



UNIVERSIDADE
E D U A R D O
M O N D L A N E

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA

Mestrado em Antropologia Social

Especialidade: Antropologia da Saúde e Doença

“Apenas quero tornar-me mãe!”

Experiências de primigestas durante a gravidez

AGOSTINHO MANUEL NEVES

A Supervisora:

Prof^ª. Doutora Esmeralda Mariano

Maputo, Outubro de 2020

“Apenas quero tornar-me mãe”

Experiências de primigestas durante a gravidez

Dissertação submetida no Departamento de Antropologia e Arqueologia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais na Universidade Eduardo Mondlane como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social

O Júri:

A Supervisora

Prof^a. Doutora Esmeralda Mariano

O presidente

Doutor Elísio Jossias

A oponente

Prof^a. Doutora Sandra Manuel

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro que este trabalho nunca foi apresentado na sua essência para a obtenção de qualquer grau e que ele constitui o resultado da minha investigação, estando indicadas, no texto e na lista de referências bibliográficas, as fontes utilizadas para a produção do mesmo.

O autor

.....

Agostinho Manuel Neves

Maputo

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus primeiros professores da escola da vida: meu pai, Manuel Neves Mateus, e a minha mãe, Balbina Raibo Mateus, pelo amor incondicional e pelos indelévels ensinamentos pautados por honestidade, humildade, trabalho e respeito ao outro. Meus sinceros agradecimentos por partilharem comigo o vosso modo prático de pensar e agir!

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela maior bênção de todas, a vida.

O presente estudo tornou-se possível mediante a contribuição de muitas pessoas que sempre estiveram ao meu lado e expressaram o seu apoio de diversas formas. Agradeço à minha supervisora, Prof^a. Doutora Esmeralda Mariano, pela atenção disponibilizada ao longo do trabalho, pelas sugestões indispensáveis na realização desta pesquisa. Obrigado por partilhar uma parte da sua experiência comigo e por transmitir esta adorável “mania” de deixar antropologia circular em minhas veias.

Em nome da Antropologia, vai o meu permanente agradecimento a todos docentes do Departamento de Arqueologia e Antropologia pelos ensinamentos emprestados ao longo da formação, especialmente aos Professores: Cristiano Matsinhe, pela forma sábia de desconstruir as realidades sociais, Carla Braga, por ter sido a nossa mãe durante os 24 meses da formação.

À Prof^a. Doutora Sandra Manuel pela forma interessante de articular as teorias antropológicas e pela disponibilidade que sempre teve na revisão do presente trabalho. Finalmente, e não menos importante, ao Doutor Elísio Jossias com o qual temos a relação de discente /docente desde 2008, ou seja, uma parte de mim, enquanto eterno aprendiz em Antropologia, deve-se à sua rigidez com as questões metodológicas; pelo que, estendo-lhe os agradecimentos, coordenador de curso.

Agradeço profunda e incessantemente aos meus pais: Manuel Neves Mateus e Balbina Raibo Mateus (Dona Berenice), aos meus irmãos: Leidita, Rogério, Germano, Gilda, Ginha, Awinha, Lia pelo apoio, carinho demonstrado durante esses anos longe de casa. De modo igual sou grato aos meus sobrinhos: Evanilda, Óscar, Kelves, Kate, Yussuf Manu e Baby. A todos alongo reiterativamente o pedido de desculpas pelos momentos de convívio marcados pela minha ausência por muitos anos.

À minha noiva Dulce Osório pela compreensão e paciência demonstrada durante o período da realização do trabalho. Aos meus amigos de sempre: Fátima, Aulate, Pio, Dinho, Oldo, Mugabe, Quina, Xina, Jango, Marroda, Pio e Haita, obrigado por me estender a mão nos momentos mais difíceis da academia e por partilhar comigo a feliz convivência.

Aos colegas do curso de Mestrado em Antropologia Social (MAS-primeira edição) pela partilha de momentos e experiências científicas. Nesta turma, quero destacar o espírito de debate inclusivo e construção do conhecimento por parte dos colegas Amílcar Magaço, Juvenal Chinde, Jeremias Messias, Edson Mugabe, Ludomilo Fumo, Márcia Manhique, Laurinda Sikota, Emília Mapoissa, Cândido Chume, Tibúrcio Jozane, Fernando Chiconela, Lucílio Pedro e Vitorino Bila. Por fim, agradeço a todos os participantes da pesquisa pela colaboração. Sinto-me vinculado convosco.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ISCED- Instituto Superior de Ciências e Educação à Distância

MISAU- Ministério de Saúde

SNS- Sistemas Nacional de Saúde

MTA- Medicina Tradicional Alternativa

SP- Socialização Primária

Resumo

A dissertação procura compreender a maneira como as primigestas navegam na multiplicidade de sistemas de saúde que compõem o caleidoscópio cultural da cidade de Maputo. A análise é sobre as relações construídas entre estas e os integrantes dos sistemas terapêuticos, profissionais de saúde, parceiros, familiares, amigas, líderes religiosos e curandeiros, em contextos onde se cruzam as práticas biomédicas e outros saberes socioculturais locais. A pesquisa está inserida nos principais enfoques teóricos da crítica interpretativa da Antropologia Médica e das abordagens metodológicas de natureza qualitativa, a etnografia, a história de vida. Assim, os dados empíricos permitem desenvolver a seguinte linha de argumentação: as experiências são moldadas a partir de duas linhas de pensamento estrutural vigente em um grupo de pessoas residentes na cidade de Maputo. Por um lado, existe uma convenção que aproxima as gestantes aos procedimentos da biomedicina, este relacionamento é observado não apenas como sendo um lugar seguro, uma coerção social, mas também invasivo e violento. E, por outro lado, põe-se em voga a ideia localmente grupal, segundo a qual o problema de saúde durante o período gestacional provém de questões de feitiçaria, inveja das pessoas próximas e comportamentos de espíritos nocivos. Por isso, a resolução dos seus problemas deve ser com base nas crenças localmente enraizadas, onde se destacam os conselhos domiciliários, os poderes dos religiosos e dos curandeiros. Nestas sinuosidades, à luz do estudo feito, os dados também indicam que as primigestas tendem a utilizar de maneira exclusiva, sequencial ou complementar as distintas medicinas a que têm acesso.

Palavras-chave: *Experiência e Gestação,*

Abstract

The dissertation analyzes the way in which primiparous women navigate the multiplicity of health systems that make up the cultural kaleidoscope of the city of Maputo. The analysis is about the relationships built between them and the members of the therapeutic systems, health professionals, partners, family members, friends, religious leaders and healers, in contexts where biomedical practices and other local socio-cultural knowledge intersect. The research is inserted in the main theoretical approaches of interpretative criticism of Medical Anthropology and of qualitative methodological approaches, ethnography, life history. Thus, the empirical data allow us to develop the following line of argument: the experiences are shaped from two lines of structural thinking in force in a group of people living in the city of Maputo. On the one hand, there is a convention that brings pregnant women closer to biomedicine procedures, this relationship is observed not only as being a safe place, a social coercion, but also invasive and violent. And, on the other hand, the idea of a locally-based group, according to which the health problem during the gestational period comes from issues of witchcraft, envy of those close to us, and behaviors of harmful spirits, is in vogue. For this reason, the resolution of your problems must be based on locally rooted beliefs, which include home councils, the powers of religious and healers. In these sinuosities, in the light of the study done, the data also indicate that primigravidae tend to use exclusively, sequentially or complement the different medicines to which they have access.

Keywords: *Experience and Pregnancy,*

.

ÍNDICE

Declaração de honra.....	ii
Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	iv
Lista de Siglas.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
CAPÍTULO I	
1.Introdução.....	1
Uma abordagem crítica interpretativa da antropologia médica no processo gestacional.....	5
Estrutura da dissertação.....	9
CAPÍTULO II	
2.Metodologias de pesquisa.....	11
Método etnográfico.....	11
Contexto e perfil dos participantes de pesquisa.....	11
Entrevistas.....	13
Observações	15
Considerações éticas.....	17
CAPÍTULO III	
3. Relação entre as primigestas e biomedicina.....	18
Percepções individuais sobre o problema de saúde.....	18
Percepções das primigestas sobre a ecografia.....	22
Percepções da gestante em relação a preferência do sexo.....	23
Preferência pelo sexo feminino como legitimidade na família do parceiro.....	24
Sexo masculino, como sinonimo de virilidade.....	25
CAPÍTULO IV	
4. Socialização Primária.....	27
Prescrições e cuidados na dieta alimentar das primigestas.....	31
Significados na atribuição dos nomes.....	32
Normas e prescrições no vestuário das primigestas.....	33
CAPÍTULO V	
5. Relação entre as primigestas e as igrejas e curandeiros.....	35
Medicinas Tradicionais alternativas.....	36
CAPÍTULO VI	
6. Significados da gravidez para as primigestas.....	40
A gravidez como ritos de passagem.....	40
Responsabilidade individual e social.....	41
Medo, dor, ansiedade e as expectativas no decurso gestacional.....	44
Percepções sobre estética na gravidez.....	45
Ocultação e ostentação da gravidez.....	47
CAPÍTULO VII	
7. Considerações finais.....	49
Constrangimentos.....	54
Referências Bibliográficas.....	58

CAPÍTULO I

1. Introdução

Esta dissertação analisa a forma como as primigestas navegam na multiplicidade de sistemas de saúde que compõem o caleidoscópio cultural da cidade de Maputo. Centro-me na descrição da relação que se estabelece entre as primigestas e os Sistemas Nacional de Saúde (SNS), Medicina Tradicional Alternativa (MTA) e a Socialização Primária (SP), nos significados que as primigestas atribuem à sua gravidez (o que significa para elas estar grávida?), e análise dos fundamentos, significados, atitudes, condutas, comportamentos e motivações das primigestas nas suas experiências gestacionais, resultante das relações construídas com os actores integrantes dos múltiplos sistemas terapêuticos. O foco de análise são as relações construídas entre estas e os integrantes dos sistemas terapêuticos, profissionais de saúde, parceiros, familiares, amigas, líderes religiosos, curandeiros, em contextos onde se cruzam as práticas biomédicas e outros saberes socioculturais locais.

Num exercício de contextualização, recordo-me que cresci na cidade de Pemba a observar o período gestacional como um mistério, uma vez que os assuntos reprodutivos não eram abordados no seio familiar, nas escolas, nas ruas, nos ritos de iniciação masculina, e também com os vizinhos, na presença de pessoas do sexo masculino, seja criança, jovem, adulto e idoso, sempre foram considerados restritos ao seio feminino. Das poucas vezes, que por lapso eram introduzidos assuntos desta natureza, julgados e destinados ao domínio da esfera feminina, as mulheres usavam códigos linguísticos ou gestos para interromper a conversa, alegando que conduziria ao prenúncio de um infortúnio ou azar.

Actualmente, residente na cidade de Maputo desde 2008, verifica-se igualmente, nalguns grupos de pessoas residentes na cidade, este fenómeno ainda apresenta as mesmas características. Com relação a isto, os estudos no campo da Antropologia¹ são unânimes ao afirmar que algumas

¹ 1 Chapman 2013 “os segredos de família”, Matsinhe et al 2010 “Crenças, atitudes práticas sócio-culturais relacionadas com os cuidados ao recém-nascido”.

primigestas são submetidas a prescrições e obrigações específicas, em que as mulheres mais velhas e mais experientes partilham as práticas e os preceitos a seguir durante a gestação.

Nesta senda, às gestantes ensina-se a importância de se protegerem nesta fase, seguindo fielmente as recomendações e cuidados para a sua saúde e também a do bebé; como por exemplo, ocultar a gravidez e proteger-se do mau olhar, restringir a alimentação, evitar consumir piripiri porque o bebé pode nascer com os olhos vermelhos. Atinente ao vestuário: não se pode usar as roupas de cor preta, porque simbolizam luto e podem ter impacto que culmine com a morte do feto. Nesta perspectiva, as formas de comportamento são extensivas às outras questões que compõem os contextos, claro, respeitando os valores, princípios específicos organizacionais de cada sistema em que as gestantes estão integradas.

Por conseguinte, os Sistemas Nacional de Saúde, Medicina Tradicional Alternativa, Socialização Primária e religioso, obviamente, partilham as suas práticas e prescrições. A título de exemplo: O SNS acompanha minuciosamente a gestante com base nos exames pré-natais até o bebé nascer. As instituições religiosas, caracterizadas por orações e fé na divindade, usam o evangelho e outras práticas para lidar com as gestantes nesse período; na mesma linha de argumentação, as primigestas obedecem também às prescrições da SP.

Nesta vertente, estas questões ensaiadas nos debates em Antropologia, sobretudo na crítica interpretativa da Antropologia Médica devolveram-me a possibilidade de discutir e procurar compreender o mistério de infância, por isso, hoje, a formação em Antropologia e o facto de ser do sexo masculino permitem-me encontrar mais abertura, sensibilidade e acima de tudo relevância para problematizar, questionar, compreender e interpretar este assunto.

Desta forma, associo-me à polivalência das pesquisas sócio-antropológicas porque têm mostrado a sua capacidade de contribuir para a compreensão de fenómenos complexos que, por vezes, são considerados campos de conhecimentos específicos e confinados à esfera feminina. Na verdade, o prazer na Antropologia consiste em estudar uma multiplicidade de fenómenos, dado que possui

ferramentas epistemológicas para se posicionar e reflectir sobre a complexidade da realidade social.

De um modo geral, a revisão da literatura sobre a gravidez sob lente de um homem permitiu constatar que em Moçambique existem estudos actualizados que têm documentado a coexistência dos modelos biomédicos e crenças, normas, hábitos e práticas socioculturais locais associadas às questões reprodutivas. Contudo, com alguma escassez, identifiquei estudos direccionados a experiências de mulheres no período gestacional.

Ainda à luz do disposto acima, importa referir que, o material identificado está sob a forma de teses e monografias, guiões e manuais de consultoria, estes últimos apresentam uma perspectiva de Antropologia aplicada à saúde e doença. Estas abordagens reconhecem que as taxas de mortalidade neonatal e infantil constituem um dos maiores problemas de saúde no Mundo (Chapman 2013; Gune *et al* 2010; Matsinhe *et al* 2007; Mugabe 2018). Nesta literatura sobressai a centralidade do modelo biomédico na regulação das questões reprodutivas, como por exemplo, nos momentos de pré-concepção, concepção, desenvolvimento, parto, pós-parto e amamentação.

Por seu turno, aponta-se igualmente para as potenciais fragilidades do modelo biomédico no processo gestacional, sobretudo a falta de consideração e contemplação de especificidades socioculturais. Nesta mesma direcção, os debates que decorrem fora do contexto moçambicano, indicam a existência de múltiplos factores e aspectos que devem ser tomados em consideração nas pesquisas sobre as experiências gestacionais, nomeadamente: psicológicos, religiosos, demográficos e económicos. Sendo assim, pretendo abordar as questões reprodutivas tendo em conta os múltiplos olhares integrados no processo das experiências gestacionais.

Para tal, visto que se tornou um dos focos de investigação em Antropologia, para esta dissertação, o debate orienta-se no diálogo entre as teorias fundamentais à luz da interdisciplinaridade das ciências; por um lado, biomédica, pelo facto de as intervenções das práticas médicas tomarem o corpo da mulher grávida como objecto de análise e influenciarem significativamente o modo de vida das mulheres enquanto gestantes. Por outro lado, na dimensão

social, pois é no corpo da mulher grávida que as experiências acontecem, não simplesmente o corpo como anatomia, mas sim revelador de emoções, espírito, histórias, cultura e subjectividade. Desta maneira, justifica-se a pertinência de desenvolver uma pesquisa sobre experiências gestacionais.

1.1. Uma abordagem crítica interpretativa da Antropologia Médica no processo gestacional

Nesta secção, reservo a abordagem antropológica que fornece fundamentos de análise das multiplicidades dos sistemas de saúde que compõem o caleidoscópio cultural que molda as experiências das primigestas. A concepção interpretativa da Antropologia Médica surge com o propósito de apresentar propostas alternativas à biomedicina sobre o conceito de doença ou processo gestacional por considerar um período frágil que necessita de intervenção, incorporando a cultura como um sistema diverso, aberto, dinâmico e subjectivo, e, por isso, heterogéneo e singular. Nesta óptica, considera-se que há um sistema de significados, constituído e constituinte na experiência, que emerge da interacção dos actores que estão agindo concretamente juntos para entender os eventos e procurar soluções.

De acordo com Gerrits (2008:26) a biomedicina detém um poder sobre os cuidados do corpo, particularmente ao corpo da mulher grávida. Ela desvaloriza parcialmente as lógicas e práticas dos outros sistemas terapêuticos em que as gestantes estão integradas, considerando pouco eficazes e ariscadas para saúde, devido à falta de científicidades nos seus métodos. Neste sentido, é interessante reconhecer que, a biomedicina é um sistema cultural derivado de um contexto histórico específico. Fundamentada por pressupostos positivistas (experimentação, objectividade e neutralidade), este sistema controla e regula o período gestacional, desde a concepção, o desenvolvimento, o parto, a amamentação e o puerpério, como afirma (Andrade 2015). Consequentemente, a mesma intitula-se como a única ciência em condições de controlar a gestação pelo domínio da sua medicalização e tecnologia. Veja-se que, a perspectiva crítica interpretativa merece destaque, primeiro pelo facto de as autoras Lock & Scheper-Hughes (1996) adoptarem a ideia de “corpo pensante”, caracteristicamente íntegro, uno e indivisível, envolvendo a dimensão física, espiritual e social. Com efeito, o corpo é uma entidade heurística útil para, por um lado, compreender as culturas e sociedades, por outro lado, aumentar o conhecimento das fontes culturais e significados de saúde e doença baseados nos sistemas de cuidados.

É na perspectiva acima exposta que o corpo assume múltiplas dimensões que transcendem a dimensão biológica e materialista. Tendo como fundamento estas concepções do corpo, como uma entidade heurística, estes autores defendem que, a saúde das pessoas depende da harmonia das múltiplas dimensões que constituem o corpo. E, por sua vez, a saúde de cada órgão depende da sua relação com os outros órgãos, no processo de mútua dependência (Lock & Schepers-Hughes 1996).

Ainda assim, esta dependência pode ser melhor enquadrada nos Sistemas de cuidados e alternativas terapêuticas desenvolvidos por Arthur Kleinman, que facilitam a análise dos factores culturais que intervêm no campo da saúde. Kleinman (1993:237) sugere que na análise de qualquer sociedade complexa identificam-se três subsistemas de cuidado à saúde: *o informal, o popular e o profissional*. Dito de outra forma, são subsistemas vastamente usados pelas pessoas de modo sobreposto e não excludente, interagindo de acordo com a passagem dos indivíduos por eles. Esses sistemas fornecem à pessoa os itinerários para efectuar a interpretação da sua condição de saúde-doença e buscar as acções possíveis que proporcionem o cuidado e/ou a cura. Este Professor de Harvard, explica que o subsistema familiar é a expressão da cultura popular, do senso comum, não profissional, não especialista e segundo o qual as manifestações da gravidez são inicialmente identificadas e enfrentadas. Com este pensamento, vale lembrar que a gravidez gera múltiplos comentários procedentes de pessoas experientes que olham a gravidez como desordem.

Entretanto, Del Priori (1993:83) observa que, o pensamento acima referido está associado ao facto de a mulher ser vista como fraca e psicologicamente instável, por este motivo, os seus ovários causam doenças e desordens, surgindo assim na vida quotidiana para a qual é necessário encontrar significados. Neste caso, importa referir, o decurso inclui o indivíduo, a família, a rede social e os membros da comunidade próxima. Face a isto, os cuidados podem ser adoptados pela pessoa que está grávida ou pela família e incluem: remédios caseiros, repouso, suporte emocional, práticas religiosas, mudança na dieta alimentar, massagens.

No que tange ao subsistema profissional, este é formado pelas profissões de cura organizadas e com aprendizado formal, além de serem legalmente reconhecidas, representadas pela biomedicina, que são os sistemas oficiais de saúde. Em paralelo, o subsistema popular é formado por especialistas de cura não profissionais, não reconhecidos legalmente, tais como curandeiros e outros, os quais, no entanto, são amplamente aceites pela sociedade, geral e fortemente, ligados ao subsistema familiar.

Deste modo, inspirado na crítica interpretativa da Antropologia Médica, a ideia do corpo como uma entidade heurística, assim como o Sistema de Cuidado de Kleinman, pressupõe a alusão às alternativas terapêuticas das primigestas que são escolhidas tanto de acordo com a acessibilidade ao processo terapêutico, como em relação ao entendimento dos indivíduos de determinada sociedade sobre a gestação, a terapia e sobre os tratamentos funcionais e que têm resolução.

Como efeito do que foi dito acima, está presente a noção segundo a qual, a gestante está integrada num contexto onde os diversos itinerários terapêuticos fazem parte do seu dia-a-dia, a designar: os sistemas de saúde convencional, informal, instituições religiosas e conselhos domiciliários. Não obstante, uma das principais lacunas que pode explicar a problematização dessa pesquisa prende-se pelo facto de a biomedicina não explicar completamente as experiências gestacionais. Neste sentido, por este argumento não ser consensual, assim, emergem as possibilidades de se dialogar com a Antropologia, ciência com ferramentas teórico-metodológicas para a compreensão da complexidade desses fenómenos.

Neste contexto, a componente de pesquisa aparece como necessidade que vai permitir elucidar as tendências de como as primigestas navegam nesse mosaico de sistemas de saúde. Vale recordar que as revoluções científicas de Khum (1979) referem que o prazer da ciência começa quando as suas teorias ou métodos não conseguem explicar uma realidade, dando origem a problemas ou reflexões.

Nestes termos, as reflexões que surgem coincidem com a linha de pensamento de Gerrits (2008), quando enfatiza que a fragilidade do modelo biomédico inicia à partir do momento em que o olhar médico desconsidera as histórias subjectivas dos pacientes. Portanto, posiciono-me na visão de Kleinman (1988:159), ao destacar que os conhecimentos biomédicos devem ser relativizados, outorgando a validade aos saberes não ocidentais. Ou seja, sócio-culturais locais. É neste âmbito que surge a questão que orienta esta pesquisa:

Em que medida a multiplicidade de sistemas de saúde que compõem o caleidoscópio cultural da cidade de Maputo molda a experiência de primigestas?

1.2 Estrutura da dissertação

A dissertação está estruturada da seguinte maneira: no capítulo I, foi apresentada a introdução, onde procurei tecer as principais considerações da revisão da literatura sobre o tema, objecto de estudo, indicando os objectivos da pesquisa, a problemática, a pergunta de partida, a relevância da pesquisa e o enquadramento teórico. Exponho, também, os principais enfoques teóricos que sustentam as abordagens do tema a crítica interpretativa da Antropologia Médica.

No capítulo II, foi escolhida a abordagem metodológica que combina diferentes técnicas de pesquisa de natureza qualitativa para explorar os fundamentos e significados atribuídos às atitudes, condutas, comportamentos e motivações das experiências gestacionais. Por último, destaquei também as questões éticas.

No terceiro capítulo, com base na triangulação dos dados de campo, literatura consultada e as minhas ilações, começo a desenvolver as principais linhas de argumentação desta pesquisa. Através do relacionamento entre as primigestas e os sistemas/pessoas integrantes, descrevo e analiso as percepções que surgem entre (elas) e a biomedicina.

No quarto capítulo, intitulado a “Socialização Primária”, problematizo as linhas de pensamento que estruturam o grupo de pessoas residentes na cidade de Maputo, no qual percebe-se que, a resolução dos problemas de saúde deve ser com base nas crenças localmente enraizadas onde se destacam os conselhos domiciliários. Ainda neste capítulo, recorro aos dados empíricos para elucidar que existe uma rede recíproca de trocas de experiências entre as primigestas e as outras mulheres, sobretudo, mães, tias, sogras e amigas que se tenham tornado mães. Esta troca de experiências acontece em várias facetas, com base em prescrições que cobrem os domínios do relacionamento interpessoal, alimentação, trabalho quotidiano, espiritualidade e do parto, que constitui um ponto final do período gestacional. Nesta fase, destaca-se uma espécie de reorientação do comportamento quotidiano, vista pelas primigestas, assim como pelas pessoas/sistemas, sendo necessária tanto para sua saúde, como para o bebé.

No quinto capítulo, o objectivo passa por explorar as cosmogonias pelas quais se atribui sentido às experiências relacionadas às instituições religiosas e curandeiros. O argumento central, baseado na análise dos dados, propõem as motivações das escolhas para o uso das diversas medicinas a que têm acesso

No sexto capítulo, exploro os significados que as primigestas atribuem à sua gravidez e também desenvolvo as diversas categorias de significados, nomeadamente: experiências gestacionais como um rito de passagem; as responsabilidades individuais e colectivas; grupos de pertença nas redes sociais nos quais encontram um equilíbrio para as suas respostas. Mais do que isso, os dados remetem-nos a pensar na possibilidade da existência de um momento em que se adquire a consciência de se ser mãe pela primeira vez. Ou seja, trata-se de um processo complexo de aprendizagem e negociação de significados no período gestacional de transição para a maternidade.

No sétimo e último capítulo, nas considerações finais, cito as minhas principais constatações sobre esta análise que resulta do uso de ferramentas teóricas e metodológicas sobre a forma como percorrem as primigestas na variedade dos procedimentos de saúde que compõem o caleidoscópio cultural da cidade de Maputo. Para finalizar, apresento os constrangimentos da pesquisa.

CAPÍTULO II

2. Metodologias de pesquisa

Neste capítulo, descrevo o percurso que marcou o meu trabalho de campo. Numa primeira fase explico a adopção do método e técnicas desta pesquisa, em seguida, relato os processos iniciais da minha entrada, acesso e o universo dos participantes, e por último apresento as questões éticas.

Método etnográfico

Para esta pesquisa foi usado o método etnográfico que permite a discussão de narrativas sobre as experiências de gestação. Tomo a etnografia como um modo de acção, como uma experiência que é vivida, registada e sempre em uma relação aberta e íntima com a teoria, ou seja, enquanto modo de expressão (Viveiros de Castro 2002:15). A abordagem metodológica usada nesta pesquisa foi o relato dos percursos de vida enquanto primigestas durante o período de gravidez. Nos depoimentos dos itinerários de vida privilegiei a singularidade das primigestas, não numa perspectiva individual, mas como reveladora de um certo vivido social (Poirier *et al* 1995: 45).

Contexto e perfil dos participantes de pesquisa

O trabalho de campo foi realizado na cidade de Maputo, nos meses de Agosto de 2017 à Fevereiro de 2018, os lugares específicos de conversas e observações variaram conforme os acordos efectuados entre o investigador e as participantes da pesquisa. Os primeiros contactos com algumas participantes de pesquisa aconteceram no Instituto Superior de Ciências de Educação à Distância (ISCED), por estar sujeito ao contacto com o público, sobretudo assistência aos estudantes. Isto facilitou a identificação das primigestas com base na aparência e conversas informais. Os contactos subsequentes tiveram lugar na igreja Universal, nas residências das colaboradoras, nas unidades sanitárias, nos restaurantes e nas viagens de transporte público.

O universo de pesquisa é composto por dois grupos, sendo o primeiro constituído por seis (6) primigestas, residentes na cidade de Maputo. O segundo por outros participantes, provedores de serviços de saúde, curandeira, pastor e parceiros, amigas e mães das primigestas. Optei por incluir o segundo grupo, porque a interacção com estes diferentes actores sociais possibilitou-me cruzar os discursos e acções das informantes e sistematizar os dados.

Desde o início, tentei estabelecer uma relação de confiança com as colaboradoras de pesquisa, procurando esclarecer os objectivos da pesquisa, a confidencialidade dos dados, a necessidade de escolher nomes fictícios. Desta experiência, senti o afeto das mulheres participantes no estudo, com as quais construímos uma experiência etnográfica. Por isso, na construção dos textos, sentia-me confortável tratá-las como informantes e também como membros de família. De tal forma que, optei por manter inalteradas suas falas e, apesar de manter nomes fictícios, escolhidos por mim e pelas próprias mulheres, na maioria dos casos, e por questões éticas a respeito dos próprios dados, a minha proposta é identificar as suas histórias, mostrar os seus perfis e fazer delas protagonistas das narrativas (Antunes 2015:9). Como forma de dilucidar o perfil dos participantes desta pesquisa, apresento a tabela abaixo.

Quadro 1: Perfil das Primigestas

<i>Nº Ordem</i>	<i>Primigesta</i>	<i>Faixa Etária</i>	<i>Estado Civil</i>
<i>1</i>	<i>Sheila</i>	<i>24</i>	<i>Casada</i>
<i>2</i>	<i>Rute Mary</i>	<i>33</i>	<i>Solteira</i>
<i>3</i>	<i>Zainabo</i>	<i>29</i>	<i>Solteira</i>
<i>4</i>	<i>Antonieta</i>	<i>31</i>	<i>Casada</i>
<i>5</i>	<i>Mariamo</i>	<i>28</i>	<i>União de Fatos</i>
<i>6</i>	<i>Ancha</i>	<i>26</i>	<i>União de Fatos</i>

Quadro 2: Perfil dos outros entrevistados

<i>Designação do entrevistado</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Faixa etária</i>	<i>Ocupação</i>
<i>Muanacha</i>	<i>Casada</i>	<i>48</i>	<i>Curandeira</i>
<i>Clemente</i>	<i>Casado</i>	<i>35</i>	<i>Pastor</i>
<i>Luísa</i>	<i>Casada</i>	<i>32</i>	<i>Médica</i>
<i>Mabunda</i>	<i>Esposo de Antonieta</i>	<i>33</i>	<i>Funcionário</i>
<i>Stélio</i>	<i>Esposo da Sheila</i>	<i>27</i>	<i>Desempregado</i>
<i>Tânia</i>	<i>Casada</i>	<i>50</i>	<i>Mãe de Sheila</i>
<i>Joana</i>	<i>Solteira</i>	<i>27</i>	<i>Amiga de Rute Mary</i>

Entrevistas

Tomando em consideração que a pesquisa foi realizada com base no método etnográfico, as entrevistas eram semi-estruturadas e informais, tornaram-se a melhor opção por permitir a exploração dos pontos sobre as histórias de mulheres enquanto primigestas, e também por captar as dimensões subjectivas do corpo individual como espaço das experiências vividas e fonte de significados (Merleau-Ponty 2015).

Ainda em relação às entrevistas, centralizei a verificação de elementos necessários para o seu início, com isso, estabeleci uma parceria com as primigestas, procurei negociar alguns processos, começando com a elucidação prévia sobre os objectivos da pesquisa, a possibilidade do uso de gravador, bloco de notas, a frequência às suas casas. Todas as primigestas aceitaram voluntariamente participar do estudo, logo, não houve a necessidade de assinar formulários. Este tema será desenvolvido na secção sobre questões éticas.

As entrevistas foram individuais, assim como em grupo. As entrevistas individuais foram realizadas numa fase inicial, com base em utilização de guiões de entrevistas, apenas para orientar o processo de interação com as gestantes, porque auxiliou-me a incorporar novas

questões. Este exercício, captar os múltiplos significados no acto da realização de entrevistas. Numa segunda fase, foram surgindo outras formas de captar dados realizando através de recursos audiovisuais; uso de telemóveis, redes sociais e videochamadas para continuar as conversas.

Neste ápice, Mercado (2016:2) enfatiza a importância de compreender o mundo simbólico no qual as pessoas vivem, vendo as coisas da maneira como elas veem e captando os sentidos que elas atribuem às suas experiências. Para fazer isso, aprendi a compreender a linguagem, os conceitos e as práticas das primigestas em ambientes virtuais, nas redes sociais (*Facebook e WhatsApp*), no decurso das conversas, recebi imagens e vídeos com o conteúdo da evolução da gravidez e isso permitiu compreender a forma como elas navegam a sua gravidez, a maior parte dos conteúdos partilhados era considerada por elas como sendo restrita, haviam um fundamento claro sobre a proteção desses conteúdos. Até que, isso se tornou uma “bola de neve” para ver como as primigestas interagem nos outros grupos.

As entrevistas em grupos, foram realizadas com algumas primigestas por exemplo; (Sheila e Antonieta) pela facilidade que tem de frequentar o ISCED, as primigestas com os seus parceiros, (Sheila e Stélio; Sheila e mãe, Antonieta e Mabunda) (Rute Mary e sua amiga, Rute Mary e a Muanacha (curandeira). Nas conversas entre a Sheila e Stélio, foi possível captar dados relacionados com percepções sobre a preferência pelo sexo. No que respeita o relacionamento com a mãe, explorei a troca de experiências e rede de reciprocidade entre elas. Rute Mary, a sua amiga e a curandeira foram questões referentes a medicina tradicional alternativa. Na conversa com a curandeira obtive informações que permitiram compreender que o perfil das pessoas que frequentam o lugar é diversificado, tanto os homens, como as mulheres buscam soluções de fertilidade nos seus serviços.

Nas conversas em grupo, também foi possível compreender como elas usam a internet, as redes sociais como um campo de interações, neste campo, possibilitou elucidar que as primigestas fomentam um sentimento de pertença, promovem o companheirismo, facilitando a interação pessoal. Neste espaço, as primigestas adquirem novas percepções de si e dos outros, apresentam um sentido de identidade, conquistam um sentido, uma rede de irmandade (Villegas 2008:541).

Decerto, neste decurso, constatei também que as práticas/discursos no espaço cibernético são traduzidas em variedades de elementos como textos, fotografias, vídeos, imagens, musicalidades, sonoridades, movimentos, rotas e possíveis fluxos, experiências narrativas, falas, diálogos, debates, opiniões, entre outras. Note-se que, são práticas não separadas que não se distanciam das intencionalidades, interesses e contradições (Tainan & Machado 2008:154). Não obstante, senti a redução da magia do contacto do olhar, das sensações e emoções que estão a ser observadas, reduz-se também a análise de gestos e dos movimentos corporais.

Observações

Agar (2008:54) refere a observação participante como característica chave no acto etnográfico, talvez seja pelo facto de utilizar os sentidos, os olhos, o corpo como um dispositivo de gravação para captar as sensações e produzir, analisar dados, interpretar e construir conclusões a partir da experiência etnográfica. Neste trabalho, fiz observação directa nos locais acordados entre o pesquisador e as entrevistadas. A título ilustrativo, no ISCED, observei os gestos das primigestas, frequentemente, colocavam as mãos na cintura, como se estivessem a assegurar o bebé, maioritariamente, tinham o saco para salivar, respiração ofegante, gestos faciais confusos, irritação quando se referissem a assuntos desconfortáveis como dores, enjoos, sorrisos profundos acompanhados de passagem ao de leve nas suas barrigas, uma representação de carinho. Além disso, presenciei momentos de perda de agilidades corporais, interrupções das conversas por alguma indisposição, abraços fraternos, prazer e tristeza. Em suma, a forma entusiasmada ou desconfortável que narravam os assuntos permitiu articular as práticas, os discursos e os significados das primigestas.

Efetivamente, nas unidades sanitárias, vivenciei os diálogos entre os profissionais de saúde e as primigestas, senti que a minha presença influenciou demasiadamente na forma como algumas gestantes foram tratadas, contradizendo os discursos anteriores que davam conta da violência simbólica, como se dirigissem em voz alta, sem modos adequados. Durante o processo de observação das práticas quotidianas, observei algumas primigestas nas unidades sanitárias que aguardavam em fila o atendimento às consultas. Na sequência presenciei o processo de realização de ecografia para efeitos de verificação da saúde e conhecimento do sexo do bebé. Foi

possível captar a unidade de contradições de sentimentos de alegria ao se revelar o sexo desejado, frustração quando fosse divulgado o sexo segundo a qual não constituía a sua preferência, e também a expectativa pelo facto de a ecografia não revelar o sexo, pois, nalgumas vezes a técnica não consegue identificar o sexo da criança dentro do ventre.

Por sua vez, nos curandeiros, observei o modo como são preparados alguns procedimentos terapêuticos para o banho e consumo das gestantes para conseguirem conceber. Veja-se que, socorrendo-me em Emerson *et al* (2011), busquei uma profunda imersão no mundo das primigestas, de modo a captar o que elas experimentam como algo dotado de importância e significado. Pela mesma razão, Biehl (2007:67) sugere uma etnografia caracterizada por interdisciplinaridade e pela opinião das pessoas envolvidas. Em meu entender, é um alerta para criar políticas baseadas no contexto de pesquisa.

De igual forma, visitei as instituições religiosas, os cultos da igreja universal destinados aos sacrifícios para alcançar os objectivos desejados. Nesta parte, além do mais, foi possível identificar que existem rituais específicos com a centralidade nas orações e consumos de líquidos abençoados pelos líderes religiosos como forma de garantir a fertilidade, muitas mulheres fazem parte destas sessões denominadas os mistérios da fé.

Neste contexto, nalgumas vezes a escrita e observação aconteceram em simultâneo, por vezes observei e não escrevi fielmente como o fenómeno se apresentava, então foi surgindo a necessidade de voltar ao campo para sanar as dúvidas ou deixar-me levar para aprender novos significados. Na verdade, a etnografia é um processo de vai e vem (Sanjek 1990). Logo, os dados colhidos por meio dos instrumentos e métodos de pesquisa mencionados foram apresentados em discursos e analisados com base em triangulação científica que consistiu em relacionar os dados com a revisão da literatura e a opinião do autor do trabalho.

Considerações éticas

A participação das primigestas desta pesquisa foi consentida e voluntária. De acordo com Green & Thorogood (2011:56) o consentimento informado é um princípio segundo o qual os indivíduos não devem ser coagidos, mas sim que a sua participação deve basear-se no voluntarismo e numa compreensão plena das implicações da participação. As participantes foram informadas sobre os objectivos da pesquisa e estiveram cientes em relação à divulgação dos dados, expliquei que caso fosse necessário, as entrevistas poderiam ser feitas individualmente, assim como em grupo. Na qualidade de investigador, respeitei a integridade das entrevistadas. De acordo com Thorogood (2011) & Flick (2007), não há regras claras para decidir a forma de lidar com os diversos dilemas éticos. No entanto, os participantes têm o dever de ser informados sobre as questões a que a sua investigação é susceptível.

Deste modo, o papel do pesquisador resume-se em “fazer boa ciência” e a responsabilidade primária é o “conhecimento” num sentido abstracto, mas importa referir que os princípios éticos não são universais e nem absolutos. Porém, respeitam-se os quatro princípios de Beauchamp & Childress (2001):

- *Autonomia - respeitar os direitos do indivíduo;*
- *Beneficência - fazer o bem;*
- *Não-maleficência - não fazer mal;*
- *Justiça - particularmente justiça distributiva ou equidade.*

De entre os princípios acima, tenho a destacar que me senti ingrato e invasivo ao abordar às questões íntimas relacionadas com a sexualidade em período de gestação e com as expectativas em relação ao parto. Algumas respostas pareceram fazer parte de um jogo feminino, como as histórias ou justificações que apresentam aos parceiros para não manter relações sexuais (por acordo feito entre nós, não vou partilhar neste espaço) e também por despertar sentimentos tristes ou de desespero ao se referir ao parto; muitas delas falavam e imaginavam o parto como uma dor sem igual, por isso, nesta pesquisa procuro abordar menos a questão de parto. Em fim, ao abordar essas questões, senti como se estivesse a despeitar os direitos das gestantes.

CAPÍTULO III

3. Relação entre as primigestas e biomedicina

Nesta parte do trabalho, procuro refletir a forma como a multiplicidade de sistemas de saúde que compõem o caleidoscópio cultural da cidade de Maputo molda as experiências de primigestas. As abordagens que melhor se enquadram para compreensão deste capítulo são; o *subsistema profissional* proposto por Kleinman, na medida em que é formado pelas profissões de cura representadas pela biomedicina e também do conceito de *Biopoder*, que permite a análise sobre a multiplicidade de sistemas de terapêuticos a partir das relações de poder. Foucault (1994) reconhece que, o poder não tem apenas um papel repressivo e controlador, mas também produz discursos e subjectividades. Por essa razão, a partir do biopoder penso que será possível identificar e compreender as microdinâmicas de poder que certamente caracterizam as relações entre as primigestas e as pessoas/sistemas integrados.

Numa primeira fase, revela-se importante situar que as primigestas têm acesso fácil às unidades sanitárias de saúde e são residentes nos diversos bairros urbanos e suburbanos da cidade de Maputo. Acresce recordar que, esta cidade ocupa uma posição central em termos de infra-estruturas e actividades de saúde em Moçambique.

De acordo com os protocolos do Ministério da Saúde (MISAU), existem factores que interagem para determinar o acesso e uso de serviços de Saúde Materno Infantil (SMI), nomeadamente: infra-estruturas, equipamentos, pessoal sanitário e procedimentos através dos quais se disponibilizam cuidados de saúde. Embora existam esses protocolos oficiais, os dados no terreno permitem observar que subsistem outros factores a ter em conta: as percepções individuais sobre o problema de saúde, os modelos explicativos construídos para a gestão do risco, bem como os aspectos de ordem sócio cultural e étnico;

As percepções individuais sobre o problema de saúde

Em relação às percepções individuais sobre o problema de saúde, elas estão integradas à partir de duas linhas de pensamento estrutural vigentes em um grupo de pessoas residentes na cidade de Maputo, em que, por um lado, existe uma convenção que aproxima as gestantes aos

procedimentos da biomedicina, e, por outro lado, há uma ideia localmente partilhada pelo grupo que alega que os problemas de saúde durante o período gestacional provêm de questões de feitiçaria, inveja das pessoas próximas, comportamentos de espíritos nocivos. Em consequência, a resolução dos seus problemas deve ser com base nas crenças localmente enraizadas, onde se destacam os conselhos domiciliários e o poder dos curandeiros. Esta segunda perspectiva será aprofundada nos capítulos sobre a Socialização Primária e Relação entre primigestas com igrejas e curandeiros.

A natureza de relacionamento entre as gestantes e a biomedicina é feita a partir dos procedimentos iniciados com os cuidados pré-natais, durante o primeiro trimestre, onde a gestante passa por diversas consultas de rotina. Neste prisma, notou-se que, as primigestas procuram cuidados pré-natais para a confirmação da gravidez e assegurar-se que o feto se encontra saudável. Para além de adquirir os conselhos sobre cuidados a considerar nesse período, elas também buscam informações sobre a previsão das datas de parto. Permanece, nesta fase, um conjunto de dúvidas relacionadas ao estado da gravidez e estas dúvidas são pensadas em contexto não apenas de controlo e repressão, mas também práticas e saberes que transmitem confiança.

Nesta interação, foi notório que as primigestas entendem os sistemas de saúde oficial como um lugar *seguro* e também *invasivo*. Este argumento é sustentado pela maneira como as gestantes se sentem na sua relação com os profissionais de saúde. A interpretação que se faz nessa relação permite afirmar que, as gestantes percebem que os profissionais de saúde transmitem mais conhecimento, confiança e experiência, porque trabalham constantemente com muitas mulheres nessa situação, usam a ciência, tecnologias e dão dosagem cientificamente comprovada dos medicamentos; por esta razão, consideram a biomedicina um lugar seguro.

Por seu turno, os profissionais de saúde sentem-se auxiliares desta experiência por desempenhar tarefas essenciais, mais do que isso, eles têm a oportunidade de colocar os seus saberes da biomedicina ao serviço do bem-estar da mulher e do bebé, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Na consciência

desses profissionais, podem minimizar a dor, acompanhar de perto, confortar, esclarecer, orientar; enfim, ajudar no parto e no nascimento do bebê.

Como viu-se, os profissionais de saúde, na interação com as primigestas, transmitem a confiança com discursos que garantam equilíbrio, pois, são os primeiros que tocam cada ser que nasce e isso permite ter a consciência dessa responsabilidade. Porém, desempenhar este papel não se revela fácil, porquanto a maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado. Durante sua formação, doenças e mal-estar são enfatizados e as técnicas de intervenção são consideradas de maior importância.

Repare-se que, embora seja entendido como um lugar seguro, por vezes, torna-se invasivo e violento em relação aos corpos das primigestas. Os actos considerados invasivos e violentos são verificados nos procedimentos dos exames médicos, ou seja, os seus corpos são observados, tocados e invadidos, tocam nos órgãos genitais, nas intimidades reservadas apenas aos seus parceiros. Também, por vezes são violentos verbal ou psicologicamente, ao se dirigirem às mulheres com expressões agressivas, principalmente às vésperas do parto. Nesta relação de violência verbal e psicológica, por um lado, é percebida pelas gestantes como uma tentativa das enfermeiras ou parteiras dos sistemas de saúde público tirarem dividendos e/ou dinheiro em troca de bons serviços, um atendimento personalizado e cuidados necessários. As primigestas acreditam, logo, que há uma espécie de confusão na cabeça de alguns profissionais de saúde, ao em vez de servir devidamente de acordo com os protocolos de atendimento, deparam esta fase como uma oportunidade de ganhar dinheiro. Assim, existe um debate enorme em Antropologia sobre a necessidade de integrar aspectos sócio-antropológicos aos profissionais de saúde, devido a constatações dessa natureza.

Mas também, por outro lado, para além desses aspectos, a pesquisa observou que, nesta relação com os profissionais/sistemas de saúde, há outras percepções tendências. A primeira tem a ver com a iniciativa das gestantes em oferecer um valor monetário como forma de aliciar a um atendimento melhorado, isto acontece porque as gestantes já trazem consigo relatos de pessoas

experientes que viveram momentos ou ouviram falar de episódios sobre violência verbal e psicológica das profissionais de saúde. Em segundo, as primigestas vivem a gestação de formas diferentes, algumas se apresentam de maneira dramática e outras não, isso justifica em parte a mão firme ou jeito autoritário na relação interpessoal. Quer sim, quer não, nesta relação, não só vale o jogo de dinheiro, como também a segurança, equilíbrio, invasão e as relações de proteção dos parentes de colegas, como ilustra o episódio abaixo.

“Uma vez, eu estava a sentir muitas dores e sangramento vaginal, liguei para minha amiga Gisela e contei-lhe, ela disse-me que poderia ser ameaça de aborto. Aconselhou-me a ir ao hospital, [...] fui. A enfermeira que me atendeu despachou-me tanto, insultou-me: expressões como -abre bem as pernas pah, na hora de fazer as coisas estava a animar nê?! Só começou por me tratar bem depois de saber que a minha sogra trabalhava naquele hospital.” (Sheila, 24 anos)

No excerto acima, torna-se indispensável observar que os modelos explicativos construídos para a gestão do risco das primigestas em parte enfatizam a necessidade de deslocação às unidades sanitárias como forma de estar a responder às expectativas da sociedade, sobretudo das mulheres, mães, tias amigas que a consideram um lugar seguro para gerir as doenças e ameaças de aborto que ocorrem neste período. Estas expectativas tornam-se uma coerção social, isto é, para se sentir integrada no seu contexto, apesar de existirem todos esses protocolos, os discursos das gestantes levam a uma reflexão, ponderando outros elementos que se afiguram na mente das gestantes: a ecografia, sexo, organização do enxoval, responder às expectativas sobre a preferência do sexo do bebé. Em síntese, estes aspectos serão aprofundados nas próximas secções deste capítulo.

As percepções das primigestas sobre a ecografia

Nesta secção, operacionalizo o conceito do corpo político através das estratégias de controlo e de vigilâncias que as instituições sociais e políticas exercem sobre a colectividade e sobre os corpos individuais na reprodução, sexualidade, na promoção da saúde e no controlo das doenças (Scheper-Hughes & Lock 1996:8). Entende-se, que a relação entre as gestantes e biomedicina também é reforçada pelas técnicas da Biomedicina, pois é interessante reconhecer que ela é um sistema cultural ocidental que controla e regula o período gestacional, da concepção, o desenvolvimento, o parto, a amamentação até o puerpério. Consequentemente, controla a gestação pelo domínio da sua medicalização e tecnologia. Este raciocínio pode ser encontrado nos trabalhos desenvolvidos pelos seguintes estudiosos: (Andrade 2015; Foucault 1994; Lock & Scheper-Hughes 1996; Rhodes 1996).

Nesta senda, a ecografia foi inúmeras vezes referenciada pelas primigestas como algo relevante para a gestação. Entende-se como um método da biomedicina que fornece diagnóstico através de ondas ultra-sónicas de alta frequência, para visualizar em tempo real, as estruturas internas do organismo. Este procedimento é importante para o processo de gestação porque fornece imagens para a confirmação do feto, a verificação da normalidade do bebé e a determinação do sexo. Existe um debate em Antropologia que se centra na utilidade e riscos desta técnica. Mas para esta pesquisa, torna-se relevante analisar a ecografia na relação que se estabelece entre a biomedicina e as gestantes, porque a ecografia acrescenta a construção de modelos explicativos sobre o feto em relação à própria gestante, o parceiro e a sociedade.

Parece-me importante também, a constatação que obtive ao presenciar a realização da ecografia de Sheila, visto que, a interessava-me explorar como as gestantes entendem de como à partir de uma máquina era tão possível, visualizar o futuro de um feto, imaginação de um corpo, e a construção de género. Adicionalmente, foi notável o facto de, logo após a revelação do sexo de bebé, a tendência de estabelecimento do vínculo materno-fetal. Nesta linha de argumentação, Filho *et al* (2006) consideram que um dos maiores avanços da técnica de ecografia reside na sua capacidade de melhorar o vínculo materno-fetal. Na verdade, os dados remetem a pensar na possibilidade da existência de um momento em que se adquire a consciência de se ser mãe pela

primeira vez. Para algumas primigestas, isto começa à partir do momento em que a gestante tem a comprovação dos testes do hospital, seja o teste rápido ou a ecografia para confirmar o feto. Para outras mulheres, este sentimento de mãe ligado ao bebê pode ter início ao sentir as primeiras mexidas do filho(a) dentro do seu ventre ou como referiu a gestante abaixo.

“Os chutes, haahha, momento ímpar, quando o bebê começa a chutar, nem imaginas o que uma mãe sente, inicia a ligação mãe/filho....as vezes até da vontade de conversar com o feto...sem que a mulher se aperceba já está a falar com o bebê..risos..coisas de loucos.” (Mariamo).

Pela experiência das primigestas, pareceu-me não terem compreendido as imagens. Entretanto, concordo com o argumento de Chazan (2007), ao referir que as gestantes são ensinadas a olhar o monitor e a ver o que o médico espera que elas vejam; o olhar informado passa a ser um constructo social. Diante disso, o bebê é produzido na interação entre médicos e gestantes sobre uma imagem. Dessa forma, o que foi dito até aqui, dá a entender que a ecografia ocupa um lugar de destaque nas experiências gestacionais, pois reconfigura as percepções femininas, incluindo os sentimentos em relação ao bebê. Por isso, ela serve de ponte para elucidar, que embora esteja enquadrada na relação entre as gestantes e a biomedicina, compreende igualmente tendências de modelos explicativos que englobam a socialização primária as percepções da gestante em relação a preferência pelo sexo.

As percepções da gestante em relação à preferência pelo sexo

Esta secção, é continuidade dos modelos explicativos fornecidos pela ecografia e também expressa as tendências do quarto capítulo que versa sobre a socialização primária. Como foi referido acima, as gestantes dessa pesquisa revelam opiniões diversas em relação aos sexos. Numa primeira fase, desdubro os relatos sobre a preferência pelo sexo feminino e, numa segunda fase, avanço com os discursos sobre a preferência pelo sexo masculino. No que concerne à preferência pelo sexo feminino, podem ser subdividas em três categorias de pensamento: a primeira preferência pelo bebê de sexo feminino porque as roupas são mais acessíveis em termos de preço, a segunda, como forma de reencarnação da sua infância e, a terceira, como um espaço para ganhar a legitimidade na família do parceiro.

Assim, é pelo facto de facilitar a aquisição de roupas porque é relativamente mais económica em relação ao do sexo masculino que este discurso foi notável nas primigestas com a situação económica relativamente fraca ou instável, devido ao crescimento rápido do bebé, imaginam a quantidade de roupas que será adquirida, de tal modo que isto gera uma preocupação.

Por outro lado, como viu-se, em algumas das gestantes com as condições económicas relativamente estáveis, este pensamento foi invisível, pois priorizaram outro nível de pensamento ou categoria, em que as mulheres reencontram uma possibilidade de reencarnação da sua infância, como se elas voltassem ao tempo e tivessem a possibilidade de viver uma outra/nova vida. Neste pensamento, as primigestas começam a construir imagens, cenários próximos à sua infância e alimentam a imaginação do ser ainda por nascer.

“.....Minha filha vai vestir como uma princesa,” Ancha 26

“.....Usaremos roupas iguais” Zainabo 29

Preferência pelo sexo feminino como legitimidade na família do parceiro

Assumindo a terceira possibilidade, os dados permitiram observar percepções de satisfação ou resposta às solicitações da família do parceiro, concretamente a sogra, que em vários momentos implora por um bebé de sexo feminino como uma herdeira, e as noras esforçam-se, sufocam-se e oram para satisfazer o pedido. Nestas situações, as sogras até sugerem os nomes para a bebé. A título de exemplo, foi a experiência vivida pela Antonieta, de 31 anos de idade,

“[...] Mas sentíamos medo que não fosse menina, porque na família do meu marido todos os irmãos e irmãs fazem rapazes e minha sogra já vinha pedindo uma neta. Então, no dia em que fomos ver o sexo do bebé, eu estava acompanhada do meu marido, a Dra. Luísa, muito simpática, começou a rir-se de mim, porque, durante a ecografia, eu só queria saber o sexo em vez de me preocupar com o bem-estar do bebé, quando tivemos a informação que seria uma menina, foi um grande alívio para mim e muita satisfação para o meu marido, naquela mesma altura, ele ligou para minha sogra e revelou o sexo do bebé e prometeu que se chamaria Deyse, o nome da minha sogra”.

No relato acima, pode-se compreender que a Antonieta apresenta uma narrativa carregada de incertezas sobre o sexo do seu bebê e também alguma ansiedade em satisfazer os desejos do seu marido e da sua sogra; com estes sentimentos, pode-se depreender que a gestante me pareceu estar obcecada pelo prestígio de se tornar na primeira mulher a dar um bebê de sexo feminino à família do seu marido. Este sentimento responderia à consolidação do seu lugar na família e ela seria usada como referência e aceite com legitimidade, tornar-se-ia uma espécie de rainha.

O outro dado que achei importante e oportuno partilhar é a chamada de atenção da médica (Dra. Luísa) em colocar prioridade o sexo do bebê antes da saúde do mesmo. Com isto, entendo que se verifica uma grande expectativa em responder às exigências externas, por vezes, parentes do parceiro, noutras vezes, próprios familiares ou pessoas próximas. Desta forma, a preferência pelo sexo feminino depende da história de vida de cada mulher, razões, fantasias, anseios.

Sexo masculino como sinónimo de virilidade

Os dados revelam a existência de percepções que a preferência pelo sexo masculino serve para responder à virilidade do parceiro diante dos seus amigos. As lógicas usadas por algumas primigestas resultam da pressão que os seus parceiros sofrem diante dos amigos, sobretudo daqueles que se tornam pais de filhos homens. Por consequência, esta ideia faz com quem as primigestas tomem as dores dos seus parceiros, incorporem o desejo de ter um menino, porque dignifica o seu parceiro como homem/virilidade no contexto em que ele está inserido. Em conversas dos seus parceiros com os seus amigos, prevalece a ideia segundo a qual, quando se tem um bebê de sexo masculino, o grupo compreende como sinónimo de virilidade e, quando o bebê pertence ao sexo feminino, torna-se uma espécie de fragilidade, como se a mulher tivesse ganho uma batalha, de uma guerra não declarada.

Assim sendo, as primigestas traçam estratégias que são compostas por um caleidoscópio cultural da cidade que molda a experiência através de buscas de soluções nas orações, nos curandeiros, nas aparências do formato da barriga, nas dietas alimentares para que o feto dentro do seu ventre seja ou se transforme em um bebê de sexo masculino. Esta busca é extensiva às interpretações dos históricos familiares dos seus parceiros.

Deste modo, pode-se depreender a relação entre as gestantes e a biomedicina na preferência pelo sexo permite pensar na dualidade de realizações femininas, masculinas e das cobranças dos familiares ou amigos; por um lado, o contexto social tem a sua forte influência na maneira como concebem a construção ou escolha do sexo e, por outro lado, o poder da biomedicina predomina sob a esfera do acompanhamento dessas expectativas, através das políticas públicas, introdução das técnicas reprodutivas, a medicalização, acompanhadas pelos discursos salvacionistas da saúde da mãe e do bebê, fundamentados sob o ponto de vista do controlo sobre os corpos femininos (Martin 2006; Ginsburg & Rapp 1991).

CAPÍTULO IV

4. A Socialização Primária

No capítulo anterior, procurei trazer uma reflexão sobre o relacionamento estabelecido entre as gestantes e a biomedicina. Se, por um lado, a biomedicina transmite cuidados a seguir durante o período da gravidez, recordando que as gestantes consideram um lugar seguro e também invasivo, por outro lado, a SP transmite também as crenças localmente enraizadas que devem ser seguidas por algumas primigestas durante a gravidez.

Diferentemente da biomedicina, estas crenças dividem opiniões em relação à sua segurança e estabilidade, contudo elas (as crenças) são recorridas frequentemente para resolução de problemas que não foram/são do alcance total do SNS, ou seja, a espiritualidade é um refúgio para a tal resolução. Nesta perspectiva, o debate tem enquadramento no subsistema familiar, advogado por Kleinman (1993:237) pois, é a expressão da cultura popular, do senso comum, não profissional, não especialista e segundo o qual as manifestações da gravidez são inicialmente identificadas e enfrentadas. Com este pensamento, vale lembrar que a gravidez gera múltiplos comentários procedentes de pessoas experientes é veem a gravidez como desordem.

Devo salientar, que recorro aos dados empíricos para elucidar que existe uma rede recíproca de trocas de experiências entre as primigestas e outras mulheres, sobretudo, mães, tias, sogras e amigas que se tenham tornado mães. Esta troca de experiências acontece em várias facetas. No primeiro momento, as gestantes buscam experiências baseadas em relações de parentesco, mães, tias sogras e amigas que tenham passado pelo processo de gestação e que estejam a viver a maternidade. As primigestas vão até as mulheres mais velhas para colocar as dúvidas e pedir elucidações através das experiências que elas viveram.

Neste contexto, estas prescrições cobrem os domínios do relacionamento interpessoal, alimentação, relações sexuais, trabalho quotidiano, espiritualidade e do parto que constitui um ponto final do período gestacional. Nesta fase, destaca-se uma espécie de reorientação do

comportamento cotidiano visto pelas primigestas como necessário tanto para sua saúde, como para o bebê.

Na relação com as mães, observa-se que algumas primigestas acreditam na relevância dos conselhos domiciliários porque nesta fase há uma tendência de se engrandecer a figura materna, torna-se uma referência e os seus ensinamentos são acolhidos como sendo de grandes utilidades. Pelo que, destaca-se aqui, que algumas primigestas acreditam que neste período elas ficam mais próximas às mães e este sentimento é recíproco, uma vez que partilham uma identidade em busca de se tornar mãe. Veja-se que, elas intensificam o valor e o respeito atribuído à vida. Verifica-se uma tentativa de comparação ligada ao facto de as suas mães terem passado por situações semelhantes, e elas consideram-se como uma prova viva da experiência das suas mães, aliado ao esforço e sacrifício durante a gravidez. Por isso, justifica-se a importância também de seguir os seus conselhos nos vários domínios.

No que respeita às tias, a pesquisa no terreno constatou percepções das primigestas aproximarem-se mais às tias do lado materno, em relação aos do seu parceiro. Esta tendência pode ser entendida como uma espécie de protecção em relação à sua saúde e prováveis riscos de atitudes malignas, tanto quanto dos discursos de desconfiança no que diz respeito à paternidade do bebê, isto é, se realmente o bebê pertence ou não à família do parceiro. Este olhar atento e de desconfiança é também verificado na relação com as sogras; nota-se, desta maneira, uma constante vigilância de certificar se realmente o bebê pertence à família. Esta confirmação pode ser feita após o nascimento do bebê. Sendo assim, há relatos de acordo com os quais, após o parto, as tias e as sogras dão a maior importância aos traços dos bebês, procuram semelhanças e diferenças com base na aparência de um recém-nascido.

Na sequência, a relação com as amigas é caracterizada por três aspectos, a saber: o primeiro refere-se ao distanciamento gradual das antigas amigas sem filhos, elas ficam para atrás, porque começam a se escassear alguns assuntos considerados prioritário para ambas as partes, se, por um lado, em tempos em que as duas não tinham filhos havia muitas semelhanças nos comportamentos, valores, lugares frequentados, sonhos, após a concepção, observa-se uma

escassez de coincidência de assuntos e práticas; ditando, assim, o distanciamento social entre as amigas.

No segundo aspecto, observa-se o fortalecimento ou ligação com amigas que se tenham tornado mães, pelo facto de se reflectir como espelho dessa situação, na qual podem abordar uma infinidade de assuntos que, mais tarde, desaguam em novas redes de amizades físicas e virtuais. Portanto, elas acabam criando identidades através das plataformas digitais.

Nesta linha de ideias, depreende-se que as primigestas são unânimes ao afirmar que durante a gestação sentem necessidades em partilhar as suas experiências com outras pessoas por adquirir a identidade de ser mãe. Aos poucos, de forma individual/colectiva, voluntária ou não, foram se incorporando em modelos maternos especialmente nos grupos de gestantes dos centros de saúde ou mesmo das redes sociais (*Facebook, WhatsApp*), construindo uma forma de se comportar e de se preparar a si mesma e à família para a chegada do novo ser. Nestes grupos de plataformas digitais, as primigestas buscam informação para complementar conhecimentos que advêm da SP, das madrastras, sogras, colegas de trabalho, tias, dado que se nota a flexibilidade e disponibilidade para responder às questões relativas à gestação.

Os grupos são constituídos por amigas locais, regionais e universais, falantes da língua oficial portuguesa. Geralmente, são compostos por mulheres que vão se tornar mães pela primeira vez e outras que se tornaram mães por uma ou mais vezes e continuam no grupo como prova viva deste período marcado por dúvidas, incertezas e esperanças. Os assuntos tratados estão relacionados com a transmissão de conhecimentos detalhados sobre cada fase da gravidez, desde as primeiras semanas até as últimas”. Segue-se o relato da Ancha:

“[...] neste momento, a maioria das mulheres está na fase final, algumas deram parto recentemente, elas falam muito do que fazer quando sentir as dores...por exemplo, hoje, elas disseram que a partir do nono mês, qualquer dor que sentir deve-se recorrer ao centro de saúde mais próximo, porque a bolsa não pode

estoirar em casa e porque o bebé já está bem próximo. O que significa que, a mulher tem 99% de dar à luz em casa.”

O que se pode absorver no relato acima é a ideia segundo a qual, os grupos de mulheres grávidas pretendem dar maior segurança e controlo corporal às participantes. Em estudos realizados pela Rezende (2015) & Pinheiro *et al* (2008) apresentam dinâmicas dos grupos de apoio, que têm como o objectivo ajudar pessoas a lidar melhor com as suas dificuldades e tratam, em última instância, de mudanças no sujeito do seu modo de pensar, sentir e agir.

Uma outra percepção verificada no terreno, as primigestas que não tinham um relacionamento sólido, como ter o estado civil de casadas, que vivem maritalmente ou que os seus parceiros não assumem as gravidezes, são discriminadas pelas tias, amigas e pela sociedade em geral. Como sendo mulheres sem moral, isso faz com que elas tenham um isolamento social. Esta percepção é também verificada em relação à sociedade, há uma espécie de cobrança para as mulheres que se tornaram grávidas antes de contrair o matrimónio, como sendo ilegítimas, principalmente se elas frequentam instituições religiosas, podem até ser descomungadas e serem vistas como sendo pessoas que dão mau exemplo.

A relação estabelecida entre as primigestas e os seus parceiros foi caracterizada como sendo de estabilidade, companheirismo e de aborrecimentos. Algumas primigestas sentem-se mais amadas e protegidas durante a gestação, para além desses sentimentos que causam bem-estar, foi possível notar a existência de relatos que defendem, durante a gestação, os parceiros tornaram-se pessoas estranhas, passaram a transmitir cheiros inexistentes “horríveis”. Os dados tendem a relacionar que o sexo feminino aproxima os pais e o masculino repele os mesmos. A analogia para estes casos justifica-se após o nascimento, em outras palavras, alguns pais são próximos aos bebés do sexo feminino relativamente aos do sexo masculino, este pensamento também é extensivo para as mães.

Prescrições e cuidados na dieta alimentar das primigestas

A pesquisa observou que no domínio da alimentação, para além dos cuidados e prescrições transmitidas pelas instituições oficiais de saúde, com destaque para o consumo de sal ferroso, ingerência de muitos líquidos, usos de anti-maláricos e também de rede mosquiteira, as primigestas estão imersas a concelhos domiciliários que visão prevenir alimentos que geram ameaças de aborto, retardam o parto, influenciam negativamente na aparência do bebé, mas também sugerem alimentos que garantem a estabilidade a nível nutritivo e de igual forma funcionam como catalisadores do conforto e flexibilidade no processo gestacional e particularmente no parto.

Nesta senda, constatou-se que as mães, tias, amigas e sogras listam os alimentos que devem ser consumidos e os que não. Em relação aos que não devem ser consumidos, importa trazer à tona os significados atribuídos aos seguintes alimentos: O piri-piri foi considerado pela maioria das primigestas como sendo um alimento nocivo à saúde da gestante e do bebé, a analogia feita permite inferir que estes significados têm perspectivas simbólicas e metafóricas, pelo facto de o piri-piri ser picante influenciaria negativamente na visão turva e o olhar avermelhado do bebé por nascer.

Um outro alimento proibido foi o ovo, pois entende-se que há fortes possibilidades de a criança nascer com a cabeça sem cabelos. Um dado importante está relacionado com a quantidade de alimentos que devem ser consumidos, a socialização primária acredita que as primigestas devem consumir por dois, na verdade, a justificação para esse ponto tem a ver com o facto de que a gestante não deve ficar muito tempo sem se alimentar, deve estar constantemente em alimentação, respeitando os intervalos das refeições.

Em relação aos alimentos que devem ser consumidos, o quiabo foi considerado unânime devido à sua facilidade na hora do parto, permite a saída rápida do nascimento da criança. O que foi constatado, no aspecto da dieta alimentar, o bebé também tem uma forte influência sobre o que e quando comer. Foi comum nos discursos das gestantes identificar a percepções de a criança, dentro do ventre, mandar, controlar e decidir nos desejos das mães. Elas aprendem a viver uma

nova vida, aprendem a lidar com situações dolorosas e prazerosas intrínsecas ao seu estado, maioritariamente, obedecendo às ordens e desejos da criança. Na verdade, esta linha de pensamento é extensiva às questões ligadas não apenas à dieta alimentar, mas também ao vestuário e relacionamento interpessoal. Portanto, apesar de existirem contextos sociais (sistemas de saúde, doméstico, religião) que coercivamente nomeiam posturas, maneiras de agir e ser, há sempre momentos de escolhas e atitudes de autonomia individual que as gestantes tomam como forma de responder os desejos, valores e necessidades.

Significados na atribuição dos nomes

Nesta secção, inspiro-me nas reflexões de Pina Cabral (2008) & Mariano (2017) que mostram que os processos de nomeação não são estáticos nem homogêneos em todas culturas, por isso, a questão dos nomes é inesgotável, algo vivo, sobre a vida da pessoa como um ser social. Mariano (2017:89) vai mais longe, ao defender que os cruzamentos culturais, que se sobrepõem, se complementam e se alteram, por vezes ocultam a ambivalência entre o tradicional e o moderno. Na verdade, a escolha e a atribuição do nome inscrevem-se, portanto, num quadro histórico em contínua transformação, de invenção social, e narram as ligações, rupturas e descontinuidades entre passado, presente e futuro, entre vida e morte.

Na socialização primária, os nomes carregam diversos significados, os dados no terreno permitem identificar quatro vias com base nas quais as escolhas para atribuição do nome do futuro bebé são usadas: referências de alguém sensato, as primigestas acreditam que independentemente do sexo, o bebé deverá herdar o nome de uma pessoa ajuizada, pois influencia nos comportamentos, valores e atitudes que a criança irá incorporar no futuro, ao contrário dessa escolha, incorre o risco de seguir alguém de má conduta que poderá sofrer *bullying* (palavra de origem inglesa que corresponde as atitudes de violência física e psicológicas) durante a sua infância. Como se pode verificar nos discursos abaixo:

“[...] o meu filho terá o nome do meu tio Hélder, porque o referido xará (coincidência de nome) é uma boa pessoa, estudou e ajuda muito os outros...”
(Mariano, 28 anos de idade)

“Imagine se for o meu tio Anselmo, é alcoólatra e mulherengo, as crianças têm tido o comportamento do dono do nome...” (Sheila, 24 anos de idade)

A segunda via é reservada por nomes de figuras de referências familiares/antepassados. Os avós (as) ganham prioridade como uma espécie de herança e gratidão aos seus progenitores, muitas das vezes, verifica-se uma tendência de serem os pais/mães dos casais a sugerirem a atribuição dos nomes. Em relação aos antepassados, constitui um elo de ligação e é a chave de acesso ao espírito protetor. A atribuição à criança do nome dos antepassados assegura que estes sejam sempre recordados (Bagnol 2006:11) e perenizados. Dar o nome do antepassado é uma forma de o honrar, pois, a criança passa a representar o seu espírito. É importante não só para a própria criança, como também a família. Uma escolha errada do nome pode causar infortúnios e doenças para a própria criança, inclusivamente a morte (Mariano 2009: 34).

Em seguida, observa-se a via das figuras públicas, que nessas figuras há uma inclinação dos homens optarem por actores de cinema, desportistas nas diversas áreas, sobretudo no futebol e basquetebol, por terem um reconhecimento social e terem marcado em jogos decisivos ou mesmo por ser adepto da equipa. Em relação às mulheres, prestam mais atenção as listas modernas extraídas nas redes sociais ou telenovelas. Por último, a via segundo a qual, o significado dos nomes carrega forte influência dos significados religiosos. A bíblia é muitas vezes consultada para facilitar a atribuição dos nomes. Espera-se que estas crianças cresçam como pessoas religiosas e tenham reconhecimento na igreja.

Normas e prescrições no vestuário das primigestas

Os dados no terreno apresentam discursos que tendem a normalizar as roupas largas como sendo a melhor opção, o vestido foi consensual e apontado como confortável porque permite que a primigesta respire à vontade e o bebé se mexa naturalmente. Outrossim, garante que a primigesta apresente-se em qualquer sítio. Com isso, deve-se evitar usar roupas justas, porque podem sufocar o bebé.

Nesta ordem de ideias, não se pode usar uma capulana cobrindo a cintura porque, depois do bebê nascer, vai criar ferimentos nos seios. Não se deve usar roupas escuras porque trazem azar e o bebê pode morrer. Estes modelos explicativos concorrem para proteger a saúde da criança. Em relação às roupas escuras, faz-se uma semelhança com o luto, por isso é preciso afastar a ideia de vestir roupas desta cor nesse período. Nestes contextos, cabe às gestantes tornarem-se um depósito de opiniões, selecionando o que as convém.

CAPÍTULO V

5. Relação entre primigestas com as igrejas e curandeiros

Neste capítulo, o objectivo passa por explorar as cosmogonias pelas quais se atribui sentido às experiências relacionadas com as instituições religiosas e curandeiros. É nesta perspetiva que enquadro o pluralismo médico, pois, não são refere apenas às distintas representações de saúde e de doença, mas também às distintas formas de entender e praticar as artes terapêuticas que coexistem num mesmo espaço geográfico. Na visão de Ribera (2008:114), em África, como em qualquer outro lugar, o pluralismo médico é uma constante mais que uma excepção, e algumas primigestas tendem a utilizar de maneira exclusiva, sequencial ou complementar as distintas medicinas a que têm acesso. Este autor, acredita que o pluralismo médico abarca um amplo e variado campo temático que inclui, por exemplo, as relações formais e informais entre Instituições biomédicas e medicinas tradicionais alternativas, as representações da doença entendidas como conglomerados de elementos de diferente procedência ou os critérios que entram em jogo quando se trata de escolher uma medicina ou outra.

As entrevistas identificam sinais de perigo nas primigestas que combinam o recurso aos sistemas terapêuticos religiosos e também de feitiçaria. Por um lado, existe uma categoria de males cuja origem é atribuída à questões de espiritualidade, nesta parte, reserva-se a cura no poder divino nas igrejas. No entanto, observa-se que a cura se processa de modos diferentes e particulares de acordo com os diagnósticos que as instituições religiosas fazem.

Uma grande percentagem de primigestas desta pesquisa tem em comum a crença em Deus, pois acreditam que esta entidade divina abençoa a gravidez, isto acontece porque se observa o período da gestação como sendo caracterizado por muitos riscos, sobretudo, espíritos malignos, antepassados, a inveja e a feitiçaria. Embora, o consenso se aplique na figura divina como a possibilidade para a resolução dos problemas, verificou-se uma certa tendência de maior aproximação às mulheres que tiveram histórico de dificuldades de concepção e também as que são assíduas as igrejas. Como se pode ver:

“Nos primeiros meses da minha gravidez, o pastor ligou-me de madrugada para me comunicar que teve uma visão em que eu estava grávida, mas era de risco. Por isso, no dia seguinte, deveria dirigir-me à igreja para obedecer a alguns rituais. [Rute Mary, 33 anos de idade]

Aliás, a minha tia perdeu o bebé, porque tinha uma rival com quem estava a dividir o homem.... A rival foi ao curandeiro e o bebé faleceu. De tudo isso, nós ficámos a saber porque o pastor viu e disse-nos. Então, neste momento, temos de estar atentos a esse tipo de coisas.” [Mariamo, 29 anos]

Explicações como as que se encontram acima são recorrentes no seio das primigestas. Não obstante, existem singularidades, experiências de líderes religiosos que se aproveitam da fragilidade desse período em nome de Deus ou princípios religiosos, tornam-se íntimos às mulheres e procuram aproveitá-las. Ex: fazer orações, tocando também nas partes íntimas, como forma de expulsar o demónio. Os dados no terreno, revelam a existência de pastores que têm a capacidade de prever as gravidezes antes das primigestas descobrirem, com isso, tornam-se figuras de controlo e acompanham a evolução do período gestacional.

Medicinas Tradicional Alternativa

Neste subcapítulo, faço referência as abordagens antropológicas que apontam para existência de redes socioculturais locais, cujas comunidades consideram o período da gravidez como sendo um estado natural e típico para a mulher, mas também prevalece a concepção popularizada de que o período da gravidez é de risco (Matsinhe *et al* 2007:28). Nesta linha de pensamento, é quase consensual para as primigestas que o período gestacional é marcado por muitos riscos, devido, as incertezas, o mal-estar e doenças que costumam a acontecer nesse período.

Está concepção, leva por um lado, as primigestas a buscarem nos curandeiros a precaução e prevenção de doenças que podem surgir. Honwana (2002:86) explica que o curandeiro ou igualmente designado “médico tradicional” é socialmente reconhecido como capaz de cuidar e tratar do corpo físico-psicossocial. Neste grupo incluem-se os espíritos médiuns, adivinhos e exorcistas são os intermediários entre os vivos e os mortos, pois ligam da memória individual e coletiva, com poderes para interpretar passado e presente. Estimulam o indivíduo a estabelecer a conexão com as “origens”, reforçando o poder dos espíritos dos antepassados, os quais constituem fonte do conhecimento e de poder de diagnóstico e terapêutico, bem como garantem proteções e bem-estar (Mariano 2014).

Mas por outro lado, outro grupo de primigestas entende que é, necessário afastar-se dos curandeiros que nesta fase são semelhantes a feiticeiros, porque tendem a fazer mal às gestantes por constituir uma oportunidade para opulentar ou auxiliar as pessoas próximas a tornarem-se ricas ou vingar-se delas por uma eventual rivalidade. Este pensamento à semelha-se as reflexões apresentadas por Mariano (2017:71) ao referir que entre as elites urbanizadas não se admite abertamente que se consulta o curandeiro, por vergonha e receio de se ser conotado como supersticioso e obscurantista. Pois, na minha interação com a curandeira, durante a realização da pesquisa, relatou que, com muita frequência, indivíduos de todas as classes e condições sociais recorrem aos seus serviços, sobretudo as mulheres com historial de abortos espontâneos são muitas vezes associados ao feitiço, os médicos frustrados com a falta de eficácia de alguns procedimentos biomédicos, líderes religiosos e homens com dificuldades de concepção.

Desta forma, apenas duas primigestas revelaram ter visitado regularmente umas curandeiras porque não conseguiam conceber. Na verdade, o recurso à curandeira foi motivado com base em concelhos domésticos, devido a modelos explicativos locais que consideravam o seu útero frágil; por isso, não conseguiam segurar o feto, provavelmente porque tinham uma rival, amante do parceiro ou porque os antepassados não estavam satisfeitos com elas. Sendo assim, foi-lhes partilhada experiências de pessoas que teriam problemas semelhantes e que conseguiram ultrapassar com sucesso. Deste modo, as primigestas dado à sua aflição, simultaneamente, passaram a estabelecer uma relação próxima aos sistemas de saúde informal, oficiais, à curandeira e igrejas.

Portanto, associado ao facto de estar a enfrentar a gravidez de risco, com isso, algumas primigestas tendem a utilizar de maneira exclusiva, sequencial ou complementar aos distintos sistemas de saúde a que têm acesso, a designar: instituições biomédicas, a socialização primária, medicinas tradicionais alternativas e instituições religiosas. Como pode-se ver no relato abaixo de uma primigesta que melhor interpreta o uso combinado da multiplicidade de sistemas de saúde que compõem o caleidoscópio cultural da cidade de Maputo e de certa forma molda a experiência das primigestas.

*Apenas quero ser mãe! Seja com ajuda do hospital,
da igreja ou dos curandeiros. [Rute Mary, 33 anos]*

No relato acima, entende-se que o cruzamento das crenças integradas resulta da perda de confiança parcialmente aos sistemas oficiais de saúde e recorrem tal-qualmente aos sistemas socioculturais específicos para realizar o sonho de se tornar mãe.

Em conversa com outras primigestas Antonieta e Mariamo, foi possível compreender que em convívios familiares, as mulheres sofrem o estigma por não ter dado um filho ou filha ao seu parceiro. Foram comuns, entre as primigestas, os discursos reveladores das mesmas preocupações, principalmente quando a conversa fosse sobre reprodução. Na verdade, a questão

de estigma pode ser analisada por vulnerabilidades que remete as primigestas a vitimizações, fragilidades, inseguranças, desproteção. Isto permite que as mulheres sofram imposições sociais.

Ciente das dificuldades de conceber, concomitantemente, as gestantes vão atrás de informações biomédicas e socioculturais locais, recebem orientações e adquirem elucidações, são submetidas a exames clínicos de espiritualidade e curandeirismo para ver se há alguma irregularidade no seu organismo.

Com efeito, observa-se que o cruzamento das crenças integradas resulta da perda de confiança parcialmente aos sistemas oficiais de saúde e recorrem tal-qualmente aos sistemas socioculturais específicos para realizar o seu sonho de se tornar mãe. Estes sistemas médicos plurais são definidos por Dunn (1976:134), como o conjunto organizado de instituições sociais e tradições culturais. Trata-se de processos assistenciais que foram constituídos a partir de condutas preventivas ou terapêuticas deliberadamente dirigidas para manter ou alcançar a saúde das instituições não médicas, como as igrejas e os curandeiros. Logo, fazem parte no uso combinado da multiplicidade de sistemas de saúde que compõem o caleidoscópio cultural da cidade de Maputo e de certa forma molda a experiência das primigestas.

CAPÍTULO VI

6. Significados da gravidez para as primigestas

A abordagem do corpo individual privilegia as experiências de vida e a sua consciência pessoal, destaca os pensamentos, as emoções e os sentimentos de prazer e dor individual, neste sentido, a primigesta constrói o conjunto de significados atribuídos a sua gravidez (na relação estabelecida entre (ela) e os sistemas de saúde oficial, informal e a Socialização Primária que dão conta de realidades subjectivas que podem ser definidas em seguintes categorias: a gravidez como ritos de passagem, responsabilidade individual e social, como um emaranhado de medo, dor, ansiedade, expectativas e realização feminina.

A gravidez como ritos de passagem

Nesta secção, sistematizo ideias que apontam a gravidez como um rito de passagem. A pesquisa no terreno revela que algumas primigestas narraram as experiências da gravidez em forma de transição de uma fase para outra. Elas, ao tomarem consciência do seu estado de gravidez, através dos exames realizados no sistema nacional de saúde ou revelados por pessoas próximas e experientes como as mães ou tias, deparam-se com sentimentos e atitudes que lhes remete à aquisição de uma nova categoria social. Esta nova categoria, acompanha as mudanças das mulheres em termos de espaço, estatuto ou posição social. Ela tem como base a ruptura do indivíduo ou do grupo com a sua situação anterior, o que passa pela interiorização das normas e regras da sua nova situação com destaque para o seu bem-estar e da criança dentro do seu ventre. Constitui exemplo, o depoimento da Zainabo:

“Antes de engravidar, eu sentia-me livre, sem muitas responsabilidades, mas com a vinda dessa criança, sinto que muitas coisas vão mudar na minha vida,.....Cuidar da minha saúde,Comportar-me como uma futura mãe, talvez estarei mais completa como mulher”

O relato acima foi recorrente entre as gestantes, o que permite enquadrá-lo nas reflexões de Van Genep (1978), quando aponta as três fases marcantes dos ritos: a separação, transição ou

liminaridade e a incorporação ou reintegração. Importa referir que, cada uma destas fases ganha uma importância relativa dependendo daquilo que uma determinada comunidade pretende valorizar ou celebrar num determinado momento do ciclo da vida. Seguindo esta linha de argumentação, Correia (1998) e Davis-Floyd (2016) observam que, em muitas sociedades, a gravidez é um estado ritual porque a futura mãe tem uma relação especial com toda a sociedade. Este argumento pode ser sustentado pelas cerimónias de gravidez que têm a função de integrar as mulheres na sociedade. Acrescenta-se, a transição confere às gestantes uma separação gradual da sua identidade social e inicia o seu primeiro choque, provavelmente elas vivem uma intensa experiência pessoal da imaginação, preocupações em interpretar correctamente o que, o seu corpo revela. Assim sendo, é através da entrada na maternidade que se dá o abandono da juventude e ingresso à vida adulta para algumas mulheres. Por isso, para as gestantes deste estudo, a gravidez, em muitas situações, revela-se em forma de ritos de passagem.

Responsabilidade individual e social

Nesta secção, tenho o objectivo de revelar que durante o percurso gestacional, as mulheres accionam uma responsabilidade individual e social. Este argumento pode ser encontrado pela forma como as mulheres reagiram ao conhecer o seu estado de gravidez. Por um lado, elas realçaram uma certa surpresa acompanhada por momentos de sofrimento, desencadeado por choros, dificuldades em dialogar com os parceiros, indisposição ao se deslocar aos postos de trabalho. Ainda nesta direcção, muitas delas foram acompanhadas pelo sentimento de interromper a gravidez, assombradas pelas estórias de aborto que deram em morte.

Não obstante, nem tudo gera sofrimento, uma outra parte das primigestas reagiu com entusiasmo, uma espécie de felicidade equiparada a uma bênção divina. De igual forma, observaram-se sentimentos que são dificilmente traduzíveis em palavras. Em resumo, o denominador comum entre as primigestas foi o facto de se responsabilizarem pelos seus actos, permitindo o desenvolvimento da gestação. Verifique-se, a reacção da Ancha quando soube que estava grávida:

“Às vezes, penso o que as minhas ‘bradas’ pensam de mim, malta Carmem, Lucy, todas aquelas dos tempos do tangas (residência universitária), mas epah, não tenho como voltar atrás, não poderei mais brincar à vontade, tenho que pensar por dois sempre, conheço pessoas que morreram e outras que quase morreram por tentativa de aborto. Naquele dia, no serviço, conversei com uma das colegas, ela disse-me coisas sensíveis, que ter bebé é a coisa mais bonita do mundo [...]. Sabes, naquele dia, muitas coisas me aparecerem na cabeça [momento de pausa]. Saudades daquele tempo da residência!”

No relato acima, pode-se destacar a pertinência das conversas desenvolvidas com as colegas do trabalho, como minimizam e transcendem às possíveis transformações diárias sobre o corpo, sexualidade, sonhos e desejos. Desta feita, pode-se destacar que as gestantes experimentam momentos de indecisão ao descobrir que se encontram grávidas, revelam expressões de sentimentos de tristeza em relação às mudanças que poderão ocorrer nas suas vidas, desde os momentos de diversão com amigos até a nostalgia em relação aos tempos de diversão. Entrementes, também me pareceu que elas são ancoradas no prazer e responsabilidade individual e social que o seu bebé lhe traria ao mundo. O exemplo de Mariamo é elucidativo:

“Não poderei mais brincar à vontade, tenho de pensar por dois.”

Faz-me pensar que existe um momento em que as gestantes tomam consciência das responsabilidades de gerar uma vida e, com isso, a mulher acciona a categoria gestante e futura mãe assumindo novas responsabilidades. A responsabilidade também pode ser compreendida num contexto de alterações fisiológicas e psico-emocionais decorrentes da gravidez. Todas as alterações que ocorrem no organismo da mulher servem como preparação para receber o novo ser. Esta lógica pode ser encontrada em Oliveira e Mandú (2015), que defende que, este momento é, para a mulher, uma fase em que ela se depara com as mudanças do seu corpo e da sua subjectividade. Neste sentido, merece alusão a perspectiva exposta por Foucault (2008) e Rezende (2000), para eles, situa-se no corpo uma dimensão central da subjectividade, onde adquire uma relevância particular para as mulheres, porque o cuidado do corpo é um elemento central na construção de uma visão tradicional de feminilidade. Nesta senda, a responsabilidade

passa a ser construída com base na experiência social. Uma outra forma que influencia as gestantes desta pesquisa a accionarem a responsabilidade, é evidenciada através adopção do conjunto de comportamentos de cuidados corporais, por motivos estéticos e da medicalização; não apenas as mudanças de papéis de género na família e na esfera pública, como também na inserção aos grupos de pertença.

O medo, dor, ansiedade e as expectativas no decurso gestacional

Esta secção surge numa tentativa de aproximação aos principais significados que permeiam as experiências das primigestas. Durante a pesquisa, foram evidentes depoimentos sobre os sentimentos ligados ao medo, dor, ansiedade e às expectativas no decurso gestacional. Estes sentimentos encontram-se de tal forma emaranhados nos discursos, que optei por os descrever de forma separada, tal como se pode ver no título em epígrafe. Os aspectos referenciados são comuns nos relatos das primigestas; logo, ajudam a dar voz e rosto aos sentimentos das primigestas desta pesquisa.

No que concerne ao medo, os relatos estão ligados aos temores em torno do perder o feto no momento da gestação, de ter problemas de saúde na hora do parto. Aliás, o parto foi muitas vezes referido com certo pavor e muitos receios. Com relação a isto, no tocante ao parto normal, havia o medo das dores do trabalho de parto, do corte na hora de retirar o bebé. Por isso, as primigestas, por um lado, concordam com a ideia de parto cesariano. Todavia, para muitas gestantes, seria indolor, mas assusta pela preocupação com a anestesia, com algum imprevisto na cirurgia e com a dor do pós-parto. Desta forma, algumas primigestas também referenciaram o processo de amamentação, narrando que tinham o medo de sentir uma pequena dor ao amamentar, principalmente nos primeiros dias ou se conseguiriam o leite suficiente para amamentar. Em síntese, existia um certo medo igualmente no pós-parto. Ademais, sobre a relação conjugal, declarou-se que o marido poderia perder o interesse sexual na mulher em função de o corpo ter sofrido algumas transformações.

No que respeita a dor, durante a gestação, as primigestas experimentam a dor, aprendem a lidar com as situações dolorosas intrínsecas ao seu estado. Cada primigesta lida com a dor de acordo com a sua experiência, porque a dor, como observou Andrade (2015: 18), mais do que elemento biológico ou da natureza humana, é um facto social, é um sentimento que toma sentido de acordo com o tempo e espaço. Portanto, depreende-se que o facto de sentir a dor e as explicações em sua volta geram significados de medo, de não saber explicar ou interpretar as dores. Assim sendo, parece que existe um sentido específico da dor no contexto da gestação, pois as primigestas encaram como um processo complexo de aprendizagem e negociação de significados próximos a

episódios de escuridão e luz, através da sua interacção com os profissionais de saúde, grupos de gestantes, redes sociais, parceiros, líderes religiosos e curandeiros.

Portanto, pode-se entender que as gestantes desse estudo apresentam uma unidade de contradições de sentimentos, discursos, gestos, atitudes adjacentes ao medo, ansiedade e expectativas que caracterizam as múltiplas experiências da gestação.

Percepções sobre estética na gravidez

No olhar de Oliveira (2008:37), o corpo só vive enquanto suas histórias lhe derem vida, estas histórias atravessam momentos positivos e negativos, por um lado, associa-se a momentos positivos quando as mulheres se sentem muito lindas, desejadas pelo marido, parceiro e elogiada pelas pessoas que compõem a sua rede familiar/amizade.

Por outro lado, existem os momentos negativos em que criam uma frustração e gera sentimentos de rejeição própria, não se sentir desejada pelo marido, irritar-se com as expressões que ouve na rua como: estás diferente, algumas pesadas, estás gorda, barriguda. Noutras vezes, pela perda de agilidade que acontece durante a gestação como resultado do crescimento do feto.

De forma geral, considerando que a gravidez permite mudanças e ajustes constantes no corpo, as primigestas deparam-se em situações relacionadas com a auto e baixa estima. Os dados no terreno elucidam que as percepções de estética na gravidez comprometem o olhar de si no que respeita à auto e baixa estima. Nota-se que uma parte das mulheres acredita que vive uma batalha intensa, ora externa, ora interna. Por isso, geram sentimentos negativos, culpa e medo. Em alguns momentos da gravidez sentem-se feias. Como podemos acompanhar o relato abaixo.

*“Nesta altura da minha gravidez, eu sinto-me feia, gorda, pesada e cansada. Eu acho que meu marido já não me deseja mais, [Risos]”
Antonieta, 31.*

O excerto acima apresenta um sentimento relacionado com a falta de beleza, excesso de peso, este aspecto influencia negativamente no seu estado feminino. Na verdade, foi uma marca

referenciada pelas mulheres grávidas, o que remete a pensar que o período da gestação nalgumas vezes é caracterizado por momentos de auto e baixa estima, sobretudo nas vezes em que o corpo da mulher sofre alterações que comprometem a sua forma de perceber a beleza, tudo para assegurar que nalgumas vezes elas sentiam-se mais bonitas, noutras vezes menos bonitas.

Porém, o sentimento de baixa-estima é frequentemente consolado pela fertilidade, no olhar das mulheres, é algo próximo como a prova de ter um corpo que funciona normalmente, capaz de cumprir todas as funções que lhe estão reservadas, sendo a gravidez considerada um teste à funcionalidade do corpo feminino (Oliveira, 2008). Observe-se o que a Sheila referiu:

“Mas só o facto de saber que eu estou carregando uma pessoa dá-me sossego, porque existem mulheres que não conseguem engravidar, outras que estão a gastar dinheiro na África do Sul, mas até agora nada.”

A experiência que as primigestas têm sobre os seus corpos femininos durante a gestação confere-lhes novas formas de olharem a si mesmas. Esta forma de viver altera a sua subjectividade e afecta as dimensões da percepção sobre estética na gravidez. Nesta mesma direcção, Rezende (2015) advoga que os corpos que antes se compreendiam como fonte de satisfação e prazer, nalgumas fases durante a gestação, percebem-se que são transformados em espaços de sofrimento e degradação. Os corpos não conseguem mais perceber o outro lado do seu ser, aquele que mostra a sua beleza, especificidade, singularidade, enfim, a essência que as faz serem únicas, radiantes e totais dos desejos.

Ocultação e ostentação da gravidez

A ideia de promover um debate sobre a ocultação e ostentação da gravidez surge nos discursos relacionados com a necessidade de se proteger do mau olhar, pois os dados no terreno remeteram-me a uma categoria de ostentação e outra de ocultação do estado de gravidez. Os contextos terapêuticos submetem as mulheres primigestas desta pesquisa a divergirem em relação às opiniões de partilha do seu estado gestacional, uma parte opta por ostentar e outra prefere ocultar até onde for possível. Por um lado, no que tange às que optam por ostentar, identificou-se o desejo ardente de se tornarem mãe, foi comum nas primigestas que contraíram o matrimónio, ora vivem maritalmente, ora têm uma relação estável com os parceiros.

Nestas situações, verifica-se uma necessidade urgente de responder à sociedade, tendo em conta o ciclo humano que passa pelas seguintes etapas: crescer, casar e ter filhos, em outras palavras, constituir uma família. Esta resposta com base na ostentação é feita mediante à adopção de mudança de vestuário, passam a vestir vestidos largos, fazem perguntas frequentes sobre a gestação, usam as redes sociais para dar a conhecer às pessoas a evolução do seu estado de gestação através de fotos ou frases que dão indicação do seu estado e a realização que estão a viver. Conforme o comentário abaixo:

“[...] Contagem decrescente a caminho de ser mãe”

Por outro lado, foram notórios os discursos das primigestas que ocultam a gravidez para alguns familiares (tias, primas), amigas, colegas de escola ou trabalho até onde for possível, esta atitude é motivada pelo sentimento de medo. Concebem esta atitude como forma segura que garante que não acontecerá nada ao seu bebé enquanto a informação for restrita. Este argumento foi evidenciado por históricos de colegas e amigas das primigestas que perderam os fetos e associaram ao facto de terem exposto a gravidez. Dado interessante, depois de não se conseguir ocultar a gravidez, não se pode especificar os dias, semanas ou meses da gestação como forma de protecção. De forma semelhante, Chapman (2013), na sua experiência sobre a vulnerabilidade reprodutiva com as moradoras das cidades de Mucussua e Gondola, observou que a gravidez e o

parto são compreendidos como os tempos em que as mulheres são exclusivamente vulneráveis às ameaças sociais colocadas pela inveja, ciúmes e vontade.

As estratégias pré-natais comuns, então, passam por esconder ou obscurecer as gravidezes da visão pública durante o maior tempo possível, gerenciando possíveis ameaças através da intercessão de curandeiros tradicionais e proféticos e invocando os serviços de saúde pública (que também são publicamente visíveis) até a altura em que já não é possível esconder a gravidez.

“Eu não quero que ninguém saiba que estou grávida, pelo menos por enquanto, principalmente os bosses (os dirigentes máximos da instituição), não quero que o meu filho seja fonte do rendimento para a empresa” (Mariamo).

“Se o meu chefe descobrir que estou grávida, posso comprometer a minha nova posição no serviço, eu quero mostrar trabalho” (Zainabo).

Assim, a partir dessa visão, pode-se compreender que os sentimentos da ocultação/ostentação da gravidez variam de pessoa para pessoa, depende muitas vezes do contexto da gravidez, o tipo de relação com o parceiro, se a gravidez foi planificada, se existem condições favoráveis, como as que se seguem: estabilidade económica, social, psicológica, física entre outros factores.

CAPÍTULO VII

7. Considerações finais

A partir da análise de experiências de como navegam as primigestas na multiplicidade dos sistemas de saúde que compõem o caleidoscópio cultural da cidade de Maputo. Foi possível construir argumentos baseados nas abordagens da crítica interpretativa da Antropologia Médica, inspirado no corpo que abarca uma dimensão heurística: sociais, políticas, subjectivas, objectivas, discursivas, narrativas e materiais de uma só vez (Farquhar & Lock 2005: 9). Na mesma direcção, também auxiliaram os fundamentos dos Sistema de Cuidados e Alternativas Terapêuticas desenvolvidos por Arthur Kleinman, que remete os três subsistemas de cuidado à saúde: o informal, o popular e o profissional para analisar as sociedades complexas.

Neste sentido, percebeu-se que, são subsistemas vastamente usados por algumas primigestas de forma sobreposta e não excludente, interagindo de acordo com a passagem dos indivíduos por eles. Esses sistemas fornecem às primigestas os itinerários para efectuar a interpretação da sua condição de saúde-doença e buscar as acções possíveis que proporcionem o cuidado e/ou a cura.

Num prisma dicotómico, argumentei que a “Relação entre as primigestas e a biomedicina”, centra-se nas percepções individuais sobre o problema de saúde que estão integradas em duas linhas de pensamento estrutural reinante nos grupos de pessoas residentes na cidade de Maputo, onde, por um lado, existe uma convenção que aproxima as gestantes aos procedimentos da biomedicina e, por outro lado, há uma ideia localmente partilhada pelo grupo que alega que os problemas de saúde durante o período gestacional provêm de questões de feitiçaria, inveja das pessoas próximas, comportamentos de espíritos nocivos. Por isso, a resolução desses problemas deve ser com base nas crenças localmente enraizadas, destacando os conselhos domiciliários, o poder dos religiosos e dos curandeiros.

Na sequência, o relacionamento dicotómico entre as primigestas e a biomedicina, é sustentado da seguinte maneira, por um lado, observa-se como sendo um lugar seguro, pela cientificidade dos seus métodos e pela necessidade de responder às expectativas da sociedade que se tornam uma

coerção social, tudo isto com o objectivo de se sentirem integradas no seu contexto. Neste ângulo, a análise sobre a multiplicidade dos sistemas terapêuticos é considerada a partir das relações de poder. Nesta senda, Foucault (1994) reconhece que, o poder não tem apenas um papel repressivo e controlador, mas também produz discursos e subjectividades.

Por outro lado, embora esta relação entre as primigestas e a biomedicina seja entendida como sendo um lugar seguro, por vezes, torna-se invasivo e violento em relação aos corpos das primigestas, na medida em que são observados e tocados os órgãos genitais, nas intimidades reservadas apenas aos seus parceiros.

Nestas sinuosidades, ao analisar a relevância da ecografia nas experiências gestacionais, destacam-se as plurissignificações, isto é, algumas primigestas tendem a manifestar a preferência para a realização do exame por ser entendido como um procedimento seguro devido à sua capacidade de situar a saúde da gestante e do feto. Notou-se uma convergência no uso desta técnica motivada pelo auxílio em configurar as subjectividades femininas, nas dimensões sobre o sexo, organização do enxoval e em responder às expectativas e significados sobre a preferência do sexo do bebé. Os dados similarmente remetem a pensar na possibilidade da existência de um momento em que se adquire a consciência de se ser mãe pela primeira vez. Na verdade, a ecografia acrescenta a construção de modelos explicativos sobre o feto em relação à própria gestante, o parceiro e a sociedade.

Os modelos explicativos permitem elucidar percepções que as primigestas navegam na preferência pelo sexo, na dualidade de realizações femininas, assim como masculinas. A realização feminina desdobra-se em saber como é o momento em que as mulheres reencontram uma possibilidade de reencarnação da sua infância. A análise nesta parte, viabiliza concluir como se elas voltassem ao tempo e tivessem a possibilidade de viver uma outra/nova vida.

Numa perspectiva sobre a “Socialização Primária” argumento que, o facto de a biomedicina nem sempre responder eficazmente aos problemas e aos anseios das primigestas possibilita tendências que as experiências sejam moldadas a partir de uma ideia localmente partilhada em grupo, que

consiste em defender que os problemas de saúde durante o período gestacional têm origem de questões de feitiçaria, inveja das pessoas próximas, comportamentos de espíritos nocivos; por isso, a resolução desses problemas deve ser com base nas crenças localmente enraizadas, pondo em voga os conselhos domiciliários e o poder dos curandeiros.

Recorro aos dados empíricos para elucidar que existe uma rede recíproca de trocas de experiências entre as primigestas e as outras mulheres, sobretudo, mães, tias, sogras e amigas que se tenham tornado mães. Esta troca de experiências acontece em várias facetas, com base em prescrições que cobrem os domínios do relacionamento interpessoal, alimentação, relações sexuais, trabalho quotidiano, espiritualidade e do parto, que constitui um ponto final do período gestacional. Nesta fase, constata-se uma espécie de reorientação do comportamento quotidiano vista não apenas pelas primigestas, como também pelas pessoas/sistemas que são necessários tanto para sua saúde dela, quanto para o bebé.

No que concerne às prescrições e cuidados na dieta alimentar das primigestas, a pesquisa observou que no domínio da alimentação, para além dos cuidados e prescrições transmitidos pelas instituições oficiais de saúde, as primigestas estão imersas a conselhos domiciliários que visam prevenir as gestantes de alimentos que geram ameaças de aborto, retardam o parto, influenciam negativamente na aparência do bebé. Diante disto, elas sugerem alimentos que garantem a estabilidade a nível nutritivo e, de igual forma, funcionam como catalisadores do conforto e flexibilidade no processo gestacional, particularmente no parto. Portanto, apesar de existirem contextos sociais (sistemas de saúde, doméstico, religião e curandeiros) que coercivamente nomeiam posturas, maneiras de agir e ser, há sempre momentos de escolhas e atitudes de autonomia individual que as primigestas tomam como forma de responder aos desejos, valores, necessidades.

No ponto referente aos significados na atribuição dos nomes, os dados, no terreno, mostram que os processos de nomeação não são estáticos nem homogêneos em todas as culturas, por isso, a questão dos nomes é inesgotável, algo vivo, sobre a vida da pessoa como um ser social. Mariano (2017:89) vai mais longe, ao defender que os cruzamentos culturais, que se sobrepõem, se

complementam e se alteram, por vezes ocultam a ambivalência entre o tradicional e o moderno. Na verdade, a escolha e a atribuição do nome inscrevem-se, portanto, num quadro histórico em contínua transformação, de invenção social, e narram as ligações, rupturas e descontinuidades entre passado, presente e futuro, entre vida e morte.

Nesta pesquisa, foi possível identificar quatro vias nas escolhas para atribuição do nome do futuro bebé: referências de alguém sensato, familiares ou antepassados, figuras públicas e por último, significados religiosos. Pode-se concluir que, está patente, no caleidoscópio das primigestas, tem muito a ver com a intenção primordial de aprender, incorporar valores e práticas que visam sempre zelar simultaneamente pela sua saúde do bebé e do bom nome da família.

No debate sobre a “Relação das primigestas com as igrejas e curandeiros”, argumento que, embora seja generalizada a ideia de que a gravidez é um sinónimo de ritos de passagem, realização feminina, existe uma concepção também hegemónica de que a gravidez é um período de risco. O risco associa-se à incerteza sobre o processo de gestação, ao mal-estar e doenças que nesse processo podem surgir e as prescrições em volta. Por isso que em busca de solucionar os seus anseios, as primigestas tendem a utilizar, de maneira exclusiva, sequencial ou complementar, os distintos sistemas terapêuticos a que têm acesso: instituições biomédicas, medicinas tradicionais e instituições religiosas.

No debate sobre os significados que as primigestas atribuem à sua gravidez (o que significa para elas estar grávida), argumento que os significados podem ser definidos em seguintes categorias: a gravidez como ritos de passagem, responsabilidade individual e social, como um emaranhado de medo, dor, ansiedade e as expectativas no decurso gestacional e, por último, a ostentação e ocultação da gravidez.

A questão da ocultação e ostentação da gravidez surge nos discursos relacionados a necessidade de se proteger do mau olhar, pois os dados, no terreno, remeteram a uma categoria de ostentação e outra de ocultação do estado de gravidez. Os contextos terapêuticos submetem algumas mulheres primigestas desta pesquisa a divergirem em relação às opiniões de partilha do seu

estado gestacional: uma parte opta por ostentar e outra prefere ocultar até onde for possível. Por um lado, as que optam por ostentar identificam-se com o desejo ardente de se tornar mãe. Isto foi comum nas primigestas que contraíram o matrimónio, ora vivem maritalmente, ora têm uma relação estável com os parceiros.

Para terminar, esta dissertação possibilita levantar novos debates sobre a forma como as primigestas navegam na multiplicidade de sistemas de saúde que compõem o caleidoscópio cultural da cidade de Maputo, principalmente no relacionamento com as outras mulheres, e as motivações sobre a adesão aos sistemas de medicinas tradicionais alternativas.

7.1 Constrangimentos

Uma pesquisa é um relato de longa viagem na qual o sujeito tem a missão de tentar conhecer os lugares por onde passa. Pesquisar sobre as experiências de gestação, foi de alguma forma, invasão de privacidade, ao solicitar as colaboradoras partilharem aspetos íntimos da sua gestação. De igual modo, foi um desafio pelo facto de ser um individuo de sexo masculino a pesquisar sobre aspectos de domínio feminino. Dito em outras palavras, o meu primeiro constrangimento na temática de experiências de gestação baseou-se na tentativa de quebrar as minhas limitações metodológicas, epistemológicas e individuais como homem, crescido em contexto em que as questões reprodutivas são puramente ao domínio das mulheres.

Em relação as questões metodológicas, desde o início estava ciente que a etnografia seria o caminho a seguir, mas, as minhas dúvidas concretas estavam na observação e nas entrevistas; o que observar? Como observar? Porque as mulheres candidatas a tornarem-se mães pela primeira vez? A nível das entrevistas, que perguntas fazer? Como funciona esta ideia de buscar e compreender subjetividades?

A ciência é humilde e os são praticantes também, por isso, sinto que as minhas questões não foram totalmente respondidas, mas, encontrei formas de tentar supera-las. Em relação a observação, os contactos físicos permitiam-me identificar as mulheres grávidas, e a aproximação a elas, conseguia captar os gestos, a maneira de falar, sorrir, chorar, abraçar, estes aspectos, transmitiam sentimentos que permitiram-me tentar interpretar em jeito textos, secções que compõem os capítulos desta dissertação. A minha escolha pelas primigestas foi simplesmente motivada pelo facto de ser uma experiência nova, e tornaria interessante compreender como cada gestante lida com a sua gestação. Na verdade, a forma como a multiplicidade de sistemas de saúde que compõem o caleidoscópio cultural da cidade de Maputo molda as suas experiências. No que respeita as entrevistas, não sabia ao certo, que perguntas deveria colocar as entrevistadas. Então, fiz uma pesquisa documental não só em contextos moçambicanos e em contextos fora do país, encontrei experiências que abordavam mais a gravidez na adolescência, com este exercício, foi possível familiarizar-me com o tema e consequente ajudou-me a criar tópicos para o guião de entrevistas.

O segundo constrangimento foi o de lidar com as constantes alterações de humor das gestantes, por várias vezes, tive as entrevistas canceladas, pelo facto das entrevistadas apresentarem-se maldispostas. Nestes casos, fui acompanhado a sua disposição, e ficava sempre atento para a marcação de entrevistas futuras. Muitas das vezes, eu quem ligava para as gestantes como forma, de mostrar a importância que elas constituem para a pesquisa.

O penúltimo constrangimento, foi a insistência por parte das gestantes que a pesquisa era motivada pelo facto de eu ter engravidado alguém, por isso estava interessado em aprofundar as questões de experiências como forma de lidar melhor com a situação. Para ultrapassar este caso, foi explicando que a motivação desse tema se enquadrava na relevância de contribuir para o debate académico em antropologia e para mim também, como forma de responder questões que durante muito tempo constituíram motivos de curiosidade.

O último constrangimento foi o mais difícil de todos, nesta interação nos partilhamos assuntos íntimos, que nalgumas vezes senti-me colocado numa posição em que deveria experimentar manter relações sexuais com uma primigesta para completar as curiosidades como pesquisador, para superar esta situação, de forma delicada e respeitosa procedi com elucidações que enquanto pesquisador cabia-me apenas entender como elas vivenciavam a multiplicidade de sistemas terapêuticos.

8. Referências Bibliográficas

- Agar, M. 2008 “The Professional Stranger: an informal introduction to ethnography” (2nd edition). *Bingley: Emerald Group*.
- Andrade, R. 2015. “Dor e Sofrimento e o preço oculto a pagar pela vida”. *Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa. Dissertação de Mestrado*.
- Biehl, J. 2007 “Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival”. *Princeton: Princeton University Press*.
- Bourdieu, P, 1998. “A Dominação Masculina. “Tradução: Maria Helena Kuhner. *Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2ª edição, 2002*.
- Chapman, R.R. 2013. “Family Secrets: Risking Reproduction in Central Mozambique”. 3ª ed. *Nashville: Vanderbilt University Press*.
- Chazan, L. 2005 “Meio quilo de gente!: produção do prazer de ver e construção da pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro”. *Tese de doutorado. Rio de Janeiro, IMS/UERJ*.
- Csordas, T. 1990. “Embodiment as a Paradigm for Anthropology.” *Ethos* 18 (1): 5–47.
- Desjarlais, R & Throop, J. 2011. “Phenomenological approach in Anthropology”. *Annual Reviews of Anthropology*, no. 40: 87–102. Pp. 87-102. *Essays. Oxford: Oxford University Press*.
- Flick, U. 2007 “introdução a Pesquisa Qualitativa” (3ª edição), *Porto Alegre: Artmed*.
- Foucault, Michel. 1977 “Vigiar e Punir”. *Petrópolis, Vozes*.
- Geocze, C. 2009 “Desvelando os segredos do feto: experiências de mulheres grávidas submetidas ao ultra-som obstétrico de pré-natal”. *Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo*.

- Gerrits, T. 2008 “Clinical encounters. Dynamics of patient-centered practices in a Dutch fertility clinic” *PhD diss. University of Amsterdam*
- Green, J. & Thorogood, N. 2011 “Qualitative Methods for Health Research”. *Los Angeles: SAGE*.
- Heyl, B. 2013. “Ethnographic Interviewing”, in *Atking, P. A. Coffey, S. Dewlamont. Lofland,* eds. *Handbook of Ethnography. Washington: Sage*.
- Honwana, A. 2002. “*Espíritos Vivos, Tradições Modernas: Possessão de Espíritos e Reintegração Social pós-guerra no sul de Moçambique.*” *Maputo: Promédia*.
- Lock, M. Scheper-Hughes, N 1996. “A critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology:” *Rituals and Routines of Discipline and Dissent*.
- Mariano, E; Paulo, M. 2009. “*Infertilidade, Fertilidade: Áreas Escondidas Do Nosso*
- Mariano, E 2017 “ Ser antropóloga entre local e global”. *Rev. antropol. (São Paulo, Online) | v. 60 n. 3: 65-88 / USP, 2017*
- Martin, E. 2006 “A mulher no corpo: Uma análise cultural da reprodução”. *Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006*.
- Matsinhe, Biza, Langa, Nhamaze e Manuel 2007” *Crenças, atitudes e praticas sócio-culturais relacionadas com os cuidados ao recém-nascido*”. KULA; estudos e Pesquisas aplicadas, LDA.SAVE THE CHILDREN-USA-Moçambique.
- Merleau-Ponty, M. 1994 “Fenomenologia da Percepção”. (4a. Edição 2015). *WMF Marinesfontes. São Paulo*.
- Oliveira,V, Moreira A, de Mattos Penna, C, “Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão”. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [en linea] 2011, 12 (Enero-Marzo) : [Fecha de consulta: 24 de fevereiro de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027974007>> ISSN 1517-3852*

- PINA CABRAL, J 2008 “Outros nomes, histórias cruzadas: apresentando o debate”. *Etnográfica*, vol 12 (1): 5-16.
- Rezende, C. 2009 “Ansiedade e medo na experiência da gravidez” In: *VIII Reunião de Antropologia do Mercosul, Buenos Aires*.
- Rezende, C.B. 2011 “Um estado emotivo: representação da gravidez na mídia”.———. 1997. “Embodiment and Cultural Phenomenology.” In *Perspectives on Embodiment: The Intersections of Nature and Culture*, edited by G Weiss e H.F Haber, 143–62. New York: Routledge.1997. *A História da sexualidade 1. Rio de Janeiro, Graal*.
- Ribeira, J.M 2008 “ Pluralismo medico em Africa in Mulher, SIDA e o acesso a saúde na africa subsaariana, sob a perspectiva das ciências sociais”.MEDICUS MUNDI CATALUNYA.
- Sanjek, R. 1990 “Fieldnotes: the making of Anthropology”. *University of California Press, Berkeley*.
- Kleinman, A., 1993. “Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry.” *Berkeley/Los Angeles: University of California Press*.
- _____, 1987. *Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. British Journal of Psychiatry, 151: 447-454.*
- Kleinman, A. & Good, B. (Eds.), 1985. “Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley”: *University of California Press*.
- Vieira, E.M. 2003. “A Medicalização Do Corpo Feminino.” *Rio de Janeiro: Fiocruz*.
- Weiss, R 1994 “ Learningfrom Strangers: TheArt and Method of Qualitative Interview *Studies*”. *The Free Press,New York*.
- Viveiros De Castro, E 2010 “O nativo relativo”. *MANA, 8 (1): 113-148*.
- Young, I.M. 2005. “ *On Female Body Experience: Throwing Like a Girl and Other*”

