UNIVERSIDADE
EDUARDO
MONDLANE

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA

MESTRADO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA RAPARIGA EM CONTEXTOS DE DESASTRES E EMERGÊNCIA

Valdo Carlos da Costa Zandamela

Maputo
2026

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA RAPARIGA EM CONTEXTOS DE DESASTRES E EMERGÊNCIA

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

JÚRI:

Orientadora

_____

Prof ª. Doutora Esmeralda Mariano

Arguente

Doutora Margarida Paulo

_____

Presidente

Doutor Jossias Humbane

_____

Declaração de Originalidade

Eu Valdo Carlos da Costa Zandamela, declaro que esta dissertação de Mestrado em Antropologia Social, nunca foi apresentada para obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual, feito com base nas fontes mencionadas na bibliografia e nos métodos descritos no texto.

Candidato

_____

(Valdo Carlos da Costa Zandamela)

Maputo
2026

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus filhos Kywan e Ntsumi, e especialmente à minha mãe Antonieta Zavale na tentativa de retribuir o que ela fez por mim, mas ciente de que nunca vou conseguir nem chegar perto. Em meio a tantas aulas, estudos e pesquisas, aprendi que ainda não inventaram nada melhor do que o amor de mãe.

Esta obra é também dedicada à minha colega de carteira Maria Luísa Ngana (*em memoriam*), que ao meio do percurso partiu para O Pai. Com este anjo que Deus emprestara partilhamos momentos de aprendizado, estudo e lazer, contribuído para o êxito do meu mestrado.

Agradecimentos

A DEUS, que todos os dias da minha vida guiou e orientou os meus passos e iluminou os meus caminhos e pensamentos na busca do amor, da verdade e da felicidade, dirijo a minha oração de elevadíssima gratidão.

Esta obra, concebida como dissertação para obtenção do grau de mestre pela Universidade Eduardo Mondlane, não teria sido materializada sem o estímulo e apoio de várias pessoas e instituições com que tive a sorte e oportunidade de interagir. Embora a dissertação seja uma actividade individual em função da sua finalidade estou consciente do risco que corro ao mencionar nomes, podendo esquecer outros, aliás, pela essência desta dissertação, não é possível mencionar todas as pessoas que, de alguma forma, me apoiaram no processo de pesquisa e de redacção. Ainda assim, agradeço a todos e a cada um dos que, eventualmente, vierem a se identificar nas gravuras desta empreitada, conquanto muitas vezes inconscientes do contributo que deram.

A Profª. Doutora Esmeralda Mariano, supervisora do meu trabalho, agradeço por sua orientação e perspectivas optimistas nas minhas ideias de pesquisa. Obrigado por sempre me ouvir quando eu precisava de conselhos e fornecer orientação. Apesar da minha pobreza em matéria de pesquisa etnográfica soube incentivar e apoiar-me em todas as etapas desta empreitada. Não sei se chamo de mãe ou de parteira, mas o antropólogo que hoje nasce é muito graças a ela. Daí que não cabem palavras em uma frase à altura da gratidão que gostaria de lhe deixar expressa. Os seus comentários críticos, até ao seu apoio emocional demonstrado a partir de muita atenção foram decisivos para que a pesquisa seguisse o rumo certo para que a presente dissertação fosse final.

Atencioso e presente foi também o Prof. Doutor José Adalima. Só ele e Deus podem ter a noção do contributo inigualável para a minha formação. Se este trabalho tem algum valor é porque ele descobriu este diamante bruto, obrigado. Os meus agradecimentos são extensivos aos meus docentes Profª. Doutora Carla Braga, Profª. Doutora Sandra Manuel, Doutor Hélder Amâncio e Prof. Doutor Elísio Jossias, pelos conteúdos, orientação sobre a metodologia, críticas académicas e todo o apoio prestado. Ao Emídio Gune, pelo seu apoio na finalização desta dissertação, através de recomendações de textos e comentários sobre a minha redacção.

O meu muito obrigado ao Centro de Estudos Africanos, na pessoa do Director, Prof. Doutor Carlos Arnaldo, coordenador do subprograma "Dinâmicas da População e Bem-Estar Socioeconómico – Programa UEM-Suécia 2017-2022 que concedeu a minha bolsa de estudos, e, em particular as seguintes personalidades, Dra. Lucília Langa, Dra. Verónica Langa e Dra. Ruth Dayami.

De forma muito especial, meus agradecimentos vão para duas pessoas importantes na minha vida, minha mãe Antonieta Zavale e meu pai Carlos Zandamela (*em memoriam*), por me terem gerado e concedido ferramentas para buscar o conhecimento. Agradeço pelo bom ambiente de estudo e investigação que me proporcionaram.

À minha família, meus irmãos Ediléria e Edmilson, meus avôs já falecidos, obrigado por seu apoio contínuo ao longo desta jornada.

Um peculiar agradecimento ao Prof. Catedrático Brazão Mazula, Prof. Doutor Pe. Filipe Couto e Prof. Doutor Carlos Machili (*em memoriam*), que apostaram em mim e escreveram recomendações para a minha aceitação ao Curso de Mestrado em Antropologia Social (MAS). Junto a eles, agradeço ao meu amigo Cristiano Munguambe que partilhou comigo a vaga para este curso, incentivando-me à obtenção do grau de mestre.

Ao Mussa Juma, meu assistente de pesquisa em Cabo Delgado, que se tornou meu amigo, ao Cláudio Matsimbe, que, apesar de ter interrompido o curso, continuou a me prestar ajuda possibilitando que eu chegasse ao fim.

Aos meus colegas do Departamento de Arqueologia e Antropologia (DAA), que me apoiaram, obrigado. Aos meus amigos de fora da universidade, seu apoio e companhia em momentos de descontração foi essencial para me ajudar a terminar este projecto.

Por fim, sem a intenção de deixar qualquer pessoa que contribuiu directa ou indirectamente para a obtenção de grau de mestre para trás, os meus agradecimentos vão para o Professor Justino Manjate e Mestre Egídio Rego, que fizeram a revisão linguística desta dissertação.

Resumo

A saúde sexual e reprodutiva, em Moçambique, é uma questão complexa, controversa e muitas vezes estigmatizada. Esta dissertação analisa, a partir de uma perspectiva antropológica, os desafios do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva das raparigas em contexto de desastres e emergências, na Província de Cabo Delgado, severamente afectada por emergências sucessivas e combinadas: Ciclone Kenneth, COVID-19 e Terrorismo. Buscou-se igualmente compreender como a educação sexual se articula com as noções de corpo, género e agência, e como influencia as estratégias e escolhas que as raparigas mobilizam para lidar com a crise. Adoptou-se a etnografia como abordagem metodológica central por meio de entrevistas semiestruturadas e observações participante com raparigas entre 15 e 24 anos, deslocadas de zonas de risco e abrigadas em bairros de reassentamento e centros de acomodação. Os resultados do estudo indicam que os desastres intensificam as desigualdades de género e geracionais já existentes, fragmentando ainda mais o acesso aos serviços. A saúde sexual e reprodutiva das raparigas participantes da pesquisa emerge atravessada por silêncios, estigmas e disputas políticas, religiosas e humanitárias. As raparigas demonstraram agência ao buscar acesso à informação e cuidado, muitas vezes por meio de redes informais e do apoio comunitário. Pode-se depreender que a educação sexual, quando acessível, mostrou-se um recurso importante para a construção da auto-identidade. Assim, a análise evidencia que a saúde sexual e reprodutiva constitui uma dimensão central da experiência do desastre, ligada à gestão do corpo, às relações de poder e aos sentidos de futuro.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva, Acessibilidade, Emergências, Género e Moçambique.

Abstract

Sexual and reproductive health in Mozambique is a complex, controversial, and often stigmatized issue. Drawing on an anthropological perspective, this dissertation analyzes the challenges adolescent girls and young women face in accessing sexual and reproductive health services within contexts of disasters and emergencies in Cabo Delgado Province—an area severely affected by successive and overlapping crises: Cyclone Kenneth, COVID-19, and terrorism. It also examines how sexual education intersects with notions of the body, gender, and agency, and how it influences the strategies and choices these girls mobilize to cope with crisis. Ethnography was adopted as the central methodological approach, utilizing semi-structured interviews and participant observation with girls aged 15 to 24 who were displaced from high-risk zones and sheltered in resettlement neighborhoods and accommodation centers. The findings indicate that disasters intensify existing gender and generational inequalities, further fragmenting access to services. The sexual and reproductive health of the participating girls emerges as entangled in silences, stigmas, and political, religious, and humanitarian disputes. Nevertheless, the girls demonstrated agency by seeking access to information and care, often through informal networks and community support. The study suggests that sexual education, when accessible, proved to be an important resource for the construction of self-identity. Thus, the analysis highlights that sexual and reproductive health constitutes a central dimension of the disaster experience, deeply connected to bodily management, power relations, and meanings of the future.

Keywords: Sexual and reproductive health, Accessibility, Emergencies, Gender and Mozambique.

Siglas e Acrónimos

DAA	Departamento de Arqueologia e Antropologia
DTS	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ITS	Infeção de transmissão sexual
MAS	Mestrado em Antropologia Social MAS
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PQG	Programa Quinquenal do Governo
SDSR	Serviços de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SRHR	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

Índice

Dedicatória ii
Agradecimentos i
Resumo iii
Abstract i
Siglas e Acrónimos ii
Capítulo I. Introdução 1
1.1. Visão Geral do Capítulo 1
1.2. Situando a pesquisa dentro da Antropologia da Saúde 1
1.3 Visão geral do estudo 2
1.3.1 Orientação Teórica sobre o Acesso a Serviços de Saúde 3
1.3.2 Campo de pesquisa 5
1.4 Contextualizando a pesquisa 6
1.5 Problema 8
1.6 Objectivos 9
Objectivo Geral 9
Objectivos Específicos 9
1.7. Estrutura da dissertação 9
Capítulo II. Revisão da Literatura ..... 11~~1~~
2.1 (In)acessibilidade dos serviços de SSR ..... 11~~1~~
2.1.2 Acesso a informação e ao conhecimento ..... 12~~2~~
2.1.3 Acesso e assistência dos profissionais de saúde ..... 12~~2~~
2.2 Perspectiva de género ..... 15~~5~~
2.3. Perspectiva de Políticas de Saúde ..... 19~~9~~
Capítulo III. Metodologia ..... 26~~16~~
3.1 Métodos de Recolha de Dados ..... 27~~17~~
3.2 Contexto do estudo: local da pesquisa ..... 30~~20~~
3.3. Universo empírico, técnicas de pesquisa e considerações éticas ..... 33~~23~~
3.4. Interação com os participantes ..... 34~~24~~
Capítulo IV. Problemas de SSR enfrentados pelas raparigas face à hierarquização de valores sociais ..... 35~~25~~
4.1 Teoria: Governamentalidade e Biopoder ..... 37~~27~~
4.2 O casamento como prémio da saúde sexual e reprodutiva ..... 39~~29~~
4.3 Influência religiosa ..... 40~~30~~

4.4 Actividades de educação sexual..... 4232
4.5 Pureza versus Sujeira..... 4232
4.6 Consequências de DTS e Gravidez..... 4333
Capítulo V. Acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da rapariga nas áreas de reassentamento..... 4535
5.1 Raparigas Residentes nos Centros de Reassentamento de Metuge, Chiure e Montepuez..... 4535
5.1.1 Mboto, uma jovem mulher: Da noção às experiências da SSR..... 4940
5.1.2 Rute – Resiliente e Audaz: das facilidades às vantagens dos serviços de SSR..... 5141
5.2 O Olhar dos gestores e administradores locais..... 5242
5.2.1 Confiabilidade vs respeito ao pudor e à intimidade do paciente..... 5343
5.3 Autoridades Locais..... 5444
5.3.1 Depoimento do Chefe do Círculo..... 5545
5.3.2 Testemunho da Supervisora dos Conselheiros Comunitários..... 5646
Considerações Finais..... 5848
Referências Bibliográficas..... 6555
Anexos..... 164
Apêndices..... 2

Capítulo I. Introdução

1.1. Visão Geral do Capítulo

Este capítulo faz a introdução da pesquisa, a partir de uma breve indicação sobre a contribuição do tema no campo da antropologia da saúde. Em seguida, propõe-se uma visão geral das questões exploradas nesta pesquisa e no desenho da mesma. Segue-se uma explanação dos fundamentos teóricos, quadro de referência empregado neste estudo e uma descrição do ambiente de pesquisa. Posto isto, contextualiza-se a pesquisa e fundamenta-se a razão da escolha do tema do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, apesar da consciência das questões sistémicas dentro do sistema de saúde moçambicano.

1.2. Situando a pesquisa dentro da Antropologia da Saúde

Utilizando uma perspectiva antropológica, este estudo explora as realidades dos deslocados em Cabo Delgado (Moçambique), com foco específico na saúde e acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva das raparigas. O mesmo teve como cunho o ponto de vista das participantes, em que estas falam por si mesmas e compartilham suas experiências, ao mesmo tempo que procuram entender melhor os problemas de saúde que enfrentam, e exploram maneiras de melhorar a sua saúde sexual e reprodutiva.

Entre as várias abordagens teóricas da Antropologia da Saúde, que visam compreender a saúde humana, consta a perspectiva epidemiológica[1], a qual examina a forma como a cultura e o ambiente natural interagem para criar os padrões que resultam em saúde e doença. A abordagem interpretativista ou cognitiva, é também de fundamental importância, porque permite analisar a forma como as culturas usam o significado simbólico para descrever e compreender a saúde e a doença. A perspectiva da antropologia médica crítica, que coloca o enfoque nas dimensões socioeconómicos e políticas que afectam a saúde humana.

De acordo com DAVID LEWIS et al. (2020), a antropologia médica crítica concentra-se em estudar como a economia e a política moldam o estado geral da saúde humana. A

[1] A Antropologia Médica e também outras disciplinas sócio-históricas tem produzido materiais empíricos e teóricos que supõem não só contribuições, senão também possibilidades de articulação com a perspectiva epidemiológica. (…) A partir de uma análise do objecto e objectivos da investigação epidemiológica os autores examinam as possibilidades e dificuldades do diálogo com a antropologia (ALVES e RABELO, 1998, p. 80).

antropologia médica crítica aborda as disparidades na qualidade da saúde e do cuidado na presença de desigualdades sociais. As divisões sociais baseadas em raça, etnia, género e classe podem influenciar o acesso aos cuidados de saúde e a susceptibilidade a doenças.

Antropólogos médicos críticos reconhecem a importância de identificar variáveis associadas a factores e riscos de doenças, tais como a insegurança alimentar e a fome, que poderiam ser usados por formuladores de políticas para melhorar programas alimentares e políticas de saúde. Como mostra o estudo de Carla Braga, em Moçambique (Manica e Maputo),

> A enorme lacuna urbana/rural na prestação de cuidados de saúde em Moçambique (BRIDGET O'LAUGHLIN, 2010, p. 22-27) é uma dimensão da desigualdade expressa no acesso diferenciado aos cuidados de saúde (…).
>
> Este artigo começa por explorar em que medida a agricultura familiar, o principal meio de sustento da maior parte da população de Moçambique, é tomado em conta na elaboração de políticas de saúde relativas ao TARV e as suas implicações em termos de adesão ao tratamento (BRAGA, 2019, p. 3).

Portanto, o presente estudo, baseia-se na perspectiva da antropologia médica crítica num esforço para avaliar criticamente a saúde e seu impacto sobre os indivíduos, na tentativa de evitar o uso de uma perspectiva paternalista, e que permita uma melhor compreensão sobre como o acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva da rapariga são compreendidos neste contexto de desastres e emergência.

1.3 Visão geral do estudo

Moçambique é ciclicamente fustigado por tempestades tropicais que colocam em cheque o trabalho das autoridades no que se refere à prevenção, controlo e ajuda antes e depois destes fenómenos. O país possui uma zona de litoral extensa, ultrapassando facilmente os 170.000 km, dividido em 11 províncias, tendo Maputo como a capital. Por estar na costa, Moçambique é especialmente castigado pelas mudanças climáticas, notando que o ano de 2019 foi particularmente especial, atendendo que o país foi assolado por duas tempestades sem precedentes, uma destruindo a zona centro, pelo Ciclone Idai, afectando particularmente a província de Sofala, e a outra assolando a zona norte, pelo Ciclone Kenneth, na província de Cabo Delgado.

O Ciclone Kenneth veio no seu pior momento, em que a província já estava há dois anos a viver ataques terroristas, com centenas de mortes e milhares de feridos e deslocados

(Carta de Moçambique: 12 Novembro 2020). Como se estes dois problemas não fossem suficientes, a pandemia da COVID - 19 ampliou o infortúnio, considerando, que a cadência de deslocados atingiu cerca de 1 milhão, coagindo as pessoas a migrarem para outras províncias como Nampula e Zambézia, à procura de segurança. Consequentemente, os centros de acomodação começaram a ficar superlotados. Esta situação originou a escassez de vários produtos incluindo os serviços básicos, de saúde sexual e reprodutiva da rapariga particularmente afectada.

A intensificação do conflito no Nordeste de Cabo Delgado traduziu-se na deslocação forçada de mais de 900.000 indivíduos, levantando-se problemas de falta de água, saneamento, apoio alimentar, acesso aos serviços básicos e também de terrenos e meios de produção. Entre os deslocados internos constata-se uma significativa representação de mulheres e raparigas em comparação aos homens.

1.3.1 Orientação Teórica sobre o Acesso a Serviços de Saúde

O acesso aos serviços de saúde abrangentes[2] e de qualidade é importante para promover e manter a saúde, prevenir e controlar doenças, reduzir mortes prematuras, diminuir as disparidades de saúde e alcançar a equidade na saúde para todos os moçambicanos. Estas componentes importantes de acesso incluem assistência médico-medicamentosa, oportunidade de atendimento e acessibilidade de serviços de saúde primários e preventivos. "A oferta de serviços não depende da simples existência dos mesmos. A acessibilidade deve ser vista sob quatro abordagens: geográfica, cultural, económica e funcional" (UNGLERT et al., 1987, p. 439).

O acesso aos serviços de saúde significa "o uso oportuno de serviços de saúde pessoais para alcançar os melhores resultados de saúde" (MILLMAN, 1993, p. 3). A falta de acesso aos cuidados pode afectar a saúde física, social e mental em geral. Também pode afectar a qualidade de vida e os meios de subsistência de alguém.

Segundo UNGLERT et al. (1987, p. 87) o grau de acesso real aos serviços de saúde depende da distância que se deve percorrer para obtê-los, do tempo que leva a viagem e

Commented [MP1]: Abre as aspas, aonde e que fecha?

[2] Para SANCHEZ e CICONELLI (2012, p. 31) o conceito de serviços de saúde o abrangente indica que o acesso não se limita às etapas de procura e entrada no serviço, mas deve abranger também a qualidade do (...) processo de cuidado (diagnóstico e tratamento) e o seu resultado.

do seu custo, daí que as barreiras ao acesso geralmente incluem o alto custo do atendimento, cobertura de seguro inadequada ou inexistente e falta de serviços disponíveis (geográfica ou remotamente), especialmente atendimento culturalmente competente.

"Essas barreiras podem levar a necessidades de saúde não atendidas, atrasos no recebimento de cuidados adequados, incapacidade de obter serviços preventivos, hospitalizações evitáveis e encargos financeiros" (ROCKVILLE, 2013, p. 14). O acesso aos cuidados geralmente varia de acordo com raça, etnia, *status* socioeconómico, idade, sexo, condição de deficiência, orientação sexual, identidade de género e localização residencial:

> A questão de género é ainda notória na própria estrutura dos serviços de saúde, onde muitas mulheres prestam serviços tidos como aptos para mulheres, tais como enfermagem, pediatria e cuidados de doentes no geral, enquanto os homens fazem actividades como cirurgiões, motoristas e guardas. Existem, entretanto, áreas nas quais ambos realizam as tarefas, como o caso de enfermeiros, serventes e motoristas. Algumas dessas divisões de trabalho sanitário respondem às divisões de género estabelecidas pelas próprias comunidades, e contribuem para facilitar o acesso às Unidades Sanitárias (GUNE et al., 2010, p. 27).

Outrossim, para BRAGA (2019, p. 9), o facto de as mulheres serem também as principais prestadoras de cuidados, particularmente de saúde, no âmbito familiar, tem implicações para o bem-estar de mulheres seropositivas, em termos de carga de trabalho que importa investigar em profundidade. Esta antropóloga medica moçambicana, considera que estas circunstâncias diminuem as possibilidades das mulheres vivendo com HIV e SIDA terem acesso ao TARV e dificultam a sua adesão ao tratamento, com sérias implicações para a sua saúde.

A presente pesquisa, usa o método etnográfico para descrever as maneiras pelas quais as forças políticas e económicas funcionam juntas para moldar as experiências das raparigas em relação à saúde e seus cuidados. Inclui ainda o reconhecimento do "complexo médico-industrial"[3] e como o estado legitima as actividades das minorias em relação à saúde, bem como o poder e as contradições entre propósito da medicina e sua organização (SINGER

[3] O conceito de complexo médico-industrial foi introduzido pela primeira vez no livro de 1971, The American Health Empire (EHRENREICH e EHRENREICH, 1971) da Health-PAC. O complexo médico-industrial (MIC) refere-se à indústria da saúde, que é composta por um conjunto multibilionário de empresas, incluindo médicos, hospitais, lares de idosos, companhias de seguros, fabricantes de medicamentos, empresas de suprimentos e equipamentos hospitalares, empresas imobiliárias e de construção, empresas de consultoria e contabilidade de sistemas de saúde e bancos.

e BAER, 1995). Ao contabilizar várias dimensões e incluindo as vozes daqueles afectados por processos de nível macro, o método etnográfico estabelece pesquisas que "relatam a realidade", o que neste caso significa ir além da superficialidade de um discurso "abrangente" no programa de reassentamento e assistência médica para entender como esses programas e políticas interagem com factores estruturais e individuais para criar experiências e realidades vividas (PFEIFFER e NICHTER, 2008).

1.3.2 Campo de pesquisa

O trabalho de campo para este estudo decorreu nos Centros de Reassentamento dos distritos de Mecufi, Metuge, Chiure e Montepuez e nos bairros no centro da cidade de Pemba que acolhem os deslocados. Estes distritos têm consideradas zonas seguras pelo facto dos ataques terroristas decorrem distante delas e o facto de acolher o maior número de deslocados, uma imagem de "paz e prosperidade", em comparação com outras regiões de Cabo Delgado onde as acções terroristas têm ocorrido com frequência.



Figura 1. Mapa da Província de Cabo Delgado.



Figura 2: Mapa da Província de Cabo Delgado com número total de centros de saúde e número dos centros inoperantes, aldeias assoladas pelos desastres, centros de reassentamento e rotas de deslocamento.

1.4 Contextualizando a pesquisa

Considerando o slogan "Saúde para todos" (OMS), bem como a demostração por atenção aos mais vulneráveis, e o lema "o nosso maior valor é a vida" do Ministério da Saúde (MISAU), com vista a "garantir" o direito à saúde para todos os moçambicanos, ficou evidente ao longo do processo de pesquisa que, na realidade, as organizações de saúde governamentais e não governamentais ainda possuem uma serie de desafios para o alcance das suas missões e valores.

Quando cheguei a Cabo Delgado, já estava definido que iria concentrar a minha pesquisa especificamente no acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva da rapariga. Meu interesse no tópico foi estimulado, ainda mais, por uma revisão inicial da literaturas e sobre pesquisas posteriormente utilizadas nesta investigação, como as obras de Emídio Gune e outros autores em "Contribuição da Antropologia para a saúde Pública: Um enfoque nos programas de maternidade segura, HIV e SIDA" (2010), Rachel Chapman em "Risking Reproduction in Central Mozambique" (2010), Carla Braga em "Machamba não é trabalho" (2019), Margarida Paulo em "Jovens, Sexualidade e Educação sexual" (2005), Cristiano Matsinhe em: "*Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en*

Mozambique: Un análisis de la cultura organizacional y los obstáculos institucionales"(2007) e Esmeralda Mariano em: "The "Unsaying" of Reproductive Affliction in Mozambique Witchcraft and Local Reproductive Knowledge" (2017), "Género, Sexualidade e Práticas Vaginais, Moçambique" (2011) e "A construção do corpo feminino na compreensão do conceito de género" (2010), e outra informação obtida através dos jornais de maior circulação (Notícias, Voz da América Português, Deutsche Welle - DW África e O País) sobre terrorismo em Cabo Delgado, Pandemia da COVID-19, ciclone Kenneth, violência contra mulheres e raparigas e acesso aos serviços de saúde.

A partir destas fontes, familiarizei-me com o acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva da rapariga e apercebi das dificuldades de acesso aos cuidados de saúde por parte da população em geral, e ainda mais para com os deslocados. Deste modo, achei incomum que cerca de 50 participantes da pesquisa tenham relatado que não tinham problemas de acesso nos hospitais, centros de saúde ou, em relação ao acesso aos serviços de SSR. Em função desta constatação surgiram duvidas e inquietações relativas a acessibilidade dos serviços, se poderia ser uma limitação do investigador distinguir este problema específico, dentre vários que apoquentam os participantes da pesquisa.

Durante um mês de permanência em Cabo Delgado, ao discutir as várias questões da saúde sexual e reprodutiva com diferentes interlocutores, inicialmente, fiquei com a impressão de que as opiniões sobre o sistema de saúde eram negativas. Como o sistema de saúde seria melhor para eles na condição de emergência se tão pouco o direito constitucional é alcançado para todos?

De forma memorável, certa noite, quando comecei a discutir o assunto com um amigo, ele partilhou a experiência de um deslocado que estava em Metuge e que o mesmo comentou que nunca tivera necessidade de ir ao hospital, por acarretar custos, e todas as suas enfermidades curava com recurso a plantas medicinais acessíveis localmente. Caso não registasse alguma eficácia terapêutica, atribuía a causa do mal-estar à vontade de Deus e ou dos seus antepassados.

A temática do acesso aos serviços de saúde, entre os deslocados, tem sido explorada significativamente pelas organizações não governamentais baseadas em Cabo Delgado, como se pode ver a partir dos resultados sobre o assunto trazidos pelo motor de pesquisa eletrónica e, portanto, os seus dados serão usados para complementar a discussão desta

pesquisa, com o devido reconhecimento das semelhanças e diferenças nos dados recolhidos.

Neste contexto, foi com esta premissa que comecei a explorar o tema do acesso, tanto na reinserção das raparigas nos bairros e centros de acolhimento, bem como nos programas de saúde após o acolhimento nas zonas seguras e de reassentamento como é evidente na sessão "problema" a seguir.

1.5 Problema

Em cada cinco raparigas em união de facto, em Cabo Delgado, apenas uma usa contraceptivo. A Província apresenta alta taxa de gestação entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade. Este dado levanta questões do uso adequado dos serviços de saúde sexual reprodutiva e da possível perda desta camada da população em actividades que não deveriam estar a realizar na idade que têm.

> O estudo dos desastres é um campo de crescente importância dentro da antropologia social e cultural. Em todo o mundo, um grande número de pessoas é atingido por eventos catastróficos como enchentes, terremotos, secas, tempestades ou tsunamis, pandemias, insegurança alimentar, epidemias, conflitos armados, deslocamento forçado das populações. Os antropólogos estudam como os humanos concebem e lidam com os desastres e como estes afectam os mundos sociais e a vida cotidiana (SÖKEFELD, 2011, p. 46).

Segundo Fundo das Nações Unidas para População - UNFPA (2021), em países com situações de emergência, as mulheres morrem devido a complicações de gravidez ou no parto todos os dias, e devido a condições ambientais e humanitárias. a província de Cabo Delgado, segundo esta organização das Nações Unidas, tem a mais alta taxa de gestação entre adolescentes de 15 a 19 anos (24%).

"Em relação aos cuidados de saúde, as mulheres e raparigas deparam-se com atitudes de julgamento em relação ao uso de contraceptivos por membros da comunidade e profissionais de saúde, e isto reduz o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva" (GREGOR, 1995, p. 13).

O problema do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, de acordo com ALVES E RABELO (1998, p. 73), começa com a oposição religiosa e moralidades que limitam o

acesso para as mulheres jovens, criando as barreiras de uso de anticoncepcionais que se julga ter efeitos colaterais.

Partindo do pressuposto segundo o qual a época hodierna tem sido marcada por uma profunda instabilidade social provocada pelos desastres humanitários e climáticos (UNFPA, 2021) e seus consequentes efeitos na área da saúde, este estudo questiona que estratégias podem ser adoptadas para o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva pela rapariga em situação de emergência.

1.6 Objectivos

Tendo em conta os aspectos acima descritos, esta pesquisa tem os seguintes objectivo geral e específicos.

Objectivo Geral

- Compreender as experiências das raparigas relativo ao acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva em contextos de emergências em Cabo Delgado.

Objectivos Específicos

- Identificar os impactos do Ciclone Kenneth, Terrorismo e COVID-19 nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva das raparigas;
- Descrever os principais problemas de SSR enfrentados pelas raparigas referentes à educação, estigmatização e hierarquização de valores sociais;
- Explorar a disponibilidade do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da rapariga nas áreas de reassentamento;
- Analisar as formas usadas pelas raparigas para lidar com os problemas de SSR em situação de emergência.

1.7. Estrutura da dissertação

Esta dissertação está estruturada em 5 capítulos: Capítulo I - Introdução, Capítulo II - Revisão da Literatura, Capítulo III - Metodologia, Capítulo IV - Problemas de SSR enfrentados pelas raparigas face à educação, estigmatização e hierarquização de valores sociais e Capítulo V - Acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da rapariga nas áreas de reassentamento.

No primeiro capítulo, da introdução, faz-se uma breve exposição sobre a contribuição do tema no campo da antropologia da saúde. De seguida, se propõe uma visão geral das questões exploradas nesta pesquisa e no desenho da pesquisa. Ainda neste capitulo I, faz-se a explanação dos fundamentos teóricos, quadro de referência empregado neste estudo e uma descrição do ambiente de pesquisa. E por fim se contextualiza a pesquisa e se fundamenta a razão da escolha do tema do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, apesar da consciência das questões sistêmicas dentro do sistema de saúde moçambicano.

No capítulo II, Revisão da Literatura, exploram-se os impactos do Ciclone Kenneth, Terrorismo e COVID-19 nos cuidados de SSR das raparigas a partir de três (3) eixos: a) In(acessibilidade) dos serviços de SSR, b) Perspectiva de género no contexto da crise humanitária e desastres naturais e, c) Perspectiva de políticas públicas sob o ponto de vista do seu funcionamento nas circunstâncias de crise humanitária.

O Capitulo III trata da Metodologia. Este trabalho usou a Metodologia Qualitativa onde se empregou a etnografia como método, se fez entrevista a 50 pessoas e se observou questões éticas: consentimento dos educadores para menores. Este capítulo também traz Analise Bibliográfica a partir de a) Estudos Antropológicos sobre Género, Políticas públicas, Desastres e Crises Humanitárias e Climáticas; b) Informações das ONGs, c) Dossiers do Governo e, d) Jornais e Páginas de notícias. Por fim, o Capítulo III traz a revista nos centros de reassentamentos e escolas; Bairros de reassentamento em Pemba e Mecufi e nos Centros de reassentamento em Metuge, Chiure e Montepuez.

O Capítulo IV, dos resultados, apresenta a Educação, estigmatização e hierarquização de valores sociais trata dos problemas de saúde sexual e reprodutiva enfrentados pelas raparigas face à educação, estigmatização e hierarquização de valores sociais. É um capitulo dedicado aos resultados da pesquisa.

No Capítulo V, aborda-se diferentes perspectivas sobre SSR. O foco principal é a descortinização de como os serviços de saúde sexual e reprodutiva são ofertados para a população residente nas áreas afectadas pelas diversas crises humanitárias em Cabo Delgado, especificamente a) Tipos de serviços de SSR disponíveis nos centros de reassentamento, b) Experiências das raparigas sobre a SSR e, c) Perspectivas dos líderes comunitários sobre a SSR.

Capítulo II. Revisão da Literatura

Neste capítulo exploram-se os impactos do Ciclone Kenneth, Terrorismo e COVID-19 nos cuidados de SSR das raparigas a partir de três (3) eixos: 1) Relativo a acessibilidade aos serviços de SSR; 2) Dinâmicas das relações de género no contexto da crise humanitária e desastres naturais; e 3) Na perspectiva das políticas públicas sob o ponto de vista do seu funcionamento nas circunstâncias de crise humanitária.

De acordo com MARIANO (2010, p. 75), a literatura sobre saúde em estudos antropológicos tem aumentado progressivamente, existindo hoje estudos ampliados sobre o assunto. Contudo, escassos são os estudos de natureza social virados para o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da rapariga em contextos de desastres e emergência.

2.1 (In)acessibilidade dos serviços de SSR

Analisar o acesso a saúde, pressupõe entre vários aspectos, considerar a existência de serviços disponíveis, a qualidade dos mesmos em termos de infraestrutura, de recursos humanos especializados, assim como também implica identificar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres e raparigas para o uso dos serviços, particularmente entre as que se encontram nos bairros de acomodação em Pemba e Montepuez e nos centros de reassentamento em Metuge, Chiure e Mecufi.

As raparigas têm experiências diversas, dadas as variadas condições económicas, sociais e culturais nos ambientes em que crescem. Algumas práticas sociais e culturais têm um impacto directo no estado de saúde reprodutiva das raparigas e, consequentemente, na sua vida adulta (MISAU, INE, e ICF INTERNATIONAL, 2018, p. 46).

Aas dificuldades da acessibilidade sociocultural aos serviços de saúde geralmente assumem a forma de normas sociais restritivas associadas à sexualidade da juventude, que impedem os jovens de obter informações e serviços de SSR por medo de estigma, pressão social ou constrangimento (LEAH, 2015). A vergonha e o medo do estigma social impedem muitos jovens de buscar informações sobre SSR e de aceder aos serviços, se temem que possam ser vistos ou as suas informações compartilhadas com membros da família (RALPH e BRINDIS, 2010). A pressão social e normas culturais em torno da gravidez precoce e uso de anticoncepcionais impostos por parceiros, família, comunidades religiosas e a sociedade em geral limitam muitas vezes o desejo e capacidade da pessoa de aceder e utilizar os serviços de SSR (NALWADDA et al., 2010).

2.1.2 Acesso a informação e ao conhecimento

O custo de vida em países subdesenvolvidos, especificamente, o custo das consultas, pode impedir a procura dos serviços de SSR, particularmente aos jovens que não têm poder de compra e se sentem constrangidos para pedir dinheiro aos amigos ou familiares (HOCK-LONG et al., 2003). Além disso, a localização dos serviços de SSR longe de onde a rapariga mora, trabalha ou frequenta a escola e a dificuldade de transporte pode impedir que a rapariga aceda aos provedores de serviços de SSR (MOYA, 2011).

Os jovens que carecem de informações completas e correctas de SSR podem não ter conhecimento das suas próprias necessidades de serviços de SSR, incerteza sobre a segurança e confiabilidade dos serviços de SSR e métodos contraceptivos e, consequentemente, não querem usá-los (RAMEZ et al., 2008). A falta de informações sobre as unidades sanitárias e o desconhecimento do sistema de saúde constitui uma barreira ao acesso das raparigas que, de outra forma, poderiam fazer uso dos serviços de SSR (RALPH e BRINDIS, 2010). Além disso, um estudo feito por CHANON et al. (2010) nos Estados Unidos revelou, que as raparigas podem hesitar em procurar os serviços de SSR devido ao conhecimento inadequado sobre necessidades e serviços de saúde sexual e reprodutiva.

2.1.3 Acesso e assistência dos profissionais de saúde

Um estudo realizado por Kamau em 2006 na Nigéria aponta que as raparigas vivenciam barreiras que dificultam o seu acesso e uso de serviços, incluindo medo de ser atendidas por profissionais de saúde familiares e medo de compartilhar as mesmas instalações com adultos (KAMAU, 2006). O acesso e utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva pelas raparigas é determinado pela forma como os serviços são prestados e quão amigáveis para elas (NDUBA et al., 2011). O preconceito do funcionário em relação ao aborto ou doenças sexualmente transmissíveis pode fazer com que os jovens não procurem os serviços de SSR por medo de que profissionais de saúde irão julgá-los (KATZ e NARE, 2002).

Um outro estudo no Quénia também aponta que jovens sexualmente activos podem enfrentar estigma no centro de saúde, desaprovação em alguns círculos sociais e desgraça nas suas famílias (NCAPD, 2010). Uma pesquisa com relação a “Percepções sobre educação sexual para jovens” realizado pela MTURI (2001) no Lesoto aponta que é

irónico que a instituição de saúde que deveria servir de farol de esperança para os adolescentes tenha virado um lugar de desilusão para eles, em parte por causa das atitudes de julgamento de prestadores de cuidados de saúde e a natureza hostil dos próprios serviços. MTURI (2001) afirma ainda que enquanto os estudos identificam a instituição de saúde como um possível local onde os adolescentes podem buscar informações e serviços sobre saúde sexual, muitos adolescentes estão evitando o uso das unidades sanitárias para este fim.

Um estudo realizado pela CHANON et al. (2010) aponta que ao nível dos sistemas de saúde, a infraestrutura pode não estar em sintonia com as necessidades dos adolescentes, com profissionais que não estejam dispostos ou unidades sanitárias mal equipadas para atender aos jovens, instalações que carecem de provisão adequada para garantir serviços confidenciais, produtos e serviços que não atendem às necessidades das raparigas (CHANON et al., 2010).

Outro estudo feito por MOYA (2011) apontou ainda que uma variedade de barreiras na prestação de serviços, incluindo falta de produtos de planeamento familiar, espera em salas lotadas, horários limitados e falta de agendamentos podem limitar a capacidade dos profissionais de prestar serviços de SSR a todos os pacientes, incluindo os jovens, e pode desencorajar as raparigas de buscar atendimento em SSR (Idem).

Em Moçambique, Cristiano Matsinhe realizou um estudo em 2007 intitulado *"Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en Mozambique: Un análisis de la cultura organizacional y los obstáculos institucionales"*. Neste artigo quando MATSINHE (2007) faz análise dos problemas e obstáculos que condicionam a melhoria do acesso aos serviços de saúde, acautela a importância de considerar avaliações holísticas e abordagens analíticas.

Para MATSINHE (Idem, 21), o sucesso de um projecto, sistema ou mecanismo de cura depende em grande parte da existência de redes de relações sociais que os sustentam como um discurso provido de autoridade, forma e dispositivos operacionais.

Nas análises que geralmente são realizadas sobre questões relacionadas com a acessibilidade aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção e cuidados com o HIV/SIDA em Moçambique, a ênfase tem sido colocada nos "aspectos socioculturais" e na escassez de recursos humanos e materiais.

> Nessa perspectiva, o cliente ou usuário dos serviços de saúde é percebido como um actor carregado de valores socioculturais que não parecem favorecer a progressão da medicina formal. A responsabilidade de não ida às unidades de saúde ou falhas na medicação prescrita, geralmente são atribuídos ao próprio usuário dos serviços, supondo-se que este tenha diversos motivos para não seguir as recomendações dos profissionais de saúde (MATSINHE, 2007, p. 22).

MATSINHE (Idem) considera que investigar os aparatos institucionais dos sistemas de saúde não significa apenas compreender a dinâmica interna dos "rituais" na prestação de serviços de saúde (tanto os da medicina moderna como os da medicina tradicional), mas também alargar o quadro do contexto para onde a experiência da doença e a cura se desenvolve.

Desta forma, diz o autor que, qualquer investigação sobre as práticas institucionais de prestação de serviços de saúde implica uma análise dos processos de interação nas suas dimensões ideológicas, políticas e processuais que conferem características particulares ao modo de actuação dos serviços e sistemas de saúde específicos, entendidos neste caso como aqueles que são constituídas e constituem a realidade cultural.

> Como tipificações, as instituições terapêuticas ou sistemas de saúde não envolvem apenas a gestão de um corpus de conhecimentos válidos constituído por códigos ou jogos de linguagem referentes aos processos de definição, diagnóstico e tratamento da doença; mas eles também definem e estabelecem conscientemente ou inconscientemente, os mecanismos de acesso e/ou restrição aos serviços que prestam (MATSINHE, 2007, p. 20).

Quando qualquer instituição terapêutica define padrões institucionalizados de comportamento, geralmente designa as situações que se enquadram nesses padrões.

Com isto, o autor quer dizer que em qualquer instituição terapêutica a diversidade de experiências sociais se reduz a um determinado conjunto ou modelo de práticas ou rotinas. "Tais práticas ou rotinas podem também mascarar os obstáculos que limitam o acesso e a relevância dos serviços a prestar aos potenciais beneficiários e clientes, como se verá no exemplo oferecido pela realidade moçambicana" (Iderm, 2007, p. 22).

2.2 Perspectiva de género

Na perspectiva de género, a pedido da Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade dos Géneros (FEMM) do Parlamento Europeu em Bruxelas, ERIKSSON (2016) realizou um estudo com o título "Mulheres e Meninas em Emergências Humanitárias", o autor compreende que um dos maiores desafios da programação humanitária sensível ao género

é a persistente falta de dados suficientes desagregados por sexo e idade. Para melhorar a programação e medir resultados, são utilizados marcadores de género que são uma ferramenta que codifica em uma escala de 0 a 2 se um projecto humanitário foi bem cogitado ou não, isto é, suficiente para garantir que mulheres/raparigas e homens/rapazes beneficiem igualmente ou que o projecto promova a igualdade de género de outra maneira.

No entanto, muitos programas ainda carecem de perspectiva de género e os recursos continuam a ser desproporcionalmente alocados para projectos que não focam e nem impactam em questões de género. Conclui-se, no estudo, que todas as formas de violência de género tendem a aumentar durante os desastres humanos, pois a violência social e sistemas de protecção institucional são interrompidos.

Nestas circunstâncias, mulheres e raparigas podem correr um alto risco de violência física ou sexual – de grupos armados e estranhos, como também de vizinhos e familiares. Num conflito armado, a violência sexual é uma táctica comum de guerra contra civis. Por exemplo, estima-se que 20.000 a 50.000 mulheres foram estupradas durante a Guerra da Bósnia, que ocorreu na Bósnia e Herzegovina de 1992 a 1995, e durante o genocídio de 1994 em Ruanda, entre 250.000 e 500.000 mulheres foram estupradas (ERIKSSON, 2016, p. 14).

Segundo REIS (2020) no período da COVID-19, em muitos países, foram notabilizados casos de desigualdades de género e raça no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

No mesmo diapasão, DAMAVANDI (2022) realizou um estudo na Ucrânia, onde ainda decorre a guerra com a Rússia, com intenção de perceber a importância crítica do sexo e saúde reprodutiva durante configurações de emergência. O estudo compreendeu que em situações de emergência, como o conflito armado na Ucrânia, a pandemia global da COVID-19 e desastres naturais relacionados ao clima, o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva é frequentemente interrompido ou tornado inexistente. Interrupções, restrições ou falta de acesso pode resultar em piores resultados de saúde.

FONTANA & LUCAS (2022) consideram que vários estudos têm mostrado que, durante as crises humanitárias, há um aumento nas taxas de gravidez indesejada, abortos inseguros, doenças sexualmente transmissíveis, infecções, gravidez e complicações

obstétricas, aborto espontâneo, natimorto e problemas maternos e mortalidade neonatal. A piora dos resultados de saúde sexual e reprodutiva pode decorrer de vários factores: diminuição da disponibilidade e acesso a SSR de qualidade, mudanças nos comportamentos de busca de saúde das pessoas e um impacto directo de certos vírus nos resultados de gravidez. Vários cenários de emergência demonstraram que, em tempos de crise, os recursos à saúde são concentrados para a emergência, o que leva à sua redução para alocação em programas de educação em SSR e prevenção em SSR. As pessoas menos protegidas, refugiadas, pessoas deslocadas, populações afectadas por conflitos, povos indígenas, pessoas em ambientes de baixa renda provavelmente terão dificuldades agravadas no acesso a SSR de qualidade durante uma crise.

No contexto Moçambicano, o Fundo das Nações Unidas para População - UNFPA (2021) realizou um estudo com o tema "*Adolescent Girls in Disaster & Conflict: Interventions for Improving Access to Sexual and Reproductive Health Services*". Nessa pesquisa, esta organização, UNFPA, entendeu que raparigas e mulheres jovens em Moçambique enfrentam uma ampla gama de desafios, incluindo discriminação de género, casamento infantil, violência de género generalizada e altas taxas de gravidez na adolescência, que afectam as suas possibilidades de atingir o seu pleno potencial.

Por um lado, os eventos climáticos que vêm assolando o país aparecem nos últimos três anos de forma cíclica. Importa referir que as mudanças climáticas acompanhadas pelos ciclones, nomeadamente, IDAI, KENNETH, FREDDY e GOMBE mudaram significativamente o *modus vivendi* das mulheres e raparigas de uma parte da zona sul, centro e norte de Moçambique, causando uma destruição, danos e perda de vidas generalizadas devido a ventos fortes, precipitação e inundações subsequentes. A exemplo disto, o Ciclone Kenneth assolou cerca de 259 mil pessoas, onde 24,517 mulheres foram afectadas directamente só na província de Cabo Delgado.

Por outro lado, a crise humanitária acompanhada pelos conflitos armados de Cabo Delgado mostra que quase 1 milhão de moçambicanos fugiu da violência no Norte, destes, mais de 75% são mulheres e crianças em situação de trauma devido a situação de violência que é influenciada pelo patriarcado como um sistema de dominação que ainda é mantido.

Concomitantemente, as mulheres daquela região queixam-se da ausência de apoio psicossocial e falta de instrumentos de acesso à educação, trabalho e empoderamento

económico no pós-guerra, visto que os conflitos destruíram o património das comunidades. Neste sentido, pedem apoio de várias formas, incluindo educação e trabalho e projectos de empoderamento económico para as suas famílias (idem).

Assim sendo, durante o período das mudanças climáticas e crise humanitária, os serviços de saúde, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva, são, muitas vezes, limitados e, às vezes, não estão disponíveis, de modo que as mulheres e raparigas copiosamente, dão à luz sem o apoio médico tão necessário. Além disso, a sua capacidade de lidar com a menstruação com dignidade é prejudicada quando há falta de água limpa e produtos menstruais (WLSA MOÇAMBIQUE, 2021).

Existem também outras narrativas que fazem referência à acessibilidade na busca de cuidados de saúde. MARIANO (2017), fez um estudo denominado “The "Unsaying" of Reproductive Affliction in Mozambique Witchcraft and Local Reproductive Knowledge”.

Neste artigo, a autora sugere a ideia de que *“unsaying” is suggested, in reference to non-standard meanings of the experience of ill health, for which non-medical language and vocabulary are used, and which the biomedical institution consequently ignores. However, both men and women experience greater empathy, and find a space in which to speak, and to reveal their afflictions and anxieties, among practitioners of traditional medicine”* (MARIANO, 2017, p. 303). Conclui-se que o uso de poderes secretos para prejudicar os outros é considerado um acto de feitiçaria. Esta colocação de Mariano confronta a concepção europeia dos 400 anos da exploração colonial em África sobre Medicina Tradicional: “Eles chamam isso de "magia negra", "feitiçaria" e "fanatismo tribal". Eles referiram-se a médicos tradicionais africanos como "feiticeiros", "bruxos", "homens possuídos pelo diabo" e “curandeiros” (REKDAL, 1999, p. 465).

“For many Mozambicans, witchcraft is also perceived as an involuntary incorporation of alien flesh in the body (called “*kutshamiwa*”), thought to be a destructive force, which puts biological reproduction at risk”. Portanto, este estudo mostra as várias formas de como mulheres e raparigas se podem posicionar para buscar os cuidados de saúde. Aliás, MARIANO (2010) considera que o corpo feminino representa o lugar da inscrição social onde ocorre a transmissão do conhecimento e o processo de incorporações de género de forma “explícita e implícita, consciente ou não, verbal ou gestual”. Para Esmeralda Mariano, o facto de as mães salpicarem leite materno nos órgãos genitais da criança logo

após o nascimento é um exemplo claro deste processo. O leite simboliza potência sexual e propicia fertilidade. O corpo feminino, segundo a visão da autora, começa a ser moldado ainda na infância, preparando a menina para assumir o seu papel de mãe e esposa.



Figura 3: Foto tirada no último dia de trabalho de campo com os médicos tradicionais, parte de meus interlocutores na recolha de dados (foto tirada pelo autor a 31 de Agosto de 2022).

Finalmente, CHAPMAN (2010) realizou um estudo com o título "Risking Reproduction in Central Mozambique". Neste estudo, a autora compreendeu que mesmo os cuidados aparentemente mais "acessíveis" podem ter custos sociais intransponíveis, e as noções de risco usadas para enquadrar as intervenções de maternidade segura não são aquelas que as mulheres moçambicanas trazem para as suas gravidezes. Um dos conceitos centrais de Chapman é a mercantilização da reprodução feminina. Na "nova vida" do pós-guerra transformada por ajustes estruturais, fundamentalismo de mercado e urbanização de bens de consumo inundam Moçambique, ainda que cada vez menos pessoas podem pagar por eles. A virgindade de uma mulher, como sua fertilidade, tem valor monetário na era da nova vida concum, MARIANO escreve:

Commented [MP2]: ?

> A virgindade constitui garantia para negociar o "preço da noiva". A razão da importância da virgindade "natural", portanto, está principalmente ligada à possibilidade de os pais obterem uma melhor compensação material, mais do que as considerações sobre a pureza da menina, a sua honra e aquela dos seus familiares (MARIANO, 2010, p. 80).

A obra de CHAPMAN (2010) fala também do valor monetário dos cuidados de obstetrícia. O pagamento de uma rede de segurança social já esfarrapada e a crescente importância do dinheiro significa que o *lobolo* (dote) e *ma sunggiro* (taxas de sedução

virgem) são ao mesmo tempo fontes cruciais de renda para os pais especialmente as mães e cada vez mais fora do alcance de muitos homens.

A perspectiva de género, por um lado, permitiu compreender as desigualdades existentes entre os homens e mulheres em contextos de crises humanitárias e desastres naturais. Não obstante, a perspectiva de género mostra que o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva é débil nos contextos de crises humanitárias e desastres naturais entre homens e mulheres devido aos modelos de patriarcados que se verificam em diferentes contextos geográficos e sociais. Por outro lado, a perspectiva de género deixa por compreender as políticas globais e locais que são implementadas em contextos de conflitos armados e os aspectos socioculturais que concorrem para que os itinerários para o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva sejam complexos.

2.3. Perspectiva de Políticas de Saúde

TRAN (2021) estudou "Sexual and reproductive health self-care in humanitarian and fragile settings: where should we start?" nos Estados Unidos da América. O autor refere que as crises recentes aceleraram o interesse global em intervenções de autocuidado. São necessárias mais pesquisas sobre SSR e intervenções de autocuidado[4] com foco distinto em ambientes humanitários e frágeis para informar políticas específicas do contexto e orientação prática, medidas de preparação e resposta aos desastres naturais e outras crises humanitárias em potencial aceleração. Embora global, as directrizes sobre os serviços de SSR em contextos humanitários não abordam explicitamente o autocuidado como um modo para sua entrega, algumas das intervenções destacadas já foram estabelecidos ou estão surgindo no âmbito humanitário de programação de saúde. Em última análise, o autor conclui que os indivíduos que vivem em contextos humanitários e frágeis devem ser capacitados para praticar o autocuidado baseado em evidências.

O *International Medical Advisory Panel* (IMAP, 2018) pesquisou sobre sexo, reprodução e serviços de saúde em configurações humanitárias. Neste estudo, a organização compreendeu que, globalmente, 60% das doenças que podem evitar as mortes maternas ocorrem em contextos de conflito, fragilidade, deslocamento e desastres naturais. As

[4] "O autocuidado é um ciclo dinâmico e contínuo de autoconhecimento. Cuidar de si é um processo complexo influenciado pela cultura e pelo modelo de saúde com que cada pessoa se identifica" (SCHVEITZER, 2021, p. 3).

mulheres e raparigas correm maior risco de infecções sexualmente transmissíveis (ITSs), incluindo HIV, gravidez indesejada, morte materna, doenças e violência sexual e de género. Seja uma crise humanitária ou uma emergência, as causas são sempre o conflito, a agitação política, desastre natural ou surto de doença; as necessidades da população afectada podem ser grandes, diversas e duradouras.

Portanto, como política de evitar essas situações, deve-se ampliar a entrega de serviços prestados a pessoas em situações de crise humanitárias e é preciso que se aumente o alcance nesses contextos, para suprir a necessidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) em qualquer resposta humanitária, tendo em conta as necessidades específicas de grupos marginalizados e adolescentes.

Os países desenvolvidos adoptam uma abordagem mais positiva em relação ao sexo do que Moçambique, quando tratam da educação sexual para alunos e adaptaram curricula baseados em direitos. A Holanda é um país frequentemente apontado como um dos melhores modelos para incorporar a educação sexual integral. Os alunos aprendem sobre contracepção, aborto, DTS/HIV, gravidez e responsabilidade sexual num ambiente de apoio que reconhece a sexualidade na adolescência e desejos/necessidades. Em comparação com Moçambique, a Holanda tem melhor saúde sexual, incluindo taxas mais altas de uso de anticoncepcionais e taxas mais baixas de gravidez na adolescência e abortos (FERGUSON et al., 2008). A França e a Austrália também usam educação sexual abrangente para ensinar os jovens sobre sexualidade e como ter encontros sexuais (WEAVER et al., 2005). A Suécia, nesta mesma ordem, utiliza uma abordagem abrangente e inclusiva — abordagem de educação sexual que centra a diversidade de género e orientação sexual, bem como ensino anti-discriminação nessas áreas, mas ainda está na luta para ser inclusivo em diferentes raças, etnias e religiões (BENGTSSON e BOLANDER, 2020).

Na mesma senda, BAROT (2017) estudou sobre "O Estado de Crise: Conhecendo a Saúde Sexual e Reprodutiva: Necessidades das Mulheres em Situações Humanitárias na Síria". Como resultado, o autor percebeu que nos últimos anos, as imagens e histórias daqueles que fogem da guerra civil na Síria onde o conflito deslocou quase metade da população do país colocou um destaque para o intenso sofrimento humano enfrentado por pessoas em crises humanitárias. As crises humanitárias mundiais são enormes e crescentes, assim como a necessidade da assistência, incluindo assistência no atendimento à saúde sexual e

reprodutiva, necessidades das mulheres e raparigas. Não obstante, apesar do progresso nas últimas décadas, especialmente relacionado ao desenvolvimento de normas para abordar questões sexuais e saúde reprodutiva em contextos de crise, os serviços no terreno ficaram muito para trás da necessidade por causa dos desafios relativos à cultura e ideologia, dados insuficientes, restrições financeiras e de recursos e sistemas de saúde inadequados. O autor conclui que, a prevenção, preparação e resiliência são cada vez mais cruciais para equipar as comunidades, evitar as crises, suportar os seus efeitos e trilhar o caminho para recuperação rapidamente.

Por sua vez, ROXO (2019: 01) realizou um estudo em toda África Subsaariana com o objectivo de compreender a prioridade da saúde sexual e reprodutiva e os direitos das raparigas e mulheres jovens no tratamento do HIV e serviços de atendimento em situações de emergência. Os resultados mostram que há falta de oportunidades para abordar de forma holística as vulnerabilidades experimentadas por aqueles que vivem com HIV durante o período de desastres e emergências prolongadas de curto e longo prazo. As políticas existentes, os serviços e pesquisas não abordam adequadamente os direitos de SSR, prioridades e riscos de HIV em raparigas, adolescentes e mulheres jovens em situações de emergência. O estudo conclui que uma pluralidade de necessidades conflituantes exclui o tempo e o espaço dedicados para integrar efectivamente o HIV e intervenções de saúde sexual e reprodutiva em situações de emergência.

Na cooperação multissectorial a cooperação torna-se ferramenta relevante para parcerias para promover soluções criativas para a continuação da TARV, fornecimento de medicamentos e testes de HIV, tratamento e cuidados.

Paralelamente ao estudo acima, STEPHENS e LASSA (2020) realizaram uma pesquisa na Austrália sobre as políticas de saúde sexual e reprodutiva durante os desastres com o titulo *"Sexual and reproductive health during disasters: A scoping review of the evidence"*. Os resultados revelam que os governos deveriam atender às necessidades de saúde sexual das comunidades afectadas pelos desastres naturais de maneira completa e fornecerem orientação sobre as acções necessárias. Compreende-se, no estudo, que a prevalência de ITS aumenta numa comunidade após um desastre, em contraste com as comunidades humanitárias internacionais durante emergências, as agências de recuperação dos governos afectados e seus doadores precisam garantir que as questões de

ITS e HIV possam ser sistematicamente identificadas e abordadas durante a avaliação e implementação da recuperação.

Simultaneamente, na Malásia, MURPHY (2020) estudou a protecção da saúde e os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens no contexto de crescentes desastres relacionados ao clima nos países africanos banhados pelo Pacífico. O autor compreendeu que os jovens do Pacífico (15-24 anos) enfrentam vários desafios para realizar a sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SRHR). Desastres relacionados ao clima agravam problemas sociais e iniquidades em saúde, inclusive para SDSR dos jovens. O envolvimento significativo dos jovens é crucial para entender seus riscos e informar respostas inclusivas a desastres.

Neste aspecto conclui-se que embora género, inclusão e protecção sejam prioridades crescentes em políticas e respostas, falta ainda uma abordagem consistente e coesa para a saúde sexual e reprodutiva como uma questão de saúde sexual e reprodutiva em vários mecanismos de resposta a desastres. Desigualdades sociais que contribuem para experiências negativas de SRHR pré-desastre aumentaram SRHR riscos após desastres, enfatizando a importância de abordar os determinantes sociais subjacentes ao risco de desastres. Mais evidências são necessárias para entender as diversas experiências dos jovens em desastres e como as suas necessidades de SRHR podem ser atendidas.

A COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA (2015) desenhou um plano de acção de Maputo 2016-2030 sobre operacionalização do quadro de política continental para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos. O plano apela para uma África Próspera ancorada nos ideais do Pan-africanismo; uma África de Boa Governação, de Respeito pelos Direitos Humanos, Justiça e Estado de Direito; uma África Pacífica e Segura; uma África com Identidade, Valores e Éticas Culturais fortes. Uma África com desenvolvimento orientado ao povo, apoiando-se particularmente no potencial oferecido pelas suas mulheres e jovens; e uma África como uma Interveniente e Parceira Forte, Resiliente e Influente na Cena Global. Conclui-se que os líderes africanos têm a obrigação cívica de responderem às necessidades da Saúde Sexual e Reprodutiva e aos Direitos Reprodutivos das suas populações. Este Plano de Acção é uma demonstração clara do seu compromisso em fazer avançar a saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos em África.

A OMS (2021) fez um estudo sobre a *"Health emergency and disaster risk management framework"* na Suíça. No texto, a OMS refere que todos os anos, mais de 170 milhões de

pessoas serão afectadas por conflitos e outras 190 milhões por desastres; no entanto, o impacto total na saúde das pessoas é muito maior do que isso. Alguns desastres serão grandes crises nacionais, regionais ou mesmo globais, desde ciclones e secas a grandes surtos. Outros desastres serão mais localizados, como colisões de tráfego e incêndios, mas ainda podem ser devastadores em seus custos colectivos para a vida humana. Portanto, reduzir esses impactos deve ser prioridade e urgência. Para tal, a OMS (Idem) enfatiza a importância crítica da prevenção, preparação e prontidão. Conclui-se no estudo que, embora as emergências afectem a todos, elas afectam desproporcionalmente aqueles que são os mais vulneráveis. As necessidades e direitos dos mais pobres, bem como mulheres, crianças, pessoas com deficiência, idosos, migrantes, refugiados, pessoas deslocadas e com doenças crónicas devem estar no centro de trabalho.

O PQG - Programa Quinquenal do Governo moçambicano (2020-2024), período em que esta pesquisa foi realizada, centraliza a sua acção governativa no melhoramento do bem-estar e da qualidade de vida dos moçambicanos, na diminuição das desigualdades sociais e da pobreza, na concepção de um ambiente de paz, harmonia e tranquilidade, com um forte estímulo na criação do emprego. Portanto, a situação dos desastres naturais, crises humanitárias e acesso aos serviços sexuais e reprodutivos fazem parte dos aspectos mencionados.

Daí que se considera que há necessidade de em todas as circunstâncias se ter em conta a expansão do acesso e melhoramento da qualidade dos serviços de saúde e a promoção da inclusão social, igualdade de género e protecção dos segmentos mais vulneráveis da população. Aliás, o actual PQG (2025-2044), no que concerne a saúde, tem foco na expansão da rede sanitária com a construção prévia de 14 hospitais distritais e 120 postos de saúde comunitários.

Por sua vez, o MISAU (2011) elaborou "A Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos". Nesta política, o MISAU refere que os indicadores de cobertura e de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva têm vindo a melhorar ao longo dos últimos anos onde se pode destacar o aumento da disponibilidade dos Cuidados Obstétricos de Emergência, o crescimento, embora lento, dos partos assistidos por profissionais de saúde qualificados, o lançamento a nível nacional do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero e da Mama, a expansão dos serviços de aconselhamento para a área de Saúde Sexual e Reprodutiva entre os adolescentes e

jovens, e o aumento do acesso ao planeamento familiar. Portanto, como intervenções, o MISAU refere que é necessário que se assegure o orçamento adequado para material/equipamento e logística a todos os níveis que ajuda na saúde sexual e reprodutiva, deve-se criar capacidades e habilidades do pessoal envolvido na gestão básica de medicamentos, materiais e equipamento, a todos os níveis e assegurar a disponibilidade dos materiais e equipamentos para emergência em todos os níveis.

O Estado moçambicano e os de outros cantos do mundo são obrigados a fornecer aos adolescentes e jovens informações sobre a saúde sexual e reprodutiva para assumir o controlo total das suas vidas (KNCHR, 2012). O Fundo da População das Nações Unidas defende e apoia a eficiência e a entrega de um núcleo de cuidados de saúde holístico e amigável para os jovens, pacote que inclui acesso universal a informações precisas sobre saúde sexual e reprodutiva (UNFPA, 2007). Os programas de educação sexual precisam oferecer informações precisas e abrangentes enquanto desenvolvem habilidades para negociar comportamentos sexuais (BEARINGER et al., 2007).

Em África a Política de Saúde Reprodutiva e Desenvolvimento do Adolescente (de 2003) prevê que a Saúde Sexual e Reprodutiva deverá abranger a prestação de serviços sexuais e reprodutivos às raparigas, informação e educação em saúde (GOK, 2003). Educar as raparigas sobre saúde sexual e/ou HIV e SIDA não as encoraja a aumentar a actividade sexual, antes pelo contrário. Existem sinais de que certos programas de habilidades para a vida promovem a abstinência/castidade e corroboram para que as crianças e adolescentes adiem a sua primeira relação sexual, o que contradiz àqueles que argumentam que os programas de saúde reprodutiva para as crianças podem encorajar a promiscuidade. Daí, é melhor começar essa educação antes do início da actividade sexual (BUNDY, 2002).

Os Ministérios da Saúde de todos os países têm um papel fundamental na elaboração e fornecimento de material educativo adequado e em engajar e apoiar outros departamentos governamentais (como educação) para realizar programas eficazes de educação em saúde sexual (OMS, 2006). Apesar dos investimentos contínuos em programas de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes em todo o mundo, ainda existem desafios em atender adequadamente as necessidades de informações e serviços de SSR desse subconjunto da população. A inadequação dos programas para atender efectivamente às necessidades de

informações e serviços de SSR das raparigas tem como consequências para elas o risco de adquirir infecções transmitidas (ITS), incluindo HIV (MAGADI, 2006).

A perspectiva das políticas públicas permitiu entender como as diversas entidades legais, governos e organizações se posicionam em contextos de crises humanitárias e desastres naturais e como desenham estratégias para salvaguardar serviços sexuais e reprodutivos nesses contextos. Aliado a isto, mostra que há necessidade de replicar esforços para dar respostas imediatas a situações de crise para que se evite a vulnerabilidade feminina nestes ambientes.

Capítulo III. Metodologia

Este estudo optou por se fazer uma mescla de métodos e técnicas para alcançar os objectivos propostos.

Segundo os autores GERARHARDT e SILVEIRA (2009, p. 98), "o uso de uma boa metodologia permite uma boa organização e concede contexto a tudo e faz toda a diferença no resultado obtido".

CARVALHO (2009, p. 22) vai mais além ao afirmar que a "metodologia é o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para se realizar uma pesquisa ou um estudo, ou para se fazer ciência".

Para LAKATOS e MARKONI (2006, p. 83), método é o "conjunto das actividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite possibilita chegar ao objectivo, conhecimentos válidos e verdadeiros, delineando o caminho a ser seguido, detectando erros e subsidiando as decisões do cientista".

É nesta senda que a nossa pesquisa seguiu uma vertente qualitativa, visando resultados previsíveis cujos desdobramentos se restringem à zona delimitada pelos objectivos traçados.

A ~~pespectiva~~perspectiva de LEAL (2011, p. 90) quanto à pesquisa qualitativa é a de que ela compreende o "estudo de aspectos específicos, particulares, aplicado a grupos também específicos, com abordagem ampla e buscando noções de como homens e mulheres vêem e se sentem quando estão diante das situações estudadas". Para a consulta, análise, confrontação e discussão de dados, apliquei métodos de investigação específicos direccionados à revisão bibliográfica, consulta de mídias e entrevistas estruturadas para indivíduos previamente seleccionados que estão directamente em contacto com o objecto de estudo.

As entrevistas foram conduzidas exclusivamente pelo pesquisador através de uma interacção pessoal em locais de conforto para o entrevistado. O propósito era colher dados confiáveis que respondam as perguntas de partida. Assim as entrevistas foram direccionadas às autoridades locais e às raparigas, atendendo que este último grupo é que compõe o cerne da pesquisa. Antes da entrevista, os entrevistados foram informados sobre os objectivos da pesquisa e as conversas decorreram na língua de domínio dos entrevistados (Emakhuwa, Shimakonde e Kimwani. Esta última é mais falada no litoral

de onde vem o maior grupo de deslocados). Tendo terminado todos os processos burocráticos (apresentação das credenciais, solicitação de autorização para pesquisa e indicação de pessoas de contacto para chegar aos interlocutores), a pesquisa buscou perceber dos entrevistados a condição da saúde sexual e reprodutiva da rapariga face aos desafios que assolam a província.

A pertinência do uso da abordagem etnográfica como método de pesquisa na observação sobre o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva está nas ferramentas teóricas antropológicas que se desenvolvem e se sofisticam quando desafiam conceitos estabelecidos pelo senso comum no confronto entre a teoria que o pesquisador leva para o campo e a observação entre o que estuda.

A etnografia não é, apenas, uma questão de método, mas sim um esforço intelectual do pesquisador. "Praticar a etnografia é estabelecer relações, seleccionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário e assim por diante" (GEERTZ, 1991. p. 4).

3.1 Métodos de Recolha de Dados

A pesquisa etnográfica foi precedida pela consulta e recolha de informação e documentação sobre o acesso à saúde sexual e reprodutiva disponível na internet, sítios de notícias e páginas das organizações que actuam nas áreas humanitárias, especificamente na saúde, em Cabo Delgado. Aliás, o terrorismo, o Ciclone Kenneth e o rápido alastramento da COVID-19 fizeram com que Cabo Delgado se tornasse notícia do dia para as imprensas nacional e internacional.

Alguns amigos meus na diáspora enviavam mensagens de consolo, outros foram, além da empatia, mais solidários oferecendo-me refúgio em seus países, especificamente quando os ataques terroristas se intensificaram ao ponto de atacar o Hotel Amarula, que levou ao assassinato de 12 cidadãos estrangeiros nas proximidades do acampamento das multinacionais em Palma. Eu os tranquilizei, explicando que os ataques ocorreram somente a 2500 km de Maputo e apenas nas aldeias, portanto, até ali eu estava seguro, mas, cedo percebi que esta minha resposta era antagónica aos princípios metodológicos

da antropologia: “Estive lá[5]”. Encontrei aqui um dos maiores propósitos de imergir ao campo para buscar dados reais/científicos para contribuir com o conhecimento sobre os desastres. Eis que me nutri de espírito científico para ir a Cabo Delgado desenvolver a pesquisa. Foi então que decidi estudar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da rapariga em contexto de emergência.

Esta seria a minha primeira etnografia. Minha primeira vez em Cabo Delgado. Minha primeira viagem para um espaço de tensão militar. Não assumo que a ciência seja aventureira, e se é, de longe poderia dizer-se que eu fui um cientista aventureiro.

No dia 1 de Agosto de 2022, quando cheguei em Pemba, por volta das 11 horas, fiquei toda a tarde no hotel instalando-me e organizando os instrumentos de pesquisa. Após o pôr do sol, a curiosidade de sair à rua bateu na minha porta. Fiz-lhe companhia. Saí caminhando. De imediato pensei que se eu ia pesquisar sobre saúde sexual e reprodutiva, era oportuno aquela hora da noite conhecer o sentimento e o pensamento local sobre o uso de preservativos, como ponto de partida, porque “o uso de preservativo é o principal método para evitar uma DTS” (THIEGO et al., 2005:18). Aliás, segundo PARTH (1994) os preservativos masculinos de qualidade demostraram uma taxa de resistência em testes de laboratório de 99,99%, ou seja, apenas um em cada 1000 preservativos rasga ou permite a penetração de partículas virais durante os testes de laboratório. Então era importante ter esta breve noção para facilitar possíveis conversas com os interlocutores nas entrevistas semiestruturadas e no tratamento de dados.

Na minha caminhada entrei nas bombas de combustível[6] mais próximas, apreciei as prateleiras, que normalmente em Maputo e em algumas de outras cidades capitais que já visitei estão lá expostos os variados tipos de preservativos. Para a minha surpresa, naquela prateleira havia somente uma marca de preservativos, Durex, e custavam 390 Meticais,

[5] A narrativa etnográfica tem-se caracterizado pelo realismo etnográfico, isto é, pelo “modo de escrita que busca representar a realidade de todo um mundo ou de uma forma de vida” (MARCUS & CUSHMAN, 1998: 175). É o realismo etnográfico que explica essa importância da descrição nos textos etnográficos, dos detalhes, do cotidiano e, principalmente, das alusões ao **“eu estive lá”**: é a forma que temos de fazer aparecer, de certa forma, a totalidade, uma totalidade experimentada e partilhada pelo pesquisador. O resultado desta estratégia narrativa é a criação de um mundo, “que parece total e real para o leitor” (1998: 176). Dentre outras características, no primeiro, encontra-se um abuso da terceira pessoa (“eles fazem, eles pensam”), uma ausência de pessoas concretas e um tratamento marginal das condições do trabalho de campo; já no segundo, mais recente, o personagem do etnógrafo é introduzido no texto, é dada uma voz directa aos nativos, é diferenciado o ponto de vista nativo e o ponto de vista do pesquisador, as condições do trabalho de campo são amplamente informadas e as descrições são contextualizadas e não generalizadas como dentro do realismo “clássico”.

[6] Posto de Abastecimento

quando os mais comuns como Jeito, Prudence e Fiesta custavam entre 15 Meticais a 25 Meticais nos revendedores. Dali fui seguindo de barraca a barraca, de centro comercial em centro comercial, perguntando se tinham preservativos a um preço recomendado pelo revendedor, ou se pelo menos tinham preservativos à venda. Percorri pouco próximo de 4 km a pé sem encontrar loja alguma que tivesse preservativos à venda, até que achei um supermercado prestes a fechar porque já se aproximava das 20 horas. Finalmente achei um centro comercial com os preservativos, contraceptivos de barreira para diminuir a probabilidade de ocorrência de gravidez e de transmissão de doenças e infecções sexualmente transmissíveis disponível, à venda ao preço de 40 meticais.

Dia seguinte eu precisava de me apresentar às autoridades. Chamei um moto-táxi (táxi-mota) para me levar ao Gabinete do Administração Distrital. Foi difícil chegar a administração distrital porque as pessoas que nós perguntávamos não conheciam. Até que por uma chamada telefónica um dos meus ex-colegas do Seminário Maior de Filosofia Santo Agostinho, Padre Mário, da diocese de Pemba, deu-nos o endereço e explicou ao taxista como chegar ao Gabinete da Administração Distrital. Tendo chegado ao gabinete, a administradora do distrito não estava presente e me pediram que eu voltasse dois dias depois. Aí o primeiro sentimento de frustração: "vou perder 3 dias"! Passados dois dias, voltei à Administração. Desta vez a secretária informou-me que o chefe do gabinete que recebeu meu expediente não havia ido trabalhar porque tinha reunião no partido e sugeriu que eu voltasse noutro dia. Logo, já eram 5 dias perdidos para o trabalho formal. Mas, informalmente, fui fazendo observações, conhecendo as pessoas, os hábitos, práticas comuns enraizadas na cultura social, regras sociais. Me enquadrei sobre os assuntos do dia, os trabalhos mais exercidos pelas mulheres, as línguas mais faladas, as histórias dos bairros, a localização dos hospitais e centros de saúde, as igrejas mais frequentadas, os nomes dos bairros que receberam os deslocados e os lugares turísticos, afinal de contas Pemba tem a 3ª maior baía do mundo.

Na verdade, graças a minha rede alargada de contactos, consegui o número de telefone da administradora, telefonei-lhe, apresentei-me e com muita alegria no seu tom de voz agendamos uma audiência.



Figura 4: Pesquisador e Administradora do Distrito de Pemba (foto tirada pelo autor, 2022).

3.2 Contexto do estudo: local da pesquisa

A pesquisa qualitativa em vários locais é originalmente desenvolvida dentro da tradição do estudo de caso. Esta pesquisa foi feita nos centros de reassentamentos, nas escolas, nos bairros que mais acolheram os deslocados, nas redondezas dos centros de saúde, dentro e fora das cidades de Pemba e Montepuez e das vilas de Metuge, Chiure e Mecufi.

A pesquisa qualitativa em vários locais pode trazer elementos novos que reflectem o contexto, ao mesmo tempo que mantêm uma aplicabilidade mais ampla em todos os cenários.

Tal conhecimento é ideal para informar intervenções sociais e de saúde, superando as limitações da pesquisa desenvolvida por meio de abordagens metodológicas que "desnudam" o contexto ou que são relevantes para um grupo ou população específica do local. Isto é, o benefício de pesquisar em vários locais traz uma compreensão geral e mais alargada do problema, possibilita um estudo comparativo sobre a pesquisa feita em locais diferentes e possibilita intervenções locais.



Figura 5: Governo do Distrito de Metuge (Autor, 2022).



Figura 6: Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social no Distrito de Chiure (foto tirada pelo autor, 2022).



Figura 7: Governo do Distrito de Montepuez (foto tirada pelo autor, 2022).

Para me ajudar na recolha de dados, nas direcções para os locais de pesquisa, tradução das 3 línguas locais e captação da entrevista, encontrei um assistente de pesquisa excelente. Mussa Juma, que mora em Cabo Delgado, licenciado em antropologia pela Universidade Eduardo Mondlane, departamento de Arqueologia e Antropologia. Identifiquei como vantagem, para trabalhar com ele, o facto de a sua área de pesquisa para licenciatura ter sido um tema sobre saúde.

> "A etnografia em espaços multisituados surge como resultado das transformações sociais e é a capacidade de o antropólogo captar e compreender as práticas e os discursos dos sujeitos de pesquisa a partir de múltiplos espaços de observação" (MARCUS, 1995:5).

Portanto, tal como referenciei acima sobre o espírito de aventureiro, este espírito aventureiro de iniciante foi, com o processo, dando espaço ao espírito de investigação. Daí, eu já não era um aventureiro à solta. Cinco (5) dos distritos de Cabo Delgado, incluindo a capital, que eu desconhecia, conheci com a ajuda de Mussa Juma, e a pesquisa etnográfica, como minha primeira experiência, fi-la com o suporte deste assistente de pesquisa.

Epilogando, a pesquisa documental permitiu a análise de conteúdo das entrevistas e conversas informais e aprofundadas sobre o acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva da rapariga no contexto de emergências.

A província de Cabo Delgado situa-se a no Norte de Moçambique, faz fronteira com a Tanzânia a Norte (junto ao Rio Rovuma), a província de Niassa a Oeste, a província de Nampula a Sul e o Oceano Índico, a Leste. Cabo Delgado é a terceira província mais populosa de Moçambique, com 2.320.261 habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2017). A sua capital, Pemba, tem 99.103 homens e 101.426 mulheres. A província de Cabo Delgado está subdividida em 15 distritos, sendo os distritos de Pemba, Montepuez, Chiure, Metuge e Mecufi os mais relevantes para esta pesquisa, pois é neles que estão localizados os maiores centros de acolhimentos dos deslocados do extremismo violento e do Ciclone Kenneth.

3.3. Universo empírico, técnicas de pesquisa e considerações éticas

O trabalho baseia-se em dados recolhidos entre 1 de Agosto e 31 de Agosto de 2022 em ambientes urbanos, semi-urbanos e rurais nas províncias de Cabo Delgado, no norte de Moçambique.

Cinquenta indivíduos deslocados das zonas de risco vítimas de ataques terroristas, Ciclone Kenneth e COVID-19 – quarenta e uma raparigas e nove homens – participaram do estudo. Suas idades variavam entre quinze e vinte e quatro anos e viviam tanto em áreas urbanas quanto rurais. Além dos cinquenta indivíduos acima referidos, houve dois curandeiros que foram entrevistados e cujas actividades foram observadas.

O pesquisador participou ainda nas celebrações do dia internacional da medicina tradicional onde para além de feiras de remédios tradicionais, houve palestras e demostrações de cura e tratamento de doenças. Os curandeiros entrevistados foram um homem, presidente cessante da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO) na Província de Cabo Delgado e uma mulher, actual presidente da AMETRAMO em Cabo Delgado.

As mulheres que participaram das entrevistas falavam principalmente Shimaconde, enquanto as raparigas mais novas, curandeiros, chefe do círculo, director do centro de saúde e a supervisora dos conselheiros comunitários falavam Emakhua e Português.

A pesquisa, com 50 interlocutores, foi concebida através de entrevistas semiestruturadas a 3 raparigas, entrevista semiestruturada a 2 lideres (1 Administrador do Distrito e 1 Gestor de Posto de Saúde) e 2 grupos focais durante 30 dias.

Através de observação, entrevistas aprofundadas e discussões em grupo, os casos foram monitorizados através de uma narrativa de doença, e foram feitos estudos de caso de pessoas que queriam ter uma vida sexual e reprodutiva saudável.

A observação de relacionamento entre os moradores dos bairros de reassentamento e dos centros de acomodação, proporcionou ao autor uma visão sobre o que realmente acontece, que terminologia e tecnologia médica é usada, que procedimentos de tratamento são seguidos, que tipo de perguntas fazem os homens e mulheres quando se deparam com um sintoma de doenças sexuais, e como os profissionais, os médicos tradicionais e os pacientes comunicam e interagem.

Face as questões éticas e considerando a sensibilidade do tema de pesquisa SSR, usamos nomes fictícios para garantir o anonimato das entrevistadas. Visto que as entrevistadas eram menores, o pesquisador buscou o consentimento e autorização verbal e/ou escrita dos pais e encarregados de educação e dos líderes locais. O facto de o pesquisador ser homem teve que ter o cuidado de se fazer acompanhar por uma mulher assistente de pesquisa nativa e que fala Emakhaua, Shimaconde e Português.

Não foram entrevistados médicos, enfermeiros e técnicos de medicina porque faltou o pedido formal de autorização ao Comitê Institucional de Bioética em Saúde. Contudo esta ausência dos interlocutores desta área é coberta com a entrevista ao director do centro de saúde com informações meramente administrativas.

3.4. Interação com os participantes

Para HAMMERSLEY e ATKINSON (2007), existem características que podem dificultar ou facilitar o processo de pesquisa: género, raça, idade e identificação étnica. Definitivamente, a razão de ser um homem a conduzir uma pesquisa com raparigas sobre assuntos deste género, não concorre à facilidade na recolha de informação.

Mas auxiliado pelas minhas habilidades de comunicação e pelo facto de as entrevistas serem conduzidas com auxílio e assistência de uma jovem, supervisora de conselhos comunitários, também deslocada, vitima de ciclone Kenneth, consegui fazer a recolha de dados sem dificuldade.

Para chegar aos meus interlocutores precisei passar por seus responsáveis, pais, encarregados de educação, administradores locais e líderes comunitários. Esta comunicação também foi bastante acessível, porque segundo eles, eu não era um estranho e sempre que eu estabelecia o primeiro contacto diziam “já te vimos na televisão” e eu sentia a confiança por parte deles.

A educação sexual em Moçambique é um tema culturalmente rico de conteúdo. Ele passa por uma variedade de iterações: educação em sexualidade, educação em planeamento familiar e prevenção da gravidez, para citar alguns.

> Os programas de educação sexual argumentam que prover os jovens com informação correcta inerente a prevenção e infecção, irá ajuda-los a tomar decisões responsáveis sobre o comportamento sexual. E, os jovens com essa informação reduzir-se-á a propagação das doenças sexualmente infecciosas (PAULO, 2005: 12).

A actividade sexual em jovens é impulsionada por uma variedade de factores influentes, incluindo estrutura familiar, classe económica, acesso educacional e religião, mas muitas vezes a educação sexual é apenas abordada através da saúde pública em programas e iniciativas do governo e dos parceiros de governação, incluindo educação sexual durante a escola (PERRIN e DEJOY, 2003).

Há uma variedade de modelos de educação sexual que são ensinados: abstinência apenas (evitar riscos sexuais), abstinência abrangente (abstinência mais educação sexual) e a educação sexual baseada em direitos, são as três mais populares. A tendência do governo e das organizações não governamentais que actuam em Moçambique tem sido promover a abstinência e a abstinência abrangente.

A educação apenas para a abstinência ensina que a actividade sexual deve ser evitada até o casamento, enquanto abstinência abrangente adopta uma abordagem de redução de danos para doenças e incentiva práticas sexuais seguras através do uso de preservativos, mas ainda promove a abstinência até à mensagem de casamento. Abstinência abrangente é muitas vezes referida como educação sexual abrangente, embora verdadeiros modelos abrangentes incluam muito mais informações (BERGLAS, 2014). O vocábulo "abrangente" para descrever a educação sexual tem sido usado de várias maneiras, e não há um padrão de definição do que a educação sexual abrangente implica (HABERLAND, 2015).

Nos últimos anos a linguagem da abstinência sofreu uma alteração e passou a ser chamada de programa de "prevenção de riscos sexuais" a fim de responsabilizar os mais jovens pelas suas acções. O novo cunho destes programas também emprega a estratégia de "sequenciamento de sucesso para prevenção da pobreza" que promove a escolarização da

rapariga, trabalhar em tempo integral e casar-se antes que a actividade sexual ocorra como caminho para os alunos quebrarem o ciclo da pobreza (BOYER, 2018).

As estratégias de abstinência e as estratégias da abstinência abrangente promovem uma dicotomia de bom *versus* mau comportamento. Essa dicotomia reforça códigos morais de conduta que estão directamente ligados aos valores cristãos e ensinamentos de comportamento sexual humano apropriado (BEY-CHEN, 2003). Um estudo etnográfico histórico de FINE (1988), promove três narrativas: a sexualidade como violência, a sexualidade como vitimização e a sexualidade como moralidade. Essas três narrativas influenciaram as maneiras como os alunos interpretaram as suas próprias experiências sexuais. Todas as três narrativas promovem a dicotomia entre comportamento sexual bom e mau, não deixando espaço para áreas cinzentas de encontros sexuais e pontos de vista. Os estudos também demonstraram quão ineficaz é a promoção da educação somente para a abstinência quando ela é usada como a ferramenta singular de prevenção, muitas vezes provando fazer mais mal do que bem (BRUCKNER e BEARMAN, 2005; KOHLER et al., 2008; TRENHOLM et al., 2008; UNDERHILL et al., 2007; WALCOTT et al., 2011). Nenhum estudo até o momento foi capaz de provar que apenas a abstinência educacional funciona (PERRIN e DEJOY, 2003; BERGLAS, 2014).

A mudança em direcção à educação sexual baseada em direitos tem sido lenta, já que a educação sexual em Moçambique ensina abstinência e abstinência abrangente. A abordagem baseada em direitos tem uma visão mais ampla da sexualidade e não incorpora identidades de género binárias, orientações sexuais de amplo espectro e direitos humanos individuais, como forma de promover actividades e relacionamentos sexuais saudáveis (BERGLAS et al., 2014). Tópicos incluídos nessa abordagem são positividade sexual, autonomia pessoal e tomada de decisão, poder de relacionamento dinâmico, bem-estar emocional, acesso a informações e serviços de saúde, além de outros inquilinos encontrados em abstinência abrangente (HARDEE et al., 2014). Esta abordagem baseada em direitos está alinhada com o discurso dos direitos reprodutivos e se aproxima de um modelo de justiça reprodutiva.

4.1 Teoria: Governamentalidade e Biopoder

Os conceitos de governamentalidade e biopoder de Foucault fornecem uma estrutura para entender a posição de Moçambique sobre educação sexual (1990). A educação sexual é um dos mecanismos aplicados através dos vários agenciamentos do estado para decretar o controlo biopolítico sobre corpos de cidadãos. As noções de corpo, menstruação, gravidez e parto operam como conceitos que agem simbólica e materialmente sobre os corpos vivos, não sendo, por consequência, separáveis dos campos sociais e culturais e das forças históricas que intervêm activamente na sua definição (BAGNOL e MARIANO, 2011, p. 44).

O controlo para a maioria das pessoas começa cedo, com temas de sexualidade, ainda sendo, considerados um tabu cultural que só é discutido em ambientes privados, se é que é discutido. CHAPMAN (2010) ilustra a forma como os papéis sexuais são construídos e moldados dentro duma esfera social, referindo-se ao momento em que meninos e meninas estão juntos a brincar, onde geralmente os adultos vão se referir às meninas para parar a brincadeira e irem ajudar nas tarefas domésticas. A supressão do tema de sexualidade continua ao longo da vida da criança como narrativa hegemónica para a educação sexual baseada na abstinência, na resistência, nas acções retardadas e na retenção do conhecimento.

Moçambique tem fortes ligações com o cristianismo e isso é usado pelo governo para definir um código moral e padrões para a actividade sexual. Como nação de maioria cristã, os conceitos de pureza e virgindade são ligados a comportamentos adequados para os jovens, especialmente as mulheres, com destaque para a espera até o casamento e a ênfase nas doenças. Num estudo realizado em Mafalala, na cidade de Maputo, PAULO (2005, p. 20) considera que os debates acerca da sexualidade têm igualmente a ideia de sexo ‘para prazer’ ou associado com o desejo individual em vez da actividade sexual para a procriação. Este ponto de vista, também, é visível nas campanhas de educação sexual, que se concentram nas ‘categorias individuais’ de alto risco em detrimento das famílias.

Os homens muitas vezes recebem “passes” nessas expectativas sociais e operam de acordo com padrões duplos. Os corpos das mulheres são vistos como receptores dos homens, produzindo um estereótipo de que as mulheres não buscam prazer sexual e não o desejam (FINE, 1988), e a educação em sexualidade não aborda o prazer ou necessidade

sexual de qualquer forma (HIRST, 2013). As mulheres são obrigadas a permanecer puras e passivas nos seus relacionamentos íntimos (DOUGLAS, 2002).

O enquadramento dos corpos das mulheres foi examinado usando uma estrutura interseccional, na qual a educação sexual carece severamente da sua capacidade de incorporar raça, classe e género em ensinamentos e discussões. Este enquadramento reforça normas patriarcais de comportamento de género entre homens e mulheres, e deixa completamente de fora a inclusão de pessoas de diferentes identidades de género ou orientações sexuais, conforme os estudos feitos por (LOURO, 2017).

No entanto, as biopolíticas têm limitações no controle que exercem sobre as populações. A governamentalidade adopta uma abordagem hierárquica de cima para baixo, em que o Estado e os órgãos específicos, como escolas e programas de saúde pública, promovem o controlo biopolítico na tentativa de estimular a interiorização individual e submissão. Todavia, os corpos também podem ser lugares de resistência que não se submetem simplesmente ao poder (LORDE, 1984). Isso é visto através de estudos de como as pessoas utilizam os cuidados de saúde reprodutiva e resistem a leis e regulamentos por meio de redes clandestinas e demonstram que a proibição de certa informação (educação sexual) ou procedimentos (abortos) não eliminam a necessidade deles ou o aproveitamento deles. Esses actos de resistência demonstram a capacidade de contrariar a governamentalidade e o controle biopolítico.

Das 50 raparigas que foram entrevistados, 44% disseram que tiveram educação focada em abstinência de alguma forma, enquanto apenas 30% disseram que tiveram educação abrangente e 26% disseram que não lembravam ou não tinham tido nenhuma educação a respeito.

Nas perguntas da pesquisa, havia definições dadas sobre abstinência abrangente. Durante as entrevistas ficou claro que, para essas raparigas, a educação sexual abrangente era, na verdade, uma versão de abstinência mais educação. As raparigas que foram entrevistadas afirmaram que, por terem recebido algum tipo de instrução da anatomia reprodutiva, receberam algum tipo de informação sobre ITSs que consideravam ser educação sexual integral.

As raparigas entrevistadas foram convidadas a explicar a educação sexual que receberam no ensino geral. Dois temas principais foram descritos como centro sobre o que as raparigas lembram das suas experiências com a educação sexual e o impacto emocional

que a instrução teve sobre elas. O primeiro tema foi o foco intenso de abstinência, que as raparigas classificaram como deficientes em fornecer informações precisas para ter encontros sexuais, usando a abstinência como uma tácticas de medo, e muito da informação foram brincadeiras que elas não levaram a sério. O segundo tema que surgiu foi uma recontagem de actividades de educação sexual em que as raparigas foram incentivadas a participar. Isso incluiu actividades focadas em narrativas de pureza, promessas de virgindade e consequências das DTS/HIV e gravidez.

4.2 O casamento como prémio da saúde sexual e reprodutiva

Grande parte da informação que foi ensinada às raparigas concentrou-se em encontros sexuais sendo uma actividade reservada ao casamento, e que as raparigas não devem participar de nenhum tipo de actividade sexual até que estejam num casamento heterossexual. Este é um ponto de conversa comum para proponentes apenas da abstinência abrangente, que enfoca a relação sexual ligada à procriação através de um local responsável e aprovado pela sociedade: o casamento.

Muitas raparigas mencionaram o conceito de casamento durante as suas entrevistas como uma forma pela qual os educadores tentaram controlar a narrativa da relação sexual e a importância de esperar para ser sexualmente activa até se casar.

Uma rapariga bissexual comparou a sua experiência educacional de sexualidade em uma aula de biologia do ensino médio a um "anúncio de casamento":

> Hum, então, uh, uma grande memória que tenho da biologia é, hum, eu sou uma mulher bissexual e sabia que era bissexual na escola. Hum, e então havia uma aula sobre sexualidade. E o professor falou sobre, tipo, heterossexualidade e, tipo, como você não deve, tipo, fazer sexo com seu parceiro até que esteja pronto, e estar pronto é, basicamente, casamento. Então, tipo, e era, tipo, muito parecido com um publicidade de casamento. Foi como, "Aqui estão os benefícios do casamento." E, tipo, "É por isso que você deveria se casar, e é muito melhor se você for casado e tudo é melhor se você for casado." Hum, e então, eu era, tipo... uh, para o meu professor, eu era, tipo... eu era apenas, tipo, uma iniciante sem valor, eu acho. Então eu disse, tipo, para o meu professor: "Oh, mas, hum, que tal, tipo, uh, pessoas gays e bi? Tipo, eles não podem se casar". Então, o que você deve fazer? E ele saiu da cena e disse, tipo, "A bissexualidade não é realmente real", então, hum-Sim, estou a falar a sério. E eu fiquei tipo, "Ah, sério?" E ele disse, "Sim. Quer dizer, acho que provavelmente existem gays, mas bissexualidade, quero dizer, você é um ou outro." Eu

> estava tipo, “Está bem…”. Então, sim, é disso que eu me lembro sobre isso (Rapariga Estudante, Agosto 2022).

Como uma rapariga bissexual ouvindo um educador a dizer que gente como ela não existe, e promovendo apenas o casamento heterossexual como o relacionamento ideal para encontros sexuais, essa rapariga, que estava confiante o suficiente na sua própria identidade neste ponto, levou toda a experiência como uma brincadeira. Para outras raparigas, no entanto, que ainda estão em descoberta da sua própria identidade sexual e de género, instruções como essas podem ter sérias ramificações.

As narrativas de casamento na educação sexual, muitas vezes, estão directamente ligadas a um foco nos corpos das mulheres. As jovens aprendem que o sexo é proibido e sujo até que se casem, que precisam respeitar os seus corpos e mantê-los puros se quiserem atrair um marido, e permanecer virgens guardando-se para os seus maridos. Muitas raparigas relataram que esta linguagem é dirigida a elas por meio da educação sexual e experiências escolares. Uma rapariga comentou, “Uh, e, você sabe, mas você resp-, você não respeita seu corpo se fizer sexo antes do casamento” (Rapariga Estudante 2, Agosto 2022). E outra comentou que o tema “esperar até o casamento” foi uma ocorrência comum tanto na sua educação para abstinência, como dentro da escola e, também,

> “…como as pessoas falam, então eles diriam, oh bem, ninguém nunca vai gostar de se casar contigo se você não for virgem quando se casar. Ou como se eles só quisessem virgens para se casar ou namorar. Como se eles quisessem boas meninas puras. Eu acho que isso é ridículo. Em primeiro lugar, se você não contasse a eles, eles não saberiam. Então…” (Rapariga Estudante 3, Agosto 2022).

4.3 Influência religiosa

O islamismo, em Moçambique, predomina maioritariamente na região norte do país. Nampula, província que faz fronteira, ao norte, com Cabo Delgado é a que tem a maior parte de muçulmanos no país. Não obstante, Cabo Delgado é uma das províncias com uma presença forte do catolicismo no país. Apesar de Moçambique ser um país laico, nota-se que os sistemas e instituições são estruturados predominantemente em valores cristãos. A estrutura religiosa e hegemónica influência políticas e programas de todos os níveis do governo. A influência religiosa pode ser vividamente vista em programas de educação sexual que são amplamente focados na abstinência como um inquilino central. Temas cristãos são manifestados através de ambas as narrativas heteronormativas de

encontros sexuais apropriados, mas também directamente ligados ao casamento, pureza e virgindade são construídas. Normas religiosas foram incluídas em como as raparigas recebem e percebem a educação sexual.

Uma rapariga que frequentou uma escola secundária católica comentou:

> …era como, você sabe, havia esse subjacente, "Se você fizer sexo, você irá para o inferno e sofrerá o castigo eterno" ...Hum, mas sim. E ya, você sabe, mesmo com homossexualidade, enquanto ya, você sabe, no ensino médio é como, "Oh, os homossexuais são maus. Eles vão morrer". Ou, até mesmo… "Não-cristãos são maus. Eles vão morrer e ir para o inferno", o que não posso fazer porque minha família não é toda cristã (Rapariga Estudante 4, Agosto 2022).

Essa narrativa da relação sexual ligada à condenação eterna é um dos muitos medos tácticos que a ideologia religiosa hegemónica cristã usa na tentativa de controlar e suprimir jovens de terem encontros sexuais até se casarem. A rapariga acima relatou que essa dura narrativa de sexo e sexualidade sendo pecaminosa, profundamente impactou a sua jornada de auto-identidade.

Outra rapariga cisgénero expressou o tom negativo com que a sua escola abordou a educação sexual e o impacto negativo que teve no seu crescimento,

> Eu sou de Macomia. Na escola, hum, fomos ensinados a abstinência. Levaram-nos à igreja. O padre rezou connosco e nos ensinaram a abstinência... eles nos disseram que "Se você fizer sexo, você vai engravidar e então, uh, você vai para o inferno. Tipo, você nunca vai gostar de nada. Tipo, você precisa se casar primeiro. Tudo isso – todas essas coisas muito cristãs. Porque eles nos disseram que menstruação – o que era isso – era que "Os absorventes só são usados por mulheres folgadas". E que, "O controle da natalidade foi obra do Diabo e não deveríamos usá-lo e isso o tornará infértil." Então, isso é o que eu tenho. Aprendi mais sobre sexo quando vim para Pemba do que nos dezoito anos que vivi na minha vila (Rapariga Estudante 4, Agosto 2022).

O depoimento acima ilustra a relação sexual como sendo directamente ligada a um pecado que leva uma pessoa ao Inferno, mas também a ênfase colocada nos corpos das mulheres através do controle da menstruação e uso de anticoncepcional. Os conceitos de virgindade e pureza estão ligados aqui ao negativo, conotações de uso de absorventes internos e a construção social das mulheres que os usam como sendo sexualmente activas e sujas. Também combina ideologia religiosa com informações médicas precisas; informações como "controle de natalidade", como "pílulas anticoncepcionais orais" (às quais o

estudante se estava referindo) ou DIU não têm impacto negativo na fertilidade, que tais métodos só têm efeito quando estiverem a ser usados.

4.4 Actividades de educação sexual

Muitas alunas relataram que durante a educação sexual os educadores incitam-nas a se envolverem em actividade sexual, ao invés de informá-las sobre práticas saudáveis.

> Por exemplo, pai da minha amiga disse que se ela engravidar vai lhe acompanhar para onde apanhou gravidez. Depois ela engravidou. Mas ela não queria. Ela só queria saber é o quê isso que eles falam. Eles dizem para nós não brincarmos com meninos. Mas não nos dizem porquê, se nós estudamos juntos. Depois acabamos por fazer coisas erradas. Ta ver? (Rapariga Estudante 7, Agosto 2022).

As actividades eram, em grande parte, centradas em narrativas relacionadas a manutenção do corpo puro, fazendo promessas de permanecer virgens até se casarem e demonstrando as consequências negativas de contrair uma ITS ou HIV e, para o caso das meninas, ficar grávida. Dai que CHAPMAN (2010:110) ressalta que os sinais do início da puberdade conduzem a que as meninas sejam seguidas mais de perto.

4.5 Pureza versus Sujeira

A cultura da pureza em Moçambique impõe padrões mais elevados aos corpos das mulheres do que aos dos homens. Devido à instrução de educação sexual heteronormativa que a maioria das raparigas entrevistadas recebeu, a narrativa de “actividade sexual é igual a sujeira” foi declarada de várias maneiras na sua educação. Uma ênfase em jovens permanecerem limpos e puros, especialmente jovens mulheres, era na componente essencial abstinência de muitas raparigas. Uma forma pela qual essa ideia foi transmitida foi através da demonstração de actividades que começavam com um objecto “puro” e terminavam com ele "sujo." Uma rapariga explicou:

> Lembro-me de entrar ... tipo no final disso e uma coisa que se destacou foi ... hum, foi uma abstinência horrível baseada e completamente como ... horrível. Hum..., mas eles faziam isso com fita adesiva e era assim.… hum, cada pessoa que você tocava, tipo, sabe, deixava a fita cada vez menos

> pegajosa e basicamente tinha o estigma de tipo sujo (Rapariga, Estudante 5, Agosto 2022).

Esse depoimento não apenas ilustra como uma pessoa "se torna suja" por meio da actividade sexual, mas também promove a actividade sexual monogâmica como única forma de permanecer "limpo", idealmente com a sua esposa ou marido.

Uma participante descreveu uma actividade de educação sexual que uma enfermeira local fez enquanto explicava relações sexuais dentro de uma igreja:

> Ela também pegou um copo, mastigou uma bolacha com creme, cuspiu e disse, "Vocês querem?" e nós ficamos tipo, "Não. Isso é nojento." Ela disse: "Isso é o que acontece quando você – não faz sexo com seu marido. Você faz sexo com todo o mundo. Ninguém vai querer você" (Rapariga Estudante 6, Agosto 2022).

Esta actividade é focada no conceito cultural de que o sexo é sujo e na retórica de que se guarda a si própria até ao casamento, e você permanece pura e limpa. Ele também fornece um mecanismo pelo qual as mulheres poderão atrair maridos, mantendo intacta a virgindade e não fazendo sujeiras, serão desejáveis o suficiente para que os homens se queiram casar com elas. Além disso, este depoimento mostra comportamento normativo heterossexual cisgénero para limitar parceiros sexuais até ao casamento e as consequências do estigma social em torno da necessidade, desejo e merecimento de encontros sexuais.

4.6 Consequências de DTS e Gravidez

Muitas actividades às quais as raparigas foram expostas demonstraram como as ITS foram contraídas e como a gravidez afecta o corpo.

> Lembro-me de que fizemos uma actividade semelhante, para demonstrar que você pode pegar algo de alguém que não sabe que tem, vamos colocar corante alimentar na água semelhante e vamos, misture-os, e como se fosse fazer sexo com essa pessoa misturando suas águas. Você sabe, e no final, todo o mundo tinha um pouco de corante alimentar. E acho que a mensagem era: se você faz sexo com uma pessoa, você já fez sexo com todo o mundo (Rapariga Estudante 8, Agosto 2022).

Este depoimento ilustra a narrativa de que as DTS não são apenas sujas, mas algo inevitável se você faz sexo com várias pessoas. Esse enquadramento da sujeira está em alinhamento directo com o tema anterior de usar tácticas de intimidação para convencer os alunos a se absterem das relações sexuais.

Algumas raparigas mencionaram que tiveram que assistir vídeos de parto como parte da educação sexual, e isso também foi mostrado na tentativa de assustar os alunos para que não façam sexo. Uma rapariga lembrando:

> E eles estão tipo, ok, agora vamos assistir a um vídeo de como uma criança nascendo e tipo, e eles mostraram como eles cortando o útero dela e tipo, foi tudo sangrento e tal. Foi hum, foi um parto natural, mas como eu esqueci como se chama, mas eles cortam a coisa. E então, eles nos contavam, falavam sobre todos os horrores da gravidez e tudo isso e, basicamente, se você fizer sexo, provavelmente vai morrer (Rapariga Estudante 9, Agosto 2022).

Este depoimento mostra que não apenas a ameaça de gravidez foi usada como uma táctica de intimidação para danos e até morte; a exibição de um vídeo de parto, em vez de apenas falar sobre gravidez, teve uma impressão duradoura na rapariga. Além disso, demonstra a actual falta de conhecimento, e da deficiente instrução que recebeu, da sua própria genitália feminina, como a rapariga confunde o útero com o períneo num procedimento de episiotomia durante o trabalho de parto.

A episiotomia, um procedimento desnecessário que foi iniciado a partir de uma perspectiva patriarcal masculina da saúde, é realizada com a visão equivocada de que os corpos das mulheres são incapazes de abrir-se totalmente para o parto e deve ser aberto para permitir a segurança passiva do bebê.

Depois, a costura do períneo da mulher recebeu ponto(s) extra(s) para deixá-la mais firme para futuras relações sexuais. Isso tornou-se coloquialmente conhecido como “ponto do marido”, outro exemplo de corpos de mulheres sendo tratados como receptáculos e objectos sexuais para o prazer e desejo dos homens. A episiotomia e posterior pontos extras são frequentemente feitos sem o consentimento da mulher, uma das muitas formas de violência da obstetrícia que as mulheres enfrentam em um sistema de saúde patriarcal (KUKURA, 2018).

O aperto da genitália feminina tem sido discutido há muito tempo como um elo com o prazer sexual masculino. Narrativas de mulheres “soltas” são usadas para “envergonhar as mulheres” que gostam de encontros sexuais e usadas como um mecanismo de controle social para impedir que as mulheres participem da actividade sexual (BRAUN e KITZINGER, 2001). Isso foi visto directamente nos comentários das entrevistadas sobre os padrões sociais que as mulheres são compelidas a aderir, mesmo abordando o uso de tampões como sendo usados apenas por “mulheres solteiras” (Idem).

Capítulo V. Acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da rapariga nas áreas de reassentamento

Este capítulo é dedicado a apresentação e análise dos dados empíricos. O foco principal é a descortinização de como os serviços de saúde sexual e reprodutiva são ofertados para a população residente nas áreas afectadas pelas diversas crises humanitárias em Cabo Delgado.

5.1 Raparigas Residentes nos Centros de Reassentamento de Metuge, Chiure e Montepuez

Os dados das raparigas deslocadas que vivem nos bairros de reassentamento na Cidade de Pemba e no Distrito de Mecúfi e das raparigas que vivem nos centros de reassentamento em Metuge, Chiure e Montepuez foram analisados de forma separada propositadamente. Enquanto que, por um lado, as deslocadas entrevistadas nas escolas são maioritariamente vítimas do Ciclone Kenneth que devastou em grande parte os distritos de Macomia, Ibo e Quissanga, e estas demostraram um certo grau de assimilação dos conteúdos sobre a saúde sexual e reprodutiva, as entrevistadas nos Centros de Reassentamento são maioritariamente deslocadas, vítimas dos ataques terroristas perpetrados nos distritos de Mocímboa da Praia, Quissanga, Macomia e Ancuabe, e demostram muita timidez e humildade sobre o tema.



Figura 8: Conversa com raparigas deslocadas no centro de acolhimento de Chiure (foto tirada pelo autor, 2022).

Existem 6 Centros de Acomodação e 35 Bairros de Reassentamento em Cabo Delgado. Os centros de Metuge, Chiure e Montepuez são os maiores em dimensões e investimento, albergam juntos quase a totalidade dos deslocados pelo Ciclone Kenneth e pelo terrorismo. Estes centros servem de estímulo para uma nova vida para a maioria dos jovens de ambos os sexos que acabam por se adaptar à nova região e são encorajados para trabalharem em áreas do seu domínio, a maioria acaba por se tornar empregados domésticos, crianças menores têm tido a chance de recomeçarem em novas famílias, que lhes fornecem abrigo, educação e saúde em troca de serviços domésticos como o de "babá", por exemplo.

Numa análise preliminar foi possível observar que os centros de saúde ao redor eram suficientemente equipados, com uma estrutura robusta com placas indicando os serviços básicos para as populações, como Urgências e Maternidade. Diante de profissionais de saúde formados e preparados para assumir os desafios locais, pude observar que a alegria e descontracção prevaleciam sobre a dor e desesperança dos utentes.

Depois de cerca de uma semana para cada um dos distritos foi possível proceder à entrevista com algumas raparigas cujos nomes e idades exactas serão preservados. Um ponto em comum foi que a maioria revelava ter uma experiência de vida sexual. Uma das explicações possíveis a este dado pode estar relacionada com a perda de controlo por parte dos pais num espaço que misturava famílias.

> Eu costumava dormir com meninos. Via minha amiga a fazer coisas com eles. Ela parecia gostar. Hmm… Às vezes parecia não gostar também… por causa que parecia estar a chorar… eu não entendia nada. Mas ela dizia para eu também experimentar. Eu queria. Mas ao mesmo tempo não queria. Tinha medo… (Rapariga Reassentada 1, Agosto de 2022).

Ou, possivelmente, sejam os efeitos dos ritos de iniciação que, entre outras coisas, buscam preparar as meninas e os meninos para a vida conjugal e questões relacionadas à sexualidade são abordadas de maneira aberta: "Nós aprendemos coisas nos ritos, então começamos a fazer" (Rapariga Reassentada 2, Agosto 2022). Ao mesmo tempo que ela disse isso, respondeu a minha pergunta sobre planeamento familiar:

> Não sei o que é isso que estão a dizer. Nunca fiz. Esses comprimidos e essas coisas. Eu não sei como se faz esse tal de planeamento. Ouvir mais velhas a falar, já ouvi. Que picaram injecção para não apanhar gravidez. Mas eu nunca, não fiz porque ainda não tenho filho. Sou criança. Aquilo ali fazem pessoas que já têm muitos filhos para pararem de ter filhos

> porque aqui não estamos na nossa casa. Ter bebê aqui é um sofrimento…. (Rapariga Reassentada 3, Agosto 2022).

Respostas dadas por estas entrevistadas no Centro de Reassentamento colocam em cheque tudo o que a mídia veicula sobre a preocupação do governo com a saúde sexual e reprodutiva no tal lugar. Para explorar e obter mais informações introduzimos outro tópico, perguntando sobre a sua primeira menstruação. Todas as respostas foram referentes à instrução dada por familiares como mães e tias sobre como colocar e descartar pensos menstruais, além de as instruir em não manter relações sexuais durante este período. A relação com mães e tias no que se refere à saúde sexual e reprodutiva é algo bastante comum naquelas sociedades e, talvez isso explique em parte, a fraca afluência nos centros de saúde para se consultar em questões do género. O problema é que isso cria situações de mistificação desnecessária.

Nessa óptica, as pessoas vêem o hospital com desconfiança, tudo se complica pois não são raros os casos de menstruação irregular e infecções vaginais, aliados a casos de escoriações e feridas nas genitais causados por sexo agressivo e sem protecção. As entrevistadas afirmaram que mesmo assim não se dirigem às unidades sanitárias, mesmo sabendo que lá há tratamento, acompanhamento e distribuição grátis de preservativos e outros meios de contracepção, tudo isso é, segundo as mesmas, "por causa de vergonha".

Perguntadas sobre os meios de aborto, as entrevistadas afirmaram nunca ter feito, mas confirmaram que esses casos são comuns, porém, as pessoas que optam por fazê-lo não recorrem as unidades sanitárias locais, optando, ao invés disso, pelo hospital distrital de Montepuez, já que isso garante um nível extra de discrição, outras raparigas mais radicais optam por vias extras para o efeito, como o consumo de café e Coca-Cola ou ainda a ida a médicos tradicionais que o fazem de maneira ainda obscura. Infelizmente, casos de morte relacionada a abortos são frequentes, não só, em Cabo Delgado, mas no país inteiro.

Num comparativo do período pré e pós-terrorismo, as entrevistadas assumiram que o período actual é mais complicado, pois antes tinham mais possibilidades e pensavam que com a exploração do gás existiria muito emprego na região. Neste aspecto, as entrevistadas assumiram que perderam parte das suas esperanças e que o gás é, contrariamente, mais um problema que uma solução. "Isso de gás só trouxe desgraça aqui em Cabo Delgado, vimos nossas casas e escolas a ser queimadas por isso, isso é maldição".



Figura 9: Conversa com raparigas deslocadas no centro de acolhimento de Mecufi (foto tirada pelo autor, 2022).

Numa conversa com a psicóloga clínica especialista em reabilitação de mulheres vítimas de abuso, e coloquei na conversa os pontos narrados pelas entrevistadas, de forma que ela me facilitasse a análise e interpretação dos dados colhidos nas entrevistas. Dulce Alfinete (nome fictício da psicóloga clínica) referiu que por mais que casos de menstruação irregular sejam frequentes nem sempre são normais. Analisando o contexto em que estas raparigas vivem, ela disse que possivelmente esses casos sejam frequentes naquelas zonas de reassentamento por causa da alimentação deficiente, aliada a situações severas de estresse causado pelo terrorismo, principalmente. Outro ponto levantado pela psicóloga é que em zonas de reassentamento casos de abuso sexual são frequentes e muitas mulheres oferecem-se por pequenos favores e, talvez isso explique os constantes problemas relacionados a problemas vaginais, como o corrimento, concluindo que um acompanhamento psicológico é indispensável para que se supere o preconceito que existe no que se refere ao acesso a consulta e tratamento hospitalar em questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

O facto de as raparigas absterem-se do desconforto em relação a ignorância de métodos de contracepção e saúde sexual e reprodutiva, mesmo tendo uma vida sexual activa, conduziu-me a questionar a viabilidade em relação ao trabalho de consciencialização levado a cabo pelas instituições que por lei têm o dever de aproximar estes serviços à população carente. O uso de métodos de contracepção não é totalmente adoptado pelas

raparigas nos centros de reassentamento em Cabo Delgado. Face a isto, duas conjecturas são levantadas:

1) Possivelmente as pessoas ainda vêem os serviços de saúde sexual e reprodutiva com insegurança, uma vez que a sua percepção é a de que ela atenta contra algumas das práticas veiculadas nos ritos de iniciação e na vida quotidiana, além de que estes serviços parecem ser uma novidade para a região e daí a vergonha que as raparigas dizem sentir, quiçá seja o medo de críticas e repúdio.
2) Talvez a questão da saúde sexual e reprodutiva seja ofertada maioritariamente a pessoas que, pelo senso comum, se admite como estando dentro da faixa etária considerada propícia para manter relações sexuais e a falta de uma real pesquisa de campo despiste os órgãos de saúde e os leve à falsa compartimentação de prioridades, ignorando no processo, um grupo que inevitavelmente fica à mercê de estupradores, aproveitadores e predadores sexuais.

Para testar e confirmar (ou não) as hipóteses levantadas, optou-se por buscar informações com as autoridades locais, contudo, foi, antes, necessário colher ainda mais sensibilidades das mulheres. Dessa vez, entrevistámos mulheres, entre os 20 e os 30 anos, que já estavam nos centros de acomodação há mais tempo por se assumir que estas tenham uma bagagem maior em relação às entrevistadas anteriores, além de fornecerem um ponto de vista diferente que nos levasse à conclusão sobre a questão social e cultural associada à insegurança para com os métodos de contracepção, bem como a noção de público alvo adoptado pelos órgãos de saúde.

5.1.1 Mboto, uma jovem mulher: Da noção às experiências da SSR

Mboto, nome fictício, caracteriza-se por ser meiga e com uma educação humilde. Fez, recentemente, 24 anos de idade e carrega uma bagagem de uma ampla experiência de vida. Mboto é um exemplo das desigualdades (sociais e de género): "…vida nunca foi fácil para mim…" (Mboto, Agosto 2022). Aproveitou pouco da sua infância, e esta e a adolescência foram vendidas e, vezes sem conta, viu-se orbitando numa faca de dois gumes, representado pelo governo, responsável por cuidar da sua terra, e pelos seus pais; noutra ponta estão pessoas que deturpam e levam ao extremo os preceitos da sua religião e, como outros jovens, ela foi obrigada a abarcar experiências de uma anciã nas suas duas décadas de vida, pois, graças à sua resiliência e luta pela sobrevivência, se assim não

fosse, teria sucumbido como muitas raparigas que procuram vida fácil, “vendendo-se para quem tem dinheiro”, conforme as palavras dela.

Mãe de um filho, Mboto esteve no centro de acomodação durante pouco mais de dois anos, actualmente passa mais tempo com o seu cônjuge, pai do seu filho. Durante o nosso diálogo, a nossa entrevistada foi simpática e aberta na conversação, mesmo com sinais visíveis de timidez em certos momentos, revelou um domínio sobre assuntos ligados à saúde sexual e reprodutiva, sendo que ela mesma estava no momento usando um dos meios de contracepção que adquiriu no centro de saúde do centro de acomodação, o “implante contraceptivo subdérmico”. Mboto disse que estava com o implante há sensivelmente um ano e que o fez por pressão dos técnicos de saúde logo após ter dado à luz o seu filho. Seu marido foi relutante, mas acabou cedendo também por pressão dos técnicos de saúde. Segundo a mesma, este método de contracepção é prejudicial:

> “No início eu não gostava daquilo. Parecia que eu estava grávida de novo. Nem menstruação não descia e meu corpo começou a ficar grande como da primeira vez que fiquei gravida. Meu marido desconfiava de mim. Fiquei 6 meses sem ver período. Mas os doutores disseram que era normal. Mas para mim não era normal. Uma mulher precisa de tirar aquela sujidade todos os meses. Já imaginou? Acumular sujidade dentro de mim?” (Mboto, Agosto 2022).

A interrupção do seu ciclo menstrual durante meio ano, para Mboto, foi uma pausa que trouxe sintomas associados à depressão e confusão e, por conta disso, pensa em retirar, no máximo, em um mês.

Durante a sua vida, Mboto já abortou duas vezes, a última foi uma experiência ruim e que quase lhe custou a vida e isso foi o que a levou a fazer o planeamento: “eu vou tirar isso aqui. Já que meu marido não quer preservativo, prefiro viver de comprimidos, porque também não quero voltar a apanhar grávida agora. Já sofri muito” (Mboto, extracto da entrevista).

Se, por um lado, esta jovem mulher se aproximou ao centro de saúde para conhecer e usar os métodos anticonceptivos, por outro, não conseguiu fazer, de forma regular, as consultas no hospital para questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, devido as restrições impostas pela COVID-19. “Antes eu ia sempre para fazer teste de HIV e tratar de corrimento. Mas depois nos informaram que só deve ir para o hospital quem estiver com doença grave ou com sintomas de COVID-19” (Mboto, Agosto 2022).

5.1.2 Rute – Resiliente e Audaz: das facilidades às vantagens dos serviços de SSR

Para Rute, os seus 27 anos de idade se traduzem em 27 anos de luta e dedicados à sobrevivência. Para ela, Cabo Delgado é terra de desafios constantes. Celebrar mais um ano de vida significa apenas ter que lutar ainda mais por si e por aqueles que amam um ao outro e, para isso, mais do que força para bater de frente com os desafios, é necessário ser resiliente para se adaptar até às mais inesperadas situações e ser audaz para se aproveitar todas as oportunidades que surgem.

Rute demonstrou um enorme domínio em questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e mesmo recusando responder se usava métodos contraceptivos, se era mãe, se era casada… a entrevistada mostrou estar ciente dos benefícios e implicações de tudo quanto se fala sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva, levando-nos assim, a supor que, pelo menos nalgum tempo durante os últimos anos, ela teve contacto com tais serviços. "Não é fácil ir ao hospital. Mas tem vantagens" (Rute, Agosto 2022). Este depoimento nos fez querer aprofundar mais a informação que Rute carrega sobre os serviços de saúde sexual e reprodutiva:

> Ora, quando tu vais a hospital espalham fofocas sobre ti. Ora dizem que estás a ir tirar grávida, ora dizem que estás a ir buscar comprimidos de SIDA. Quando os homens desconfiam que tu tiraste grávida ou que tens SIDA, nunca mais ninguém vai te querer. Quem vai aceitar casar uma mulher *mal-usada*? Por mais que um homem goste de ti, ele nunca vai aceitar ser apontado o dedo por causa de uma mulher. Hhumm… outros até dizem que estás a ir amantizar com o enfermeiro. "Se não estás doente, então vai fazer o quê no hospital toda a hora?" Essa é a pergunta que muitos fazem. Então, ou você escolhe cumprir com coisas do hospital e morrer solteira ou tu escolhes ficar longe daquele lugar até arranjar um marido que te entenda (Rute, Agosto 2022).

Rute reside no Centro de Acomodação há cinco anos, trabalha num salão de cabeleireiro próximo de casa desde o período que chegou ao centro e diz que durante esse tempo aprendeu muito sobre as pessoas que também estão no centro, bem como as pessoas das zonas circunvizinhas, uma vez que mantém constante interacção com mulheres e é com conhecimento de causa que ela afirma ao pesquisador que a implantação de centros especializados em saúde sexual e reprodutiva foi de grande ajuda para as raparigas da região, uma vez que é normal que meninas de 14 e 15 anos pratiquem relações sexuais regulares e, por conta disso, havia muitas gravidezes e uniões prematuros.

Mas agora essas raparigas têm a possibilidade de ter acompanhamento especializado e de decidirem quando engravidar. “No salão onde eu trabalho, muitas mulheres contam fofocas, mas também falam das suas vidas. Lá eu oiço de tudo” (Rute, Agosto 2022).

Confrontada com os dados recolhidos das raparigas entrevistadas, Rute concordou que as raparigas que migraram para os centros com os familiares, como tias, mães e avós, são mais relutantes em aderir aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, uma vez que estas e as suas encarregadas de educação, tendem a contra-indicar as consultas nos centros de saúde e aconselham a optar por métodos tradicionais. Para Rute, a geração nascida antes da década de 90 é que tem sido a principal barreira para as adolescentes aderirem às consultas dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. A entrevistada acrescentou que com a pandemia tudo piorou, as pessoas ganharam ainda mais motivos para descredibilizar os centros de saúde.

Rute contou-nos que esta tendência tem vindo a mudar gradativamente, muito por conta da criação dos conselheiros comunitários associados às unidades sanitárias que têm a responsabilidade de organizar palestras sobre assuntos de saúde, focadas principalmente em mulheres.

5.2 O Olhar dos gestores e administradores locais

Os centros de acomodação foram criados em lugares considerados estratégicos pelo governo moçambicano e seus parceiros, tendo em vista a inclusão social dos acolhidos. O principal objectivo dos centros é o de fornecer condições de acomodação temporária ou de fornecer condições para que as pessoas possam recomeçar as suas vidas ali naquele novo espaço a elas cedido. Para isso, foram criadas estruturas básicas de educação, lazer e saúde, sendo esta última o objecto neste capítulo.

Nos últimos anos, os centros de saúde de Metuge, Chiure e Montepuez foram readaptados e requalificados para aumentar suas capacidades de receber e albergar mais pacientes. Fora esses avanços, nos centros de acolhimento foram criados centros menores que, entre outras funções, fornecem ajuda em assistência social, tratamento e acompanhamento em saúde.

5.2.1 Confiabilidade vs respeito ao pudor e à intimidade do paciente

A ética antropológica destaca o valor de proteger os informantes de possíveis represálias ou aspectos negativos decorrentes da pesquisa. Outrossim, CAPLAN (2003) e GILL (2003) apresentam discussões úteis sobre questões éticas na antropologia. Baseado nestas doutrinas, o nosso trabalho não traz elementos que concorram contra os princípios éticos, deixando de lado entrevistas com médicos, enfermeiros e técnicos de saúde, mas dada a necessidade de aprofundar os dados à volta do hospital trouxemos entrevista com o director de um dos centros de saúde localizados no centro de acomodação, de Montepuez.

Inaugurado no dia 23 de Março de 2022, o Centro de Saúde de Montepuez é mais um da recente leva de centros de saúde construídos em Cabo Delgado em resposta ao crescente fluxo de migração como consequência dos desastres e efeitos do terrorismo que assolam a província.

O director do Centro de Saúde de Montepuez afirmou que o atendimento a casos relacionados à saúde sexual e reprodutiva são encarados com bastante delicadeza. Por estar relativamente afastado dos centros de acomodação as pessoas tendem a afluir bastante àquele centro e, por isso, ele orienta a sua equipe a manter sempre a discrição/sigilo.

> Aliás, o sigilo profissional em saúde refere às informações recebidas da paciente durante a assistência médica como cumprimento de um direito dessa paciente, bem como da sua protecção. Embora tido como um dos mais tradicionais preceitos morais da assistência em saúde, o sigilo ainda é um dos princípios menos respeitados, facto particularmente preocupante em épocas de intensa exposição da intimidade como os tempos actuais. De outro lado, a garantia da confidencialidade, além de estimular o vínculo profissional-paciente, pode favorecer a adesão ao tratamento e a tomada de decisões mais autónomas, ao assegurar a paciente a não exposição de circunstâncias da sua vida pessoal (sexual) que possam ensejar julgamentos que ela deseja evitar, mesmo aos entes mais próximos (VILLAS-BÔAS, 2015, p. 10).

Perguntado sobre o perfil de pacientes do sexo feminino que procuravam os serviços de saúde sexual e reprodutiva, o director afirmou que não podia avançar muitos dados pelo sigilo profissional que caracteriza a sua profissão, tendo esclarecido, apenas que as mulheres que procuram estes serviços estão na faixa entre os 20 e 25 anos de idade.

Para o director, por mais que exista uma boa afluência na área de saúde sexual e reprodutiva, a medicina geral é a que tem tido maior procura para consultas externas

relacionadas à malaria e diarreias. Confrontado com o facto de que muitas raparigas residentes nos centros de acomodação e zonas circunvizinhas não procuram assistência em matéria de saúde sexual e reprodutiva, o director afirmou que isso é muito por culpa dos costumes sociais da região, uma vez que por tradição, as senhoras é que tratam essas questões, mesmo antes do advento do terrorismo e da pandemia. O director acrescentou que muitas só procuram ajuda quando a situação é realmente grave como infecções severas e gravidez de risco.

O centro fornece ajuda médica e medicamentosa para diversos males. A saúde sexual e reprodutiva, apesar de não ser uma das mais procuradas, é um dos problemas a que o centro de saúde dá mais atenção, através de campanhas de testagem ao HIV, abortos controlados e serviços de planeamento familiar.

5.3 Autoridades Locais

As autoridades locais desempenham um papel fundamental no controlo e administração de zonas de risco, através da coordenação de actividades com os órgãos do Estado. Essas autoridades têm a peculiaridade de estarem muito próximas aos cidadãos e, geralmente, possuem um alto grau de confiança da comunidade, facilitando o trabalho do governo naquelas regiões.

Por serem cargos que exijam pouca ou nenhuma burocracia, eles têm maior margem para desenvolver laços e coordenar medidas da sociedade para a sociedade. Este facto confere-lhes muita praticidade em momentos de crise, como o terrorismo, por exemplo. São profissionais capacitados para instruir a população sobre as melhores rotas de fuga em coordenação com autoridades, como as Forças de Defesa de Moçambique ou a Polícia da República de Moçambique.

Actualmente, em Cabo Delgado têm sido criado ainda mais assentos destinados às autoridades locais, sendo que a mais recente e mais importante para este estudo é o de conselheiros comunitários que desenvolvem palestras junto dos afectados pelo terrorismo, Ciclone Kenneth e pela pandemia da COVID-19, colhendo sensibilidades e implementando um rastreamento de actividades nocivas, como a distribuição de drogas, abusos sexuais, uniões prematuras e outros. Estes profissionais trabalham em colaboração com as entidades de saúde para fornecer, entre outras informações, aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva.



Fig. 10: Após a conversa com o Administrador do Distrito de Mecúfi (foto tirada pelo autor, 2022).

5.3.1 Depoimento do Chefe do Círculo

Pelo que foi dito pelas autoridades locais, círculo é essencialmente uma subunidade administrativa criada para levar órgãos de extinção de conflitos, de policiamento, de segurança, de aconselhamento e de saúde para mais próximo dos cidadãos em zonas de difícil acesso. Os círculos têm autoridades como líder local, chefes de quarteirões, chefes de 10 casas, polícia comunitária, polícia civil, entre outros.

Este conceito é aplicado em várias partes do país, com as devidas adaptações. O líder do círculo da região do interior de Mecúfi disse que era responsável por coordenar as actividades de todo o pessoal sob a sua jurisdição, bem como fornecer informações solicitadas pelos órgãos do Estado como a polícia, o governo distrital e as forças armadas. Ele fez perceber que está ciente dos problemas relacionados com a saúde sexual e reprodutiva, mas que, infelizmente, o círculo não possuía um sector dedicado à saúde sexual e reprodutiva, limitando-se a encaminhar, estes casos, a centros de saúde com estrutura para tal, como o de Namueto. Casos de testagem de HIV e planeamento familiar são feitos na maternidade e aí mesmo oferecem alguns serviços básicos de aconselhamento e acompanhamento, mas, a maior parte dos casos é relacionado ao HIV e SIDA.

Este círculo é um dos mais equipados da região, em questões médicas sendo superado apenas pelos centros médicos e hospitais. Além de testagem do HIV é possível fazer planeamento familiar naquele local, embora muitas raparigas optem por não o fazer por receio, conforme explicou o líder do círculo em referência.

5.3.2 Testemunho da Supervisora dos Conselheiros Comunitários

Vinte e dois anos de idade, natural de Macomia, uma das zonas mais afectadas pelo terrorismo, a supervisora dos Conselheiros Comunitários tem enorme bagagem, uma vez que presenciou actos bárbaros perpetrados pelos terroristas desde 2017, com 17 anos na altura. Importa realçar que é do distrito de Macomia, donde vem a maior parte dos deslocados pelo terrorismo. As pessoas deslocadas foram afectadas psicologicamente, pois, na altura actos de vandalismo e roubo foram os menores dos problemas, e actos como decapitações públicas e estupros colectivos levaram muitos à decadência emocional.

Todavia, a maioria das pessoas que conseguiu retirar-se de tais zonas encontra-se hoje com a vida reconstruída, como é o caso da supervisora dos conselheiros comunitários. É óbvio que a prometida bonança tarda e nunca chegue, mas não só disso vivem as pessoas, elas vivem do desejo de contribuir na criação de um futuro melhor e se não o poderem usufruir, a geração futura o fará.

Como muitos, a supervisora dos conselheiros comunitários de Pemba conseguiu terminar a 12ª classe e hoje clama pelo incremento de faculdades públicas na região para que possam dar continuidade aos seus estudos. Ela exerce o cargo há pouco mais de dois anos e afirma que aspectos ligados à saúde sexual e reprodutiva é ao que ela tem dado mais atenção durante o seu mandato. Para a entrevistada, o foco dado à saúde sexual e reprodutiva nas palestras organizadas e/ou ministradas por ela e sua equipe permitem que as mulheres tenham noção de quão importante é cuidar-se e planear o futuro com calma, pois, segundo a mesma, não são raros os casos de mulheres abandonadas à sua sorte, com filhos, sendo que muitas sequer completam a maioridade civil.

Confrontada com os dados obtidos pelas raparigas entrevistadas, a conselheira argumentou que o problema de total desinteresse pela saúde sexual e reprodutiva apresentado pelas raparigas é causado por um falso julgamento das autoridades de saúde que pensam que as raparigas não praticam sexo, mas argumentou que o seu grupo vem

tentando mudar este cenário, existem ganhos consideráveis desse esforço, já que os debates são feitos de jovens para jovens e um conhece e entende os problemas do outro.

Outro dado avançado pela entrevistada que levantou um alarde no pesquisador foi o facto de que com o advento do terrorismo, muitas mulheres foram estupradas e violadas e, como consequência disso, muitas acabaram normalizando o sexo ocasional, o que se traduz em muitos casos de infecções por HIV e SIDA, gravidez indesejada, DTS e outros. Isso se complicou ainda mais com o Ciclone Kenneth e com a pandemia, já que com os olhares voltados para equipar os hospitais para receber vítimas do ciclone e para colmatar os casos da COVID-19, essas mulheres acabaram ficando ainda mais desamparadas.

6. Considerações Finais

O estudo sobre o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da rapariga foi realizado em Cabo Delgado, nos bairros de acolhimentos em Pemba e Mecúfi e nos centros de acomodação nos distritos de Metuge, Chiure e Montepuez que se consideravam zonas mais seguras e acolheram o maior número de deslocados, vítimas dos ataques terroristas e do ciclone Kenneth.

As raparigas são um grupo de população que têm menos acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. As raparigas não têm uma cultura de visita ao centro de saúde quando estão doentes, elas possuem ainda menos acesso a cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Em geral, as raparigas têm pouca informação sobre os autocuidados, reconhecimento corporal, mudanças físicas, métodos de prevenção de doenças e ITS.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a População (2022, p. 4), "em Cabo Delgado, apenas uma em cada cinco raparigas casadas ou em união de facto usa contraceptivos, a província de Cabo Delgado tem a maior taxa de gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos (24%)". Neste estudo, foram colectadas e analisadas 50 entrevistas nas escolas, nos centros de reassentamento e com líderes locais.

A oposição religiosa e moralidades limitam o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva para as raparigas, criando as barreiras de uso de anticoncepcionais que se julga ter efeitos colaterais.

De forma geral o estudo buscou compreender as experiências das raparigas face aos desafios do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva em contextos de emergências em Cabo Delgado, e especificamente: i) identificar os impactos do Ciclone Kenneth, Terrorismo e COVID-19 nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva das raparigas; ii) descrever os principais problemas de SSR enfrentados pelas raparigas referentes à educação, estigmatização e hierarquização de valores sociais; iii) Explorar a disponibilidade do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva da rapariga nas áreas de reassentamento; e iv) Analisar as formas usadas pelas raparigas para lidar com os problemas de SSR em situação de emergência.

Os desastres humanitários e climáticos acentuados na província de Cabo Delgado impactaram no acesso aos serviços de saúde naquela região. Em Moçambique, a província

de Cabo Delgado é reconhecida como a que severamente foi afectada por sucessivos ou combinados casos de emergência: Terrorismo, COVID-19 e Ciclone Kenneth.

Esta dissertação empregou a etnografia, por meio de entrevistas e observações para compreender os principais desafios do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva enfrentados pelas raparigas em situação de emergência na província de Cabo Delgado, e, alinhados com a literatura, analisou como a educação sexual impacta nas escolhas que as raparigas fazem para lidar em situação de crises no país.

Estudos como este perpassarão gerações, mas, espero que daqui a pouco tempo estes problemas se tornem arcaicos ou ultrapassados. Espero que em pouco tempo a discussão não seja sobre o acesso à saúde sexual e reprodutiva, ao invés disso, que seja discutida a qualidade da oferta desses serviços ou de planos de expansão para todo o país.

O sonho por um Moçambique melhor leva-me a ter um olhar promissor, mas como pesquisador-observador sinto-me obrigado e responsável por não deixar que as minhas expectativas interfiram no resultado da pesquisa. Assim, por mais que eu queira dizer que as coisas tendem a melhorar ou que poderiam estar piores, a tristeza expressa pelos desabrigados em Cabo Delgado obriga-me a levar a realidade nua e crua para o debate académico e antropológico-social, para que se chame atenção e se evidencie, que enquanto alguns festejam, outros tantos não têm nem com o que se agasalhar em dias de frio, fora os problemas de habitação, alimentação e, claro, saúde.

A província de Cabo Delgado é uma das maiores do país, comporta entre a sua população, um enorme grupo étnico rico em cultura, possuí praias exuberantes usadas como cartaz de grande pérola do Índico, seria de se esperar que esta área recebesse uma maior atenção por parte do governo, visto que é da sua alçada garantir o princípio constitucional que prevê um Moçambique uno e indivisível. O problema é que a organização política em Moçambique, durante muito tempo não se presou pela autodeterminação dos povos e deu pouca ou nenhuma liberdade administrativa para as regiões de administração local, como as províncias e distritos, concentrando o poder a nível central, por um lado, isto possibilitou manter o país coeso após a independência, num período marcado por disputas com as duas ex-Rodésia do Sul e do Norte (actual África do Sul e Zâmbia, respectivamente). Por outro lado, isso criou problemas associados ao sentimento de pertença para o povo nortenho, a capital lhes parece mais distante do que efectivamente é, quer por falta de infraestruturas, quer por falta de representação governativa. Países

como o Chile ou a África do Sul, que possuem uma geografia parecida com a nossa, optam por distribuir os centros de governação entre as províncias, para que todo o país se veja representado por estes órgãos, isto pode ser feito através da criação de capitais especificas para cada poder, sendo, por exemplo, a sede do poder legislativo a zona norte, do poder judiciário a zona centro e do administrativo a zona sul; outrossim, poderia se dividir em ministérios de acordo com as potencialidades de cada província, sendo que o Ministério da Agricultura poderia estar sediado na província de Niassa, o do Turismo em Inhambane, e assim por diante conforme potencialidades de cada província. Essa organização permitiria que os moçambicanos tivessem mais intercâmbio de trabalho, atendendo que as pessoas não seriam obrigadas a trabalhar essencialmente onde nasceram e foram educadas, isso integraria, não só, as pessoas mas também as línguas, costumes e tradições de todo o país.

A descrição das entrevistas e observações em campo, tornam-se exigível o exercício mental em que se imagina o que esperar daquelas pessoas daqui a cinco ou dez anos. Mais do que abrigar, o governo e os seus parceiros poderiam cogitar a ideia de reintegrá-las para que as que desejarem possam reiniciar as suas vidas. Mais do que alimentar, há que expandir infraestruturas básicas como escolas e hospitais, centros de recreação e aprendizagem, assim como, parques e museus. Isto ajudaria a incentivar a aprendizagem e a promover emprego, algo crucial em momentos de crise.

Pelo que foi possível analisar, conclui-se que, para além dos problemas relacionados à falta de quase tudo, os alojamentos não fornecem esperanças de um futuro melhor, as pessoas encontram-se desesperadas, não era de se esperar menos, visto que não se abrem possibilidades de autodeterminação. Um dos anciãos que vivem nas zonas circunvizinhas da zona de reassentamento disse-me algo que me colocou a pensar bastante sobre como as pessoas passam os seus dias naquele lugar.

Com imenso pesar ele disse em língua local que "é difícil para um pai que sempre manteve a sua família ter que dizer a seus filhos que não sabe o que irão comer nos dias seguintes porque tem que esperar que o governo distribua migalhas". Nas palavras dele, actos como furtos, pequenos assaltos e outros delitos menores são justificáveis, quando realizados para "um bem maior" que, segundo o mesmo, seria para alimentar a si próprio e aqueles que se ama.

Relatos como estes parecem simplórios, confundem-se facilmente com dizeres de mais um velho que vive distante da modernidade, quiçá outros iriam mais além e afirmariam que este idoso vive desconexo da realidade e que o que ele fala serve apenas como "conversa para boi dormir"; a estes eu responderia, quem me dera!, quem me dera que suas palavras fossem verdades e que as verdades constatadas não passassem de inverdades, não passassem de um surto colectivo ou de algo inflamado pela mídia, quem me dera que o senso comum estivesse certo e lá não se encontrassem famílias inteiras despedaçadas.

Infelizmente, a realidade consegue ser mais assustadora que a história de terror arquitectada na mente mais maquiavélica existente no mundo, os relatos daquele senhor ganham proporções alarmantes quando olhados como um todo, aquelas simples palavras retratam sentimentos compartilhados por todo um povo, se as crianças podem roubar para comer, o que será dos seus pais, quem garante que esse pai não é o mesmo que age como terrorista saqueando vilas, quem garante que a mãe desse garoto não é a mesma que nos finais de semana e feriados fica nas ruas de Pemba vendendo prazeres para os homens. Partindo desse simples pressuposto, foi possível observar que os desdobramentos dessa história muitas vezes assumem proporções alarmantes e engana-se quem pensa que isso é característico apenas dessa pesquisa, pois conforme relata o professor HEILBORN (2006), as sociedades são organismos vivos, as pessoas dessa sociedade seriam como as células que assumem diferentes funções para manter os organismos vivos e, por mais que estas células se possam multiplicar, o número de multiplicações é finito. Assim também o somos enquanto humanos viventes em sociedade e, por isso, temos que começar a pensar seriamente a longo prazo, buscando incutir em nossas mentes que está nas mãos de cada um auxiliar na construção de um futuro melhor para que as gerações futuras se preocupem com os seus problemas e não com os nossos, isso passa inevitavelmente por criar melhores condições para que todos possam alcançar a melhor versão deles mesmos.

Estudos em áreas de saúde são geralmente demorados, as conclusões destas pesquisas tendem a ser geralmente ambíguas com bastante margem de questionamento, vide, por exemplo, as vacinas da COVID-19, muitas estavam prontas apenas duas semanas depois que o vírus do SarsCov 2 teve o seu genoma sequenciado, mas, mesmo assim, o uso efectivo destas vacinas começou pelo menos após 7 meses de testes que, entre outras coisas, certificaram que o aumento da invulnerabilidade não passava de um efeito placebo (WOJNAR, 2020). O problema da incerteza e demora em áreas relacionadas à saúde

humana está relacionado a uma série de factores que variam desde, a sensibilidade da área, até às questões éticas e, por isso é difícil bater o martelo e distinguir o certo do errado. Essa dificuldade transcende estudos específicos de cada área, o tema em debate não é excepção, é, ao invés disso, algo que evidencia a fragilidade no sistema social no país.

As raparigas são o grupo social mais vulnerável em Moçambique. Factores culturais, educacionais e sociais explicam essa tendência, pelo menos em parte. O mais preocupante é que abusos a essas pessoas ocorrem um pouco por todo o país, principalmente em zonas rurais. Não são raros os casos de estupros, casamentos infantis, assédio e outros, muitos desses casos são praticados em conivência com os pais dessas menores. Se em zonas razoavelmente estáveis, casos do género estão longe de ser novidade, o que esperar das zonas em que as pessoas se encontrem ainda mais desfavorecidas como nos centros de reassentamento; de antemão vale afirmar que a situação é pior do que se imagina.

O relato dos entrevistados possui uma constante imutável, o facto de que questões relacionadas à sexualidade não são tabus para aquelas pessoas. Isso pode parecer algo bom, visto que assim estariam em melhores condições de conversarem abertamente sobre questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e, através disso, as autoridades de saúde teriam um maior campo de actuação no seio dessas pessoas. Infelizmente este é apenas um cenário ideal, a realidade é bem diferente.

As pessoas mostraram ignorância no que se refere à importância de consultas hospitalares para diagnóstico e tratamento de problemas relacionadas a doenças sexualmente transmissíveis por exemplo. As raparigas compartilhavam também o facto de que todas perderam a sua virgindade muito cedo, relatos obtidos no terreno mostraram que até mulheres muito novas já tinham praticado ou praticam sexo com relativa frequência, incentivadas ou influenciadas por seus familiares, que enxergam isto como forma de prestígio e/ou aprendizagem para uma relação conjugal futura.

Por mais que tentemos criar padrões, vale ressaltar que cada caso deve ser visto separadamente, sob o risco de incorrer no erro de generalizar ou estereotipar as pessoas, ao invés disso pretende-se dizer que as raparigas entrevistadas apresentaram um olhar irreal da sua situação, talvez isso se explique pelo facto de serem novas e não terem a real noção dos seus actos. Algo que corrobora este ponto são os relatos de mulheres com uma

idade superior que mostraram ter melhor domínio de conhecimentos básicos sobre a importância da saúde sexual e reprodutiva.

Várias entrevistadas passaram a ouvir falar sobre saúde sexual e reprodutiva muito recentemente. Levará tempo até que se habituem e deixem de problematizar algo que está longe de ser um problema, mas, para isso, os trabalhos de sensibilização não se podem centrar exclusivamente nas mulheres tidas como alvo, devem abranger todas as camadas da sociedade, porque as pessoas pouco se importam com questões de planeamento.

Por exemplo, os maridos e familiares não vêem essa prática com bons olhos, muitos desencorajam as mulheres casadas a fazê-lo, alegando que não é da sua competência decidir essas questões e que interromper o ciclo menstrual faz a mulher incorrer em supostas maldições. Este pensamento está tão enraizado que uma mulher com quem falámos está com um implante há sensivelmente seis meses, segundo ela a ideia de poder precaver-se de gravidezes indesejadas até que é boa, porém, argumenta que ficou muito tempo sem menstruar e isso atrapalhou muito a vida pessoal e conjugal. Se já é difícil para essas pessoas, o que diremos das raparigas que vivem sempre à mercê de comentários e olhares atentos da sociedade.

Um dado importante é que por conta do medo do julgamento social muitas mulheres optam por fazer viagens longas para efeitos de aborto e tratamentos de infecções vaginais e escoriações causadas por sexo abusivo. Um dos médicos com quem conversámos numa das unidades sanitárias recém-inauguradas da região, declarou que esses centros quase não têm afluência para atender esses serviços e, por conta disso, esses serviços estão quase extintos, o pessoal responsável por estas áreas é com frequência deslocado para vilas maiores como Montepuez e Pemba, e lá muitas pessoas nas consultas são oriundas de zonas com unidades sanitárias que oferecem este serviço.

Neste aspecto, uma das nossas entrevistadas revelou que ninguém ali quer ser vista abortando, sendo que ela mesma já havia abortado uma vez e, para fazê-lo, recorreu a tratamentos tradicionais, não resultando, foi ao hospital de Pemba com o seu parceiro que tinha um "médico amigo" que lhes concedeu um grau a mais de sigilo.

Os centros de acolhimento são átrios perfeitos para homens pervertidos que ao seu bel-prazer aliciam jovens e crianças para manterem relações sexuais em troca de dinheiro e alimento, não é à toa que vários médicos com quem conversámos testificaram que existem muitos casos de violações e poucos vão à consulta ou denunciam tais monstros e, assim,

vai-se normalizando esta prática abominável que mina a saúde e o desenvolvimento psicológico e social de muitas raparigas residentes nos centros de acolhimento e nas zonas afins.

Conclui-se, assim, que os serviços de saúde sexual e reprodutiva são uma das prioridades do governo moçambicano em zonas de crise em Cabo Delgado, mesmo que estes serviços só passaram a estar disponíveis nos últimos tempos, a oferta é satisfatória e, seguindo este ritmo e levando em conta os planos futuros, podemos afirmar, com relativa certeza, que a expansão desses serviços é apenas uma questão de tempo.

O esforço agora deve ser direccionado à divulgação e sensibilização, deve-se mostrar à população a importância desses serviços, isso deve ser feito visando a população como um todo e não só nos grupos prioritários. Outro problema constatado está relacionado à vulnerabilidade da rapariga e, por isso, devia-se também priorizar a criação de centros culturais e recreativos, além da construção de mais e melhores escolas para que as raparigas se mantenham distantes de predadores a quem vendem a sua infância.

Referências Bibliográficas

ABEL-SMITH. B. & LEISERSON, A. "*Pobreza, desarrolo y política de salud".* Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS Cuad. Salud, publ., 69), 1978.

ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs). "Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras". Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

BAGNOL, B. & MARIANO, E. Género, Sexualidade e Práticas Vaginais. Maputo: DAA/FLCS/UEM, 2011.

BAROT, M. Percepções e práticas de biossegurança e controle de doenças de pequenos criadores de porcos vietnamitas. [Dissertação de Mestrado em Ciências Veterinárias], Sydney: Universidade de Sydney, 2017.

BEARINGER, L., RENEE, S., JANE, F. & VINIT S. Perspectivas globais sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: padrões, prevenções e potencialidades, Londres: The Lacent, 2007.

BERGLAS, N. Engajando Perspectivas Juvenis sobre Direitos Sexuais e Igualdade de Gênero em Relacionamentos Íntimos como uma Fundação para Educação Sexual Baseada em Direitos. *Sexuality Research and Social Policy*, 11: 288-298, 2014.

BOYER-DAVIS, S. The relationship between technology stress and leadership style: An empirical investigation. *Journal of Business and Educational Leadership,* 8(1): 48-65, 2018.

BRAGA, C. Machamba não é trabalho!" HIV/SIDA e a Produção Agrícola no centro de Moçambique. *Revista Estudos Feministas, Florianópolis,* 27(3): e67175, 2019.

BRAUN, V. & KITZINGER, C. "Snatch," "Hole," or "Honey-pot"? Semantic categories and the problem of nonspecificity in female genital slang. *Journal of Sex Research,* 38: 146-158, 2001.

CARPENTER, D. & STREUBERT, H. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 4ª ed. Barcelona: Gedisa, 1998.

CARVALHO, J. *Introdução a Alguns Conceitos Básicos e Métodos em Demografia*. 2ª ed. São Paulo: ABEP, 1994.

CARVALHO, J. *Metodologia de Investigação de Trabalhos Científicos: Saber-Fazer da investigação para dissertações de Teses.* 2ª Ed. Editora. Lisboa: Ed. Escolar, 2009.

CHANON, V. et al. Viés de atenção em direção a dicas de cigarro para fumantes activos. *Psychopharmacology*, 212: 309-320, 2010.

CHAPMAN, R. *Risking Reproduction in Central Mozambique*, Nashville, Venderbilt University Press, 2010.

DAMAVANDI, A. DOWRAN, R. AL SHARIF, S. KASHANCHI, F. & JAFARI, R. (2022). Molecular variants of SARS-CoV-2: antigenic properties and current vaccine efficacy. *Medical Microbiology and Immunology*, 211(2-3): 79–103, 2022.

DOUGLAS, E. Autoemprego como uma escolha de carreira: atitudes, intenções empreendedoras e maximização de utilidade. *Teoria e Prática do Empreendedorismo*, 26: 81-90, 2002.

Engender Health and International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). Sexual and reproductive health for HIV-positive women and adolescent girls: Manual for trainers and programme managers. New York and London: EngenderHealth; ICW, 2006.

ERIKSSON, E. Empoderamento das Mulheres e suas Ligações ao Desenvolvimento Sustentável: Análise em Profundidade. Direção-Geral de Políticas Internas, Departamento de Políticas C: Direitos dos Cidadãos e Assuntos Constitucionais; Direitos das Mulheres e Igualdade de Gênero, Bruxelas: Parlamento Europeu; Direção-Geral de Políticas Internas, 2016.

FARMER, P. *Pathologies of Power: Health, human rights, and the new war on the poor.* Berkeley: University of California Press, 2005.

FERGUSON, D. Violent Video Games and Aggression Causal Relationship or Byproduct of Family Violence and Intrinsic Violence Motivation? *Criminal Justice and Behavior*, 35: 311-332, 2008.

FINE, M. (1988). Sexualidade, escolaridade e adolescentes do sexo feminino: O discurso ausente do desejo. *Harvard Educational Review.* v. 58, n. 1, p. 29-53, 1988.

GEERTZ, C. *A interpretação das Culturas.* Oeiras: Celta Editores, 1991.

GERHARDT, E. & SILVEIRA, T. *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

GoK – Government of Kenya *Adolescent Reproductive Health Development Policy. National Council for Population and Development (NCPD)*; Division of Ministry of Planning Reproductive Health & National Development, Ministry Of Health. Nairobi: Ministry of Planning and National Development; Ministry of Health, 2003.

GREGOR, T. *Anxious Pleasures: The sexual lives of an Amazonian people.* Chicago: Chicago University Press, 1995.

GUNE, E. et al. Contribuição da Antropologia para a saúde Pública: Um enfoque nos programas de maternidade segura, HIV e SIDA. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane/FLCS/DAA, 2010.

HABERLAND, N. & ROGOW, D. Educação em sexualidade: tendências emergentes em evidências e práticas. *Journal of Adolescent Health*, 56: S15-S21, 2015.

HARDEE, K., et al. Voluntary, Human Rights—Based Family Planning: A Conceptual Framework. *Studies in Family Planning*, 45(1): 1–18, 2014.

WHO. Health emergency and disaster risk management framework. Genebra: World Health Organization, 2019.

HEILBORN, M. "Iniciação à Sexualidade: Modos de Socialização, Interações de Género e Trajetórias Individuais In: HEILBORN, M. et al. (Orgs). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros.* Rio de Janeiro: Garamond/FIOCRUZ, 2006.

HOCK-LONG, L. HERCEG-BARON, R. CASSIDY, A. M. & WHITTAKER, P. G. Access to adolescent reproductive health services: Financial and structural barriers to care. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. New York: Guttmacher Institute, v. 35, n. 3, p. 144-147, 2003.

International Medical Advisory Panel Declaração do IMAP sobre educação sexual abrangente para adolescentes em contextos humanitários prolongados. Londres: IPPF, 2018.

Jornal NGANI. Edição de 04 de julho de 2022.

KAMAU, A. Factors Influencing Access and Utilization of Reproductive Health Services by Adolescents in Kenya: A Case Study of Murang'a District. [Tese de doutoramento em Saúde Pública]. Alemanha: Universidade de Bielefeld, 2006.

KATZ, K. & NARE, C. Reproductive Health Knowledge and Use of Services among Young Adults in Dakar, Senegal. Journal of Biosocial Science, v. 34, n. 2, p. 215-231, 2002.

KNCHR, V. A Report of the Public Inquiry into Violations of Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya; Realizing Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya: A myth or reality?, Nairobi: KNCHR, 2012.

KUKURA, E. "Obstetric violence". The Georgetown Law Journal, 106(721), v. 106, n. 3, p. 721-801, 2, 2018.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. *Técnicas de Pesquisa*. 6ª Edição (Revista Ampliada). São Paulo: Atlas, 2006.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. *Técnicas de Pesquisa*. 5ª Edição. São Paulo: Atlas, 2009.

LEAH, N. *Access to sexual and reproductive health care services by adolescent girls aged 15-19 years among pastoral communities in Narok county, Kenya*. Narok: Public Health Of Kenyatta University, 2015.

LEAL, F. A importância do lúdico na Educação Infantil. Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos: Piauí, 2011.

LORDE, A. "The Master's Tools Will Never Dismantle the Master's House". Sister Outsider: Essays and Speeches. Berkeley, CA: Crossing Press, 1984.

LOURO, G. “Gênero, sexualidade e educação”. Guacira Lopes Louro - Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MAGADI, M. Poor Pregnancy Outcomes among Adolescent in South Nyanza Region of Kenyan. *African Journal of Reproductive Health*, 10: 26-38, 2006.

MANDERSON, L. & LEVINE, S. “COVID-19, Risk, Fear, and Fall-out”. Medical Anthropology, v. 39, n. 5, p. 367-370, 2020.

MARCUS, G. Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24: 95–117, 1995.

MARIANO, E. A construção do corpo feminino na compreensão do conceito de género. In: *Género e Direitos Humanos em Moçambique*. Nair Teles e Eugênio José Bras (Org). CIEDIMA: Maputo, 2010.

_____. The "Unsaying" of Reproductive Affliction in Mozambique Witchcraft and Local Reproductive Knowledge. *The Oriental Anthropologist: A Bi-annual International Journal of the Science of Man*, 16(10), v. 16, n. 2, p. 303-320, 2016.

_____. The "Unsaying" of Reproductive Affliction in Mozambique Witchcraft and Local Reproductive Knowledge. *The Oriental Anthropologist A Bi-annual International Journal of the Science of Man,* December 2016 DOI: 10.1177/0976343020160207, 2017.

MATSINHE, C. *Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en Mozambique: Un análisis de la cultura organizacional y los obstáculos institucionales. In: Vista. Mujer, sida y acceso a la salud en Africa subsahariana: enfoque desde las ciencias sociales.* Barcelona: Gráficas Luis S. L, 2007.

MILLMAN, M. *Acess to health care in America*. Washington, DC: National Academy Press, 1993.

Ministério da Saúde (MISAU)/Moçambique, Instituto Nacional de Estatística (INE)/Moçambique, e ICF Internacional. *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo: MISAU/Moçambique, INE, e ICF, 2018.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens Referências na promoção, proteção e recuperação da saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MOYA, C.. *Improving Youth's Access to Contraception in Latin America*. Washington, DC: Advocates for Youth, 2011.

MTURI, A. J. & MONIQUE, M. H.. Perceptions of Sex Education for Young People in Lesotho. *Culture, Health & Sexuality*, 7(2): 129–143, 2005.

MURPHY, M.. *COVID-19 e ELearning de Emergência: Consequências da Securitização do Ensino Superior para a Pedagogia Pós-Pandemia*, 2020.

MUTEMBA, H.*Popularização da Segurança*. Maputo: ISRI, 2019.

NCAPD. *Protecting the Reproductive Health of Young People – An Investment in Kenya's Future Policy Brief* No. 11 April 2010; A publication of the National Coordinating Agency for Population & Development, Nairobi: NCAPD, 2019.

NDUBA, J. et al. *Saúde reprodutiva em comunidades nômades: desafios da cultura e da escolha. Intercâmbio sobre HIV e AIDS, Sexualidade e Gênero.* Amesterdão: KIT Royal Tropical Institute, n. 1, p. 10-12, 2011.

NGADE, I. "Ethnomedicinal Practices and Behavioral Changes During Deadly Disease Outbreaks: A Commentary and Lesson from Cameroon". *Science, Medicine, and Anthropology*, pp. 1-9, 2020.

OMS. A saúde sexual e reprodutiva de jovens adolescentes em países em desenvolvimento: revisando as evidências, identificando lacunas de pesquisa e movendo a agenda. Relatório de uma consulta técnica da OMS. Genebra: OMS, novembro de 2010.

OMS. *Determinantes sociais da saúde sexual e reprodutiva; Informar pesquisas fucturas e implementação do programa, Geneva: WHO,* 2010.

OMS. *Promover e salvaguardar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Resumo da Política 4. Implementação da Estratégia Global de Saúde.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2016.

OZELLA, S. “Adolescência: uma perspectiva crítica”. In: CONTINI, M. L. J. (Coord.); KOLLER, S. H. (Org). *Adolescência e Psicologia: concepções práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2022.

PAULO, M. Jovens, Sexualidade e Educação Sexual no Bairro de Mafalala, Cidade de Maputo, Moçambique. Maputo: Imprensa Universitária, 2005.

PERRIN, K. & DEJOY, S. Abstinence-Only Education: How We Got Here and Where Were Going. *Journal of Public Health Policy*, v. 24, n. 3/4, p. 445-459, 2003.

PFEIFFER, J. & NICHTER, M. What can critical medical anthropology contribute to global health? A health systems perspective. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 410–415, 2008.

RALPH, L. J. & BRINDIS, C. D. Access to reproductive healthcare for adolescents: establishing healthy behaviors at a critical juncture in the life course. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. v. 22, n. 5, p. 369-374, 2010.

RAMEZ, L. PRADA, E. SINGH, S. BIXBY, L. & BANKOLE, A. *Ensuring a Healthier Tomorrow in Central America: Protecting the Sexual and Reproductive Health of Today's Youth*. New York: Guttmacher Institute, 2008.

REIS, A. et al. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de COVID-19: implicações para o controle no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 44, n. esp. 4, p. 324-340, 2020.

REKDAL, O. Cross-Cultural Healing in East African Ethnography. Medical *Anthropology Quarterly, American Anthropological Association*, v. 13, n. 4, p. 458-482, 1999.

RIBERA, J. & HAUSMANN-MUELA, S. “The Straw That Breaks the Camel's Back Redirecting Health-Seeking Behavior Studies on Malaria and Vulnerability”. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 25, n. 1, p. 103-130, 2010.

Rockville, A. The spectrum of barriers to and facilitators of research utilization in Iranian nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 2194-2202, 2013.

ROXO, U.; MOBULA, M. L. & WALKER, D. et al. Priorizar a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das raparigas adolescentes e das mulheres jovens nos serviços de

tratamento e cuidados de VIH em contextos de emergência: uma agenda centrada nas raparigas. *Reprod Health* 16 (Suplemento 1): v. 16, supl. 1, art. 57, 2019.

SANCHEZ R. & CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SCHEPER-HUGHES, N. & LOCK, Margaret.The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 1, n. 1, p. 6-41, 1987.

SCHVEITZER, F. & SCHVEITZER, M. Autocuidado: A dinâmica da saúde integral. Foz do Iguaçu: Epígrafe, 2021.

SÖKEFELD, M. (2011). *Religião, Granadas e Identidades. Brigitte Al-Lenbach-Lenabach e outros (ed.) Juventude, Migração e Religião, Interdisciplinaridade Perspektiven*. Zurique/Baden-Baden: Pano/Nomos, p. 271-286, 2011.

STEPHENS, J. & LASSA, J. Sexual and reproductive health during disasters: A scoping review of the evidence. *International Journal of Disaster Risk Reduction,* 50 (101733): 2212-4209, 2020.

SULLY, E. et al. (2020). Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46: 73–76.

TADDEI, R. (2016). *Os desastres em uma perspectiva antropológica*. São Paulo: Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos/Instituto Comitas para Estudos Antropológicos.

TRAN, N. T.; TAPPIS, H. & MOON, P. et al. Autocuidado de saúde sexual e reprodutiva. em ambientes humanitários e frágeis: por onde devemos começar? Confl Saúde, v. 15, art. 22, 2021.

UNFPA. *Not by Choice, Not by Chance; Family Planning, Human Rights and Development. State of the World Population 2012.* New York: United Nations Population Fund, 2012.

UNFPA. *Motherhood in Childhood; Facing the challenge of adolescent pregnancy. State of the World's Population 2013*. New York: United Nations Population, 2013.

UNFPA. *Facts about Safe Motherhood.* New York: United Nations Population: 2017.

UNGLERT, C. et al. Acesso aos Serviços de Saúde uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

UNICEF. *Saúde Materna e Neonatal. Situação Mundial da Infância*. Maputo: UNICEF, 2009.

UNICEF. *Principais Indicadores Sociodemográficos da Província de Cabo Delgado.* Maputo: UNICEF, 2022.

UNSIDA/OMS. *Global HIV/AIDS Response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access.* Geneva: WHO; UNAIDS, 2021.

WLSA Moçambique. Mulher e lei na Africa Austral. Maputo: WLSA Moçambique, 2021.

WOJNAR, A. (2021). "Resposta a covid-19". Maputo: UNFPA Moçambique. Disponível em: https://mozambique.unfpa.org/pt/resposta-covid-19 (Acesso em: 22 de Agosto de 2026).

XINHUA. (2020). *China's CDC detects a large number of new coronaviruses in the South China seafood market in Wuhan*. Disponível em: http://www.xinhuanet.com/english/202001/27/c_138735677.htm. (Acesso em: 22 de Agosto de 2026).

Anexos

Anexo 1: **Legislação Consultada**

- Constituição da República de 2004
- Constituição da República de 2018
- Código Civil Moçambicano

Fontes Eletrónicas

Governo de Moçambique. Disponível em: <https://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Governo> Acessado em 22 de Agosto de 2026.

DW Africa. Novo Secretário de Estado, a esperança de todo um povo que descansa em Cabo Delgado. Disponível em: < "A esperança de todo um povo repousa em Cabo Delgado" > Acessado em 22 de Agosto de 2026

Lewis, David et al. Antropologia Médica Aplicada. Disponível em < https://query.libretexts.org/Idioma_Portugues/Introdu%C3%A7%C3%A3o_%C3%A0_antropologia_(OpenStax)/17%3A_Antropologia_m%C3%A9dica/17.04%3A_Teorias_e_m%C3%A9todos > Acessado em 22 de Agosto de 2026

Apêndices

Apêndice 1: **Guião de Entrevistas**

A – Legitimação

- Esta entrevista é realizada no âmbito da minha dissertação de Mestrado em Antropologia Social, especialização em Saúde, Doença e Tratamento e tem como objetivos…

- Esta entrevista é anónima, será usada apenas para fins académicos

- Podemos fazer a gravação áudio da mesma?

B – Caraterização

- Que idade tem?

- Naturalidade?

- Qual é a sua actividade? Há quantos?

C - Raparigas

1. Você pode me contar seu processo de resposta às perguntas de saúde sexual/reprodutiva que você pode ter?

2. O que você faz se surgir um problema de saúde reprodutiva?
- E se for um problema de emergência? (O que você considera uma emergência?)

3. Você pode me explicar o seu processo de pensamento quando está escolhendo a contracepção?
- Quais factores influenciam essa decisão - custo, desejos e necessidades do parceiro, como o método afecta seu corpo?
- Quais você já usou antes? Quanto tempo?
- Você experimentou algum efeito colateral (negativo ou positivo?)
- Em média você sabe quanto gasta por mês com anticoncepcionais?

4. Você já se sentiu excluído no centro de reassentamento devido a sua etnia, género, orientação sexual ou condição física?
- Especificamente, em relação às opções de saúde?

5. Os médicos/técnicos de saúde (em qualquer lugar, mas especificamente os do reassentamento) te oferecem escolhas/opções de saúde sexual e reprodutiva que são apropriados para sua etnia, género, orientação sexual?
- Você sente que seus provedores (chefes do acampamento e responsáveis dos centros de saúde) respeitam você como pessoa e suas escolhas de estilo de vida? Porquê ou porquê não?
- Você tem alguma sugestão sobre como os provedores podem ser mais inclusivos para a sua situação?

6. Você conversa abertamente com amigos sobre saúde sexual/reprodutiva? Se sim, quais tópicos você costuma discutir?

7. Você discute namoro e encontros com seus amigos íntimos, família?

8. Como você decide quando é o momento "certo" para iniciar uma relação sexual com um parceiro?

9. Você já teve uma experiência negativa ao acessar serviços de saúde sexual/reprodutiva necessidades como contracepção, aborto, aconselhamento sobre saúde sexual? (por exemplo: alguém tentando envergonhá-lo, etc.?)

10. Você já teve um parceiro que o pressionava ou controlava sexualmente?

- Como você lutou ou lidou com esse relacionamento?
- Como você percebeu que estava sendo influenciado negativamente?
- Você discute com seu parceiro testes de DST/HIV?
- Você prioriza o conhecimento do status do seu parceiro?

11. Você pode me falar sobre um relacionamento sexual bom e positivo que você tem/teve?
- Como você sabia que era saudável para vocês dois?
- Quais são algumas das características de uma relação sexual saudável e positiva para você?

C- Lideres Locais (administração distrital e lideres comunitários)

1. De que modo a situação pandémica afetou os serviços de SSR?
2. Descreve a implicação das desigualdades e da pobreza no acesso aos serviços de SSR.
3. As unidades sanitárias estavam prontas para a presente situação pandémica?
4. Comenta sobre a acção social e governamental no tocante aos direitos da saúde sexual e reprodutiva da rapariga.
5. Explica que alternativas (culturais/tradicionais) as raparigas encontram para os cuidados da saúde sexual e reprodutiva fora da unidade sanitária no período da pandemia da COVID-19.
6. Versa sobre abuso sexual e diz qual é a acção da unidade sanitária para as com as vítimas.
7. Qual é o maior impacto que a pandemia, ciclone Kennet e terrorismo teve nos serviços de saúde sexual e reprodutiva?

D – Conclusão da entrevista

- Quer colocar alguma questão?

- Deseja acrescentar mais alguma informação que não tenha sido comtemplada nesta entrevista?

- Muito obrigado pela sua colaboração!