ir ter com a minha pediatra informal, está ali perto, ou... vou passar por ela. Se consigo, vou. Ou então, ligo marco, digo olha a tua bebé andou com isto, isto e aquilo. Já demos xarope, passou, mas ela diz traga, eu tenho de ver. Então eu levo ela, lá vai ver, chega lá, faz avaliação, diz tá boa, tá bom. Mas vai dar isto aqui. Ou tá boa, pode continuar, continua a dar o remédio. Não é decorrente da insatisfação em relação ao serviço formal. É algo que a gente faz em paralelo, sim. Se a pessoa consegue fazer os dois tratamentos ou acompanhamentos em paralelo é o preferível. Em relação aos bebés, yah, posso dizer que sim. Há situações em que a pediatra informal, algumas vezes disse olha suspende a medicação médica, não é. Não dá nada, não dá esse xarope, não dá essa pomada ao bebé, você vai fazer isto. E prevalece a opinião dela a gente suspende mesmo, né, suspende. Então, nalgumas vezes existe essa situação que ela manda mesmo suspender os xaropes, as pomadas, os comprimidos e tem de seguir só o que ela diz, o tratamento tradicional. O mais normal é se o tratamento dela não der certo, ir a uma outra pediatra informal, não, que vai chegar lá dizer ah tá bem, ela deu-vos isto, na verdade deveria ter-vos dado isto ou deveria ter dado isto mais aquilo, não é. Não é o normal voltar ao médico se a primeira consulta

do tradicional não fazer efeito. Nunca passei pela situação de ter de voltar ao médico depois de ter estado com as pediatras informais. Nunca passei por essa situação” (Participante 16, Grupo 2)

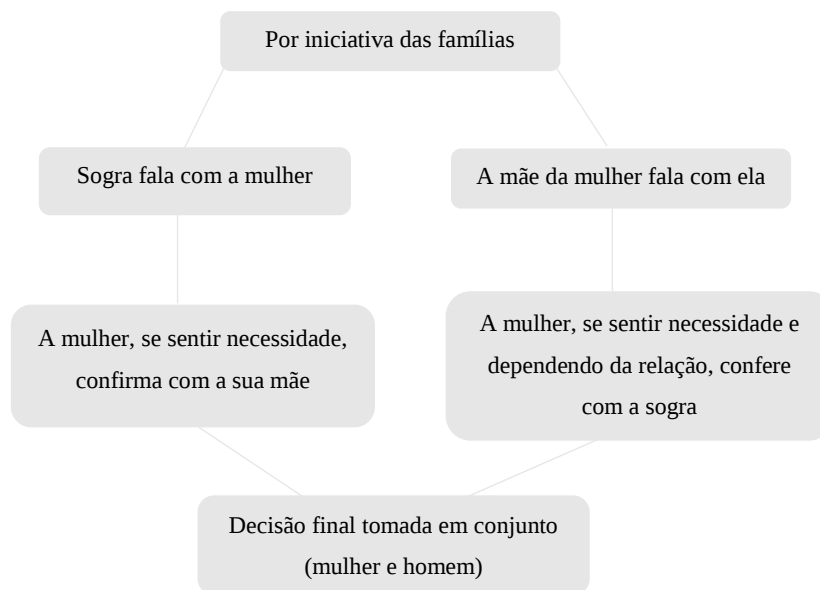
“P: Eu tenho uma mãe muito insistente no uso desses medicamentos e talvez se eu não tivesse visto o medicamento a trabalhar, não estaria a usar. Na minha primeira filha eu me baldei, de facto. Primeiro porque a família do meu marido não usava. Apesar da insistência da minha mãe, nós decidimos olha talvez não seja necessário, não vamos usar e ela foi tendo alguns tiques de criança/de bebé, que supostamente eram causados pelo não uso do medicamento. E, portanto, quando nós demos o medicamento os tiques cessavam, portanto, é a experiência mesmo. Meu marido costuma ter muito receio com as dosagens, né, porque é natural, não tem dosagem. Não é como aquele paracetamol da farmácia que tem lá a dosagem de 5mls de 8 em 8 horas. Mas o descanso é porque, descanso um bocadinho porque é natural. Quando eu falei nessa questão a senhora que costuma dar-nos as ervas ela disse que é natural, se der um bocadinho mais ou um bocadinho menos não é tão ... por se tratar de uma questão natural... mas respondendo à tua questão é mesmo por experiência. Alguns tiques foram-se cortando porque voltamos a dar o medicamento e aquilo cortou” (Participante 39, Grupo 2)

Apenas uma participante, do Grupo 2, afirmou perentoriamente que não tem interesse em se envolver noutros saberes para além da medicina moderna e da religião que professa, a Católica.

b) Processos de tomada de decisão

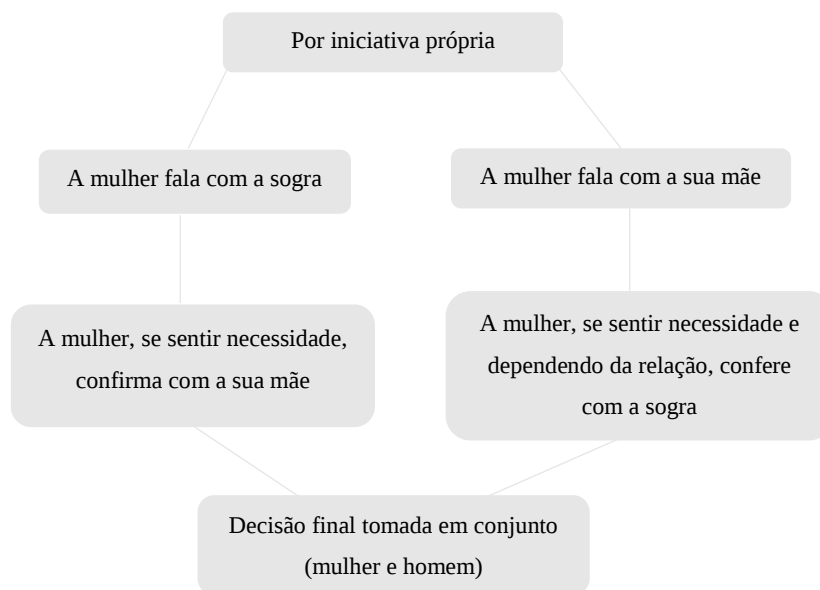
Tendo em conta os processos relacionais identificados e numa tentativa de simplificar os complexos e multidimensionais processos de tomada de decisão, onde a dimensão familiar é componente intrínseca dos mesmos, pela forma como foram descritos pelas participantes a sequência segue de acordo com o esquema das Figuras 3 e 4. Na Figura 3 está descrita a sequência do processo de tomada de decisão para a mulher quando a iniciativa parte da família e na Figura 4 está descrita a sequência do processo de tomada de decisão para a mulher quando ela própria o inicia.

Figura 3: Etapas do processo de tomada de decisão



Fonte: Elaboração própria

Figura 4: Etapas do processo de tomada de decisão



Fonte: Elaboração própria

As citações seguintes são ilustrativas dos processos de tomada de decisão como demonstrado pelas Figuras 3 e 4:

“E: E quando te dizem o que é que é preciso fazer o que é que tu fazes, falas com o teu marido ou fazes só?

P: Na tradição deles, quando estão pra falar umas coisas assim, a tia chamou a mim, chamou meu marido, sentámos.

Falou ali enquanto estávamos todos presentes

E: E tu e o teu marido podem dizer ok, não queremos fazer, ou quando falam é pra fazer?

P: Oh, o meu marido só disse estás a ouvir o que é que a tia está a dizer, eu sim. A decisão é vossa e ele concordou, tá bem tia estamos a vir

E: E é possível um dia tu sentares como teu marido e dizeres olha, lembras a tua tia veio dizer isto assim assim? O que é que tu achas? Queres fazer? Achas que é melhor fazer ou ficarmos sem fazer? Isso pode acontecer, contigo e com o teu marido essa conversa?

P: Sim

E: Ok, então se tu disseses ao teu marido olha eu gostava de não por o fio no pescoço, por exemplo, quê, quê, ele podia aceitar?

P: Sim

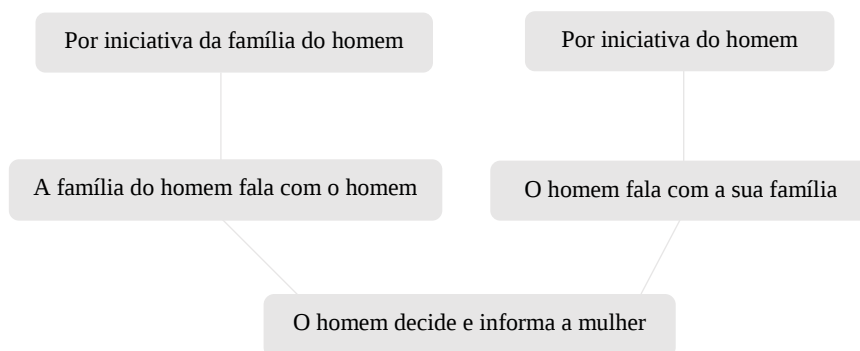
E: Vocês conseguem conversar e juntos é que vocês decidem, é isso?

P: Sim” (Participante 5, Grupo 1)

“O que é que foi, antes dele nascer eu sentei com minha sogra, né, porque eu acho que ela é que tem mais discernimento, né. Ah, porque, claro, para nós aqui, os bebés são da família do homem. Então perguntei se havia algum ritual, alguma coisa que eles faziam quando o bebé nasce ou é mais uma pessoa no mundo, não sei. Mesmo por causa dessa história de Muçulmanos acho que são 40 dias sem sair. Ela disse-me, filha, nós não fazemos nada. Bebê nasceu, nasceu. Eu disse não tem assunto nenhum com umbigo, não sei quê. Ela disse não, eu amei. Então, perguntei minha mãe, minha filha, você nasceu pro mundo, tás a ver, não passámos por isso. Então, nisso eu converso já com meu marido, né, porque na minha igreja quando um bebé nasce nós apresentamos a Deus, chamamos de consagrar. Então eu disse ah, podemos consagrar, não sei que, ele disse yah. Assim que nós saímos do hospital, domingo seguinte a gente vai lá e consagra. Então foi isso que nós fizemos” (Participante 33, Grupo 2)

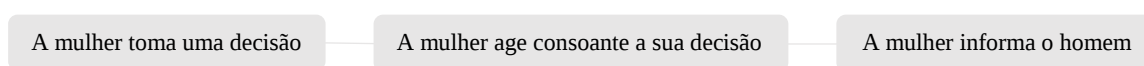
Ainda assim, embora em menor número, houve também relatos de participantes indicando que não tinham voz, ou seja, as decisões finais seriam tomadas pela família do homem e também relatos de situações em que, com ou sem consulta a outros, a mulher decidiu por si, como se pode ver no esquema das Figuras 5 e 6. Na Figura 5 está descrita a sequência do processo de tomada de decisão numa situação em que a mulher não é contemplada e na Figura 6 está descrita a sequência do processo de tomada de decisão quando a mulher pode agir por si.

Figura 5: Etapas do processo de tomada de decisão



Fonte: Elaboração própria

Figura 6: Etapas do processo de tomada de decisão



Fonte: Elaboração própria

As citações seguintes são ilustrativas dos processos de tomada de decisão como demonstrado pelas figuras 5 e 16:

“P: Meu marido é que disse que eu tenho de ir pro hospital, sim

E: Mas conversaram ou ele só disse, não, temos de ir?

P: Não, ele é que decidiu (risos)

E: Ok, ok. E essa parte de se vai tomar o remédio do tio, ou se vai pro hospital, és tu que decides? Falas com teu marido, vocês conversam, decidem ou é a família que vem e diz temos de fazer assim?

P: Não, é meu marido mesmo

E: Ele decide e depois diz olha acho melhor fazermos assim e assim?

P: Sim

E: Mas ele fala com a família dele pra saber o que é que é melhor, depois decide, depois informa-te?

P: Sim” (Participante 3, Grupo 1)

“E: Sim, porque já estavas na igreja. Ok, ok. E coisas como remédio de lua, por exemplo, é algo que as tuas meninas estão a tomar?

P: É sim, elas tomam

E: E como é que foi essa decisão? Foi algo que tu é que quiseste fazer, foi a tua família que pediu pra tu fazeres, foi teu marido? Como é que aconteceu isso?

P: Sim, eu é que quis fazer

E: E, por exemplo, falaste com o teu marido, ou só tu decidiste foste fazer, eeeee...? Como é que foi em casa?

P: Eu acho que só fiz (risos). Sim, não falei com ele. Acho que eu só fiz, ele só viu a criança a tomar medicamento...”
(Participante 30, Grupo 2)

DISCUSSÃO

Moçambique apresenta fatores estruturais e socioculturais que indicam que a discussão aqui trazida sobre a multidimensionalidade da medicina, maternidade e indivíduos é fortemente visível.

A teoria de capitais do Bourdieu pode ser empregue para apoiar no apoio à interpretação dos resultados obtidos. Tanto os capitais cultural como simbólico são evidentes nos processos de tomada de decisão na gestão da maternidade pelas mulheres entrevistadas nas Províncias de Maputo e da Cidade de Maputo, o que está em linha com outros estudos relacionados com a

saúde (Andrade *et al*, 1997; Arnfred 2004a; Arnfred, 2004; Arnfred 2011; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Gadamer, 2009). Os processos de tomada de decisão estão associados aos significados e importância atribuídos pelas pessoas e não a uma relação linear e causal impulsionada pelos capitais educacional e económico (Arnfred 2004a; Arnfred, 2004; Arnfred 2011; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013; Zhao e Daye, 2015). Partir do que é importante a nível pessoal como base para tomada de decisão é um forte indicativo de que os capitais cultural e simbólico exercem uma influência no desenrolar da vida dos indivíduos (Arnfred 2004a; Arnfred, 2004; Arnfred 2011; Collyer, 2015; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Manuel, 2012; Santos e Cruz e Silva, 2004).

As crenças, a família, a medicina moderna e a tradicional são esferas que aparecem tanto de forma simbólica pelo valor e respeito que lhes é atribuído, assim como se mostram fatores de capital cultural e simbólico na capacidade da tomada de decisão das mulheres (Andrade *et al*, 1997; Arnfred 2004a; Arnfred 2011; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Walsh, 2010). A detenção destes capitais não é estática (Andrade *et al*, 1997; Arnfred 2004a; Arnfred 2011; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Roberts *et al*, 2015). As mulheres maximizam estes recursos, aperfeiçoando a forma como os dispõem e mantendo processos de acumulação dos mesmos para poderem tomar decisões de forma ainda mais informada, reforçando a importância destes capitais (Andrade *et al*, 1997; Arnfred 2004a; Arnfred 2011; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Roberts *et al*, 2015). Bourdieu levanta estes aspetos ao argumentar que a abordagem sociológica para a interpretação da racionalidade é fundamentalmente diferente quando se trabalha na interpretação de comportamentos individuais e/ou pela perspetiva do próprio indivíduo (Alvarez *et al*, 2016; Durey, 2015; Oncini e Guetto, 2016; Willis e Pearce, 2015). As práticas, para Bourdieu, são construções sociais e históricas (MacArthur *et al*, 2017; Haines *et al*, 2009; Sams, 2017; Sointu, 2011). Esta perspetiva permite conceptualizar o ator social como um produto de processos em que está imbuído, e estas disposições são adquiridas através de processos de socialização (Bury, 1997 Dumas *et al*, 2014; Gadamer, 2009; Zhao e Daye, 2015). Isto foi possível observar pelas tendências idênticas de comportamentos e escolhas dos processos de tomada de decisão dos dois grupos entrevistados neste estudo, não obstante as diferenças extremadas entre si dos capitais educacional e económico.

O processo de aquisição destes capitais dá-se através de meios formais (escola, consultas médicas da medicina moderna, consultas da medicina tradicional, lugares de profissão de

religião, entre outros), como nos meios informais (Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Matsinhe, 2019; Osório e Macuácuá, 2013). Os meios informais estão ligados a momentos de confraternização nas diferentes redes sociais de cada ator (familiar, amigável, emprego, escolar, núcleos de prática de crenças, entre outros) e ao acesso a fóruns de discussão (grupos no WhatsApp, no Facebook, páginas online, entre outros) (Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013; Sams, 2017). Quanto mais confortável se navegam os significados de cada uma das dimensões de análise aqui referidas, mais capazes os atores estão de tomar decisões e os resultados de saúde são melhor (Andrade *et al*, 1997; Arnfred 2011; Santos e Cruz e Silva, 2004).

As políticas formais de mudança de comportamento na saúde tipicamente enfatizam a importância de se aceder os serviços de medicina moderna, a importância da educação formal e a redução dos comportamentos de risco através de incentivos comportamentais que não se encaixam nas lógicas subjetivas de comportamentos individuais (Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). Ora, estas diretrizes acabam por se tornar um contrassenso nos contextos em que são aplicadas e de eficácia bastante limitada (Clowes, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013; Santos e Cruz e Silva, 2004). Assim, uma implicação forte e importante de uma perspectiva teórica e pela abordagem de Bourdieu é que os estudos, as práticas e as políticas pecam pela falta de reflexividade sobre o contexto de vida dos indivíduos e relativizam ou negligenciam o valor e funções das práticas situadas (Collyer *et al*, 2017; Correia, 2018; Frie e Janssen, 2009; Sato *et al*, 2015). Frequentemente a abordagem assenta em modelos paradigmáticos do Ocidente para compreender as transformações nas experiências vividas (Collyer, 2015; Lessard *et al*, 2010; Rojas-Rivas *et al*, 2019; Sams, 2017). As práticas governamentais estão ligadas a um enfoque nas hierarquias dos saberes de saúde globais, incluindo modelos normativos de como os sistemas de saúde devem ser estruturados e os serviços providos (Collyer, 2015; Lane e Reiger, 2013; MISAU, 2013; Sams, 2017).

A adesão e retenção dos indivíduos em serviços de saúde num contexto de pluralismo médico – crenças, família, medicina moderna e tradicional – está intrinsecamente ligada aos resultados de saúde e “o céu é o limite” para garantir o bem-estar dos filhos e a paz interior dos cuidadores (Grineski, 2011; Hilber *et al*, 2012; Sams, 2017; Walsh, 2010). Bourdieu descreve que individualmente ou coletivamente, conscientemente ou inconscientemente, os indivíduos procuram desenvolver as suas competências a nível cultural e simbólico para que possam retirar

o máximo proveito destas a curto ou longo prazo; assim, beneficiam da acumulação e transformação de capitais (Grineski, 2011; Huppatz, 2015; Oncini e Guetto, 2016). Os resultados deste estudo permitem sustentar a inseparável relação entre os capitais cultural e simbólico nos processos de tomada de decisão para gerir a maternidade num contexto multidimensional de sistemas médicos (Arnfred, 2011; Clowes, 2004; Collyer, 2015; Grineski, 2011; Hilber *et al*, 2012; Osório e Macuácuá, 2013; Sams, 2017; Walsh, 2010).

De notar que a argumentação pelo peso dos capitais cultural e simbólico não implica a exclusão dos capitais educacional e económico. O próprio Bourdieu defende, argumenta e legitima, através da teoria dos capitais, que todos estes “jogam” em conjunto, e que não há um padrão, um modelo, de quanto de cada capital cada indivíduo deve adquirir para que as práticas e os comportamentos possam ser previsíveis, e que estes processos não são estáticos: cultura, comportamentos, práticas, hegemonias globais... (Collyer, 2015; Grineski, 2011; Haines *et al*, 2009; Walsh, 2010). Todos estes aspetos estão em constante transformação, são construções relacionais e são multidimensionais, portanto, assim devem ser considerados os capitais e operacionalizados de forma conjunta (Collyer, 2015; Grineski, 2011; Haines *et al*, 2009; Pinxten e Lievens, 2014; Walsh, 2010).

As partilhas das participantes indicam que estas tendencialmente procuram cuidados de saúde com os quais estejam minimamente confortáveis e sobre os quais tenham algum tipo de controlo. Só a capacidade de tomada de decisão em si poderá ser importante visto que a autoeficácia vem sido associada a melhores resultados de saúde (Arnfred, 2011; Hilber *et al*, 2012; Sams, 2017; Willis e Pearce, 2015). Bourdieu defende que os capitais cultural e simbólico, quando observados “em ação” refletem a mestria dos conhecimentos e comportamentos socioculturais (legitimados nos contextos aplicáveis) que permitem aos indivíduos o alcance dos seus objetivos (Frie e Janssen, 2009; Grineski, 2011; Roberts *et al*, 2015; Zhao e Daye, 2015).

Os capitais educacional e económico não devem perder destaque e são fundamentais em processos de mobilidade social (Collyer, 2015; Frie e Janssen, 2009; Pinxten e Lievens, 2014).

Moçambique, um país ainda do mais pobres do mundo, com recursos escassos e níveis de iniquidade elevados, invoca à necessidade de implementar estratégias inovadoras e flexíveis para que os resultados na saúde materno-infantil não só possam melhorar, mas que também

sejam resultados duradouros (Arnfred, 2011; Brito *et al*, 2017; Clowes, 2004; Hilber *et al*, 2012; IDS, 2011; MISAU, 2013; Sams, 2017). Para além disto, este estudo de caso vem consubstanciar a corrente que defende que é imperativo tratar a saúde e a maternidade como processos holísticos e não apenas somáticos, assim como é inescapável a subjetividade com que os atores tomam decisões (Arnfred, 2011; Correia, 2017; Gadamer, 2009; Grineski, 2011; Hilber *et al*, 2012; Sams, 2017; Santos e Cruz e Silva, 2004; Walsh, 2009).

CONCLUSÃO

O ponto de partida deste estudo são os conceitos capitais e pluralismo médico e a relação entre eles. Como dizia Lavoisier “na natureza nada se perde, tudo se transforma”. Todo o planeta terra é um compósito de “peças” multifacetadas, interconectadas entre si e “mutuamente inclusivas” (Bury, 1997; Gadamer, 2009; Machamer *et al*, 2000; Marques, 2009). Assim é a saúde e assim são os Homens; por isso, para que os resultados de saúde materno-infantil possam melhorar, para que os indivíduos se identifiquem com a provisão de serviços de saúde nos seus contextos (adesão e retenção), é importante empregar igual importância aos capitais cultural e simbólico como se emprega aos capitais educacional e económico (Collyer, 2015; Grineski, 2011; Pinxten e Lievens, 2014; Walsh, 2010). Para além dos capitais como os recursos que os indivíduos empregam nas suas vidas, também os processos de tomada de decisão a nível micro (ao nível do indivíduo) jogam um papel preponderante na saúde materno-infantil e a sua compreensão providencia a possibilidade de interpretar, analisar e conceber políticas e setores de saúde mais capazes e eficazes (Cuinhane *et al*, 2018; Grineski, 2011; Hilber *et al*, 2012; Sams, 2017).

A separação dos capitais e o foco nos processos de tomada de decisão de nível micro num contexto de pluralismo médico neste estudo pretendeu proporcionar a operacionalização destes motores de comportamento dada a lacuna na literatura sobre estes aspetos (Correia, 2018; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Lessard *et al*, 2010).

Não se pretende argumentar que há uma solução simples e uniforme para a provisão dos serviços de saúde (se assim fosse não haveria estudos sobre estas temáticas), mas sim postular a importância do uso simultâneo dos saberes e da complexidade dos processos envolvidos na gestão da saúde; e que só partindo deste pressuposto quando pensando em políticas e setores

de saúde será possível melhorar os resultados neste setor e a qualidade de vida das populações (Cuinhane *et al*, 2018; Frie e Janssen, 2009; Hilber *et al*, 2012; Sams, 2017).

Importa referir que este estudo está circunscrito a um contexto limitado e, mesmo considerando Moçambique, poderá haver diferenças na forma como os comportamentos se manifestam quando se analisam outras áreas do país (Arnfred, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012). A generalização dos aspetos aqui trazidos é imprudente, pois o contexto local é sempre crucial (Arnfred, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012). Não obstante esta limitação, são trazidos dados que permitem reforçar a importância da compreensão da subjetividade dos atores e multiplicidade das ferramentas de gestão para uma maternidade sã e para uma oferta cabal e eficaz de serviços de saúde (Arnfred, 2004; Cuinhane *et al*, 2018; Hilber *et al*, 2012; Latimer e Thomas, 2017; Walsh, 2010). Por outro lado, este estudo foi conduzido de forma individual sem uma equipa de apoio que pudesse permitir maior escala, tanto na recolha como na análise dos dados. Mais estudos e de maior dimensão poderão permitir o reforço do argumento aqui defendido.

BIBLIOGRAFIA

Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), e13.

Alvarez, E. C., Kawachi, I., & Romani, J. R. (2017). Family social capital and health—a systematic review and redirection. *Sociology of Health & Illness*, 39(1), 5-29.

Alves, I., Coelho, M., Gignoux, C., Damasceno, A., Prista, A., & Rocha, J. (2011). Genetic homogeneity across Bantu-speaking groups from Mozambique and Angola challenges early split scenarios between East and West Bantu populations. *Human biology*, 83(1), 13-39.

Andrade, X., et al. (1997). Famílias em contextos de mudança. WLSA (Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust) Moçambique. Universidade Eduardo Mondlane.

Angus, J. E., Dale, C. M., Nielsen, L. S., Kramer-Kile, M., Lapum, J., Pritlove, C., Abramson, B., Price, J. A., Marzolini, S., Oh, P., & Clark, A. (2018). Gender matters in cardiac rehabilitation and diabetes: Using Bourdieu's concepts. *Social Science & Medicine*, 200, 44-51.

Antunes, R., & Correia, T. (2009). Sociologia da saúde em Portugal: contextos, temas e protagonistas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (61), 101-125.

Arnfred, S. (2004). Concepts of Gender in Colonial and Post-colonial Discourses: the case of Mozambique. In *Gender Activism and Studies in Africa: Codesria Gender Series* (Vol. 3, pp. 108-128). Dakar, Senegal: CODESRIA.

Arnfred, S. (2011). Sexuality & gender politics in Mozambique: rethinking gender in Africa. Boydell & Brewer Ltd.

Arthur, M. J. & Mejía, M. (2006). Reconstruindo vidas: estratégias de mulheres sobreviventes de violência doméstica. WLSA (Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust) Moçambique.

Belgrave, L. L. e Charmaz, K. (2015). George Herbert Mead: Meanings and Selves in Illness. In *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. (Chapter 7, pp. 107-123). Springer.

Benzeval, M., Bond, L., Campbell, M. Egan, M., Lorenc, T., Petticrew, M., Popham, F. (2014). How Does Money Influence Health?. Joseph Rowntree Foundation.

Brito, L. de, Castel-Branco, C. N., Chichava, & Francisco, A. (2009). Cidadania e Governação em Moçambique – Comunicações Apresentadas na Conferência Inaugural do Instituto de Estudos Sociais e Económicos. IESE.

- Brito, L. de, Castel-Branco, C. N., Chichava, S., Forquilha, S. & Francisco, A. (2017). *Desafios para Moçambique, 2017*. IESE (Instituto de Estudos Sociais e Económicos).
- Bury, M. (2013). *Health and illness in a changing society*. Routledge Bryman, 2012.
- Center on Society and Health. (2015). *Why Education Matters to Health: Exploring the Causes*. Virginia Commonwealth University. Disponível em <https://societyhealth.vcu.edu/work/the-projects/why-education-matters-to-health-exploring-the-causes.html>. Acessado em Outubro de 2019.
- Chichava, S. (2008). Por uma leitura sócio-histórica da etnicidade em Moçambique. *Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE)*. Maputo, 1-17.
- Clowes, L. (2004). Re-thinking Sexualities in Africa edited by Signe Arnfred. *Journal of Psychology in Africa*, 14(2), 151-152.
- Collyer, F. (Ed.). (2015). *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine*. Springer.
- Collyer, F. (2017). Envisaging the healthcare sector as a field: moving from Talcott Parsons to Pierre Bourdieu. *Social Theory & Health*, 16(2), 111-126.
- Collyer, F. M., Willis, K. F., & Lewis, S. (2017). Gatekeepers in the healthcare sector: Knowledge and Bourdieu's concept of field. *Social Science & Medicine*, 186, 96-103.
- Correia, T. (2017). Revisiting medicalization: a critique of the assumptions of what counts as medical knowledge. *Frontiers in Sociology*, 2, 14.
- Correia, T. (2018). Tensions and paradoxes in health involving rights, knowledge and trust: mapping the debate and pointing to directions of research. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(67), 987-992.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1997). *Grounded theory in practice*. Sage.
- Cuinhan, C. E., Roelens, K., Vanroelen, C., Quive, S., & Coene, G. (2018). Perceptions and decision-making with regard to pregnancy among HIV positive women in rural Maputo Province, Mozambique—a qualitative study. *BMC women's health*, 18(1), 166.
- de Moraes Sato, P., da Rocha Pereira, P., de Carvalho Stelmo, I., Unsain, R. F., Ulian, M. D., Sabatini, F., Martins, P. A. & Scagliusi, F. B. (2014). Eating practices and habitus in mothers. A Brazilian population-based survey. *Appetite*, 82, 16-28.
- de Vletter, F., Lauchande, C. & Infante, E. (2015) *FinScope Consumer Survey Mozambique*. FINMARK TRUST.
- Dumas, A., Robitaille, J., & Jette, S. L. (2014). Lifestyle as a choice of necessity: Young women, health and obesity. *Social Theory & Health*, 12(2), 138-158.

Durey, A. (2015). Antonio Gramsci and Pierre Bourdieu: 'Whiteness' and Indigenous Healthcare. In *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. (Chapter 12, pp. 191-204). Springer.

Frie, K. G., & Janssen, C. (2009). Social inequality, lifestyles and health—a non-linear canonical correlation analysis based on the approach of Pierre Bourdieu. *International journal of public health*, 54(4), 213-221.

Gadamer, H. G. (1997). O mistério da saúde: o cuidado da saúde ea arte da medicina. Edições 70.

Gadelii, K. E. (2001). Languages in Mozambique. *Africa and Asia*, 1, 6-12.

Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Routledge.

Grineski, S. E. (2011). Why parents cross for children's health care: Transnational cultural capital in the United States–Mexico border region. *Social Theory & Health*, 9(3), 256-274.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82.

Haines, R. J., Poland, B. D., & Johnson, J. L. (2009). Becoming a 'real' smoker: cultural capital in young women's accounts of smoking and other substance use. *Sociology of health & illness*, 31(1), 66-80.

Hilber, A. M., Kenter, E., Redmond, S., Merten, S., Bagnol, B., Low, N., & Garside, R. (2012). Vaginal practices as women's agency in sub-Saharan Africa: a synthesis of meaning and motivation through meta-ethnography. *Social science & medicine*, 74(9), 1311-1323.

Hughes, K. (2015). Anthony Giddens: The Reflexive Self and the Consumption of Alternative Medicine. In *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. (Chapter 28, pp. 439-454). Springer.

Huppertz, K. (2015). Pierre Bourdieu: Health Lifestyles, the Family and Social Class. In *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. (Chapter 24, pp. 370-385). Springer.

IDS – Inquérito Demográfico e de Saúde Moçambique. (2011). Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

INE – Instituto Nacional de Estatística. (2007). Recenseamento Geral da População e Habitação. Moçambique. Disponível em <http://www.ine.gov.mz/operacoes-estatisticas/censos/censo-2007>. Acessado em Outubro de 2019

Kickbusch, Ilona (2007) "*Health Governance: The Health Society*", in David McQueen, et al. (eds.), *Health and Modernity The Role of Theory in Health Promotion*, pp. 144-161.

Lane, K., & Reiger, K. (2013). Regime change in Australian maternity hospitals. *Social Theory & Health*, 11(4), 407-427.

Latimer, J., & Thomas, G. M. (2017). The politics of reproduction and parenting cultures—procreation, pregnancy, childbirth and childrearing. *Sociology of health & illness*, 39(6), 811-815.

Lessard, C., Contandriopoulos, A. P., & Beaulieu, M. D. (2010). The role (or not) of economic evaluation at the micro level: can Bourdieu's theory provide a way forward for clinical decision-making?. *Social Science & Medicine*, 70(12), 1948-1956.

MacArthur, G. J., Jacob, N., Pound, P., Hickman, M., & Campbell, R. (2017). Among friends: a qualitative exploration of the role of peers in young people's alcohol use using Bourdieu's concepts of habitus, field and capital. *Sociology of health & illness*, 39(1), 30-46.

Machamer, P., Darden, L., & Craver, C. F. (2000). "*Thinking About Mechanisms*", *Philosophy of science*, 67(1), 1-25.

Manuel, S. (2012). Sexuality in cosmopolitan Maputo: the aesthetics of gendered practice through the lenses of class. *III Conferência Internacional do IESE – "Moçambique: Acumulação e Transformação em Contexto de Crise Internacional"*. Conference Paper no 30.

Marques, M. S. (2009). "*O Aparecer Sui Generis da Fraternidade*". *común*. Jornada de Homenagem a Fernando Gil, 12, 2007.

Matsinhe, C. (2019). Ritos de Iniciação como Instâncias de Mediação Social. Resumo Seminários do Centro de Estudos Africanos. Universidade Eduardo Mondlane. Moçambique

"Conceito de Medicina" – Medicina Tradicional. (n.d.). Disponível em https://www.academia.edu/16979761/Medicina_Tradicional. Acessado em Outubro de 2019

MISAU – Ministério da Saúde Moçambique. (2013). Plano Estratégico do Setor da Saúde. PESS 2014-2019. Direção de Planificação e Cooperação.

Namburete, D. (2018). A ausência do cidadão utente no SNS e o repensar da participação comunitária: o caso de Moçambique. *N'weti Comunicação para Saúde*.

Neufeld, P. M. (n.d.). A tradicional ética africana do ubuntu e a moderna liderança empresarial: à guisa de uma introdução para a gestão laboratorial. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, Editorial. Volume 48 nº 3. Disponível em <http://www.rbac.org.br/artigos/volume-48-n-3-editorial/>. Acessado em Outubro de 2019

Oncini, F., & Guetto, R. (2016). Determinants of dietary compliance among Italian children: disentangling the effect of social origins using Bourdieu's cultural capital theory. *Sociology of health & illness*, 39(1), 47-62.

Osório, C. e Macuácuá, E. (2013). Os Ritos de Iniciação no Contexto Actual: Ajustamentos, Rupturas e Confrontos. Construindo Identidades de Género. Edição: Maria José Arthur. WLSA (*Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust*) Moçambique.

Pinxten, W., & Lievens, J. (2014). The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions. *Sociology of health & illness*, 36(7), 1095-1110.

Roberts, J., Griffiths, F. E., Verran, A., & Ayre, C. (2015). Why do women seek ultrasound scans from commercial providers during pregnancy?. *Sociology of health & illness*, 37(4), 594-609.

Rojas-Rivas, E., Espinoza-Ortega, A., Thomé-Ortíz, H., Moctezuma-Pérez, S., & Cuffia, F. (2019). Understanding consumers' perception and consumption motives towards amaranth in Mexico using the Pierre Bourdieu's theoretical concept of Habitus. *Appetite*, 139, 180-188.

Roodt, M. J. (2007). Borderlands – The Impact of Regional Integration Initiatives in a Southern African Cross Border Region: Maputo Development Corridor. Department of Sociology Rhodes University, Grahamstown, South Africa. Conferência Inaugural do IESE “Desafios para a investigação social e económica em Moçambique”. Conference Paper no 34.

Rowold, D., Garcia-Bertrand, R., Calderon, S., Rivera, L., Benedico, D. P., Sanchez, M. A. A., Chennakrishnaiah, S., Varela, M., & Herrera, R. J. (2014). At the southeast fringe of the bantu expansion: genetic diversity and phylogenetic relationships to other sub-Saharan tribes. *Meta gene*, 2, 670-685.

Sams, K. (2017). Engaging conceptions of identity in a context of medical pluralism: explaining treatment choices for everyday illness in Niger. *Sociology of health & illness*, 39(7), 1100-1116.

Santos, B. S. e Cruz e Silva, T. (2004). Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social. Centro de Formação Jurídica e Judiciária. Maputo

Sato, P. M., Gittelsohn, J., Unsain, R. F., Roble, O. J., & Scagliusi, F. B. (2016). The use of Pierre Bourdieu's distinction concepts in scientific articles studying food and eating: A narrative review. *Appetite*, 96, 174-186.

Seymour S.C. (2013) “It Takes a Village to Raise a Child”: Attachment Theory and Multiple Child Care in Alor, Indonesia, and in North India. In: Quinn N., Mageo J.M. (eds) *Attachment Reconsidered. Culture, Mind, and Society* (The Book Series of the Society for Psychological Anthropology). Palgrave Macmillan, New York.

Sointu, E. (2011). Detraditionalisation, gender and alternative and complementary medicines. *Sociology of health & illness*, 33(3), 356-371.

Timbane, A. A., & Vicente, J. G. (2017). O plurilinguismo em Moçambique: debates e caminhos para uma educação linguística inovadora. *Revista Internacional em Língua Portuguesa*, (31), 91-112.

UA – União Africana. (2006). Plan of Action on Sexual and Reproductive Health and Rights (Maputo Plan of Action). Maputo Plan of Action for the Operationalisation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights 2007-2010. The African Union Commission. Special Session The African Union Conference of Ministers of Health. Sp/MIN/CAMH/5(I).

Waldstrøm, C., & Svendsen, G. L. H. (2008). On the capitalization and cultivation of social capital: Towards a neo-capital general science?. *The Journal of Socio-Economics*, 37(4), 1495-1514.

Walsh, D. J. (2010). Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociology of Health & Illness*, 32(3), 486-501.

Willis, E. e Pearce, M. (2015). Anthony Giddens: Risk, Globalisation and Indigenous Health. In *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*. (Chapter 29, pp. 455-470). Springer.

Willis, J. (2012). It takes a village to raise a child - emphasising the value of community, significant others and collaboration for learning and development. *LifeWide Magazine*. Issue 4

WB – World Bank. (1991). Traditional Medicine in Sub-Saharan Africa – Its Importance and Potential Policy Options. Policy, Research, and External Affairs. Working Papers. Population, Health, and Nutrition. Population and Human Resources Department. WPS 735.

WHO – World Health Statistics. (2018). Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Zhao, X., & Davey, G. (2015). Contesting modernity: tobacco use and romanticism among older Dai farmers in Xishuangbanna, China. *Sociology of health & illness*, 37(8), 1173-1190.

ANEXOS

Anexo 1 – Agradecimentos

A todas as pessoas que têm um papel determinante no meu processo contínuo de construção da minha identidade, vida biográfica, profissional e académica:

À minha família, e em especial: Amélia, Aurélien, Bejim, Fernando, Gena, Joana, Luísa, Mathieu, os meus avós, Rafael, Ruca, Susana, Telmo, Tonito, Túlio.

A todos os meus amigos, e em especial: Adila Hargey, Alexandra Neves, Alexandre Tomé, Alexis McBride, Alisha Popat, Ana Cabete Ferreira, Andrea Rocha Collinson, Andreia Miranda, Beta e o Pedrão, Bianca Hall, Bindesh Jobanputra, Carla Faria, Carla Vanessa Muchanga, Célia e o Carlos e a Mónica, Celso Gusse, Cláudio Temporário, Daniel Donato, Djamila de Sousa, Eddy Comiche, Edelson Adriano, Edmilson Durão, Emmanuel Vaz, Erwan Sola, Etevaldo Jorge Boca, Eunice Ferrão, Fá e o Luís, Fábio Dagot, Filipa Côte-Real, Hugo Azevedo, Ickin Vural, Isaac Figueiredo, Isabel Infante, Ivan Laranjeira, Ivandro Issufo, Joana Murta, João Ferreira, Lúgia Pereira, Máisa Chaves, Marco Paulo Ferreira, Marina Macamo, Michelle Chin, Mila, Miguel da Silva, Miguel Kanji, Mirza Lauchand, Nilza Matavel, Nuno Pinto, Osvaldo de Sousa, Paola Amaro, Paula e o Gustavo, Paulo Ribeiro, Pedro Miguel Silva, Renato Azevedo, Samantha Govender, Sansão Monjane, Sarah Roberts, Shakira Maharaj, Sheilla Changa, Skye Couzyn, Sofia Alves, Sofia Gomes, Suraiya Mahomed, Tatiana Loio, Telma Matavel, Teresa e o Zé e a Janina, Thirusa Naidoo, Tomás Paula Marques, Yara Lima.

Aos meus colegas, e em especial: Andes Chivangue, Alice Madeira, David Langa, Denise Namburete, Gildo Nhapuala, João Mondlane, Maria José Arthur, Marçal Monteiro, Maria Salomé Massingue, Mauro Matapisse, Naomi Lince-Deroche, Odete Matos, Sansão Dumangane, Stella Tshona, Tshego Bessenaar.

Aos meus parceiros académicos, e em especial: Ana Lúcia de Sá, Bruno Miguel Oliveira, César Madureira, David Lincoln, Edalina Sanches, Jacques de Wet, Johann Graaff, Jeremy Seekings, Judith Head, Maria Asensio, Owen Crankshaw.

A todos os que me ajudaram com a recolha de dados:

Alexandra Marques – Administradora do Grupo de Mães no Facebook

Andes Chivangue – Investigador UEM

Andrea Rocha Collinson – Diretora da Laranjinha

Ivan Laranjeira – membro fundador e Presidente da Associação Iverca – e a disponibilização da Oficial de Programas, a Amina

Maria Salomé Massingue – Conselheira Plataforma Tua Cena da N’weti Comunicação para Saúde

Carolina Mondlane, Cristina Guilambo, Daniel Donato, Hugo Azevedo, Emílio Matanato, Ivete, Lígia Pereira, Lúcia Jofrice, Nilza Matavel, Paola Amaro, Ruca, Sansão Monjane, Sheilla Changa, Sr. Paulino Langa, Susana.

A todos os que me apoiaram epistemologicamente, em especial:

Alice Madeira – Gestora da Componente Comunitária, Programa de Planeamento Familiar Integrado (IFPP) da N’weti Comunicação para Saúde

Andes Chivangue – Investigador UEM

Ana Gonçalves – Doula e Formadora de Cursos de Preparação para o Parto

Carlos Bavo

Denise Namburete – Diretora Executiva da N’weti Comunicação para Saúde – carinhosamente ao longo de toda a caminhada e ainda disponibilizando também o apoio do Professor Cristiano Matsinhe

Eddy Comiche – Consultor

Erwan Sola – Investigador

João Mondlane – Conselheiro Plataforma Tua Cena da N’weti Comunicação para Saúde

Maria José Arthur – WLSA Moçambique

Professor António Francisco – Diretor de Investigação e Coordenador do Grupo de Investigação sobre Pobreza e Proteção Social do IESE – que foi extremamente acessível e solícito dado o curto prazo que eu tinha

Rafael Shikhani – Historiador

Sansão Dumangane – Coordenador de Pesquisa, Monitoria e Avaliação da N’weti Comunicação para Saúde

Tshego Bessenaar – Office Head da Ibis Reproductive Health.

Qualquer pessoa que não esteja mencionada terá sido por lapso meu e não pela falta do reconhecimento e carinho que tenho e sempre terei por quem faz parte da minha vida.

Anexo 2 – Guião de entrevista

Olá. Eu sou a Ilundi e estou a fazer um mestrado em Sociologia numa universidade em Lisboa, Portugal, o ISCTE-IUL. O meu trabalho de dissertação para o mestrado está integrado na área da saúde. Eu tenho trabalhado na área da saúde em Moçambique e o meu interesse é perceber e ficar a conhecer melhor como é a cultura e a experiência da gravidez para a mulher Moçambicana em Maputo e Maputo Cidade.

Gostaria também de te assegurar que toda a informação que recolher nesta entrevista contigo será anónima – o teu nome não será mencionado, a rua e o número do local onde vives não serão incluídos, nem serão mencionados nenhuns detalhes pessoais sobre a tua família, nem algum outro detalhe pessoal.

Tu tens o direito de me pedir mais informação sobre o meu projeto e os objetivos que pretendo alcançar. Para além disso, tens o direito a não aceites que eu te entreviste, pedires para parar a entrevista antes de a terminar ou pedir-me que eu não inclua a entrevista que te fiz no conjunto de entrevistas a ser por mim usadas no trabalho da minha dissertação.

Antes de começarmos, tens alguma pergunta que me queiras fazer?

Perguntas:

A. Gostaria de ficar a conhecer um pouco melhor e, por isso, gostaria de te perguntar com quem crescestes e quem te educou.

Com quem é que crescestes? [perguntar pelo adulto presente]

O/s teu/s cuidadores nasceram em Maputo? [Quando se mudaram caso não seja o caso]
[Província e local]

Então, onde é que crescestes?

E que línguas falam/vam? [locais/ocidentais] [Línguas faladas em casa – locais/ocidentais]
[Português Inglês Francês Outro]

Tabela abaixo línguas locais

Província	Línguas	Extras	Província	Línguas	Extras	Província	Línguas	Extras
Cabo Delgado	<i>Makonde</i> <i>Yao</i> <i>Chuwabo</i> <i>Mákhwa</i> <i>Swahili</i> <i>Kimwane</i> <i>Makwe</i> <i>Ngoni</i>		Maputo C	<i>Tsonga</i> <i>Rhonga</i> <i>Copi</i>		Sofala	<i>Shona</i> <i>Sena</i> <i>Chuwabo</i>	<i>Tewe</i>
Gaza	<i>Shona</i> <i>Tsonga</i> <i>Tswa</i> <i>Copi</i>		Maputo P	<i>Tsonga</i> <i>Rhonga</i> <i>Copi</i> <i>Swati</i>		Tete	<i>Shona</i> <i>Ngoni</i> <i>Chewa</i> <i>Nnyanja</i> <i>Sena</i> <i>Nyungwè</i> <i>Nsenga</i>	<i>Dema</i> <i>Phimbi</i> <i>Tawara</i>
Inhambane	<i>Shona</i> <i>Tsonga</i> <i>Tswa</i> <i>Copi</i> <i>Tonga</i>		Nampula	<i>Koti</i> <i>Chuwabo</i> <i>Lomwe</i> <i>Mákhwa</i>	<i>Nathembo</i>	Zambézia	<i>Nyanja</i> <i>Sena</i> <i>Chuwabo</i> <i>Lomwe</i> <i>Mákhwa</i> <i>Ngoni</i>	<i>Kokola</i> <i>Lolo</i> <i>Maindo</i> <i>Marenje</i> <i>Takwane</i> <i>Manyawa</i>
Manica	<i>Sena</i> <i>Nyungwè</i>	<i>Barwe</i> <i>Tewe</i>	Niassa	<i>Lomwe</i> <i>Mákhwa</i> <i>Ngoni</i> <i>Chewa</i> <i>Nyanja</i> <i>Yao</i>				

A casa onde viviam, era alugada ou era propriedade da família? Tinham mais bens imóveis?
[Se tiverem outros bens imóveis, indicar onde]

Como é que foi a vida deles? [Deixar a entrevistada falar e garantir resposta a

Fontes de rendimento / Tipo de emprego – formal ou informal / Posição / Atividade no setor informal / Atividade para além do emprego / Participação em *xitique* (poupança comunitária/microcrédito) ou algo parecido / Poupanças / Remessas / Qual das fontes de rendimento era a mais lucrativa / Seguro de saúde]

Vocês tinham carros próprios ou usavam transportes públicos? [Quantos e tipo de carro]

Tinham motorista? [Pessoal ou da empresa]

E em casa, tinham alguém para ajudar? [Empregados, cozinheiros, guardas, babás, jardineiros, etc] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições se aplicável]

Estudos – escolas e universidades [Nível de estudos e instituições privadas ou públicas]

E programas sociais/fora do trabalho, o que costumavam fazer? [Deixar a entrevistada falar e procurar respostas a Comer fora / Programas familiares / Programas comunitários / Programas religiosos/tradicionais / Programas de *networking* – conferências/workshops]

E em casa, tinham TV, rádio, telefone, internet? [Quantidade, tipos, pacotes de TV/internet]

E tinham o hábito de viajar? [Moçambique/fora] / Costumavam sair de Maputo?

E a rotina de compras em casa? Onde costumavam comprar comida? [Quantas vezes por mês/semana eram feitas as compras] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições, se aplicável]

E cuidados pessoais como cabeleireiro, arranjar as unhas/pés? Tinham algum hábito desse tipo? [Exemplos: *mulala (kitana, mcriparipa, euchangula)*, *mussi*, etc] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições, se aplicável]

Como foi a educação que te deram? [Deixar a entrevistada falar e garantir resposta a Valores / Tradições / Crenças / Práticas religiosas / Práticas comunitárias] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições, se aplicável]

Das várias crenças e tradições que me falaste podes explicar-me quais aquelas em que participavam ativamente?

E podes contar-me como foi – versão tradicional ou alterada? [Por exemplo, disseste-me que foste educada numa família que acredita nos ritos de iniciação. Tu e as meninas da tua família passaram pelos ritos de iniciação?]

E o significado/como funcionam, podes partilhar comigo? [Se necessário]

Das várias práticas que me falaste que foste aprendendo enquanto crescias quais eram as que vocês cumpriam mais? [Por exemplo, disseste-me que foste educada numa família que acredita nos ritos de iniciação, mas que tu não tiveste de os fazer. Podes partilhar comigo mais situações assim?]

Das várias práticas que me falaste que foste aprendendo enquanto crescias podes partilhar comigo aquelas que estavam ligadas à gravidez [Por exemplo, sei que em várias regiões do país as mulheres grávidas não comem ovo para a criança não nascer careca – apenas usar se necessário]

[Deixar a entrevistada responder e garantir reposta a Gravidez / Parto / O primeiro/os primeiros três anos de vida da criança]

E o significado/como funcionam, podes partilhar comigo? [Se necessário]

E destas práticas, especificamente relacionadas com a gravidez, podes dizer-me quais as que mais acreditaste/com quais mais te identificaste ao longo do teu crescimento? [Por exemplo, partilhar um evento/momento da vida que tenha marcado/tenha sido importante para ela]

E na família, quem foi a pessoa (ou as pessoas) que mais te marcaram no teu crescimento?

E manténs essa ligação até hoje?

B. Agora gostava de começar a falar sobre ti e começarmos a entrar no que me trouxe aqui, ficar a conhecer a experiência que tiveste com a tua gravidez. [Perguntar sempre pelo parceiro até à questão sobre a ocupação]

Gostava de te pedir que partilhasses comigo como foi a tua infância. Que idade tens? Onde vives?

E vives com o teu parceiro? [Saber se vive em algum tipo de união ou sozinha]

Onde nasceste? [Caso não tenha sido em Maputo saber quando se mudou para Maputo]

Em que escolas andaste?

Que cursos tens? [Em que universidade andou – pública ou privada / Como é que escolheu esse curso]

Que línguas falas? [Locais e ocidentais] [Línguas faladas em casa – locais/ocidentais] [Ver acima para tabela das línguas]

E estás empregada? O que fazes? [Para aqui as perguntas sobre o parceiro] [Fontes de rendimento / Tipo de emprego / Posição / Atividade no setor informal / Atividade para além do emprego / Participação em *xitique* (poupança comunitária/microcrédito) ou algo parecido / Poupanças / Remessas / Qual das fontes de rendimento é a mais lucrativa / Seguro de saúde]

A casa onde vives, é alugada ou é propriedade tua/da família? Têm mais bens imobiliários? [Se tiverem outros bens imóveis, indicar onde]

Vocês têm carros próprios ou usam transportes públicos? [Tipo de carro]

Têm motorista? [Pessoal ou da empresa]

E em casa, têm alguém para ajudar? [Empregados, cozinheiros, guardas, babás, jardineiros, etc] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições se aplicável]

E programas sociais/fora do trabalho, o que costumam fazer? [Deixar a entrevistada falar e procurar respostas a Comer fora / Programas familiares / Programas comunitários / Programas religiosos/tradicionais / Programas de *networking* – conferências/workshops]

E em casa, têm TV, rádio, telefone, internet? [Quantidade, tipos e pacotes TV/internet]

E têm o hábito de viajar? [Moçambique/fora] / Costumam sair de Maputo?

E a rotina de compras em casa? Onde costumam comprar comida? [Quantas vezes por mês/semana são feitas as compras] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições, se aplicável]

E cuidados pessoais como cabeleireiro, arranjar as unhas/pés? Têm algum hábito desse tipo? [Exemplos: *mulala (kitana, mcriparipa, euchangula), mussiro*, etc] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições, se aplicável]

Já me falaste um pouco sobre o tipo de valores, tradições e cultura em que cresceste, não só no geral, mas também especificamente ligadas à gravidez. Podes dizer-me, do que foste aprendendo durante o teu crescimento, em que é que tu acreditas/com o que é que mais te identificas hoje em dia? [Deixar a entrevistada falar e procurar resposta para Religião / Crenças culturais / Tradições] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições, se aplicável]

Podes explicar-me um pouco como funcionam as diferentes práticas? [Se aplicável/necessário]

E durante a tua gravidez, parto e neste primeiro ano do/a teu/ua filho/a /primeiros dois anos do/a teu/ua filho/a, tens praticado alguns dos ensinamentos que te passaram? Quais? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Podes explicar-me o significado/como funcionam? [Se necessário]

C. Ok, gostava então de falar sobre a tua [última/primeira] gravidez. Eu vou-te pedir que vás partilhando a tua experiência comigo até ao momento do nascimento do/a teu/ua filho/a e vou-te fazendo perguntas para aprofundar/detalhar o melhor e mais corretamente a tua história.

Como é que te apercebeste que estavas grávida? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Algum destes sinais estava relacionado com as crenças, valores, práticas, tradições que te ensinaram? Quais?

E quando tiveste essa desconfiança lembraste de qual foi a primeira coisa que fizeste? [Fizeste um teste, falaste com alguém (quem), esperaste, foste ao hospital, falaste com o curandeiro, etc – apenas usar se necessário] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições, se aplicável]

Depois de [resposta acima] o que é que fizeste? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

a. Durante a gravidez

Com quem falaste? [Deixar a entrevistada falar e procurar resposta a Sogra / Família / Amigos e amigas / Curandeiro / Iniciou pré-natal no hospital / Grupos no WA, FB, IG / Colegas de trabalho] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Que decisões tomaste? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Como tomaste essas decisões, com quem te aconselhaste? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Houve algum momento de risco/de susto? O que aconteceu? O que fizeste? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Como tomaste essas decisões, com quem te aconselhaste? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Começaste a programar o parto neste momento? Que decisões tomaste? Como tomaste essas decisões, com quem te aconselhaste? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

b. Parto

Com quem falaste? [Deixar a entrevistada falar e procurar resposta a Sogra / Família / Amigos e amigas / Curandeiro / Iniciou pré-natal no hospital / Grupos no WA, FB, IG / Colegas de trabalho] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Que decisões tomaste? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Como tomaste essas decisões, com quem te aconselhaste? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Houve algum momento de risco/de susto? O que aconteceu? O que fizeste? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Como tomaste essas decisões, com quem te aconselhaste? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Começaste a programar o parto neste momento? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

[Se já havia iniciado os preparativos para o parto] Que decisões tomaste? Como tomaste essas decisões, com quem te aconselhaste? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Onde foi o teu parto? [instituição pública/privada / Moçambique/fora] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Podes partilhar comigo como foi o teu parto? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Gostaste da experiência? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Sentiste que foste bem tratada? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Gostarias que alguma coisa tivesse sido diferente? O quê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Num próximo parto farias alguma coisa diferente? O quê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

c. Primeiros três anos de vida da criança

Com quem falaste? [Deixar a entrevistada falar e procurar resposta a Sogra / Família / Amigos e amigas / Curandeiro / Iniciou pré-natal no hospital / Grupos no WA, FB, IG / Colegas de trabalho] [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Que decisões tomaste? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Como tomaste essas decisões, com quem te aconselhaste? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Houve algum momento de risco/de susto? O que aconteceu? O que fizeste? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Como tomaste essas decisões, com quem te aconselhaste? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Estás feliz com este primeiro/estes primeiros anos de vida da tua criança? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Terias feito alguma coisa diferente? Porquê? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

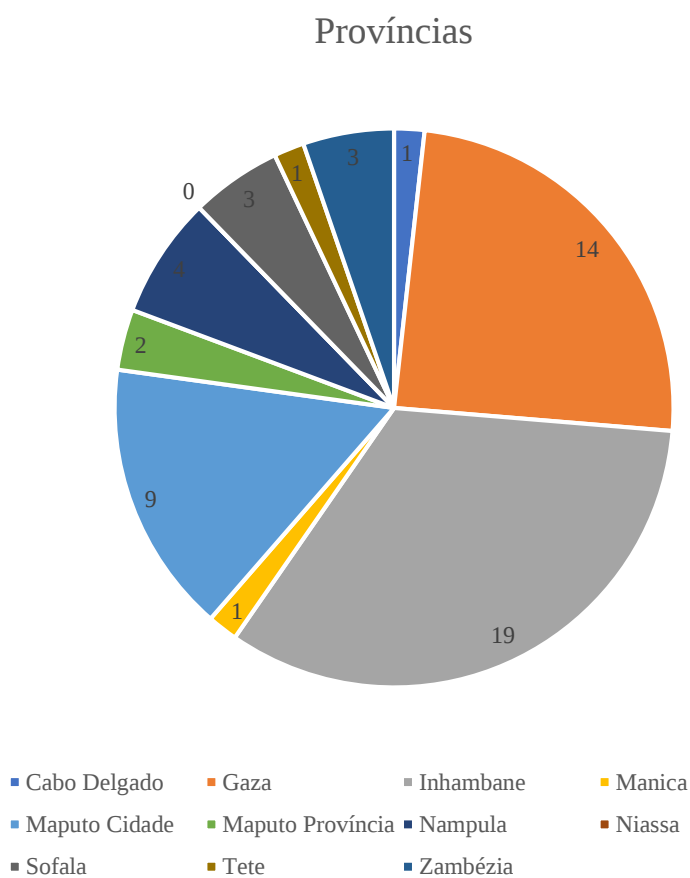
Se tiveres outro filho, vais fazer alguma diferente para o seu primeiro ano/primeiros três anos de vida? [Manter sempre a ligação a normas, práticas, crenças, valores, tradições]

Por mim é tudo. Super kxanimambo pelo teu tempo e pela tua colaboração e ajuda para que eu possa tornar o meu projeto uma realidade. Se estiveres interessada que depois partilhe contigo o trabalho final peço que me indiques como te devo fazer chegar o trabalho.

Antes de nos despedirmos, do teu lado, tens alguma questão?

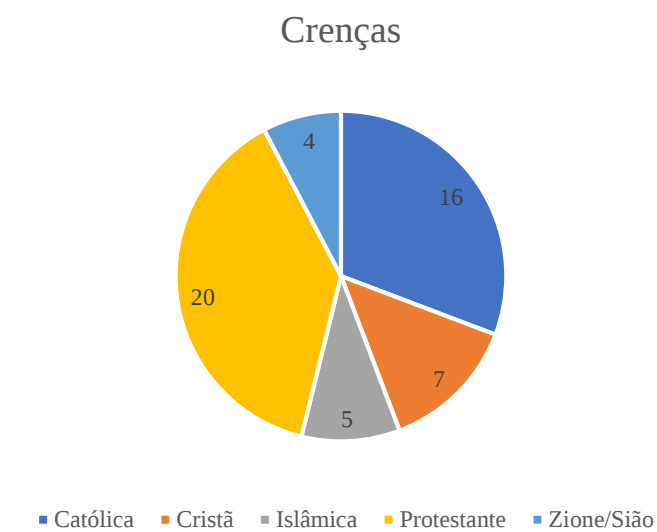
Anexo 3 – Dados sociodemográficos das participantes

Figura 7: Origem etnolinguística e cultural das participantes



Fonte: Elaboração própria, dados provenientes do trabalho de campo

Figura 8: Crença(s) com que as participantes se identificam



Fonte: Elaboração própria, dados provenientes do trabalho de campo

Anexo 4 – Consentimento informado

Título do projeto: A Experiência das Mulheres Moçambicanas Residentes em Maputo durante a Gravidez

Equipa de investigação, estudante de mestrado: Ilundi Durão de Menezes

Este documento para o consentimento informado descreve o estudo para ajudar a decidir se a mulher abordada quer ser entrevistada.

Neste documento irás receber informações importantes sobre qual será o teu papel como a entrevistada, sobre os riscos e benefícios da participação na entrevista e sobre os teus direitos como uma entrevistada. Se tiveres alguma dúvida ou não compreenderes alguma da informação apresentada neste documento, pergunta à investigadora para obteres mais informações.

QUAL É O OBJETIVO DESTE ESTUDO?

Este é um estudo levado a cabo para a concretização de um mestrado em Sociologia. Convido-te a participares deste estudo porque és uma mulher Moçambicana, residente em Maputo e foste mãe nos últimos três anos.

O objetivo deste estudo é descrever de forma detalhada e aprofundada a cultura e as experiências das mulheres Moçambicanas residentes em Maputo e Maputo Cidade durante a sua gravidez para que se possam colher evidências que possam contribuir para a melhoria da provisão dos serviços de saúde materno-infantis e, conseqüentemente, melhorar os resultados de saúde nesta área no País.

QUANTAS PESSOAS VÃO PARTICIPAR?

Aproximadamente 40 mulheres Moçambicanas residentes em Maputo e Maputo Cidade e que tenham sido mães nos últimos 3 anos vão ser entrevistadas.

QUANTO TEMPO SERÁ ENTREVISTADA?

Se concordares em ser entrevistada, a previsão é que a entrevista tenha a duração de cerca de 90 minutos.

O QUE VAI ACONTECER DURANTE A ENTREVISTA?

A entrevista compreende um conjunto de questões que irão abordar temas sociodemográficos e culturais tanto dos educadores da entrevistada como da entrevistada para se poder caracterizar o percurso de vida da mesma. Para além desta secção, as restantes perguntas serão direcionadas para a experiência da gravidez – incluindo os 9 meses da gravidez, o parto, e os primeiros três anos de vida da criança da entrevistada – como forma de se poder retratar cabalmente a vivência deste momento em Maputo e Maputo Cidade.

Para que a entrevistadora possa melhor acompanhar a conversa com a entrevistada a entrevista será gravada e posteriormente esta gravação será transcrita para a análise dos dados colhidos.

QUAIS SÃO OS RISCOS DESTE ESTUDO?

Não são antecipados riscos devido à participação neste estudo. Importa frisar que a entrevistada tem o direito de não responder a qualquer das perguntas, assim como pedir para que se termine a entrevista antes desta se finalizar, e, ainda, pedir que a sua entrevista não seja posteriormente usada no conjunto de entrevistas que será usada para a análise e discussão dos resultados.

QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS DESTE ESTUDO?

Embora os benefícios não sejam diretamente transpostos para a entrevistada, espera-se que, no futuro, outras pessoas possam beneficiar deste estudo porque um retrato profundo e detalhado da cultura e experiências vividas pelas mulheres Moçambicanas residentes em Maputo e Maputo Cidade durante a sua gravidez pode ajudar a informar o setor da saúde e melhorar os resultados de saúde materno-infantil em Moçambique.

HAVERÁ ALGUM CUSTO A SER SUPORTADO PELA ENTREVISTADA?

Não há nenhum custo a suster por ser entrevistada para este estudo.

HAVERÁ REMUNERAÇÃO PELA PARTICIPAÇÃO?

Não haverá nenhum tipo de remuneração pela participação neste estudo.

QUAL É O PAPEL DA ENTREVISTADORA?

Ilundi Durão de Menezes está a frequentar o mestrado de Sociologia no ISCTE-IUL, em Lisboa, e este estudo faz parte do projeto final (a dissertação) do mestrado. Ilundi é responsável pela condução de todas as entrevistas, análise dos dados recolhidos, e cumprimento dos

processos necessários para a garantia da confidencialidade das mulheres que participem do estudo.

CONFIDENCIALIDADE

A participação neste estudo será confidencial na medida permitida por lei. Todas as pessoas que tenham acesso aos resultados deste estudo e às transcrições das entrevistas não terão acesso algum a dados que possam revelar a identidade das participantes visto que cada entrevista será codificada, nenhum dado pessoal é recolhido durante as entrevistas, e apenas a investigadora terá acesso aos dados brutos. Para além disto, a entrevistada tem também o direito a garantir a sua confidencialidade assegurando-se que os seus dados pessoais não constem da entrevista.

A PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO É VOLUNTÁRIA?

A participação neste estudo é completamente voluntária. A entrevistada pode optar por não participar em tudo. Se a entrevistada concordar em participar deste estudo, pode parar a sua participação a qualquer momento. Se decidir que não quer participar deste estudo, ou se parar de participar a qualquer momento, não há nenhuma penalização.

E SE TIVER DÚVIDAS?

A investigadora está aberta e motivada para responder a qualquer dúvida que as participantes possam ter, assim como o esclarecimento de dúvidas é incentivado para que as possíveis participantes se sintam completamente à vontade com a decisão que tomem de participar ou não, de parar a participação a qualquer momento, e/ou de se solicitar que mesmo tendo sido efetuada a entrevista integralmente que esta não seja posteriormente usada pela investigadora como parte dos dados a analisar para o seu estudo.

Se tiveres qualquer questão entra em contacto com a investigadora através do email ilundi_mz@hotmail.com e/ou o telemóvel +258 82 425 8360.

Este documento de consentimento informado não é um contrato. É uma explicação escrita sobre o que vai acontecer durante o estudo, se decidires participar. Não há qualquer renúncia a quaisquer direitos legais ao assinar o consentimento informado. A tua assinatura indica que este estudo foi explicado, que obtiveste esclarecimentos às dúvidas levantadas, e que concordas em participar neste estudo. Tu recebes uma cópia do consentimento informado.

Participante

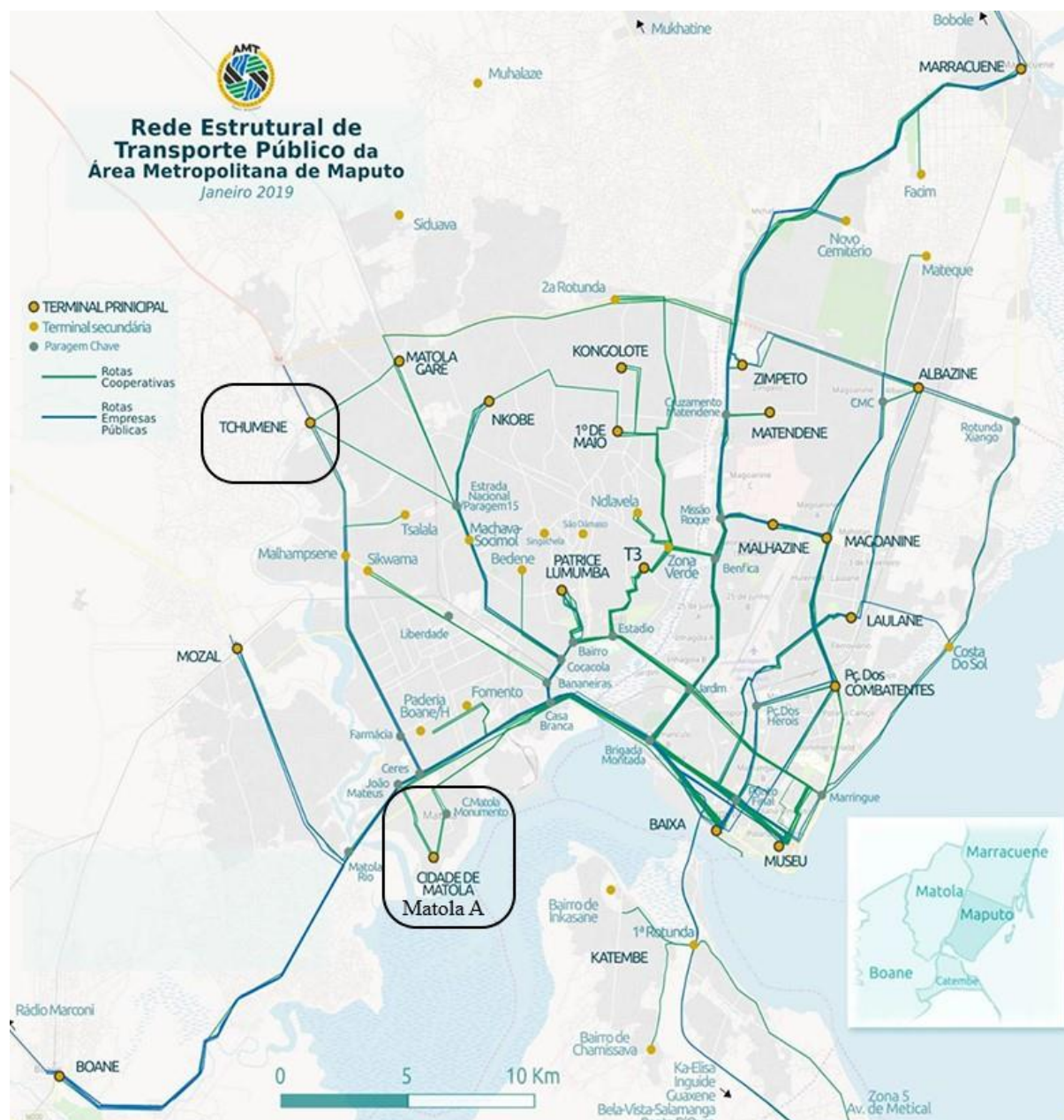
Data:

Ilundi Durão de Menezes

Data:

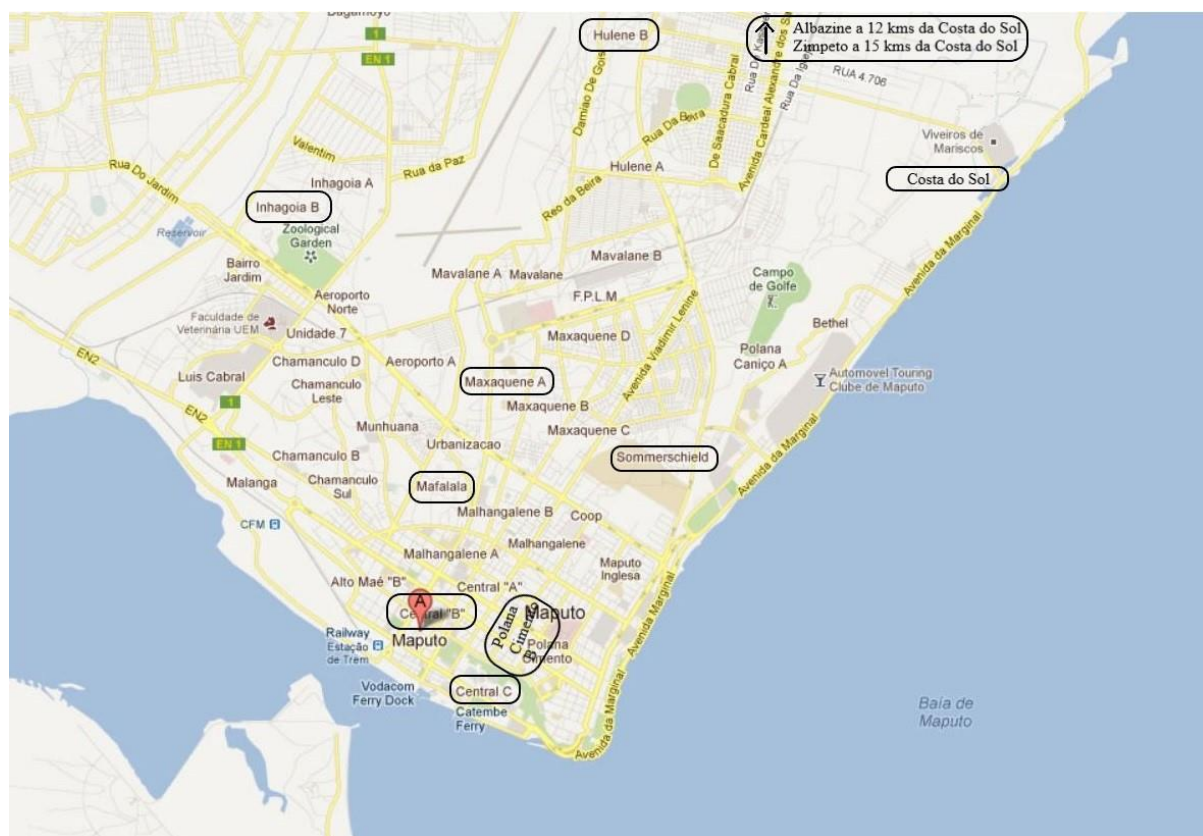
Anexo 5 – Localização dos bairros das Províncias de Maputo e Maputo Cidade onde decorreram as entrevistas

Figura 9: Bairros da Província de Maputo onde decorreram as entrevistas



Fonte: Agência Metropolitana de Transportes – www.amt.gov.mz – Outubro de 2019

Figura 10: Bairros da Província de Maputo Cidade onde decorreram as entrevistas



Fonte: <https://www.istanbul-city-guide.com/map/mozambique/maputo-map.asp> – Outubro de 2019

Anexo 6 – Reações das entrevistadas à participação no estudo

“E: Ok, ok. Então olha, é isso. Do meu lado é tudo, eu já acabei as minhas perguntas. Muito obrigada pelo teu tempo e queria saber se tu tens alguma pergunta pra mim, se queres fazer algum comentário, dizer alguma coisa?

P: Ah, nada. Só quero agradecer mesmo (risos)

E: Eu é que tenho de agradecer. Tu é que me estás a dar o teu tempo pra mim. E então queria saber a conversa foi boa, correu bem?

P: Correu mesmo muito bem

E: Ok, obrigada, obrigada (Participante 3, Grupo 1)

“E: Ok, ok. Tudo bem. Estamos mesmo quase a acabar. Deixa-me só ver aqui, ok, yah, é isso. Do meu lado já está. Tem alguma coisa do teu lado que queres perguntar ou alguma coisa que não entendeste? Não sei se correu bem a conversa?

P: Sim, ah, o que eu vou dizer primeiro é agradecer. Porquê, porque eu gostei muito da conversa

E: Obrigada

P: E eu também, não, não pude esconder (...) me aliviar. Pra eu aprender isto mais aquilo. (...) é por isso que eu falei toda a verdade, não escondi nada. O que eu sei falei, o que eu não sei eu disse não sei dizer. Pra, pra eu não mentir. Gostei muito da conversa ...muito agradável. Muito obrigada ...

E: Muito obrigada, eu é que agradeço, obrigada pra mim, estás-me a ajudar a mim (Participante 4, Grupo 1)

“E: Ok. Eu já acabei e quero-te agradecer muito pelo teu tempo, até acho que estás a ficar até um bocadinho mais tarde por minha causa, né. Então, muito, muito obrigada e não sei tu gostaste, foi uma boa conversa, gostaste?

P: Gostei, gostei sim

E: Foi uma boa conversa? Não, não, não desrespeitei nada, não?

P: Não

E: Ok, ok, isso é importante. Ok, tudo bem. Muito, obrigada, eu vou parar de gravar agora” (Participante 5, Grupo 1)

“P: O que eu tenho é agradecer que vieste aqui em casa fazer essas perguntas. Epá, tem outras pessoas que gostariam, não sei se vai chegar, até. Não sei

E: Bem, bem, quem tem que agradecer sou eu. Tu é que me deste tua casa, teu tempo, tua história, tua cadeira (risos). Eu é que tenho de agradecer” (Participante 11, Grupo 1)

“E: Antes de eu terminar tens alguma pergunta para mim? E não sei se se apreciaste este momento, se achaste interessante?

P: Foi um prazer, foi um prazer. Bom, achei interessante. Já logo que o meu amigo me escreveu WhatsApp, não é, eu disse, eu vou arranjar tempo, eu vou conversar com a Ilundi (risos)

E: Obrigada, eu agradeço muito, a sério. Não sabes como me estás a ajudar muito

P: Espero que tenha dito alguma coisa útil” (Participante 16, Grupo 2)

“P: Gostei. Gostei. Eu gosto de falar sobre isso porque são coisas que nós não falamos muito e que acontece em todas as famílias e só quando tu estás nesse mundo ou agora que sou mãe e sento com outras mães ... ah, na minha

família também, a mim me impingiram isto, todas as pessoas com palpites e não sei quê. Tu ficas, oh, então, não sou só eu. Sim. De fora tudo é muito bonito, ninguém te fala no outro lado” (Participante 18, Grupo 2)

“P: (...) foi mais uma conversa (...) até parecia amiga de infância falei tanta coisa, contei a minha história de vida com uma pessoa que nunca vimos é difícil nós nos abrimos falarmos de coisas que são muito pessoais, mas eu senti-me tão à vontade que até acho que falei muito, talvez há coisas que eu devia esconder e não consegui esconder, falei tudo como se (...) minha vida toda

E: Obrigada, para mim é uma grande ajuda e eu sei que é a nossa história de vida, portanto eu agradeço imenso essa partilha

P: E nós não abrimos uma pessoa assim que conheci hoje há uma hora atrás e já estou a falar de tudo mais alguma coisas então já te considero amiga de infância” (Participante 26, Grupo 2)

“P: Olha talvez agora percebo isso que tu dizes de ser alguém que vem de alguém que eu conheça, né. Agora entendo perfeitamente já o que tás a dizer porque realmente se aparecesse-me alguém aqui a fazer essas perguntas, e ... não te vou responder, né (risos). E olha, quando tu disseste eu não sabia que era algo tão, vamos dizer, íntimo, né. No fim da entrevista já percebes melhor o que tu disseste na introdução. Porque é que ela está a dizer isto, mas eu já aceitei, eu vou responder. Mas agora percebo. Também realmente se fores pra uma pessoa menos letrada e, mas quanto é que ganhas, e sei lá, o teu marido faz isto ou aquilo, quer dizer, né. É estilo, porque é que ela está a perguntar isto, porque é que ela tá-se a querer meter coisas assim. Então, também já percebo isso. Mas o que precisares, se faltar alguma informação ou que eu possa ajudar, dizes. E no fim manda-nos o documento, né, para a gente ver. Quando tiveres diz-me, olha, mandas-me um email ou sei lá, para pelo menos ver, né.” (Participante 28, Grupo 2)

“P: Eu também gostei. Não, tu fizeste muito bem as perguntas. Como falámos antes, dizias que epá, tem coisas que talvez não te sintas à vontade para falar. Pelo menos no meu caso não vi nada que pudesse dizer que epá isto vou omitir porque... falei, fui aberta contigo, foi o que aconteceu, mas tu tens formas certas de entrar no assunto e isso é importante” (Participante 32, Grupo 2)

“P: No fim vais lançar um livro alguma coisa assim? Posso por no meu blogue?

E: Podes por no teu blogue” (Participante 33, Grupo 2)

“P: Eu é que agradeço, eu queria participar e espero que dê certo. E não, foi muito direto, foi aberto, claras, muito claras, yah. Não houve nada ... Por exemplo, quando chegas a essa parte de tradicional, rituais, às vezes a pessoa fica com aquela coisa de não saber que eu faço e será que não sei quê. Mas é aquilo, é normal e vão-me perguntar... é uma coisa um pouco privada, mas talvez porque nunca houve muita coisa assim eu disse, não, não vou esconder isto” (Participante 34, Grupo 2)

“P: Eu acho que a conversa está boa. Não há, não sei de nada de para dizer ofensivo, né, não. Tá bom. Eu acho que, é uma pesquisa, né. Então quando saírem os resultados, por aí, talvez se quando o trabalho tar pronto, talvez pode facultar-nos o email” (Participante, 36 Grupo 2)

“P: Mas foste muito agradável, mas realmente foi muito intrusivo. Estás a fazer perguntas sobre a realidade, mas não foi trabalhoso e foi muito bom. Eu gostei muito. Não houve nenhuma ofensa, eu diverti-me imenso. E quando a

minha amiga falou comigo nem explicou muito, mas eu sei que ela não me ia mandar assim pra... Nunca me iria propor algo que fosse ofensivo. Eu aceitei tranquilamente” (Participante, 39, Grupo 2)