



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA



**QUANDO CORPO, GÊNERO E SAÚDE SE ENCONTRAM: ALGUMAS
REFLEXÕES SOBRE OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DA INFERTILIDADE
FEMININA NO CONTEXTO MOÇAMBICANO**

DOURADOS - MS
2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

OBONYO MEIRELES DA GUERRA

**QUANDO CORPO, GÊNERO E SAÚDE SE ENCONTRAM: ALGUMAS
REFLEXÕES SOBRE OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DA INFERTILIDADE
FEMININA NO CONTEXTO MOÇAMBICANO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia, da Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados, para a obtenção do título de Mestre em Antropologia, na área de concentração em Antropologia Sociocultural.

Orientador: Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira

DOURADOS - MS
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

G934q Guerra, Obonyo Meireles Da
QUANDO CORPO, GÊNERO E SAÚDE SE ENCONTRAM: ALGUMAS REFLEXÕES
SOBRE OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DA INFERTILIDADE FEMININA NO
CONTEXTO MOÇAMBICANO [recurso eletrônico] / Obonyo Meireles Da Guerra. -- 2020.
Arquivo em formato pdf.

Orientador: ESMAEL ALVES DE OLIVEIRA.
Dissertação (Mestrado em Antropologia)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2020.
Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:
<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Infertilidade. 2. Gênero. 3. Medicina Tradicional. 4. Moçambique. I. Oliveira, Esmael Alves
De. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.

OBONYO MEIRELES DA GUERRA

**QUANDO CORPO, GÊNERO E SAÚDE SE ENCONTRAM: ALGUMAS
REFLEXÕES SOBRE OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DA INFERTILIDADE
FEMININA NO CONTEXTO MOÇAMBICANO**

Trabalho final apresentado à Universidade
Federal da Grande Dourados como parte das
exigências para Obtenção do título de mestre.

Dourados, 17 de julho de 2020.

BANCA AVALIADORA

Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira (PPGAnt/UFGD) – presidente da banca

Profa. Dra. Laura Cecília Lopez (PPGCS/UNISINOS) – avaliadora externa

Profa. Dr. Marcos Aurélio da Silva (PPGAS/UFMT) – avaliador externo

Prof. Dr. Mário Sá (PPGAnt/UFGD) – Avaliador interno

**DOURADOS – MS
2020**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA POR **OBONYO MEIRELES DA GUERRA**, ALUNO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU MESTRADO EM ANTROPOLOGIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO "ANTROPOLOGIA SOCIOCULTURAL".

Aos dezessete dias do mês de julho dois mil e vinte, às nove horas, em sessão pública online, conforme instrução do § 3º do Art. 1º da Portaria RTR n. 200, de 16/03/2020, realizou-se em sala virtual do Google Meet, a Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada "**Quando corpo, gênero e saúde se encontram: algumas reflexões sobre os Itinerários Terapêuticos da Infertilidade Feminina no contexto Moçambicano.**", apresentada pelo mestrando **OBONYO MEIRELES DA GUERRA**, do Programa de Pós-Graduação em ANTROPOLOGIA, à Banca Examinadora constituída pelos membros: Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira (UFGD - orientador), Prof. Dr. Mario Teixeira de Sá Junior (UFGD - membro titular), Prof.ª Dra. Laura Cecilia López (UNISINOS - membro titular) e Prof. Dr. Marcos Aurélio da Silva (UFMT - membro titular). Iniciados os trabalhos, a presidência deu a conhecer ao candidato e aos integrantes da Banca as normas a serem observadas na apresentação da Dissertação. Após o candidato ter apresentado a sua Dissertação, os componentes da Banca Examinadora fizeram suas arguições. Terminada a Defesa, a Banca Examinadora, em sessão secreta, passou aos trabalhos de julgamento, tendo sido o candidato considerado **APROVADO**, fazendo jus ao título de **MESTRE EM ANTROPOLOGIA**. Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Dourados/MS, 17 de julho de 2020.

Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira (UFGD - orientador) - Participação remota*

Prof. Dr. Mario Teixeira de Sá Junior (UFGD - membro titular) - Participação remota*

Prof.ª Dra. Laura Cecilia López (UNISINOS - membro titular) - Participação remota*

Prof. Dr. Marcos Aurélio da Silva (UFMT - membro titular) - Participação remota*

Parecer da banca: A banca reconhece a importância e o mérito do trabalho. Ressalta-se a sua contribuição tanto para o campo dos estudos de gênero e sexualidade quanto para o campo dos estudos sobre corpo e saúde, sobretudo no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos. Nesse sentido, delibera-se pela **APROVAÇÃO DO TRABALHO**. Recomenda-se, para a versão final, uma revisão ortográfico-gramatical e algumas correções pontuais no que tange a repetição de trechos e esclarecimentos, substituições e/ou supressões de categorias/termos/afirmações utilizadas e devidamente indicadas pela banca examinadora.

ATA HOMOLOGADA EM: __/__/____, PELA PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA / UFGD. (* § 3º do Art. 1º da Portaria RTR n. 200/2020)

Pró-Reitoria de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa
Assinatura e Carimbo

Aos meus pais,
Paulo Guerra M. Malicopo e Filomena Abel Meireles
E aos meus irmãos:
Angela Karina, Cremilde Ivone, Marzina e Yazalde

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGant), pela oportunidade de novos conhecimentos.

Ao CNPq à concessão da bolsa para realização desta pesquisa.

Ao Professor Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira, pela relação dialógica de amizade construída e pela satisfatória orientação acadêmica a mim disponibilizada em todas as etapas da pesquisa.

Aos professores do PPGant, pelo profissionalismo, dedicação e comprometimento com as disciplinas acadêmicas ministradas, que me serviram de embasamento teórico-metodológico na realização da pesquisa

Aos membros da banca, Prof. Dr. Mário Sá, Prof. Dra. Laura Cecília Lopez, e o Prof. Dr. Marcos Aurélio da Silva pelas significativas contribuições frente ao desenvolvimento da pesquisa.

À diretora do instituto de medicinas tradicionais (IMT) na cidade de Maputo, e demais funcionários da AMETRAMO da cidade de Chimoio, por me receberem na Associação - campo etnográfico - com muito respeito.

As interlocutoras da pesquisa - pela calorosa receptividade, e pelos momentos de diálogos e descontração e aprendizado que me possibilitaram uma compreensão aprofundada dos elementos históricos e socioculturais da sociedade Moçambicana.

À família Barbosa, em especial minha namorada Leticia Barbosa e Marcia Barbosa, pelo apoio, amor, me dando forças sempre para continuar em busca do melhor, e estar comigo em todos os momentos.

Aos colegas acadêmicos do PPGAnt, que tive o imenso prazer de conhecer na UFGD, Clotildes Martins Morais e Nardélio Texeira dos Santos pelos momentos de diálogos e reflexões que muito contribuíram, e aos demais colegas de Graduação na Universidade Eduardo Mondlane, Amilcar Joaquim Magaço, Anesío Manhiça, Juma Jamal, Justino Quina, Issufo Pintane Edmar Reane, pelas trocas de experiências que foram de suma importância na realização da pesquisa.

A todos que fazem parte da minha vida, OBRIGADO!

RESUMO

No âmbito dos valores socioculturais o lugar da mulher na sociedade moçambicana depende do casamento e da sua capacidade de reprodução. Neste contexto, grande valor é atribuído à fertilidade, onde tal “capacidade” torna-se uma condição indispensável para a confirmação de seu valor social. O presente trabalho, de viés etnográfico, analisou os aspectos socioculturais dos itinerários terapêuticos da infertilidade feminina em Moçambique, na contemporaneidade e seus impactos nas trajetórias de vida das mulheres que a vivenciam. A partir disso, foi possível chegar à conclusão de que tanto a infertilidade quanto a condição do feminino são (re)significados pela lógica da medicina tradicional por meio dos recursos por ela oferecidos.

Palavras Chaves: Infertilidade; Gênero; Medicina Tradicional; Moçambique.

**WHEN THE GENDER, BODY AND HEALTH MEET: SOME REFLECTIONS ON
THE THERAPEUTIC ITINERARIES OF FEMALE INFERTILITY IN THE
MOZAMBICAN CONTEXT**

ABSTRACT

Within the scope of socio-cultural values or the place of women in Mozambican society, it depends on marriage and its ability to reproduce. In this context, great value is attached to fertility, where “capacity” becomes an indispensable condition for confirming its social value. The present work, its ethnographic analyzes, analyzes the socio-cultural aspects of the therapeutic procedures for female infertility in Mozambique, in contemporary times and their impacts on the life trajectories of the women they experience. From this, it was possible to conclude that both infertility and the condition of the female sex is (re) signified by the logic of traditional medicine through the resources available to it.

Key words: Infertility; Genre; Traditional Medicine; Mozambique.

RESUMO	viii
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xi
INTRODUÇÃO.....	12
Caminho metodológico.....	14
Compondo uma trajetória.....	16
CAPÍTULO I – SITUANDO O CAMPO.....	19
1.1 Como um novato – A entrada em campo (Etapa 1 – região Sul)	22
1.2 Etapa 2 – região Centro	32
1.3 Considerações teóricas sobre as categorias analíticas da pesquisa.....	34
CAPÍTULO II - PERCORRENDO SENTIDOS: OS EMARANHADOS BIOMÉDICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIOCULTURAIS.....	41
2.1 Infertilidades: um problema orgânico? O que diz a biomedicina e as narrativas populares Moçambicanas	45
2.2 Um corpo, múltiplos fatores.....	52
2.3 “Vivendo a modernidade cruzando a tradição”	57
2.4 A influência das igrejas pentecostais nesse cenário de disputas por significação	58
CAPÍTULO III – ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DA INFERTILIDADE EM MOÇAMBIQUE	63
3.1 Mas infertilidade não implica “esterelidade” – percorrendo vidas narradas.....	63
3.2 O sangue menstrual e as relações de parentesco	68
3.3 Descrevendo narrativas e percorrendo itinerários.....	71
Nadira	72
Sônia	75
Cristina	78
Melissa	79
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS	86

LISTA DE ABREVIATURAS

AMETRAMO	Associação Dos Médicos Tradicionais De Moçambique
CPLP	Comunidade Dos Países De Língua Portuguesa
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana
IURD	Igreja Universal Do Reino De Deus
MISAU	Ministério da saúde
OMS	Organização Mundial Da Saúde
ONG	Organização não governamental
PPGANT	Programa de Pós-graduação em Antropologia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UFGD	Universidade Federal da Grade Dourados
WHO	World Health Organization
WLSA	Women And Law In Southern África

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é um estudo etnográfico desenvolvido em dois grupos étnicos de Moçambique, especificamente, na região centro, na província de Manica — cidade de Chimoio, e na região sul, Província de Maputo — cidade de Maputo. Ao longo da pesquisa foi possível analisar os aspectos socioculturais dos itinerários terapêuticos da infertilidade feminina aplicados na medicina tradicional moçambicana, e que me permitiram expandir o entendimento sobre a infertilidade em Moçambique a partir de conceitos étnicos de etnias diferentes.

Em África no geral, e em Moçambique em particular, assiste-se a um cenário onde a maioria das pesquisas, sobretudo as que versam sobre questões de gênero, se apoiam em quadros teóricos ocidentais sem questionar se as ontologias que os sustentam explicam as endogeneidades contextuais africanas (Kisiang Ani, 2004; Adesina, 2012).

Assim sendo, em vez de contribuir para um debate científico onde se questiona e problematiza-se o lugar do ocidente como único produtor de teorias válidas sobre outro não ocidental (Ngoenha, 1993; Santos, 2010) esses estudos acabam por deixar intacta a divisão entre centro e periferia, ao reproduzir teorias ocidentais em outras comunidades com quadros normativos e simbólicos distintos.

A razão desta pesquisa deve-se em primeiro lugar, ao fato de que são raros os estudos sobre a infertilidade em Moçambique, sendo que a maior parte dos mesmos são relatórios baseados em sensos e inquéritos nacionais ou estudos em micro áreas (no geral de caráter epidemiológico), principalmente sobre a cidade de Maputo, que não são suficientes para fornecer uma imagem compreensiva da infertilidade no país. Assim, os inquéritos realizados, a maioria não vai para além de providenciar dados estatísticos.

Apesar de inúmeras conquistas no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, bem como do investimento em políticas públicas voltadas para o enfrentamento das condições que produzem sua vulnerabilidade¹, há que se considerar muito a importância social do tema para o contexto moçambicano.

Moçambique, é um país onde a construção social da mulher está baseada na hierarquia de gênero, assim sendo, a saúde das mulheres em idade fértil constitui um motivo de preocupação seja por parte da população de modo geral, do governo, de pesquisadores e/ou de entidades não governamentais.

¹ Compreendo vulnerabilidade não como algo intrínseco aos sujeitos sociais, mas sim como resultado de relações socialmente estabelecidas e que são responsáveis por produzir condições de vida vulneráveis.

Portanto, apesar de inúmeras conquistas nas últimas décadas, observa-se que o estatuto da mulher ainda depende do casamento e da sua capacidade de procriação, assim um grande valor é atribuída à fertilidade, pois ainda é um requerimento necessário para a confirmação da “condição de mulher” na sociedade e constitui motivo de orgulho para a família do marido que pagou a compensação matrimonial (lobolo²).

Estudos feitos pelo Ministério da Saúde em Moçambique no campo desta temática, sustentam que não existe uma estratégia para uma abordagem padronizada a problemática da infertilidade, e raramente se encontram referências à infertilidade masculina, o que sugere que os problemas reprodutivos do casal têm sido, desde sempre, atribuídos às mulheres, inventando assim metáforas simbólicas pejorativas (Nhatave, 2006).

Optei em estudar os eventos relacionados à infertilidade em Moçambique, com o intuito de trazer para o campo acadêmico o acesso à teia de significados e significações êmicas (Geertz, 1989, p.134) sobre o assunto em tela e mostrar até que ponto a medicina tradicional oferece recursos para o tratamento das diversas causas da infertilidade, sem perder de vista o modo como as mulheres agenciam essa condição.

Segundo Nhatave (2006), a infertilidade feminina se apresenta como um desafio às mulheres em busca de novas possibilidades de procriar, porém a experiência da infertilidade revela-se devastadora e provocadora para a mulher que a vivencia. Nesta esteira de pensamento, ao problematizar a questão da infertilidade no contexto Moçambicano, me deparei com questões ligadas às mulheres atravessadas pelo contexto sociocultural (crenças, práticas culturais, valores, hierarquias, etc).

Neste trabalho proponho olhar para os itinerários terapêuticos das mulheres a partir dos diferentes agentes de cura que a enredam a fim de pensar de que modo tanto a infertilidade quanto a condição do feminino passam a ser significadas tanto pela lógica da medicina convencional e quanto pela medicina tradicional, evidenciando assim as aproximações e os distanciamentos do *establishment* biomédico.

² O lobolo é uma prática fundamental na sociedade Moçambicana, que garante a normalização das relações matrimoniais e sexuais, a procriação, a responsabilidade com a educação dos filhos, a herança, o estatuto social e os direitos e deveres familiares e sociais. O Lobolo é um termo usado no contexto do sul de Moçambique para referir o casamento tradicional. É também vulgarmente utilizado para designar a cerimónia ou o “dote ou dinheiro” que a família do noivo oferece à família da noiva pela perda esta representa ao abandonar o seu grupo, para passar a pertencer outro clã, legitimando a união entre os noivos e suas respetivas famílias.

Caminho metodológico

Com efeito, para este estudo vale pontuar que concebo mulher, feminino e feminilidade enquanto conceito sócio histórico dinâmico, e mutante, marcados por discursos que se produzem enquanto verdadeiros e inquestionáveis e que são responsáveis por conferir às mulheres um lugar e uma posição social assimétrica (Rohden, 2001; Vieira, 2002).

Entretanto, pretendo trazer uma compreensão mais densa dos fenômenos contemporâneos (Gertz, 2008), relacionados ao campo de estudos sobre corpo, gênero e saúde, mostrando que os dados etnográficos que aqui trago são frutos de um diálogo entre a antropologia e os pontos de vista dos nativos (Peirano, 1995).

Lembrando que nas ciências sociais, segundo Pinheiro (2009), estudo de caso é a seleção de um objeto de pesquisa restrito, com o objetivo de aprofundar os aspectos característicos desse, cujo foco pode ser qualquer fato ou fenômeno individual ou um de seus aspectos. Assim, Minayo (2004) nos diz que nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, uma questão na vida prática.

Deste modo, a etnografia enquanto uma etapa de compreensão do mundo nos obriga a mergulhar no cotidiano das relações dos nossos interlocutores de pesquisa (Peirano, 1995). Vale pontuar que a relação dialógica constituiu um elemento de grande importância e propulsora da presente pesquisa.

A escolha da etnografia deve-se ao fato dela nos ajudar a entender o universo dos significados construídos e acionados pelos diferentes sujeitos da pesquisa, permitindo o entendimento detalhado das interações diárias e dos significados culturais da vida das mulheres que vivenciam a condição da infertilidade e a sua relação com o seu meio social, incluindo os praticantes da medicina tradicional. Spradley (1979) apud Lima *et al* (1996, p. 4) afirma que “etnografia é a descrição de um sistema de significados culturais de um determinado grupo, objetivando entender outro modo de vida, do ponto de vista do informante”.

Do mesmo modo Fonseca (1998) nos diz que o entusiasmo pela etnografia não equivale simplesmente a afirmar a singularidade de cada caso, sendo necessário uma compreensão mais profunda da etnografia para que ela faça sentido. Assim, a experiência de campo é elaborada em diálogo com reflexões acadêmicas resultando em modelos hipotéticos passíveis de aplicação em outros casos e, desta forma, nos alerta

para a importância do método etnográfico ser adotado em pesquisas com pequeno número de sujeitos, dado seu caráter qualitativo.

Outro aspecto importante refere-se à reflexividade, a análise etnográfica envolve a subjetividade do pesquisador, que também é um ser social e advém de um contexto sócio-histórico. Portanto, o pesquisador deve deixar explícito seu próprio lugar sócio histórico, para além de suas afiliações intelectuais (a linha teórica que segue, por exemplo). Não se trata de fazer etnografia com uma subjetividade do ponto de vista psicológico ou individual – o que se aplica inclusive aos sujeitos da pesquisa –, mas de fazer esse exercício de contextualização.

Assim o presente estudo, inspirado no modelo etnográfico, privilegiou as narrativas sobre os processos terapêuticos obtidos por meio de uma relação dialógica, com o intuito de compreender em profundidade a transformação social de um determinado grupo cultural étnico e tomar amostras menores de cada segmento identificado. Assim, se privilegiou entrevistas em profundidade, as trajetórias dos interlocutores e suas redes de relações sociais.

Foi por meio desses recursos metodológicos que foi possível correlacionar os hábitos culturais, de alguns grupos étnicos moçambicanos, relacionados a cuidados de saúde da mulher usando a técnica de “bola de neve”, (snowball), para obter os interlocutores indicado por um pequeno número de integrantes.

Esta metodologia mostrou ser útil para pesquisar grupos de difícil acesso, e desuniformes, sendo uma forma de amostra que utiliza cadeias de referência para estudar questões delicadas, de âmbito privado e, portanto, que requer o conhecimento das pessoas pertencentes ao grupo ou reconhecidos por estas para localizar informantes para estudo, algo que não teria sido possíveis com outras técnicas de pesquisa.

Outro elemento de grande importância na produção de dados e interpretação dessa realidade foram os médicos tradicionais³ filiados à AMETRAMO⁴, bem como os sujeitos envolvidos nos itinerários: tais como, as mulheres com dificuldades de

³ De acordo com Açolini e Sá Junior (2016) Médicos tradicionais são praticantes de medicina tradicional (geralmente conhecidos por “nyanga” ou “curandeiros”) agente de cura, especializado à base de plantas, adivinhos, e combatentes da magia e a feitiçaria.

⁴ AMETRAMO é uma associação se constitui em um órgão regulamentado pelo governo e reúne os curandeiros que realizam atendimentos através de consultas com um oráculo ou recebimento de espíritos de antepassados e que, para atuarem, necessitam de uma carteira que comprove sua filiação a AMETRAMO.

engravadar e suas respectivas redes de socialização existentes nos contextos desta pesquisa.

O trabalho de campo para esta pesquisa decorreu num período de aproximadamente quatro meses, entre fevereiro a maio de 2019, cerca de dezesseis semanas de campo, entre as cidades de Maputo e Chimoio. Vale pontuar que a fase da pesquisa na cidade de Maputo, foi antecedida por uma ampla pesquisa documental — artigos e teses —, na biblioteca do Departamento de Arqueologia e Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane (DAA – UEM).

Compondo uma trajetória

Tendo em conta que a ideia e o desenvolvimento de qualquer investigação precisam ser contextualizados dentro da trajetória pessoal de quem o escreve, em primeiro lugar antes de definir o campo da pesquisa quero aqui ressaltar que sou obrigado a prestar dois esclarecimentos prévios, por imperativos éticos e existenciais.

Em primeiro lugar, ao definir o campo da pesquisa é importante ressaltar que o caráter étnico na sociedade moçambicana é um fator importante para compreensão dos itinerários terapêutico da infertilidade a que os sujeitos recorrem contra suas aflições, desta forma, no universo do presente estudo me apresento como natural da provincia de manica, região cento de mocambique, pertencendo ao grupo étnico *Matewe* ou *Tewe*. Isso fez com que tivesse uma receptividade diferenciada ao longo do trabalho de campo.

Em segundo lugar, cabe destacar também que ao me identificar como um pesquisador cis, hetero, de classe media, ressalto que, para além do pertencimento étnico, o marcador gênero teve também uma influência no desenvolvimento e desdobramento desta pesquisa. Assim, embora não fosse um pesquisador iniciante (na graduação já havia realizado trabalho de campo junto a trabalhadoras do sexo da cidade de Maputo/Moçambique), não posso ignorar que meu lugar de homem certamente me possibilitou ter determinados acessos e impossibilitou outros.

Vale lembrar que na graduação, instigado pelas questões levantadas na aula de história ligadas à historiografia, sobre as grandes modificações metodológicas que permitiu maior conhecimento do cotidiano do passado, através da incorporação de novos tipos de fontes de pesquisa, fui afetado pelas reflexões sobre as vivências do cotidiano e as desigualdades sociais. Naquele momento, o contato com a antropologia

aliado as teorias antropológicas ajudaram-me a enxergar o mundo a partir de outras perspectivas, que valorizam a diversidade, dos saberes, de seres e formas de viver das pessoas.

Em 2015, apresentei como trabalho de fim do curso, um relatório de pesquisa intitulado “Gestão de identidades: Uma análise de relatos das trabalhadoras de sexo da “Avenida Armando Tivane”, na cidade de Maputo”. Nessa pesquisa exploratória, (baseada na observação e entrevistas), problematizei a noção da gestão das identidades de um grupo trabalhadoras de sexo na Avenida Armando Tivane, na Cidade de Maputo. A partir desse trabalho, com base no material etnográfico recolhido e confrontado com as referidas perspectivas, por um lado permitiram compreender a negatividade do fenômeno da prostituição por outro lado compreendi que as mulheres que se prostituíam na Avenida Armando Tivane, geriam suas vidas entre o contexto de residência e aquele no qual desenvolvem suas atividades de prostituição. Essa trajetória foi um dos motivos que me levou a um entendimento detalhado das interações diárias e dos significados culturais da vida das mulheres e suas experiências, e a razão pela qual delimito as mulheres como sujeitos para meu projeto de pesquisa para mestrado.

Já o tema da infertilidade surgiu durante um questionamento, quando ainda era estudante de graduação em antropologia na universidade Eduardo Mondlane, na disciplina de antropologia da saúde e doença. Na altura elaborei um ensaio intitulado “A infertilidade Feminina na cidade de Maputo: caso específico do Bairro de Xipamanine” o trabalho foi apresentado na modalidade de pré projeto de pesquisa como avaliação final da disciplina. Nele analisei como é que a infertilidade feminina é tratada na medicina tradicional, e como é que um Tinyanga⁵ faz a consulta aos espíritos, e diagnóstico para início da cura. Naquela altura pretendia descrever e analisar cada padrão causador da infertilidade feminina e o perfil terapêutico indicado pelos sujeitos pesquisados e suas experiências.

Quando ingressei no mestrado no Brasil em março de 2018, meu desejo era o de aprofundar a discussão. Foi aí que elaborei o projeto de pesquisa para o PPGAnt. Minha proposta já não visava a infertilidade em si, mas os diferentes aspectos e elementos que atravessam a discussão e que falam de um lugar de disputa entre saberes e poderes e ao mesmo tempo revelam a capacidade de agenciamento de sujeitos e coletivos. Ou seja, se

⁵ Tinyanga (sing. nyanga) medico tradicional do sul de moçambique, de acordo com as teorias locais, devem os seus poderes curativos, divinatórios e de eficácia ritual ao facto de serem possuídos por espíritos de defuntos, que com eles formam uma simbiose profissional e ontológica (Honwana, 2002)

na sociedade moçambicana o estatuto da mulher, de modo geral, está relacionado a maternidade, e a relação entre humanos e não humanos é uma dimensão importante da vida, não é possível falar da infertilidade apenas de um ponto de vista biomédico. Essa foi a base de sustentação de todo o trabalho.

Não obstante, as discussões da presente dissertação serão apresentadas em três capítulos.

No primeiro capítulo, é apresentado geograficamente o país, caracterizando o contexto sociocultural específico em que o tema dessa pesquisa se encena, situando os elementos que deram corpo à pesquisa etnográfica, bem como narrando o percurso etnográfico, e algumas considerações teóricas sobre as categorias analíticas da pesquisa sobre o conceito de infertilidade em atenção à saúde reprodutiva feminina.

No segundo capítulo, dada a diversidade de sistemas etnomédicos identificados, suas funções e os múltiplos atores e fatores sociais que configuram a experiência da infertilidade e os emaranhados biomédicos, epidemiológicos e socioculturais que a enredam, refletimos sobre o conceito, contrastando o modelo biomédico com as concepções nativas com o propósito de evidenciar como os diferentes grupos étnicos e instituições sociais reconfiguram as concepções de corpo e os significados e práticas em torno da infertilidade. Nesse sentido, foi fundamental compreender o papel das igrejas neopentecostais.

E por fim, no terceiro e último capítulo, analiso o sistema local de tradições e crença nos espíritos a partir das narrativas de diferentes mulheres. Percorrendo os relatos sobre percepções, dificuldades e expectativas foram possíveis me aproximar dos seus itinerários terapêuticos.

CAPÍTULO I – SITUANDO O CAMPO

Moçambique é um país localizado na região sudeste do continente africano, é banhado a leste e ao sul pelo Oceano Índico, limita-se ao norte com a Tanzânia, a noroeste com Malawi a oeste com a Zâmbia e Zimbábue e a sudoeste com a África do Sul e Suazilândia. Por ser uma ex-colônia portuguesa, apesar de falado por menos de 40% da população, o idioma oficial do país é o português, o que faz com que Moçambique integre a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).



Figura 1 - Localização de Moçambique no continente Africano.

Tradicionalmente é dividido em três regiões: Norte, Centro e Sul, porém neste trabalho me volto apenas para as regiões centro e sul⁶. A região definida como centro é delimitada pelo Rio Zambeze, compostas pelas províncias de Tete, Manica, Sofala, e Zambézia, os grupos étnicos são os Nyngwe, tewes, Ndau, Sena, Chuabo e Lómuè, sendo o sul delimitado pelo Rio Save composto pelas províncias de Maputo, Gaza e Inhambane, os grupos étnicos incluem respectivamente os Tsonga, Ronga, Changana, Chope e Bitonga.

O presente estudo foi realizado em duas regiões específicas, na região sul do país: na província e cidade de Maputo, e na região centro do país: na província de

⁶ Conforme se pode verificar a partir do mapa na página 9, na introdução desse trabalho.

Manica, na cidade de Chimoio. Estes locais foram potencialmente escolhidos devido à concentração de práticas tradicionais e a existência de participantes com o perfil necessário para o estudo.

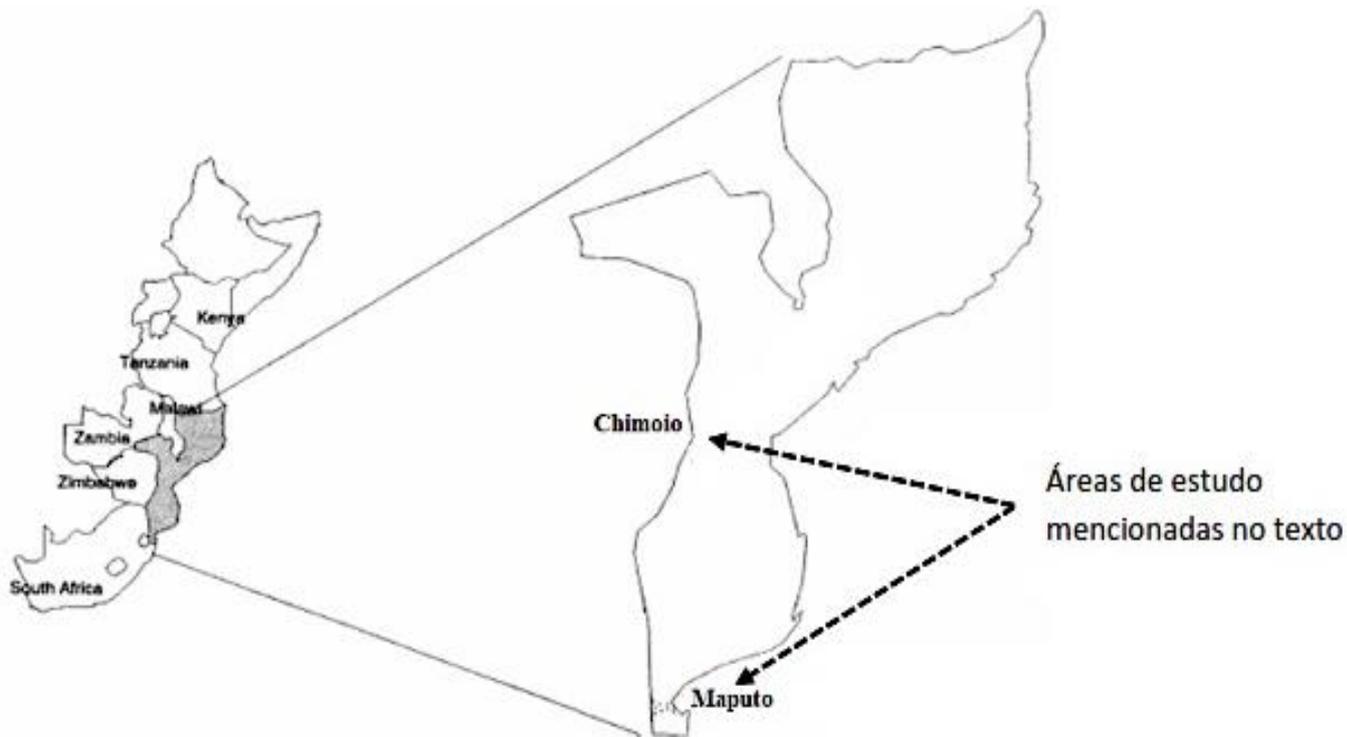


Figura 2 - Áreas de estudo mencionadas.

Ao escolher os “Tewes e Senas” (centro) e “Rongas” - (sul) como grupo etnolinguístico de Moçambique a serem estudados, fiz propositadamente para compreender a transformação histórica, social cultural tido outrora como matrilinear e culturalmente como patrilinear - dando vozes as teorias do patriarcado presentes na maioria dos estudos sobre gênero em Moçambique que assumiriam que tais comunidades se tornaram responsáveis pela reprodução de estruturas centradas exclusivamente nos homens (Osório; Macuácua, 2003).

Parece-me que em muitos estudos encomendados pela sociedade civil moçambicana apontam que esse processo de parentesco como sendo responsável pela exclusão sistemática da mulher da esfera de decisão política.

Sou obrigado a aceitar que há uma forte relação ente patrilinearidade e matrifocalidades. Porém em Moçambique, poucos são os estudos que estabelecem esta relação e mostram o seu desdobramento político. Pelo contrário, não explicam o

contexto da mudança social, política e cultural, nos casos em que se verificam muitos estudos que apontam por uma lenta transformação destes grupos étnicos, assumindo que na atualidade que não existe grupos étnicos centrados nas mulheres.

Em Moçambique a história oficial diz que os *Tewes e Senas* são grupos etnolinguístico naturalistas das províncias de Manica e Sofala na região centro de Moçambique. Atualmente os historiadores dizem que os estes grupos surgiram de uma junção de dois povos dos países Níger e Congos instalados no vale do rio Zambeze, no centro de Moçambique até o seu litoral (oceano Índico), e ao leste do Zimbábue, e ocupam os territórios entre os rios Save e Zambeze para prática da agricultura, subdividindo-se em três grupos distintos: Ndaus, Manyka e Tewe. De uma forma geral, surgem espalhados pelas províncias de Manica, Tete e Sofala e, ainda, por algumas províncias do Zimbábue (sul - Mutare).

Os Tewes ou Chiwutewes são povos tradicionalmente agrícolas cultivadores de feijão, amendoim, milho, abóboras, e batata doce, notáveis por suas peças de ferro, cerâmica e música, dentre os quais podem ser destacados os zezuru, karanga, manyika, tonga-korekore. Esta etnia está associada às ruínas do grande Zimbábue, entre outros amuralhados de pedra da região. Os ancestrais dos *Ndaus* eram guerreiros da Suazilândia que se misturaram com a população local Moçambicana localizada na região centro, antes da chegada dos portugueses, descenderia primordialmente da invasão *Nguni*, constituída etnicamente por *tsamanhikas*, *barwes*, *tewes*, falantes do idioma que pertence à família linguística xona e *ndaus*, atualmente falado no leste do Zimbábue e ao sul de Mutare e na região centro das províncias moçambicanas de Manica e Sofala.

Os Rongas, plural “Marongas” subdivide-se em dois grupos particulares: os Tsongas (do extremo Sul até ao rio Limpopo), os Changane (junto ao rio Limpopo até ao rio Save). Possuem uma organização patrilinear que durante os três últimos quartéis do século XIX estiveram sob influência direta do império Nguni de Gaza. Entretanto, atualmente os Rongas e os Changane concentram-se no sul do país, junto à costa, e nos arredores da cidade de Maputo, os primeiros, e numa faixa mais ao sul. Este povo viveu tradicionalmente da agricultura de subsistência. Historicamente, alguns foram escravizados e outros tornaram-se trabalhadores emigrantes na África do Sul, conhecidos internacionalmente pelo instrumento musical mbila e dança associada, uma

manifestação cultural conhecida desde o tempo de Ngungunhana⁷, que foi considerada pela Unesco, como Patrimônio Oral e Imaterial da Humanidade. Os rongas identificam-se culturalmente, como povo que tem suas vestimentas tradicionais peles de leopardos e outros felinos da região e com o elefante.

No imaginário social “moçambicano” os *Tewes e Senas* ainda hoje são tidos como pessoas passivas, mas a quem se deve temer certa distância dada ao “nosso” histórico. Sobre reinos africanos da África austral relatam que os ancestrais dos Matewes eram guerreiros da Suazilândia que se juntaram com a população local constituída etnicamente por “Manikas, Tewes, Barwes⁸” nas províncias de Manica e Sofala, antes da chegada dos portugueses, e descenderia primordialmente da invasão dos Ngunis.

1.1 Como um novato – A entrada em campo (Etapa 1 – região Sul)

Como dito anteriormente, não posso ignorar os possíveis impactos do meu lugar de fala no desenvolvimento da pesquisa. Foi a partir desse lugar (homem, hetero, classe média, mulçumano), que o campo foi forjado e que os dados puderam ser acessados. Nesse sentido, acredito que pude ter acesso a dados e informações que se falasse a partir de outro lugar talvez não tivesse acessado. Importa dizer que isso não deve ser lido como um acesso limitado, antes como um aspecto importante do fazer antropológico, nos ajuda a escapar das pretensões universalizantes. Assim, com efeito, o que se buscou aqui foi permitir que modelos civilizatórios desconhecidos se desvelassem num movimento de relativização das noções mais hegemônicas (Ngoenha, 1993).

O trabalho de campo realizado decorreu em dois momentos, sendo a primeira etapa na região sul de Moçambique, na cidade Maputo entre as semanas de 23 de fevereiro a 07 de março, concretamente nos bairros da Malhangalene, Central e alto Maé, e o segundo momento decorreu na região centro, especificamente na província de Manica, na cidade Chimoio entre as semanas de 29 de março até maio de 2019.

A primeira etapa da experiência por mim vivenciada se constituiu como um grande desafio. Desta forma, no dia 28 de dezembro de 2018 saí do Brasil para Moçambique

⁷ Foi o último imperador do império de Gaza no território que atualmente é Moçambique, o último monarca da dinastia Jamine antes da chegada dos portugueses.

⁸ Matewes, Macenas, Machanganas, são nomes genéricos dado aos indígenas de Moçambique, desde centro ao sul de Moçambique. Tinham tradições guerreiras sendo o seu último grande imperador, Gungunhana, sido destronado pelos portugueses depois de grandes combates entre 1894 e 1895.

(país de realização da pesquisa), tendo chegado ao dia 29 do mesmo mês. Meu plano de investigação previa iniciar a pesquisa em janeiro de 2019. Tendo chegado dois dias antes do final do ano, as instituições para dar entrada aos procedimentos burocráticos para o estabelecer o campo encontravam-se fechadas, dada à ocasião festiva do final do ano. Mantive-me o mês de janeiro realizando o levantamento bibliográfico ao mesmo tempo que tentava estabelecer o contato com os possíveis sujeitos da pesquisa.

No dia 5 de fevereiro 2019, dirigi-me ao Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), a fim de obter uma credencial dar início ao campo institucional. Da recepção do Ministério fui encaminhado para a direção dos recursos humanos do *Instituto de Medicina Tradicional* (IMT), sob o argumento de que era lá que cabia resolver tal assunto.

Dirigi-me então a recepção e fui recebido, mostrei a carta de apresentação do Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da UFGD (Anexo IV), que levava comigo, me identificando como estudante com objetivo de realizar um trabalho de campo em Moçambique. A funcionária que me atendeu pediu que eu aguardasse por alguns instantes, enquanto ela registrava a minha solicitação no livro de entrada de expedientes.

Em seguida, ela informou-me que era necessário um requerimento e que junto a ele fosse anexada uma carta de apresentação. Na hora escrevi o requerimento anexando junto a carta, e submeti. Sugeriu-me que voltasse na quinta-feira da semana seguinte, dia 12 de fevereiro. Lá voltei no dia marcado e não tinha ainda a resposta à solicitação, sugeriu-me novamente que voltasse segunda-feira dia 18 de fevereiro, pois a diretora do setor encontrava-se ocupada naquela semana, em decorrência de um conjunto de reuniões.

Sendo um “nativo” e conhecendo as artimanhas e dinâmicas funcionais de um procedimento burocrático das instituições Moçambicanas, percebi que o processo poderia levar mais tempo do que eu imaginava. Na altura me ocorria em mente que tinha de encontrar uma saída, pois, dispunha aproximadamente de quatro meses no país para realizar o trabalho de campo.

Meu objetivo era fazer uma triangulação, entre as mulheres, os Médicos tradicionais e os discursos sociais, de modo a perceber o que é mobilizado por estes sujeitos em torno desse tema, como eles/elas se posicionam perante o assunto, procurando compreender tudo na fala destes sujeitos, desde momento que a infertilidade

surge como um problema na relação dentro do casal, até os caminhos percorridos (desde o diagnóstico de infertilidade ao tratamento).

Não tendo ninguém à disposição que pudesse inicialmente conversar sobre esse assunto, fui sondando o bairro, até que um dia, fui pensando que pela pertinência do assunto que, julguei que pela experiência de vida as mulheres mais velhas na faixa etária de 50 anos em diante me poderiam ser úteis para dar o primeiro passo. Foi aí que identifiquei uma vizinha. Estabeleci assim dentro do bairro minha primeira conversa com ela, falando sobre segurança no bairro, e enquanto conversávamos paulatinamente fui introduzindo o assunto sobre mulheres em situação de infertilidade de forma sutil para que ela pudesse, quem sabe, falar sobre a temática. Em decorrência desta conversa ela foi me indicando pessoas que poderiam corresponder ao perfil que eu procurava. Imediatamente comecei a identificar as potenciais interlocutoras da pesquisa, e assim sendo, o fiz durante uma semana mapeando minha zona e em bairros mais ou menos próximos ao meu, enquanto aguardava pela resposta do MISAU⁹.

Frequentando o bairro de Alto Maé na cidade de Maputo, fui informado sobre a existência de uma curandeira na zona do mercado Xipamanine¹⁰. Me deslocuei até a referida casa procurando falar com a Sra curandeira, fui atendido pela sobrinha que, na ocasião, lamentou, e transmitiu-me a informação que ela (a senhora curandeira) encontrava-se ausente, havia viajado para a vizinha África do Sul por questões pessoais.

No entanto a “sobrinha” vendo o meu interesse acabou sugerindo um companheiro de serviço da tia mais próximo, e foi me dado coordenadas onde conseguiria localizar a casa do sugerido e pedi para falar com ele. Ele veio pessoalmente apresentou-se formalmente, e de seguida me apresentei também, me identificando como estudante com objetivo de realizar uma pesquisa em Moçambique, cuja temática estava relacionada à medicina tradicional e um dos objetivos era obter alguns depoimentos sobre a infertilidade derivadas de um curandeiro, infelizmente este não se dispôs a conceder a entrevista sob a justificativa que não tinha nenhuma autorização vinda dos seus superiores hierárquicos que o autorizassem. Ele informou-me que era necessário uma documentação com requerimento e que junto a ele fosse anexada carta de

⁹A autorização para a pesquisa foi deferida em 28 de Março de 2019.

¹⁰ Mercado de Xipamanine é maior e mais popular mercado informal da capital moçambicana. Criado na década de 1940 e ampliado diversas vezes ao longo do tempo, hoje se constitui como uma das principais atrações de Maputo, recebendo dezenas de milhares de pessoas diariamente – grande parte habitantes da periferia, mas também turistas (internacionais) e visitantes de outras regiões do país – os quais buscam a aquisição de diferentes produtos, tradicionalmente ofertados a um preço mais em conta.

apresentação contendo a autorização e assinatura do presidente da AMETRAMO, ele respondeu que só poderia me receber caso estivesse credenciado.

Portanto, ressalvo, apesar de conhecer o funcionamento das instituições moçambicanas, não me surpreendeu o posicionamento deste na recusa em conceder a entrevista, pois já esperava tal atitude, portanto cordialmente me despedi dele e continuei mapeando outros bairros.

Dias depois, dirigi-me a bairro de Zimpeto na cidade de Maputo, que por coincidência a curandeira também se encontrava ausente, tendo o filho me aconselhado a voltar na semana seguinte (entre 16 e 20 de fevereiro), porque só poderia tratar esse assunto com a ela pessoalmente. Segundo ele, estavam na agitação da organização festa do canhu¹¹, pelo que não dispunham de tempo para me atender.

Retornei então na semana indicada (segunda-feira, dia 18 de fevereiro) e novamente encontro o filho que me diz: “a mãe não poderá te atender devido à agenda lotada e reuniões da Ametramo (Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique), mas volta amanhã”. Depois de algumas idas e vindas, não consegui então estabelecer contato com a senhora curandeira deste bairro.

No dia 21 de fevereiro, uma quinta-feira, cheguei ao instituto de Medicina tradicional (IMT), por volta das 8:47 da manhã, a diretora não havia chegado ainda, no entanto, acabei aguardando na recepção, aproximadamente uma hora depois de forma despercebida acabei me cruzando com ela entrando para sua sala, porém a desconhecia, na altura, sentindo a demora dirigi-me a secretaria e cumprimentei o funcionário, ele sabendo do meu assunto respondeu dizendo: “*aguarde um pouco a diretora está aí e vai lhe atender hoje*”. Eu o agradei, e ele me serviu uma cadeira no corredor, bem ao lado do gabinete administrativo, onde me sentei à espera.

Enquanto aguardava, observei à minha frente uma senhora com um semblante

¹¹Cerimonia tradicional realizada nos meses de fevereiro no sul de Moçambique, Canhu (ukanyi) é um tipo de vinho tradicional de baixo teor alcoólico bastante apreciado, não somente pelo valor sócio-cultural que encerram as sessões de consumo, mas também pela sua conotação afrodisíaca. De facto, ao longo de gerações, o Canhu (ukanyi) tem sido objecto de muitos debates com relação à sua conotação afrodisíaca. Algumas pessoas se esforçam em consumi-lo, supostamente para o aumento da sua virilidade. Tradicionalmente o canhu é servido aos jovens de ambos sexos, como forma de dota-los de capacidades para uma melhor actividade sexual. O ritual de ukanyi cria e fortifica as redes de solidariedade entre habitantes de diferentes ecossistemas, o que por sua vez se revela importante na resposta às crises provocadas por calamidades naturais, no âmbito da segurança alimentar ou ruptura de reservas de sementes para a agricultura, no que se refere à dimensão espiritual, o ukanyi reveste-se de uma importância crucial na manutenção do equilíbrio social. Para as comunidades do sul de Moçambique, o fabrico de ukanyi tornou-se numa das actividades que acompanham alguns momentos da sua vida. Com efeito, o ukanyi é indispensável nos eventos sócio-culturais, quer no seio da família, quer das comunidades.

expressivo, que transpareceu muito preocupada, concidentemente eu e ela sob orientação do funcionário aguardávamos para falar com a diretora. Cruzamos olhares enquanto fazíamos tempo lendo revistas posicionadas acima da mesa, cumprimentei lhe, e ela de forma simpática correspondeu a minha saudação. Ela perguntou-me se eu ia ter com a diretora, eu respondi-lhe que sim.

Daí, iniciamos uma conversa, tendo ela me dito que se chamava Quina, contou-me que acabava de voltar com seu filho da província de Tete (cidade essa localizada na região centro de Moçambique), na qual não conseguiram voltar a tempo de poder efetuar a matrícula no prazo exigido pela escola por causa das cheias devido o ciclone idai¹² que assolou a região centro e norte do país ao longo de março de 2019, criando efeitos danosos às vias de comunicação rodoviária. Interrompemos a conversa e ela entrou no gabinete da diretora, meia hora depois saiu sorridente, pois, tive ligeira impressão de que a conversa com a diretora havia corrido bem.

A senhora Quina¹³ sentou se novamente ao meu lado, tirou da sua bolsa alguns papeis impressos e começou a preencher e não compreendendo algumas partes dirigiu-se a mim e perguntou se eu lhe poderia ajudar. Lhe respondi prontamente que sim enquanto aguardava minha vez, expliquei-lhe o que pedia o formulário, ajudei lhe a preencher e dei-lhe de volta para assinar.

Enquanto ela assinava o documento, perguntou se eu já tinha resolvido o meu assunto, eu disse que ainda aguardava pela permissão para me dirigir a sala da diretora. Naquele momento tendo ela me questionado qual era meu interesse, aproveitei o momento para explicar-lhe o objetivo da minha presença lá. Disse-lhe que era um estudante de mestrado em antropologia e estava a iniciar uma pesquisa sobre a infertilidade, onde eu aguardava pela credencial emitida pelo Instituto de medicina tradicional, órgão que responde pelo Ministério da Saúde, órgão esse que gerência a AMETRAMO, e que tinha interesse em acompanhar o cotidiano de algumas mulheres cuja sua trajetória é repleta de vivências em torno da infertilidade no intuito de perceber as alternativas e mecanismos acionados por elas para a resolução do problema.

Concernente ao assunto, ela disse-me que tinha uma conhecida muito próxima dela

¹² O ciclone Idai foi o ciclone tropical mais forte a atingir Moçambique desde Jokwe em 2008, teve sua origem numa depressão tropical que se formou na costa leste de Moçambique. A depressão atingiu o país no início de março, e permaneceu como um ciclone tropical durante toda a sua caminhada por terra, e foi atualizada para a Tempestade Tropical.

¹³ Para o contexto desta pesquisa, Quina e outros nomes a serem mencionados neste trabalho, se-referem são nomes fictícios usados para contexto desta pesquisa para preservar o anonimato dos(a) interlocutor(a).

nesta condição e que poderia me colocar em contato com ela para que pudesse me ajudar na minha pesquisa respondendo tudo que quisesse. Ela de imediato deixou o contato telefônico dela, explicou-me onde ela morava e mostrou-se disponível e curiosa com a pesquisa.

A partir da conversa fiquei sabendo que a potencial interlocutora por ela referenciada atendia pelo nome de Melissa, e morava na cidade de Maputo. Contou-me que ela teve uma vida turbulenta. Foi então ao encontro de um curandeiro que chegou a lhe diagnosticar uma companhia espiritual que a lhe impedia de procriar. E que hoje ela é mãe de dois filhos casamento. Esse momento foi particularmente significativo, pois era o prenúncio do início da pesquisa.

No meio da conversa fui solicitado a entrar no gabinete da diretora do instituto de Medicina tradicional. Despedi-me da Quina e ela desejou-me boa sorte. Ao entrar para o gabinete da diretora cumprimentei-a, me apresentei, e expliquei que estava cursando o nível de Mestrado em Antropologia Social em uma Universidade Brasileira e que estava em Moçambique para fazer trabalho de campo, na qual estava interessado em desenvolver uma parte da minha pesquisa na cidade de Maputo junto dos médicos tradicionais, porém, ainda aguardava credenciamento da instituição para que pudesse ter acesso a associação AMETRAMO, pois a tramitação dos documentos estava em curso. Informei também a ela que dispunha de um tempo limitado para a realização da pesquisa e que a resposta do IMT levaria algum tempo. Nesse contexto pedi a ela que me ajudasse com a autorização.

Ela aceitou a minha solicitação, mesmo sem o devido procedimento exigido pela burocracia, passou-me o contato do presidente da associação dos médicos tradicionais e perguntou-me quando gostaria de começar e eu respondi para ela que poderia começar mesmo naquele dia conhecendo a localização da associação, caso fosse possível ter acesso a alguns curandeiros disponíveis para uma breve conversa sobre o tema e em seguida iniciaria as entrevistas. No minuto seguinte, abriu a gaveta tirou a agenda, pegou no celular e discou o número bem em minha frente e entrou em contato com presidente da associação e o delegou que atendesse o meu pedido caso recebesse minha chamada a solicitar a colaboração.

Entretanto, a sensibilidade da diretora a atender a minha preocupação, deu-se pela coincidência de sermos nós dois estudantes de mestrado e que, na altura da realização do campo para esta pesquisa, ela também se encontrava em fase de redação da sua dissertação.

Após o cumprimento do procedimento burocrático no IMT, já dispunha do requerimento válido que me era solicitado sempre que tentava conversar com os curandeiros. Desta forma realizei o passo da primeira etapa para realização da etnografia na província de Maputo — cidade de Maputo, tendo na manhã de segunda-feira dia 25/02/2019, me deslocado à sede da AMETRAMO, que se situa na vila sede da Manhica que dista cerca de 80 km da cidade de Maputo, cheguei volta das 9h horas, e graças as coordenadas recebidas fui direto à Associação.

Chegando lá conheci a Joana, a mulher que me atendeu na associação. Tendo me apresentado a ela, expliquei que estava ali para falar com presidente da Associação, que vinha da parte da diretora do instituto de medicina tradicional. Joana pediu que aguardasse, e em seguida veio o presidente. Ao me apresentar, ele respondeu num tom irônico dizendo que já sabia do assunto, e que aguardava pela minha presença, enquanto desenrolava nossa conversa antes de falarmos do assunto, a primeira pergunta dele foi se eu era filiado a algum partido ou não, e eu demorei alguns segundos ao responder porque estava eu tentando perceber qual a razão da pergunta - ele pôs-se a rir descontraindo e disse que era brincadeira. Tendo em seguida questionado meu interesse no assunto.

Fui apresentando o objetivo do projeto, as metodologias e a contribuição da pesquisa para a questão da infertilidade em Moçambique. Enquanto conversávamos, ele fez algumas ligações, que pelo tom da conversa em língua local changana (deu-me impressão que estava a convocar a pessoa com quem conversava pelo telefone), e na verdade, ele estava a organizar um encontro com os colegas para que eu pudesse me apresentar formalmente aos mesmos, e dialogar sobre a pesquisa, e as possíveis contribuições, tendo em vista que uma parte do trabalho etnográfico seria desenvolvido arredores da cidade de Maputo e outra na cidade Chimoio juntamente com os curandeiros, o presidente, não poderia decidir individualmente sobre a possibilidade do desenvolvimento da pesquisa somente na cidade de Chimoio.

Após a apresentação formal na associação aos colaboradores e curandeiros, antes de iniciar o trabalho de campo eu e a Joana, a mulher que me recebeu na associação, fomos atribuídos pelo presidente a tarefa de elaborar um plano de ação envolvendo todos os colaboradores que faziam parte da associação, de modo a facilitar e mapear todos os colaboradores ativos na cidade de Maputo para cooperação na observação participante nas sessões de terapias, conversas informais que incluíam propor diferentes momentos

de diálogos com as interlocutores e os interlocutores, com o intuito de perceber qual a visão deles sobre a infertilidade.

Entretanto, chegado a este momento de diálogo com o grupo pesquisado, quero aqui partilhar os constrangimentos relacionados aos dias em campo que se constituíram desafio à minha atuação enquanto pesquisador na cidade de Maputo.

Desta maneira, meu primeiro desafio decorrente da preparação do projeto, ao ler vários manuais metodológicos¹⁴ sobre como fazer pesquisa, e em sua maioria, estes relatam as experiências pessoais dos pesquisadores e as estratégias por eles adotadas durante a realização de suas investigações, neles são sugeridos métodos e técnicas para o estabelecimento de confiança com os sujeitos envolvidos na pesquisa.

Neste contexto segundo William Corsaro & Luísa Molinari (2005, p. 194), sugerem que para quem “a entrada em campo é crucial na etnografia, um dos objetivos centrais como método interpretativo é o estabelecimento de um estatuto de participante e uma perspectiva interna”, que só é possível mediante certo grau de confiança estabelecido. Assim, quando entrei pela primeira vez na associação dos médicos tradicionais de Moçambique a minha preocupação enquanto pesquisador era ganhar confiança deles no primeiro contato, sobretudo com os interlocutores naquele ambiente institucional.

No entanto, senti um nível de estranheza interna pelo fato de ser um chingondo¹⁵ indivíduo de sexo masculino pertencente outro contexto cultural regional, e mais agravante ainda por ser pesquisador homem extraíndo dados, que cheguei a ser interpretado como espião por alguns curandeiros por obter informações que seria confidencial dos pacientes. Senti assim uma certa preocupação de alguns curandeiros em relação a possível exposição de seu trabalho como médicos tradicionais.

Contudo naquele momento enquanto pesquisador, minha preocupação era ganhar confiança deles no primeiro contato sobretudo com os interlocutores, porém dadas as condições naquele ambiente institucional, coloquei-me à disposição dos curandeiros, caso houvesse alguma dúvida em relação às ações a serem desenvolvidas, mesmo assim, alguns curandeiros ainda demonstraram um certo receio da sua participação, pelo olhar direcionado a mim como pesquisador, me pareceu um estranhamento pelo fato de estar

¹⁴Dentre eles, foi uma das principais referências, a coletânea organizada por Rosana Teresa Onocko-Campos (2010), Pesquisas em saúde: o desafio de pesquisar mudanças e inovações em um campo demarcado por questões ético-políticas

¹⁵Considerando contexto da pesquisa a palavra “chingondo” é um conceito pejorativo utilizado pelos nativos da região sul de para se referir sujeitos não nativos sul, vindos das regiões centro e norte de Moçambique

sozinho e ter aparência muito jovem, e porque habitualmente estavam acostumados a receberem visitas de grupos de pesquisadores.

De fato, naquele momento, foi possível perceber que a minha presença estava sendo hostilizada, de tal forma que me deu a compreender que estava diante de um desafio de familiarização com o ambiente, e mesmo assim alguns curandeiros ainda demonstraram resistência em se colocar como possíveis colaboradores.

Apesar do desafio de familiarização com o ambiente físico e social, aliado ao fato de ser nativo da região centro e pertencer uma etnia diferente da região sul, o segundo constrangimento deu-se pelo fato de eu não ter o domínio da língua local, tendo em conta, que o que une uma nação é a língua, e naquele momento apesar da língua portuguesa ser definida como primária no território nacional, e a mesma ser usada para o primeiro contato com a associação, eles perceberam que eu como pesquisador não pertencia o contexto regional sul e na ótica deles o dialeto local (chichangana) poderia ser a solução para se verem livres da minha presença, opção que dificultaria a comunicação.

Porém, naquela altura foi possível perceber que a maioria deles compreendia e se expressavam perfeitamente em língua portuguesa, mas no decorrer das entrevistas eles respondiam 80% do conteúdo em dialeto local, situação essa que me vi obrigado a solicitar de imediato uma tradutora - onde Joana, gentilmente interveio para não perder o fio e o foco da conversa.

Assim sendo a minha experiência de vida na cidade de Maputo me fez compreender que na sociedade moçambicana o carácter étnico gera um desconforto aos nativos da região sul, e configura-se um fator importante para ter acesso a qualquer informação, quero com isso enfatizar que pelo que vivi e presenciei, das vezes que me deparei no cotidiano com situações em que meu sotaque catalogado de *chingondo do centro*, caracterizado por ser mono silábico e observador, durante as minhas falas denunciava que não pertencia o mesmo contexto cultural e regional sul. Afirmando assim desta forma que tive um tratamento inferiorizado, como se minha presença não fosse bem-vinda nos espaços por onde passava, somente quem não nasce no Maputo conhece e percebe da realidade que aqui me refiro.

Um outro momento do constrangimento, deu-se em decorrência do trabalho etnográfico realizado entre as semanas de 23 de fevereiro a maio de 2019, em relação à disposição dos interlocutores. Entretanto, cabe aqui ressaltar que enquanto definia o campo da pesquisa para atual estudo, eu já tinha consciência de que o acesso aos

interlocutores não seria uma tarefa fácil, pelo fato de ter uma experiência anterior de pesquisa.

Com relação a isso, foi possível perceber que o segredo é uma dimensão relevante, uma vez que uma sensibilidade em torno da vida íntima está muito presente, a recusa em conceder a entrevista foi geral, o que não aconteceu somente as mulheres com “dificuldade para engravidar”, mas abarcou também sujeitos envolvidos direta ou indiretamente com o tema - começando pelos médicos tradicionais em conceder as entrevistas.

Tive a sorte de nem todos os curandeiros tivessem o mesmo posicionamento. Mediante um breve diálogo, alguns deles simpatizaram com a minha presença e se dispuseram em relatar sobre as experiências de trabalho sem que se importassem com a tal credencial. Desta feita me vi envolvido dentro de uma rede de curandeiros onde foi possível ter indicações de outros e, portanto, foi com eles que consegui entrar no campo.

Após a AMETRAMO emitir um bilhete solicitando a contribuição e a participação dos seus afiliados nas atividades relacionadas à pesquisa, no dia seguinte, iniciei meu processo de mapeamento. Visitei algumas casas de curas de alguns curandeiros em alguns bairros nos arredores da cidade de Maputo, assisti algumas sessões de terapias e constatei uma significativa demanda de mulheres aderindo os tratamentos tradicionais, principalmente as que estão localizadas na zona urbana.

A relação de amizade e confiança construída com as primeiras interlocutoras enquanto marcava minha observação durante a seção de cura terapêutica na casa dos curandeiros me possibilitou conhecer o contexto familiar e comunitário de algumas interlocutoras da pesquisa.

A partir dessas visitas foi possível compreender diferentes situações vivenciadas pelas mulheres, que se refletiam no seu cotidiano. Sobre o trabalho etnográfico, Cardoso de Oliveira (1996) esclarece que

Talvez a primeira experiência do pesquisador de campo (ou no campo) esteja na domesticação teórica do seu olhar. [...]. Esta relação dialógica, cujas consequências epistemológicas, todavia não cabe aqui desenvolver, guarda pelo menos uma grande superioridade sobre os procedimentos tradicionais de entrevistas. [...] desde que o pesquisador tenha a habilidade de ouvir o nativo e por ele ser igualmente ouvido, encetando um diálogo teoricamente de iguais, sem receio de estar, assim, contaminando o discurso do nativo com elementos de seu próprio discurso. [...] O ouvir ganha em qualidade e altera uma relação, qual estrada de mão única, numa outra, de mão dupla, portanto, uma verdadeira interação (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996, p. 15-21).

1.2 Etapa 2 – região Centro

Descrevo agora a segunda etapa da experiência vivida durante o campo na região centro de Moçambique na cidade de Chimoio. Antes que explicasse o motivo de lá estar e o que pretendia fazer, uma das interlocutoras perguntou-me: “O que queres saber da infertilidade feminina? Por que queres saber?” Confesso que estava preparado para responder tais questões, no entanto, o ambiente e o clima tenso que plainavam no ar engasgaram-me.

Paralisei e um silêncio quase ensurdecedor invadiu a sala. Filipe, o homem que me apresentou aos anciãos, gentilmente interveio e quebrou o silêncio. “Tio! – Olhou ele para um ancião com cara de poucos amigos - assim vocês vão assustar o moço! Ele é boa pessoa e não veio para criticar, veio para aprender. ” Os anciãos sorriram, senti que a hostilidade perdia sua razão de sustentação depois da intervenção de um “de dentro”.

Parecia-me que lhes agradava mais a postura de novato que se entrega sem reservas aos ensinamentos e às propostas dos médicos tradicionais (dos mais velhos) que a do intelectual ou pesquisador, por vezes cético, que critica e questiona qualquer tipo de racionalidade que lhe é alienígena, ignorando que se trata de um tipo de universo ontológico diferente do seu.

Filipe contara-me dias antes, do sucedido com outros cientistas sociais interessados em estudar os ritos de iniciação nesta comunidade. Lentes de câmaras fotográficas partidas, óculos quebrados, mochilas e computadores portáteis deixados para trás durante fugas precipitadas, com medo de serem linchados pelos membros da comunidade consumidos por raiva de serem tomados apenas como pessoas a quem se procurava para saber coisas que só ao pesquisador interessava saber, eram alguns dos possíveis cenários que me esperavam, caso falasse com altivez e com muita certeza do que queria saber, igual a quem não estivesse aberto a escutar – a aprender.

“Se quiseres perguntar sobre o” que fazemos, vais ter que escutar o que não queres perguntar – disse-me Lucas, um senhor de idade avançada, pois, como ele dizia: “nasci nos tempos em não se tinha o hábito de se escrever em papéis a existência das pessoas.” Sabia que aquele lugar intimidador em que me havia colocado, juntamente com mais três curandeiros, duas mulheres e um homem, definiria o restante do meu trabalho de campo naquele dia na Associação. Era uma espécie de entrevista inicial,

para saber se eu era confiável, se deturparia o conhecimento que obteria com a observação de algumas sessões de cura terapêutica ou com os diálogos em torno destes.

Estava ciente que a entrada em campo quase sempre é uma tarefa árdua, emotivamente exaustiva. A literatura antropológica clássica e contemporânea é repleta de exemplos etnográficos que ilustram o quão difícil é a entrada em campo (Corsaro, 2005). A confiança dos interlocutores se ganha na interação, se ganha mostrando honestidade e compromisso ético. Procurei, dia após dia, durante a realização do trabalho de campo, conquistar a confiança dos meus interlocutores.

No entanto, estava bastante lúcido e ciente de que existiam três questões que podiam se tornar impedimentos na construção de uma relação afetiva de confiança entre pesquisador e interlocutor: Por que um homem estaria interessado em estudar infertilidade feminina? Tratando-se de um assunto quase inacessível ao universo masculino, e em até certo ponto, inacessível até a alguns interlocutores da pesquisa diretamente afetados pelo tema, como iria obter informação das mulheres submetidas aos itinerários terapêuticos de cura e daqueles responsáveis pela resolução simbólica e material dos mesmos? Como eu iria tratar disso? Essas questões, que já me haviam sido feitas por colegas e professores do PPGAnt, afunilavam as minhas opções de resposta e de escolhas de quais caminhos seguir, que a essa altura me pareciam ser duas.

A primeira opção se afigurava como a mais “fácil”. Nesta, mudaria o objeto de estudo e continuaria com a mesma temática, ou seja, em vez de estudar a infertilidade feminina, estudaria itinerários terapêuticos aplicados na medicina tradicional na contemporaneidade que, aparentemente, pelo fato de eu ser homem, originaria uma maior facilidade de diálogo entre homens e mulheres. A dificuldade maior, caso desejasse seguir com esta opção, estaria em alterar o objeto de estudo, os objetivos, a justificativa, o problema de estudo e o quadro teórico. No entanto, descartei-a, em grande parte por procurar empreender um movimento contrário ao “habitual”. Quando me refiro ao “habitual” falo sobre o lugar onde a maioria dos estudos sobre gênero, corpos e sexualidade feminina acaba desaguando em Moçambique.

No “habitual”, apesar de se reconhecer a dinâmica e fluidez do poder nas relações sociais, os homens surgem como os que detêm poder e determinam posturas, maneiras de ser e agir nas comunidades. Assim sendo, no “habitual” as mulheres surgem como meras coadjuvantes na definição e estruturação de seu cosmos circundante (Osório; Silva, 2008; Osorio; Macuacua, 2013).

A segunda opção, mesmo me parecendo a menos pacífica, seria sentar com os curandeiros e interlocutores explicar-lhes que apesar de ser homem tinha como objetivo estudar questões ligadas a infertilidade feminina porque pretendia compreender, fora do “habitual”, o processo de construção social dos corpos femininos, principalmente dos que na sua trajetória de vida eram submetidos itinerários terapêuticos. E foi essa última opção a que segui. Não me espantou que os médicos tradicionais que tive o prazer de estar em contato acolhessem o meu estudo.

O clima tenso e hostil de outrora, cedeu espaço a uma conversa amena caracterizada por elogios de ambos os lados. Ouvia, por vezes, palavras ou expressões em língua local que traduzidas para o português significavam “miúdo esperto, miúdo que sabe comportar-se, miúdo que sabe estar entre os mais velhos”. A conversa com os “mais velhos” foi esclarecedora. Ficou claro que eu deveria evitar conversar diretamente as interlocutoras da pesquisa, porque seria constrangedor.

De igual modo, ficou evidente que deveria, antes de entrevistar os potenciais interlocutores da pesquisa, pedir o consentimento dos seus parceiros, salvo os casos em que estas fossem acompanhantes. Deixei claro para os curandeiros que o meu estudo seria apenas mais um entre tantos em antropologia que buscam contar como os corpos femininos tidos como “dificuldade para engravidar” são geridos na sociedade, sendo estigmatizadas e conotadas como inférteis, apontando os mecanismos e dispositivos sociais acionados para a sua construção.

Com efeito, o tipo de linguagem que adotaria para escrever (na altura, a dissertação) traduziria determinados termos, expressões e conceitos êmicos para a língua portuguesa, dando-lhes sentido a partir de algo que fosse equivalente às metáforas que eles usavam para explicar as coisas, sem necessariamente procurar um sentido igual em língua portuguesa – tal e qual fazem os escritores moçambicanos anteriormente mencionados neste texto.

Acredito que à dada altura dos nossos diálogos ficou explícita pelo menos para mim, que se tratava de um processo de invenção da cultura do “outro” – desse ser que me era próximo culturalmente, uma vez que estudava uma temática contemporânea, que apesar de ser de etnias diferentes partilhávamos muitos aspectos culturais comuns do cotidiano, mas que intelectualmente nos colocávamos como sujeitos discursivos distintos, porém, horizontalmente situados (Wagner, 2010).

1.3 Considerações teóricas sobre as categorias analíticas da pesquisa

Estudos antropológicos no campo da saúde sobre os itinerários terapêuticos tendem a mostrar que as construções de novas e diferentes formas de cuidado nos colocam diante de um contexto de mudanças e desafios (Langdon, 1997). Tais estudos, têm se deparado com a seguinte constatação: tanto os indivíduos quanto as sociedades encontram diferentes maneiras de resolver as questões relacionadas à saúde.

No caso das sociedades contemporâneas, esse fato assume maior complexidade à medida que esta é atravessada por diversos saberes, poderes, fazeres e instituições. Assim, se de um lado, os indivíduos atualmente se deparam com maiores possibilidades de escolha e de ação, uma vez que encontram à sua disposição uma ampla gama de serviços terapêuticos e de saberes que os justificam, por outro lado, também encontramos uma série de concepções e de práticas que continuam a reiterar as dicotomias e essencialismos na sua forma de compreender e intervir sobre as questões relacionadas seja ao corpo seja à saúde – e o gênero torna-se um marcador importante (Lacerda, 2010).

O presente estudo buscou identificar e discutir alguns dos princípios que regulam o ato interpretativo e interventivo. Ao problematizar a temática, identifiquei a perspectiva *interacionista*, que subsidia o debate sobre a infertilidade feminina, que valoriza a interação do indivíduo com o seu ambiente ou meio social.

Esta perspectiva valoriza o caráter criativo e transformador de sujeitos e grupos e suas estratégias de compreensão e enfrentamento às doenças, enfocando a “dimensão cuidadora” que se estabelece a partir do cotidiano de todos os atores envolvidos no contexto terapêutico. Essa abordagem permite compreender que é só no universo relacional e terapêutico que se pode produzir o “cuidado que cuida” e este está situado em relação ao processo de trabalho em saúde (Mangia, 2008). Apesar da abrangência no que se reflete a noção dos cuidados e tratamento tendo em conta as práticas médicas, esta perspectiva olha para as causas e o perfil terapêutico das doenças. O foco da atenção passa de uma análise macrosociológica, totalizante, para um nível interpretativo voltado para comportamentos específicos dos pacientes.

Desta feita, o itinerário terapêutico é um sistema de saúde que compreende todos os componentes presentes em uma sociedade, incluindo conhecimentos tradicionais. Como consequência, todas as sociedades desenvolvem conhecimentos, instituições e práticas específicas que podem ser chamadas de sistema de saúde. Esta perspectiva olha para as práticas terapêuticas e o tratamento como uma dimensão ampla,

que abrange desde o indivíduo, o contexto social, história da vida social e o meio social a qual está inserido (Oliveira, 2002).

De acordo com Alves e Souza (1999), “a literatura socioantropológica sobre itinerário terapêutico tem como principal objetivo, interpretar os processos pelo qual o indivíduo/grupos sociais escolhe, avalia e adere (ou não) a determinadas formas de tratamento. Essa problemática parte do princípio que os indivíduos/grupos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. Esse modelo de pensamento é presente no contexto analítico sobre Moçambique e mais tarde seguido por parte considerável daqueles que se dedicam a análise desse campo do social e da saúde (Alves, 1999; Abdallah 2002; Nhatave 2006).

Visto que, de modo geral, os serviços de saúde se organizam conforme uma lógica biomédica (e Moçambique não é exceção), não sendo capazes de satisfazer integralmente às necessidades reais de seus usuários, o caminho percorrido pelos sujeitos na busca por cuidados nem sempre seguem fluxos predeterminados, sendo que as escolhas desses indivíduos são definidas de acordo com o contexto em que estão inseridas suas condições econômicas, sociais e culturais.

Assim, as diferentes narrativas, me ajudaram a compreender os mecanismos de construção, acesso e tratamento de problemas da infertilidade feminina, bem como o perfil das mulheres que aderem os itinerários terapêuticos da infertilidade, numa perspectiva plural e não homogeneizante.

Nesse enquadre, a compreensão dos discursos em torno da infertilidade feminina foi fundamental para o entendimento das diferentes lógicas e dispositivos que a atravessam, constituem e instituem, tanto como os saberes e práticas vinculadas à saúde das mulheres. Sem perder de vista a saúde como uma construção histórica, social e cultural, que não se restringe a um marco biologizante (Uchôa e Vidal, 1994).

O modelo de análise de redes semânticas, desenvolvido pelos autores Good (1977) e Good & DelVecchio (1980), abrem o caminho para a compreensão dos diferentes fatores que participam da construção de “realidades médicas”. Esses autores enfatizam a diversidade de modelos que existem em uma dada sociedade, a construção cultural dos problemas de saúde e os esforços terapêuticos para resolvê-los. Eles ressaltam que toda prática terapêutica é eminentemente interpretativa, o que implica constante trabalho de tradução, de decodificação e de negociação entre diferentes sistemas semânticos, ou seja, a doença é ora vista como um problema físico ou mental, ora como biológico ou psicossocial, mas raramente como fenômeno multidimensional.

Kleinman (1980), ao questionar as interpretações biomédicas, reinscreve que as crenças, as normas de comportamento e as expectativas referentes às doenças são valores que predominam em uma sociedade. Para ele, essa abertura favorece maior tolerância frente a outras formas de pensar e agir diante da doença e, em consequência, abrem novos caminhos para o reconhecimento e análise dos processos culturais que mediatizam a construção das representações e comportamentos em saúde.

O discurso antropológico aponta que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural. De acordo com Kleinman e Good (1977), a análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde, sejam elas orgânicas ou psicológicas, só nos são acessíveis por meio da mediação cultural, a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias.

De acordo com Kleinman (1980) apud Uchôa e Vidal (1994, p. 501), todo sistema de cuidados em saúde seria constituído pela interação de três setores diferentes: profissional, tradicional e popular. Cada setor veiculando crenças e normas de conduta específicas e legitimando diferentes alternativas terapêuticas, distinguindo assim dois modelos explicativos dos problemas de comunicação associados às atividades de saúde, elaboradas a partir de episódios de doenças e em referência aos tratamentos: “os modelos explicativos dos profissionais” e os “modelos explicativos utilizados pelos doentes e suas famílias”.

Esses modelos se enraízam em diferentes setores do sistema médico e vinculam crenças, normas de conduta e expectativas específicas. Portanto, a grande contribuição desses instrumentos analíticos (o exame da interação entre eles e a análise dos problemas de comunicação que surgem do encontro entre modelos culturais), permite uma avaliação da distância que separa os modelos médicos e não médicos.

Segundo Good & Delvecchio (1980), as redes de símbolos associadas a doenças particulares em dada sociedade, seriam utilizadas pelos indivíduos para interpretar o vivido, articular a experiência e exprimi-la de forma socialmente legítima, tendo a percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer para os profissionais de saúde, determinada pelo corpo de conhecimentos biomédicos. Já para os indivíduos de uma comunidade, seria determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas e características de pensar e agir frente a um problema de saúde específico. Tal modelo de análise, permite o conhecimento das lógicas conceituais que organizam o campo das representações culturais, associadas por populações específicas.

Langdon (1997), por sua vez, nos mostra que cada grupo interage com um ambiente físico específico através de meios materiais, pensamentos e elementos culturais para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências ou episódios de doença e infortúnio, seja individual ou coletivo. Assim sendo, as práticas terapêuticas para o tratamento de enfermidades podem ser identificadas não apenas nas práticas serviços de saúde convencionais.

Diante deste contexto, a consequente relevância teórica do presente estudo para o campo da antropologia, deve-se ao entendimento e reconhecimento de que os trabalhos sobre essa temática em Moçambique ainda são escassos e que, quando existentes, acabam por privilegiar o saber médico ocidental em detrimento de outros conhecimentos e suas formas de compreensão e intervenção.

Segundo Arnaldo (2007), a África é econômica e culturalmente diversificada, e os estudos compreensivos sobre a infertilidade são escassos em alguns países da região. De acordo com Cadwell (1990), as razões para que a infertilidade seja resistente ao declínio, são culturais e estão relacionadas com as crenças étnicas e religiosas. No que se refere “às mulheres”, de acordo com Rohden (2001) e Vieira, (2002) o discurso médico do século XIX, construiu diversos saberes sobre a sociedade, colocando em discussão a mulher e a sua natureza, e as particularidades de seu corpo, na sua função da maternidade. E, assim, segundo Mattar (2016, p. 80) “o moralismo médico vai nortear-se pela preocupação com a prole, pois os filhos saudáveis serão fundamentais para a felicidade do casal, mas também para a felicidade de nação”.

Sendo que desta forma, os discursos médicos sobre o corpo da mulher, foram fundamentais para se criar, disseminar e legitimar relações de causalidade entre a potencialidade da mulher em gerar filhos e o cuidado/criação das crianças como atividades femininas, baseadas nas diferenças inscritas no corpo biológico. Segundo nos afirma Vieira (2002. p.32) “As concepções que se constroem sobre a natureza feminina impõem, para o saber médico, esforços consideráveis para desenvolver o conhecimento sobre as especificidades biológicas da condição feminina”.

Importante destacar segundo Rohden (2001), como ao longo do tempo o mundo ocidental forjou uma noção de natureza feminina baseada principalmente em diferenciações anatômicas e fisiológicas. É assim, que diferentes autores como, Rohden (2001); Vieira (2002); Mattar (2016) vão destacar a dimensão de construção social tanto do sexo, quanto do gênero pela ciência. Desta forma, a pertinência desta pesquisa visa compreender o modo como as diferentes sociedades estabeleceram um complexo ideal

de diferença entre “os sexos”. A diferença percebida entre homens e mulheres faz parte do conjunto de temas centrais a partir do qual cada sociedade pensa a si mesma e propõe suas formas de organização social, as relações entre os gêneros constituem um módulo fundamental em torno do qual se articula uma série de preceitos indispensáveis para a vida em sociedade. As concepções a respeito dessa diferença variam entre cada sociedade e também com o tempo, e evidentemente estão intimamente relacionadas com vários fatores que caracterizam cada forma de organização social.

Para Araujo (2005, p. 45) a diferença entre os sexos desenvolveu-se principalmente entre duas perspectivas: a essencialista e a culturalista. O discurso essencialista exalta a “diferença sexual” e defende a existência de uma “essência feminina”, as constatações culturais, realizam afirmações que aprisionam a feminilidade, ainda que ideologicamente valorizados (mulher como mãe e esposa). Acabando por justificar a discriminação das mulheres em função da “essência” feminina.

Na perspectiva culturalista, as diferenças sexuais provêm da socialização e da cultura. Sob esta ótica, a superação da ordem e das leis patriarcais eliminaria as diferenças sexuais. Segundo Scott (1988), o conceito de gênero pode ser empregado também como uma categoria para analisar a questão da igualdade e da diferença, apontando para uma nova perspectiva de interpretação e transformação da realidade social. A questão da diferença entre os seres humanos é parte da história da humanidade e está presente nos mais diversos discursos - religioso, biológico/científico, psicológico, antropológico e social, mas é na modernidade que esse tema ganha maior relevância como objeto de análise. Para Collin (1992), a diferença sexual não é uma questão teórica, mas sim uma questão das práxis. A diferença sexual só aparece na experiência do diálogo que confronta uma mulher e um homem no espaço público, social ou privado. Assim, de modo geral as noções das desigualdades e as diferenças foram sempre construídas como universalistas, organizando os corpos e a sociedade, embora as mulheres estivessem mais restritas ao mundo doméstico (Rohden, 2001).

Segundo a WLSA¹⁶ Moçambique (2014), a posição da mulher Moçambicana ainda é de subalternidade. São estes os valores que regem e governam as relações sociais de

¹⁶ WLSA (Women and Law in Southern Africa) é uma organização não governamental regional (ONG), que opera sobre os direitos das mulheres, em sete países da África Austral: Botswana, Lesotho, Malawi, Moçambique, Swazilândia, Zâmbia e Zimbabwe. A WLSA Moçambique define-se como uma organização feminista, que reconhece e explica a situação de desigualdade através de uma teoria das relações sociais de gênero que toma em consideração a dimensão de poder nas relações entre mulheres e

gênero nas famílias moçambicanas. De certa forma, os homens não estariam a agir contra aqueles valores, pelo contrário, estão a corresponder aquilo que é a prática, que aprenderam ou herdaram dos seus pais. Segundo Loforte (2003), numa clara referência às regras patriarcais existentes na sociedade moçambicana, mais de metade das mulheres na cidade de Maputo não participam na tomada de decisões na família e devem total obediência ao esposo sendo incentivadas a não trabalhar. Para a autora, isso impede a autonomia das mulheres. Segundo Brás (2014), devido o perfil machista que caracteriza as sociedades africanas no geral, e Moçambique em particular, a experiência feminina em relação à procriação se apresenta entrelaçada a uma série de valores que resultam em sua culpabilização e responsabilização exclusiva.

Essa unilateralidade, segundo Trindade e Fiorine (2002), se torna evidente quando constatamos que raramente se encontram referências à infertilidade masculina, o que sugere que maior parte dos problemas reprodutivos do casal tem sido sempre atribuída quase exclusivamente às mulheres, sendo cada vez mais recorrente a desvalorização da mulher nas sociedades africana. Assim, observa-se que o estatuto da mulher moçambicana, é dependente do casamento e de sua capacidade de procriação. Deste modo, a gravidez representaria a confirmação da feminilidade dentro da sociedade, passando a infertilidade a ser significada para as mulheres “inférteis” como um verdadeiro “drama social” nos termos de Turner (1957).

A partir do exposto é que se reafirma a importância que o presente estudo tem em analisar os itinerários terapêuticos da infertilidade feminina em Moçambique, entre dois grupos étnicos complexos.

homens, estruturadas no âmbito de sistemas de dominação patriarcais, agindo em defesa da igualdade de género, tendo em conta que a mudança só pode ser efectiva se se abalarem as estruturas de poder patriarcais que garantem e reproduzem a subordinação das mulheres.

CAPÍTULO II - PERCORRENDO SENTIDOS: OS EMARANHADOS BIOMÉDICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIOCULTURAIS.

Apesar de o discurso biomédico afirmar que a raiz da infertilidade é de desenvolvimento biológico, e em Moçambique, nem o saber científico nem o saber social são suficientes em si mesmos para dar conta da complexidade da experiência humana, mas crê-se fortemente que a esterilidade/infertilidade é o destino ou castigo por mau comportamento ou transgressão aos costumes e tabus. Nesse sentido, ao percorrer saberes, fazeres, discursos estava interessado menos na “verdade” de cada sistema de significação e muito mais nos usos e sentidos construídos e acionados por sujeitos e coletivos e que ajudam a compor sua teia de significados culturais (Geertz, 1989). Desta forma, no presente capítulo evidencio os diferentes itens que compõem a infertilidade e sua respectiva influência na vida dos sujeitos que a enredam.

Mediante a relação dialógica com os participantes da pesquisa, pude perceber que o sistema cultural em que as pessoas estão inseridas pode acentuar certos elementos constitutivos que parecem estar associados aos elevados índices de esterilidade.

Começando por destacar a abstinência sexual pós-parto praticada especificamente na região centro do país pelas várias etnias, durante o período de amamentação, que tem o propósito de proteger a saúde da criança. Nesta região acredita-se que o leite pode ser contaminado pelo sêmen do homem se uma mulher que estiver amamentando tiver relações sexuais e que a criança que se alimentar de tal leite ficará doente ou morrerá.

Contudo, o sêmen do homem não é único elemento prejudicial para a criança, o contato de uma criança com uma pessoa que tenha mantido relações sexuais torna a pessoa “quente” (munthu wakupissa¹⁷) e conseqüentemente prejudicial para a criança. Vale pontuar que por mais que a abstinência sexual aplique-se à mulher que esteja amamentando, tal interdição também vale para os homens. Assim, o pai não deve tocar na criança enquanto estiver “quente”, isto é, depois que mantiver relações sexuais (com a própria esposa ou com alguma amante), pois a criança ficaria doente.

Contudo, a proibição do contato de uma criança recém-nascida com uma pessoa quente, aplica-se não somente ao pai e a mãe, mas a qualquer outra pessoa que possa vir a ter contato com a criança (Junod 1996, p. 51-52). Portanto, todas as pessoas casadas

¹⁷Termo usado no contexto do centro de Moçambique para referir indivíduo que acaba de manter relações sexuais, e que este não pode ter contato com nenhum recém-nascido.

que potencialmente estiverem em condições de manterem relações sexuais estão proibidas de se aproximarem de um recém-nascido.

Desta forma, acredita-se que se a mãe recomeçar a atividade sexual sem fazer ou cumprir o tempo estipulado, o recém-nascido torna-se alvo indefeso, podendo adoecer e correr risco de perder a vida por negligência dos pais perante a violação dos preceitos, e isso conseqüentemente impactará diretamente na mãe, pois caso ela perca o recém nascido nestas condições ela é castigada tradicionalmente pelo espírito dos antepassados numa condição em que terá uma vida tumultosa e não irá conceber sem passar por um ritual de purificação, razão pela qual este ritual é realizado por um curandeiro um ano após o nascimento. Entretanto, na região sul, entre os *Tsongas* a abstinência é apenas destinada às mulheres, o homem pode ter relações sexuais com outra mulher desde que este não toque no recém-nascido enquanto estiver com corpo quente.

De acordo com Martinez (1989), em Moçambique consta-se que a abstinência sexual pós-parto para as mulheres em fase de aleitamento é uma prática comum. Para o autor, isso implicaria na abertura de espaço para relações extraconjugais por parte do esposo instigando a poligamia.

Porém, nos dias de hoje os padrões étnicos concernentes aos tabus da abstinência sexual foram atualizados e parecem estar relacionados com a variação, sendo que para os tewes, lomwes e os chuabos a interdição era de 6 a 12 meses, mudou de 60 à 120 dias, para Tsongas que era de 8 a 12 meses tornou-se de 12 à 18 meses, sendo que os períodos mais longos de abstinência pós-parto são observados nas regiões norte e sul, onde vivem os grupos étnicos com o período mais longo da abstinência.

Lembrando que nestes grupos, a concepção de adolescência varia culturalmente, o que para alguns grupos étnicos, a idade 15 anos em diante, junto da evidência do período menstrual e maturidade mental que dita à responsabilidade as tarefas da casa, e apesar de o casamento prematuro existir e ser considerado uma prática cultural que estimula casamentos precoces destaca-se o diferencial “idade” entre os conjugues como um fator impulsionador que prescreve a hierarquias de gênero, que confere ao homem o poder¹⁸ e sendo desta forma mais difícil de fazer com que estes usem contraceptivos, desta forma as mulheres se tornam propriedades das linhagens dos seus maridos, ou

¹⁸ O poder vindo do casamento arranjado cujo a união é acordada pelas famílias (habitualmente, os pais) podendo haver aceitação ou não da parte de quem se casa.

seja, são vistas como objetos nos sistemas esmagadoramente constritivos de dominação masculina.

Contudo, esta prática é culturalmente aceita e incentivada principalmente em zonas rurais onde se registra o maior número de crentes da religião islâmica. Mas hoje, a poligamia depende das “preferências pessoais” do homem, sendo que 28% deles têm mais de uma mulher na cidade de Chimoio, sendo que a maioria do grupo pesquisado se localiza dentro da cidade (região de forte concentração da religião muçulmana).

A predominância da religião islâmica em algumas regiões de Moçambique contribui para prática dos casamentos precoces, reforçando desta maneira a poligamia prescrita pela tradição. Isto é, a religião e a etnicidade constituem importante determinantes da esterilidade, porque ela influencia os padrões de comportamento sexual e conjugal apropriado, tais como idade normativa do casamento, aceitação da poligamia.

Em algumas regiões de Moçambique, a prevalência de casamentos prematuros dentro de um sistema cultural é atrelada a fatores étnicos e contribui para a esterilidade. Esta prática é mais visível na região centro do país, onde as mulheres muitos jovens são expostas à gravidez que não conseguem levar a termo devido à imaturidade orgânico-fisiológica, o que leva a possibilidade de danos no aparelho reprodutivo, aumentando o percentual de abortos, e conseqüentemente apresentando maior probabilidade de esterilidade secundária¹⁹ do que as que têm a sua primeira relação sexual ou que se casam mais tarde.

Portanto, deste modo, penso ser possível também compreender que em Moçambique a esterilidade entre as mulheres não se reduzem somente a uma discussão biomédica. Assim sendo, fatores culturais tem um impacto importante nessa discussão. Nesse sentido, Loforte (2003) afirma que grupos étnicos com tradições conjugais que favorecem liberdade sexual²⁰ têm maior probabilidade de ter alta prevalência de esterilidade do que nos grupos étnicos que seguem as normas estritamente conjugais.

Neste estudo, ao analisar a relação entre a religião e esterilidade na região centro e sul de Moçambique, os resultados indicam diferenças consideráveis do nível de

¹⁹ Esterilidade secundária resulta de uma infecção durante o parto, e tende a ocorrer em mulheres que são realmente jovens.

²⁰ Liberdade sexual que aqui me refiro é um principio prescrito em ritos de iniciação para futuras mães, que favorece ao conjugue a pratica sexual durante o período de abstinência pós-parto.

esterilidade²¹, sendo que os dados mostram que a esterilidade é mais acentuada na religião muçulmana comparando com outras religiões que apresentam o nível mais baixo. O que sugere que uma parte substancial da justificação da esterilidade se encontra nas práticas culturais.

Outro aspecto que não pode ser desconsiderado são as que dizem respeito às questões de gênero. Ao analisar os contextos socioculturais e os fatores que atravessam a infertilidade, afetando a vida e a imagem da mulher moçambicana, os recursos acionados para o tratamento das diversas causas da infertilidade refletem o modo socialmente produzido de ser mulher.

Mohanty (2008) lança um olhar crítico à construção do feminismo ocidental (presente não só no Norte Global, mas também entre as camadas médias, brancas, urbanas, nos países do Sul Global) que homogeneízam uma “mulher do Terceiro Mundo” que tem efeitos de colonização ao suprimir as heterogeneidades materiais e históricas dessas mulheres. Esse olhar constrói as *mulheres do terceiro mundo* como submissas, limitadas pelas tradições, enquanto que as mulheres ocidentais seriam o parâmetro “moderno” de educação, de controle sobre o corpo, sexualidade e de liberdade/autonomia.

Penso que grande parte das obras do feminismo busca revelar um elemento universal: a subordinação feminina. O que autoras críticas como Mohanty (2008) apontam é que essas generalizações são problemáticas ao desconsiderarem as historicidades específicas e as realidades complexas. Assim, vários estudos ocidentalizados sobre sociedades africanas ao se concentrarem em examinar o "status" das mulheres em várias sociedades, acabam por impor como modelo a ser seguida a supremacia cultural ocidental e, desta forma, colaboram para a construção de uma visão machista sobre o continente africano. Afinal, que mulher africana genérica é essa? Nesse sentido, cabe pontuar que, não desconhecendo as especificidades dos diferentes grupos étnicos existentes em Moçambique, bem como os elementos sociais e culturais que os atravessam, importa-nos não falar em nome de uma “mulher africana” mas sim numa determinada mulher moçambicana sempre contextual e historicamente situada e nunca universal nem homogênea.

²¹As mulheres tornam sexualmente ativas, por causa da influencia religiosa, que estimula os casamentos jovens propagando o inicio de uma relação sexual cedo, que expõe a mulher a gravidezes numa idade em que não conseguem lidar com elas.

Essas singularidades impedem de pensar em termos binários e de desconfiar de algumas verdades feministas universalizantes: onde as mulheres são sempre percebidas em oposição aos homens, em que patriarcado significa necessariamente domínio masculino e em que se supõe implicitamente que sistemas religiosos, legais, econômicos e familiares são construídos unilateralmente pelos homens (Bakare-Yusuf, 2003).

Dessa maneira, parto de princípio que mulheres e homens aparecem como sujeitos com capacidade de resistência e agenciamentos. Constituídos relacionalmente por experiências, conhecimentos e interesses. Ou seja, há um limite nas leituras que afirmam a unilateralidade da existência de um ideário masculino “explorador” sobre o feminino existente na cultura moçambicana. Isso tem resultado numa compreensão da mulher moçambicana como inerte, sem vida e despojadas de seus lugares de sujeitos-históricos, essencializadas como sujeito único, oprimido pela cultura/tradição “patriarcal”. – o que diferentes pesquisas realizadas no/sobre o país tendem a contradizer.

Vivendo e convivendo na sociedade moçambicana entendo que as relações de gênero são construídas historicamente. Conforme é sabido, a experiência feminina moçambicana se apresenta entrelaçada a uma série de valores e práticas que não permitem a construção da imagem de uma mulher que se constrói como coadjuvante da sua história, do seu corpo, do seu lugar no mundo social.

2.1 Infertilidades: um problema orgânico? O que diz a biomedicina e as narrativas populares Moçambicanas

Embora não possamos desconsiderar o peso que possui o discurso biomédico nas sociedades modernas e o valor de “verdade” de seu discurso, ocorre que nem sempre sujeitos e coletivos recorrem a estes artefatos em seus itinerários de saúde. Ou seja, se de um lado há a constatação de que, por vezes, os tratamentos em redes de saúde convencionais e os processos para a cura da infertilidade são complicados e caros, o que pode resultar, por vezes, no abandono das alternativas biomédicas e na busca por terapias alternativas, de outro, há que se considerar que uma compreensão amadurecida sobre essas trajetórias e escolhas não se esgotam numa razão funcionalista ou instrumental. Nesse sentido, ao longo do campo, pude encontrar pessoas que, mesmo possui um capital econômico e cultural que lhes permitia acesso privilegiado ao aparato

do sistema convencional de saúde, optavam primeiramente por recorrer aos conhecimentos dos chamados médicos tradicionais e aos seus recursos.

Segundo Miranda (2005), para estudar a infertilidade feminina, torna-se necessário conceitualizar os termos “infertilidade” e “esterilidade” que são comumente associados à dificuldade ou impossibilidade de engravidar. Segundo a biomedicina, autores como Olmos (2003) e Chedid (2000) definem *infertilidade* como sendo um fenômeno composto por uma série de impedimentos que dificultam a concepção após um período de tentativas regulares.

De acordo com as representações populares e os relatos científicos em torno da reprodução os termos *infertilidade ou esterilidade* são normalmente usados para se referir à incapacidade do homem ou da mulher de ter filhos. Na literatura, o uso desses conceitos não tem sido uniforme e muitas vezes eles são usados de maneira variável (Vaeseen 1984; Tesfaghiorghis 1990). O uso do termo infecundidade ou infertilidade, de acordo com a medicina ou a terminologia médica, se refere à dificuldade, mas não a impossibilidade de uma mulher ou casal conceber depois de um período (Who, 2005).

Porém, a organização mundial da saúde (OMS) distingue dois conceitos: infertilidade [incapacidade de conceber] e perda de gravidez [a incapacidade de reter o feto da concepção até ao nascimento]. Dessa forma, para o discurso biomédico, a infertilidade seria o resultado de uma falência orgânica devido à disfunção dos órgãos reprodutores viáveis para que a ocorra a fecundação.

Ao procurar um determinado serviço de saúde, a pessoa lança mão de uma série de elementos socialmente compartilhados que orientam tal procura e que são acionados de diferentes modos e em diferentes circunstâncias. Como a experiência da doença é moldada culturalmente, nós literalmente “aprendemos a ficar doentes”, de acordo com o nosso meio social, que influencia diretamente a forma como sentimos as doenças, expressamos seus sintomas e utilizamos os recursos de cura à nossa disposição.

A perspectiva antropológica nos auxilia não só a entender o modelo explanatório da doença, mas avança no sentido de explicitar que todas as atividades relacionadas com o cuidado à saúde estão inter-relacionadas, tendendo a constituir uma forma socialmente organizada para enfrentar a doença, e formam, a exemplo da religião e da linguagem, um sistema cultural próprio, que é o sistema de atenção à saúde (KLEINMAN, 1980; OLIVEIRA, 2002).

Em cada cultura, a doença, e à resposta a ela, as pessoas que a vivenciam, os cuidadores que se ocupam em tratá-la e as instituições envolvidas estão interconectados

mediante esse sistema, que também contempla, entre outros elementos, as crenças sobre a origem das doenças, as formas de busca e avaliação do tratamento, os papéis desempenhados e as relações de poder entre todos os envolvidos (Foucault, 1979; Oliveira, 2002).

Contrapondo-se ao modelo biomédico, precisamos entender a atenção à saúde como um sistema que é social e cultural na sua origem, estrutura, função e significado. Assim, Oliveira (2002) nos reporta a discussão sobre a construção social da realidade, no sentido de tornar claras as relações humanas estabelecidas pelo indivíduo com os outros e com a vida que o rodeia. São relações governadas por regras culturais específicas, incorporadas pelos indivíduos, que as proveem de significado e as legitimam perante o contexto social.

Oliveira (2002, p. 68) pontua que “esta realidade social não é única no tempo e no espaço, monolítica a ponto de não ocorrerem variações individuais e coletivas”. Mas o importante é perceber que ela exerce uma influência crucial na maneira como cada um de nós pensa e age diante de uma situação de doença, optando por um determinado tipo de atendimento e avaliando seu resultado.

Portanto, apesar de o sistema de atenção à saúde ser uma construção coletiva, o padrão de uso do mesmo difere de acordo com o grupo social, com as famílias e os indivíduos. Assim, apesar de possuírem uma série de elementos em comum, os membros dessas comunidades podem apresentar comportamentos diferentes em relação ao cuidado de saúde.

Contudo, ao estudar os itinerários terapêuticos na sociedade Moçambicana atual enfocando os impasses vividos pela mulher diante da experiência da infertilidade, em primeiro lugar torna-se imprescindível compreender que apesar do discurso biomédico conceber a infertilidade como um problema orgânico, de desenvolvimento biológico, conforme nos afirma Santinho (2011 p. 51), todo o conhecimento sobre saúde e doença, proveniente de provedores de cuidados de saúde e de doentes, é “produto de um processo social e cognitivo, mais do que de um processo lógico”, construído e acumulado, com raízes no passado e assente na experiência relacional e subjetiva dos grupos e instituições sociais que reconfiguram o seu corpo de significados e práticas de diagnóstico, gestão e tratamento da doença, este fenómeno em Moçambique é compreendido a partir do prisma cultural dos grupos étnicos tendo na linguagem dos fluídos corporais um importante vetor de compreensão e explicação do fenómeno.

Arnaldo (2007), afirma que é considerada infertilidade conjugal quando um casal não alcança a gravidez desejada ao fim de um período de vida sexual contínua sem métodos contraceptivos, porém esta pode estar relacionada a alguma alteração no sistema reprodutor tanto feminino quanto masculino.

Contudo, em Moçambique por um lado acredita-se que há uma associação entre “fertilidade e virilidade” por parte dos homens e entre “fecundidade e feminilidade” por parte das mulheres, que a infertilidade remete inexoravelmente à mulher, por se tratar do corpo da mulher que a gravidez se processa, não obstante se torna claramente visível que os problemas reprodutivos do casal tem sido sempre atribuída quase exclusivamente às mulheres.

Por um lado, apesar do discurso biomédico afirmar que a origem da infertilidade é de desenvolvimento biológico, em Moçambique acredita-se fortemente que a esterilidade/infertilidade é o destino ou castigo por mau comportamento ou transgressão aos costumes e tabus ou resultado de ações de feitiçaria que é normalmente atribuída a ações dos invejosos e egoísmo das pessoas mais próximas de uma vítima. Ficando deste modo evidente que a mulher estéril acusada de infertilidade geralmente é responsabilizada pelo fracasso da reprodução havendo a impressão de estar sendo castigada ou punida através da infertilidade.

Ao montar um enredo que compõe a experiência da infertilidade, tendo em conta o contexto amazônico, autores como Overing (1986), Belaunde (2001) e Garnelo (2003) postulam que o fluido menstrual é uma prerrogativa feminina que constitui o principal veículo para uma relação que tanto une quanto divide os seres humanos em homens e mulheres. Tais estudos, sugerem ainda a menstruação, contracepção e (possivelmente) aborto, podem estar estreitamente vinculados à questão da feitiçaria.

Embora situado no contexto amazônico, tais trabalhos me ajudam a compreender alguns aspectos do que encontrei no contexto moçambicano. Apesar de raros os estudos etnográficos sobre o fenómeno infertilidade em Moçambique, no estudo realizado entre os *ronga* do sul de Moçambique, Mariano (1998, p. 55-56) reporta que “a mulher durante o período menstrual pode ser vítima de ações de feitiçaria cuja hemorragia representa perigo a concepção e conduz à morte”. Ou seja, o sangramento menstrual desempenha um papel fundamental na reprodução, que precisa ser administrada com cuidado para alcançar fertilidade. Desta forma, constata-se que a infertilidade tem na linguagem dos fluídos corporais um importante vetor de compreensão e explicação do fenómeno.

De acordo com Crocker (1985, p. 45) “primeiro sangue menstrual de uma rapariga movida por apetites predatórios específicos representa uma ameaça à saúde reprodutiva”. Assim, defendo não ser por acaso o cuidado com relação ao sangue menstrual: o sangue da primeira menstruação da jovem rapariga não pode estar à vista, precisa ser colocado em segurança para propiciar assim um fluxo menstrual abundante à rapariga.

Assim sendo, tanto o primeiro sangramento menstrual assim como subsequente quando descuidados e expostos, fazem com que a proprietária esteja propensa a ser vítima de um ritual obscuro ou feitiçaria, guiada pela vingança que impossibilita à vítima de procriar, por esta desrespeitar preceitos estabelecidos. Isto, de certa forma, confirma a ideia defendida por Granjo (2010) ao situar que os acontecimentos indesejados só atingem uma pessoa concreta em resultado de causas sociais que façam coincidir a vítima. Deste modo, a evidente ignorância, desrespeito ou desleixo por parte da vítima pode ser a causa do infortúnio. Por outro lado, os infortúnios também podem estar associados à falta de proteção por parte dos antepassados (Granjo, 2010, p. 168).

Contudo, num quadro em que disputam saberes biomédicos, testemunha-se a força da tradição ocupando uma posição de relevo e produz seu saber-poder sobre a infertilidade, apesar de existir uma gama de fatores clínicos que interferem direta ou indiretamente na concepção nos dias atuais, a forma como a sociedade moçambicana concebe a infertilidade é atravessada por um conjunto de elementos culturais que podem variar de região dada as cosmologias locais dos grupos étnicos.

Partindo do pressuposto que a sociedade moçambicana crê na existência de espíritos que circulam no mundo dos vivos, chegando por vezes a ser malignos, vários estudos sobre crenças e tradições produzidas no contexto moçambicano, atestam que a possessão espiritual nos revela um conjunto de saberes especializados que intercedem na relação entre os espíritos e os vivos, saberes que são utilizados para dar início a processos sociais e interpessoais (Pfeiffer 2004; Honwana 2002; Passador 2010, Mahumane 2015).

Desta maneira ao contribuir para o estudo da infertilidade, no presente, revisito e aprofundo empírica e teoricamente a questão da feitiçaria (possessão espiritual) que envolve domínio de relações entre humanos e não humanos em Moçambique. Com isto, me interessa ilustrar a complexidade e a interação que os discursos sobre *maridos*

*espirituais*²² vinculados à possessão espiritual refletem sobre a infertilidade feminina, podendo, por conseguinte, tornar-se um assunto consensual inacabado de não simples definição, e muito menos fácil operacionalização, pelo contrário, geram inúmeros questionamentos, dúvidas e disputas.

Para efeito desta pesquisa parece-me necessário em primeiro lugar trazer a compreensão do que a sociedade Moçambicana entende por *Marido espiritual*, desta forma, a análise sobre o “marido espiritual”, decorre da prática de compra de poderes de seres espirituais que se acredita ajudarem na acumulação de riqueza material, podendo implicar sempre sacrifícios, onde a rapariga/mulher tem sido vítima de alianças matrimoniais com seres espirituais como medida compensatória.

Dada a diversidade cultural existente no seio dos grupos étnicos Moçambicanos, a questão do “Marido espiritual” é um assunto que vive no seio de várias famílias e apresenta-se como um fenómeno complexo, que retrocede a autonomia da mulher, impedindo e dificultando qualquer tipo de relacionamento afetivo e emocional que a mulher queira estabelecer com alguém fisicamente.

Para efeitos desta pesquisa, considera-se que as crenças e práticas respeitantes à posse pelos espíritos fazem parte das manifestações tradicionais da cosmologia moçambicana cuja medicina tradicional tem um papel importante. Para tal, parece-me necessário explicar o que se compreende por *possessão espiritual*.

De acordo com Mahumane (2015, p. 44) “é o estado incomum e de alteração da consciência detectável através de arrepios convulsivos, gestos violentos, crises nervosas”. Importa dizer que segundo o sistema tradicional, isso seria resultado de um corpo que é invadido ou tomado por alguma entidade espiritual. O conceito prende-se essencialmente com a sintomatologia das doenças que, no sistema de crenças e religião tradicionais, são reconhecidas como sendo provocadas pelos espíritos (Mahumane, 2015, p. 44 - 47).

Ainda de acordo com Mahumane (2015), no seu estudo sobre *possessão no sul de Moçambique*, a possessão espiritual se refere ao mesmo tempo à integração do espírito e corpo, força e poder e realidade corpórea, num cosmos onde os limites entre o individual e o seu comportamento são reconhecidos como sendo permeáveis, com uma atração flexível ou no mínimo negociável. Isso nos possibilita inferir que os estudos sobre a possessão espiritual em Moçambique apontam para uma realidade ampla e

²² “Marido espiritual” é a alma espiritual de um individuo resultante de um pacto com magia negra.

complexa, ainda que o termo possessão inclua noções de posse, controle e dominação, a crença na possessão por espíritos admite a possibilidade de que ações e comportamentos individuais possam ser controlados por espíritos.

Geralmente o marido espiritual é invejoso e qualquer tentativa de envolvimento com a suposta esposa pode degenerar em reivindicação e guerra aberta com o concorrente. O marido espiritual para além de inviabilizar, também interrompe os projetos e sonhos pessoais e pode provocar a morte dos esposos vivos das suas vítimas – segundo a literatura, é persistente a sua vontade de provocar diversos infortúnios.

De acordo a cosmovisão social Moçambicana, a infertilidade é olhada como um problema que está relacionado à feitiçaria (bruxaria), em que algum membro da família (geralmente uma rapariga) é atribuído um marido espiritual por meio de feitiço. Esse parceiro espiritual estará presente na vida da mulher dificultando qualquer tipo de relacionamento afetivo e emocional que a mulher atribuída queira estabelecer com alguém fisicamente.

Partindo desta perspectiva no contexto sul de Moçambique, predomina muito a continuidade dos efeitos da prática de *kukendla*²³. O conhecimento tradicional com o qual os mais velhos detêm e que lhes confere um uso abusivo da sua autoridade, exercendo muitas vezes uma violência simbólica sobre as mais novas e muitas vezes transformando-as em meros “objetos” para compensar pactos com seres espirituais da feitiçaria.

De acordo com Granjo (2010), em muitos casos, o preço pago pelo comprador dos poderes de seres espirituais através de atos de feitiçaria (oferta de uma jovem como esposa do espírito) implica a promoção de alianças com as mesmas entidades espirituais. Desta forma, acredita-se que a feitiçaria seria um recurso utilizado por alguém que é movido por inveja, ciúme, avidez e desejo de enriquecer. Assim, qualquer indivíduo pode provocar danos às pessoas que inveja ou odeia recorrendo à feitiçaria, que pode ser praticada através da compra dos serviços de um médico tradicional (*curandeiro*) com forte poder de maldade.

Schuetze (2010), ao afirmar o quão crítico podem ser os espíritos de possessão em relação à ambição pelo poder e enriquecimento, a partir de seu trabalho junto aos

²³*kukendla* significa compra de poderes mágicos nos médicos tradicionais para a obtenção de bens, força, defesas contra inimigos e obtenção de qualidades pessoais que tornam as pessoas bem vistas e com estatuto superior no seio da comunidade. A continuidade dos efeitos do *kukendla* exige não só o sacrifício de animais e morte de pessoas como contrapartida, como também o cumprimento das promessas feitas no acordo entre as partes.

habitantes de Gorongosa - que incorporam espíritos para satisfazer os seus apetites de enriquecimento fácil e de proteção para fazer frente a um contexto socioeconômico em profunda mudança, nos faz compreender que a feitiçaria aparece associada a noções de ambição, predação, consumo e acumulação de riqueza.

Mais uma vez, o meu interesse foca-se no significado que as relações entre espíritos e pessoas assumem no contexto familiar no que se refere à problemática da infertilidade. Acredito que a possessão espiritual pode ser útil para a compreensão de desequilíbrios entre gerações e, por conseguinte, da violência social que os discursos e práticas sobre espíritos e feitiçaria representam no que diz respeito às explicações para os casos de infertilidade.

2.2 Um corpo, múltiplos fatores.

Vale destacar que, de modo geral, as normas patriarcais que operam na região sul de Moçambique ditam que a experiência feminina é de desvantagem e de subalternidade e as acusações sobre a infertilidade de um casal sempre recaem sobre a mulher - sendo que os homens raramente admitem ou são responsabilizados sobre a infertilidade. Nesse cenário de vulnerabilidade pelo marcador gênero, cabe às mulheres o lugar/acusação de infértil/estéreis. Afinal, numa sociedade em que prevalece a idéia de que o homem precisa ser viril em todas as situações da vida, é mais conveniente à família do esposo na primeira instância acusar e culpabilizar a “nora” por não conceber do que acusar o próprio filho²⁴.

Vargas (2006), ao ressaltar sobre a importância simbólica da infertilidade, examinando a infertilidade masculina na África e médio oriente na qual se vincula a virilidade e fertilidade diretamente à paternidade, constatou que infertilidade masculina

²⁴Ao abrigo de ponto de vista cultural, os modos de relacionamento entre sogras e noras vêm a depender da região, apesar da prática do lobolo quase não existir na região centro, é substituído por outros rituais, uma vez dissolvido o casamento, os filhos, ficam na custódia das mulheres, independentemente de qualquer etnia que a nora pertence. Diferentemente da região centro, o sul prevalece o sistema patrilinear, as práticas costumeiras concede direitos aos homens, porém o lobolo como um costume cultivado nesta região, interfere o modo de relacionamento entre a sogaria e nora, sendo que a posição da mulher será de subalternidade, a atitude dela é de ceder para preservar a estabilidade da relação, principalmente quando pertence a outro grupo étnico que não seja da região sul e contraem o matrimônio por viés tradicional, apesar de a lei garantir à igualdade, segundo esta tradição, a família da noiva ao receber os dotes pela perda que esta representa para seu grupo para passar a pertencer outro clã, esta prática concede ao grupo familiar do esposo a custódia integral das suas esposas sem nenhuma participação na administração dos recursos, amplificando o espaço da mulher na esfera doméstica, o perfil machista desta região permite que após o divórcio ou a separação, a mulher é forçada a deixar a casa do marido e a regressar à sua família natal.

constitui uma circunstância potencial de negação da masculinidade. Ou seja, verificou a existência de sofrimento nos homens inférteis decorrente de perda de *status*, advindo das opções reprodutivas projetadas especificamente para superar a infertilidade que paradoxalmente trazem elementos adicionais de estigma. Ainda de acordo com a autora (Vargas, 1999), no âmbito da relação conjugal, compreende-se a insistente recusa masculina, relatadas pelas mulheres, em se submeter a exames e avaliações médicas.

Especificamente no caso de Moçambique, Passador (2011) afirma-nos que a corroboração masculina nas avaliações médicas e na continuidade do tratamento medicamentoso pode operar como marcador de pessoa impura, que poderá estigmatizá-los como transmissores de malefícios, incapazes de gerar descendência. Desta maneira, é recorrente na sociedade moçambicana a infertilidade ser considerada uma “experiência caracterizada pelo sofrimento e pelos conflitos pessoais vividos na sua maioria pelas mulheres que atravessam esta situação” (Passador, 2011, p. 11).

Levando-se em consideração os mitos e crenças socialmente partilhados, acredita-se que há uma associação entre a “fertilidade e virilidade” por parte dos homens e “fecundidade e feminilidade” por parte das mulheres, já que a infertilidade remete inexoravelmente à mulher - por se tratar do corpo da mulher que a gravidez se processa.

“Há aqui um processo de naturalização do ato sexual para finalidade criativa que é um viés cristão, Sexo para procriação sendo que a ausência de filho é um problema”, portanto a vida das mulheres fica dedicada às tentativas de engravidar, o que paralisa os investimentos em outras áreas de interesse, aguardando o desfecho da infertilidade. (Emídio Gune, entrevista realizada em Maputo em 29 de março de 2019)

Para Olmos (2003), face ao dilema trazido pela infertilidade, a ansiedade gerada pela infertilidade atinge o casal e a consequência natural de um tratamento pressupõe espera e incerteza. Observa-se desta maneira que a infertilidade ganhou importância à medida que a gravidez se torna um destino e uma meta (como desconsiderar que há uma grande expectativa sobre o corpo feminino?), se instalando um clima de mal-estar dos sujeitos envolvidos e que atravessa a relação familiar e social. É o que podemos verificar na fala de algumas interlocutoras da pesquisa:

Sempre quis ser mãe, sempre, casei tarde (29 anos) e nos primeiros dois, três, dediquei-me ao casamento e à carreira. Depois, lá para os 34, surgiu a vontade de ter filho, algo que para mim seria fácil e natural. Não aconteceu. [...] Primeiro tentámos de forma normal "natural",

falhou, eu já com 35 anos, mas as causas não eram da idade, nem da pílula, mas argumentos que me atiram à cara è como se a culpa fosse minha [...]. Não é porque nos, mulher, esperamos demasiado tempo, ou porque sei la, decidimos nos focar na profissão e agora é castigo, As tantas nem é "vontade de Deus" (Cremilde²⁵, 37 Anos, Maputo, Março 2019 – Caderno de Campo).

As pressões geradas pela realidade da infertilidade faz com que as mulheres tenham pressa de engravidar com medo de serem classificadas como estereis. Desse modo, a inabilidade de gerar uma descendência coloca um casal sobre forte pressão social. Afinal, gerar um filho traz um significado pessoal muito importante para a mulher, uma vez que a gravidez pode representar a confirmação de sua “feminilidade”. Por outro lado, conforme é expresso na fala abaixo, a infertilidade pode ocasionar uma queda na autoestima resultando na tendência ao isolamento por não suportarem sentimentos despertados em convívio com casais com filhos.

Imagina o que tive que passar, quando fui para casa de uma cunhada, assistindo primas dele a dar de mamar os bebês; os homens a ver o jogo de futebol na televisão e as outras mulheres falando sobre os filhos. [...] senti-me excluída e distante...Natal e a passagem de ano foram exemplos de outras festas particularmente difíceis para mim...Uma vez num jantar, alguém chegou a perguntar há quanto tempo eu estava casada e se já tinha filhos, naquela ocasião senti vontade de sair daí, mas não podia. [...] São situações típicas como estas que me fazem refugiar-se no trabalho, mas nem sempre é possível. (Alexandra, Maputo, Março 2019 – Caderno de Campo).

A pressão socialmente imposta pela expectativa da gravidez faz dos casais que se deparam com o impedimento de procriar, verdadeiros sujeitos liminares. Por mais que a infertilidade deva ser considerada como um problema que, de acordo com o discurso biomédico, tem bases organicofisiológicas, a cultura acaba por atralar à experiência da infertilidade um conjunto de significações que estão longe de serem reduzidos à uma leitura organicista.

Para além disso, as expectativas de gênero acabam por complexificar ainda mais a problemática. Segundo a OMS (2012), por mais que este não seja o procedimento padrão recomendado, os exames para investigar o motivo da infertilidade ainda são indicados primeiramente às mulheres. Segundo Modelli e Levy, (2006), apesar de cada vez mais se falar que o casal é a figura envolvida neste tratamento, é para a mulher que

as atenções são direcionadas, cabendo uma busca mais pormenorizada mediante exames invasivos. Restando ao homem somente executar um simples exame, ele se isenta de qualquer “responsabilidade” que justifique a dificuldade de engravidar. (Modelli e Levy, 2006, p. 52).

Os procedimentos médicos de tratamento da infertilidade nos dias atuais obrigam principalmente as mulheres a uma convivência constante com a frustração o que, por vezes, faz com que tal condição possa ser experimentada como algo devastador (Borlot & Trindade, 2004). Na medida em que estão profundamente envolvidos com o desejo da maternidade e paternidade, os casais inférteis também entram em contato com questões relacionadas aos seus referenciais de masculinidade e feminilidade, sentem-se feridos no seu orgulho de ser homem e de ser mulher quando privados de sua função reprodutiva.

De acordo com Oliveira (2006), o diagnóstico de infertilidade gera muitos sentimentos conflitantes entre o casal e em especial, na mulher, que impulsiona a perda do controle sobre si, seu corpo e seu projeto de vida, ao perceber que a realização do seu desejo não está em seu poder, são comuns se sentirem impotentes, humilhadas, desamparadas e injustiçadas, apresentando sinais de desânimo como atesta o discurso a seguir:

Conheço uma amiga que teve numa relação no passado, e que ficou grávida, só que não podia ter o bebê fizeram um aborto, tempos depois eles terminaram. Ela entrou para outro novo relacionamento que não conseguia engravidar, tanto que o marido vivia lhe culpando, dizendo que ele nunca teve problemas, como prova disso foi uma acusação sobre ele, de ter engravidado uma moça com quem ele andou, e que essa seria a razão para que o problema estivesse na mulher e não nele [...] tanto que ele nunca aceitava fazer teste, e que então eles se separaram, dois anos depois ela conseguiu engravidar do actual, já com uma barriga de 4 meses e foi para casa do ex, ter com os pais dele, mostrar que o problema não era ela, e os pais ao ver ela grávida concluíram que realmente ela não era culpada. (Iveth, 28 Anos, Chimoio, 2019 – entrevista realizada via Whatsapp).

O estímulo ao tratamento nos homens pode ocorrer quando a suspeita recai sobre ela ou sobre ele indistintamente. No entanto, mesmo quando existem indícios de fecundidade favoráveis à mulher, como no caso de ela já ter filhos, continua sendo prerrogativa feminina o comparecimento inicial ao ambulatório (Vargas, 1999).

A infertilidade é muitas vezes sentida como um defeito, provocando um sentimento de desvalorização e afetando outras esferas da vida. Devido a essa sensação de

“anormalidade”, as mulheres acusadas de infertilidade geralmente, são responsabilizadas pelo sucesso ou pelo fracasso da reprodução havendo a impressão de que são castigadas ou punidas através da infertilidade.

Assim sendo, a infertilidade representa a perda da sexualidade espontânea, da experiência da gravidez, e do bem estar da mulher, sendo um verdadeiro estigma que leva ao isolamento. Num modelo que privilegia a reprodução (como o Ocidental), a confiança na capacidade de reproduzir é um componente importante da auto-imagem de homens e mulheres.

Segundo Pines (1990) e Borlot & Trindade (2004), a gravidez faz parte de um projeto a ser alcançado por uma menina na vida adulta, sendo um requisito para a constituição da identidade feminina. As mulheres que adiam a gravidez em função de sua profissão, continuam tendo fé na sua capacidade reprodutiva, quando enfrentam a dolorosa realidade de não poder conceber, essas mulheres sentem-se devastadas.

Conforme Fiorini (1999), a impossibilidade de controlar a capacidade reprodutiva do próprio corpo constitui uma enorme crise emocional, um abalo da representação de imagem corporal adulta. Para a autora, o que conduz a uma equivalência entre maternidade e sexualidade feminina é uma idealização da figura materna que privilegia a subjetivação feminina por meio da maternidade. É dessa forma que Oliveira (2006), conclui que a maternidade adquire valor universal de representação da feminilidade, sendo que a idealização da maternidade contribui, ainda, para a criação de uma expectativa de que o filho seja tudo para a mãe. A não realização da expectativa de completude pelo filho geralmente provoca culpa e frustração na mãe diante da experiência materna. Diante desse cenário, Weiss (2006) afirma que uma vez que o casal infértil se percebe da impossibilidade de cumprir a função parental esperada pela sociedade, isso gera dificuldades e incômodo para lidar com seu grupo social, sendo necessário enfrentar uma cobrança influenciada pela família e amigos. Assim Badinter (1985, p. 71), assevera que a maternidade vem sendo (re)considerada como “a experiência crucial da feminilidade” – o que faz com que a mulher se sinta “amputada de sua existência”. É o que podemos observar abaixo:

Todo mundo da casa dele só olhavam para mim, e diziam: ainda nada? me sentia vazia por não conseguir fazer filho, não fazes ideia do que é viver e ter que ouvir isso quase todos dias, pois [...] todo mundo só conseguia colocar culpa em mim, como se eu não quisesse engravidar! (Fiona, Cidade de Maputo, Bairro Malhangalene, Janeiro 2019 – Caderno de Campo).

Geralmente, o filho biológico é socialmente representado como uma extensão de seus pais, garantindo a manutenção da cadeia de gerações da família (inclusive numa dimensão de segurança patrimonial por meio da herança). Conforme Foucault (1993), o sexo se reduz à sua função reprodutora e o casal passa a ser o “modelo”. O que sobra torna-se “amor mal” – é expulso, negado e reduzido ao silêncio. Nesse sentido, é comum que o ser humano busque no filho biológico uma possibilidade de transcendência, uma vez que ele é percebido como uma maneira de perpetuação da própria existência.

2.3 “Vivendo a modernidade cruzando a tradição”

Há que considerar que a maioria das mulheres com quem dialoguei, habitam em regiões urbanizadas das cidades por onde passei e levam um modo de vida “citadino”, modernizado. Ao mesmo tempo isso não faz com que o recurso a terapias alternativas (no caso, a medicina tradicional) se constituam como algo fora de seu campo de ação.

É assim que médicos/biomedicina, neopentecostais²⁶ e curandeiros destacam a grande presença de mulheres com problemas de infertilidade cujas causas, segundo eles, a medicina convencional não consegue detectar. Nessa seara a medicina tradicional e as instituições religiosas, surgem como equipamentos possíveis no processo de diagnosticar e detalhar minuciosamente as causas deste mal-estar, e reestabelecer a vida de volta.

Quando algo não vai bem, e minha vida está de pernas para ar, tudo que faço não anda, e não consigo ter nem se quer um pretendente é porque “fizeram um ritual tradicional nas casinhas e me deram um homem quando eu era ainda criança”

Nadira, Cidade de Maputo, Bairro Central – Caderno de Campo.

²⁶ A implantação de movimentos neopentecostais e igrejas evangélicas brasileiras em Moçambique, sobretudo a Igreja Universal do Reino de Deus, contribuem bastante nas transformações das cosmologias nativas. Isto é, assiste-se uma participação massiva das mulheres em cultos quotidianos nestas igrejas lutando contra a presença do *marido espiritual* nas suas vidas. Porém no que tange a cosmologia Moçambicana sobre a infertilidade, essa visão é extrema importância, porque ela situa tendência crescente da busca de soluções nas igrejas cristãs e pentecostais como uma estratégia de fuga à tradição, que muitas das vezes é conotada com os rituais e curas dos curandeiros.

Aparentemente, nos últimos anos, muitas mulheres aderiram não só aos curandeiros, também às igrejas pentecostais ziones e à Igreja Universal do Reino de Deus para lidar com presença e ações dos maridos espirituais.

2.4 A influência das igrejas pentecostais nesse cenário de disputas por significação

Diferentes estudos apontam que, durante o período colonial no século XIX, verificou-se em Moçambique o desempenho crucial do papel das igrejas na formação do Estado-nação moçambicano (Comaroff & Comaroff, 1997, Sheldon, 2002). Essa presença esteve marcada por uma série de concepções e disputas.

Assim, enquanto a missão católica incorporava principalmente os homens em determinados programas catequéticos, algumas mulheres se mudavam para centros missionários independentes (Presbiterianas, Zione, Assembleia de Deus Africana) no intuito de escapar dos casamentos infelizes. Para algumas moçambicanas, as igrejas missionárias independentes eram uma alternativa para a vida familiar local, o que reforçava a visão negativa missionária católica sobre a vida familiar africana, na qual idealizava transformar as mulheres africanas em donas de casa à maneira europeia, ensinando-lhes habilidades domésticas que eram vistas como desejáveis para entrar na economia colonial. Com isso, uma pequena classe de mulheres católicas educadas também podia identificar-se com o projeto do Estado-nação (Comaroff & Comaroff, 1997).

Diante deste cenário projetado pelas autoridades portuguesas, Cruz e Silva (2001), postulam que se desenvolveu no seio das missões protestantes e evangélicas, um projeto Nação alternativo sobre a qual pesava a suspeita de trabalharem contra os interesses das autoridades portuguesas e de estimularem uma identidade nacional indígena que se opunha à dominação colonial.

Assim, a maior parte das igrejas missionárias protestantes e igrejas independentes africanas em Moçambique, foram iniciadas por emigrantes retornados, particularmente mineiros regressados da África do Sul, onde haviam entrado em contato com missões e igrejas independentes africanas nas minas, e adquiriram a capacidade de ler a Bíblia, e conhecimento sobre o cristianismo - algo que se constituía como verdadeiras vantagens na volta para a casa (p. e. o adquirir a capacidade de leitura).

Cruz e Silva (2008, p. 170) ao descreverem que as igrejas africanas independentes são constituídas “pelos periféricos e marginalizados”, também ressaltam que muitas dessas novas igrejas tornaram-se particularmente populares entre as mulheres. Assim tanto Cruz e Silva (2001b; 2008) quanto Pfeiffer (2002) e Pfeiffer *et alii*, (2007) observam que a negligência em relação à realidade socioeconômica por parte do governo acabou por resultar numa feminilização das igrejas e no aumento das práticas religiosas em Moçambique.

Apesar dos programas de ajuste estrutural de reforma econômica aprofundarem as desigualdades econômicas e exacerbarem as tensões domésticas, afetando homens e mulheres de forma diferente, Pfeiffer *et alii* (2007) argumentam que na região centro de Moçambique, na província de Manica, na cidade de Chimoio as mulheres estariam cada vez mais em busca de ajuda espiritual em igrejas africanas independentes, bem como nas igrejas pentecostais, para solucionar problemas de saúde reprodutiva, enquanto os homens permaneceriam visitando curandeiros tradicionais e envolvendo-se em práticas “ocultas” para gerenciar seus infortúnios relacionados ao emprego. Isso pode ser observado nos padrões de frequência à igreja.

Assim, é possível se verificar uma massiva adesão feminina nestas mais recentes igrejas pentecostais, influenciando a auto percepção dessas mulheres quanto à sua participação na esfera pública, principalmente nas áreas urbanas em Moçambique, atraindo mulheres com ou sem uma posição marginalizada (Frahm-Arp, 2010; Kamp, 2011). Convertidos em pentecostais levam consigo o potencial de mobilidade ascendente.

Segundo Loforte, (2003), Sheldon (2002) e Penvenne (1997), mulheres com uma mobilidade socioeconômica em ascensão, estão conquistando espaços supostamente masculinos, e como elas sempre foram relativamente marginalizadas nas áreas urbanas, pelo menos nos espaços mais formais nacionais, o espaço urbano não é capaz de servir a essas mulheres com mobilidade ascendente.

Assim, ao analisar os ideais do cristianismo e as igrejas neopentecostais sobre a cura divina – projetadas como símbolo de modernidade, é significativo que hoje em dia, muito mais homens e menos mulheres possam ser encontrados nas igrejas protestantes e católicas mais antigas do que nas igrejas africanas independentes e nas igrejas pentecostais. Desta forma, muitas das mulheres que conheci nas igrejas protestantes e pentecostais tinham deixado tanto a tradicional Igreja Católica, reclamando que os problemas reais da vida não estavam sendo lá atendidos – a exemplo do divórcio, da

violência doméstica e do papel dos espíritos ancestrais.

Contudo, esse desenvolvimento não pode ser visto de forma independente do caráter transnacional das igrejas pentecostais. Com o foco no pentecostalismo, Corten & Marshall-Fratani (2001) argumentam que o caráter transnacional da religião contemporânea está tomando um novo significado em comparação às atividades missionárias anteriores, uma vez que o papel do Estado-nação tem diminuído e a representação de uma comunidade global pentecostal permite uma abertura de possibilidades para as pessoas que vai além de seu contexto cultural local, proporcionando-lhes outros modos de identificação e pertença.

Kamp (2015), ilustra isso com um exemplo muito concreto na vida de outras mulheres pentecostais.

Márcia, com 33 anos, tinha um diploma universitário e trabalhava como professora em uma escola secundária. Demonstrava medo em casar-se porque não queria levar a mesma vida que levara sua mãe. Queria compartilhar as responsabilidades domésticas com o seu futuro marido, queria manter sua independência financeira e queria um marido fiel. Achava que isso era praticamente impossível. A violência doméstica que a sua mãe e as suas tias sofreram era umas lembranças constantes de como os homens moçambicanos são. Todos os dias, Márcia orava a Deus para pedir-lhe que encontrasse o marido certo, mas ela também pensava que talvez Deus não quisesse que ela se casasse. Sua pastora brasileira também não era casada (KAMP, 2015, p. 401).

Isso nos permite compreender que o espaço transnacional pentecostal se tornou especialmente relevante para as mulheres urbanas com mobilidade socioeconômica ascendente que estão buscando novas formas para dirigir e controlar as suas novas posições em um ambiente urbano mutável, incerto e desafiador - especialmente no que diz respeito às relações com parentes e parceiros.

Assim, a mobilidade do pentecostalismo brasileiro em Moçambique oferece a possibilidade de transcender fronteiras socioculturais e espirituais, criando novos modos de conhecimento e de práticas culturais e, simultaneamente, esta mobilidade levanta novos limites como resultado das contestações entre as diferentes formas de conhecimento.

Isso me permite aferir que o pentecostalismo brasileiro, é um fenômeno relativamente novo na África Austral e tem vindo a ganhar bastante proeminência na sociedade Moçambicana. As igrejas brasileiras presentes em Moçambique pertencem ao novo ramo do cristianismo global neopentecostal que está crescendo na África.

A visão neopentecostal global se prescreve numa batalha espiritual entre forças demoníacas e celestiais – justifica a missão pentecostal para difundir o Evangelho em todas as nações, dando especial relevo aos dons do Espírito Santo, como seja a capacidade de profecia, sonhos e visões, cura, oração e libertação de espíritos malignos.

A maior parte dos missionários evangélicos brasileiros na África instalaram-se em Moçambique. Hoje, as igrejas brasileiras estão integradas às paisagens periurbanas do país e se tornaram cada vez mais influentes nos últimos anos, principalmente na capital Maputo. (Freston, 2005; Kamp, 2011). Nos últimos anos, estabeleceram-se outras conhecidas igrejas neopentecostais brasileiras em Moçambique, como a Assembleia de Deus Africana, reconhecida como a maior igreja pentecostal em Moçambique - fundada no início do século XX. Assim, várias instituições neopentecostais – criadas pelos próprios moçambicanos, mantêm laços estreitos com o Brasil, partilhando a visão sobre o mundo como o local de uma batalha espiritual entre forças malignas e celestiais em que muitas “tradições africanas” são percebidas como demoníacas.

Isso também tem influenciado o modo como as mulheres moçambicanas tem se inserido socialmente. Em contraste com as gerações anteriores, mulheres moçambicanas urbanas não dependem do casamento para garantir sua sobrevivência econômica. Seu papel na reprodução biológica também já não é decisivo para definir sua posição e identidade. Essas mulheres estão explorando novos estilos de vida e diferentes posições culturais, vivendo por conta própria, escolhendo seu parceiro sem a interferência da família ou optando por ficarem solteiras e construindo suas próprias casas. Ao mesmo tempo, observa-se que o constante crescimento de igrejas protestantes independentes (presbiterianas, zione, Assembleia de Deus Africana) e do pentecostalismo brasileiro em Moçambique (igreja universal do reino de Deus) tem cooptado muitas mulheres. Desta forma, quase 75% dos visitantes e convertidos das igrejas pentecostais brasileiras em Maputo são mulheres de várias idades com uma mobilidade socioeconômica ascendente.

Vale pontuar ainda a importância de valores conservadores tais como a importância do casamento e da constituição de uma família baseada no modelo nuclear e de distanciamento dos valores tradicionais da sociedade moçambicana (tais como a importância da relação com o espírito dos antepassados e das práticas espirituais). A centralidade dessa mensagem esteve sempre presente nos cultos que testemunhei. É justamente durante estes cultos, que o poder do Espírito Santo se manifesta e vem

revelar, curar e libertar num evidente movimento de demonização dos conhecimentos tradicionais. Esses novos valores também atravessam as concepções de corpo e de saúde de mulheres e homens reconfigurando as cosmologias locais por meio de um discurso de benção e maldição.

Assim, tal conjunto de elementos nos permite perceber a existência de uma rede complexa de elementos que constituem e instituem a experiência da infertilidade e que não se resumem aos aspectos biologizantes ou que nele não se resumem. Ao contrário, é fundamental compreender a infertilidade como um fenômeno de múltiplas facetas e que é resultado de seus processos culturais passíveis de modulação conforme cada contexto e/ou relação. Assim, os resultados apresentados neste capítulo permitem compreender que se a infertilidade remete inevitavelmente à mulher, isso não pode ser devidamente explicado pelo argumento simplista de um transtorno de ordem orgânica. Desconsiderar um imaginário socialmente produzido que liga o feminino a uma maternidade incontornável, que privilegia a condição masculina em detrimento da feminina, e é atravessado por aspectos institucionais e valores morais, é permanecer nas bordas da questão.

CAPÍTULO III – ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DA INFERTILIDADE EM MOÇAMBIQUE

3.1 Mas infertilidade não implica “esterelidade” – percorrendo vidas narradas

Ao compreender que o sistema cultural em que as pessoas estão inseridas pode influir sobre o modo de compreender e atuar sobre a experiência da infertilidade, é possível afirmar sua estreita ligação com as relações de parentesco, com valores culturais, morais e étnicos. Assim, compreendo que a infertilidade feminina em Moçambique se apresenta entrelaçada ao fenômeno “marido espiritual ou marido da noite”, segundo a qual ele é emergente da possessão e violência simbólica protagonizada contra raparigas através da oferta de jovens do sexo feminino como compensação de atos de compra feitiço resultante de ambições individuais por parte dos encarregados de educação, que na prática tem sido um verdadeiro martírio para as raparigas que conseqüentemente veem o direito de procriar ou contrair o matrimônio ameaçado.

Segundo o que pude ouvir ao longo do trabalho de campo, um dos maiores males que este fenômeno acarreta é que geralmente a mulher com este problema tem dificuldades de estabelecer qualquer relacionamento afetivo real o que leva as mulheres moçambicanas e suas redes de parentesco a afirmarem ser esta uma das principais causas da esterilidade.

A cosmologia moçambicana geralmente explica a gênese deste fenômeno como um ato de violência simbólica e que consiste na oferta de jovens do sexo feminino como compensação de atos de compra de feitiço resultante de “ambições individuais” na busca de um reforço para o alcance de bens e prestígio social.

Desta forma, ao vivenciar o campo, compartilhando a visão social dos atores e colhendo percepções sobre o assunto, é possível inferir que as narrativas sobre o marido espiritual obtida entre as cidades de Maputo e Chimoio são divergentes e são baseadas no gênero.

No entanto, com intuito de dialogar com os interlocutores, tive o prazer de interpelar a visão masculina questionando a percepção socialmente aceita e compartilhada. Foi possível perceber que os homens moçambicanos têm uma percepção diferenciada sobre o fenômeno em relação ao feminino.

Entre “crenças” e “descrenças”, apareceram narrativas que entendem o fenômeno como algo comum no imaginário africano, outras que afirmavam que tratar-se de algo que “de tanto se falar, se acaba acreditando”, ou mesmo de um “problema” de ordem psicológica. Abaixo é possível verificar essa diversidade de pontos de vista:

Não existe marido da noite, você alguma vez viu o espiritual? Já viu? E sabes de como funciona? Para mim não existe esse marido da noite, não se vê! Não sei noutras províncias, mas eu na minha opinião não existe o marido espiritual.

Armando Dança - cidade de Maputo/Bairro Polana Caniço

É um fenômeno comum aqui em África, sabe-se de antemão que as pessoas que vivem muito a tradição têm tido efeito, digo no meu caso, por exemplo, eu não creio muito nessa coisa de marido da noite.

Cremildo - 26 anos Cidade de Maputo

Eu acho que isso é problema psicológico, as pessoas mentalizam isso na cabeça a acabam acreditando, e isso acaba dando seu efeito, eu não acredito muito que isso exista de verdade, claro, há quem defenda existe, tenho filhas nunca se queixaram. Por exemplo, minha filha cassou-se nunca tive situações iguais, claro eu acompanho as outras famílias onde a relação conjugal não tem sido das melhores, dizem que existe, mas eu por mim não sou muito aplausível com a ideia.

Antônio Chapo 48 anos - Cidade de Chimoio

Dada a diversidade cultural, as narrativas acima nos revelam que apesar da visão masculina dizer não acreditar na existência deste fenômeno, ele é concebido como uma dada presença e recorrência no imaginário social moçambicano. Ao contrário dos homens, as mulheres ainda quando não são taxativas quanto à “certeza” da existência dos maridos espirituais, ainda assim deixam a possibilidade em aberto. Ao mesmo tempo parecem concordar com o posicionamento dos homens quanto a questão de ser algo “cultural” (atrelado à uma tradição africana):

Eu acredito que existem coisas das quais nós ainda não temos a certeza, mas não podemos julgar, determinar ou definir que exista ou não existam, porque nós africanos temos nossa própria cultura, nossa fé nossas crenças, e são coisas que nós temos que respeitar então não faz sentido alguém aparecer e dizer a que não existe e outra pessoa dizer que existe e já testemunhou e há quem nunca testemunhou, no entanto é complicado

Melissa, 28 anos, cidade de Maputo/ Bairro da Malhangalene

Acredito que sim, que exista, a final de contas eu própria fui criada numa forma a entender que existe a ciência, mas também existe uma cultura africana não qual nós somos enraizados e que dificilmente vai-se

desfazer do nós, porque nós convivemos com isso todos os dias, e todos os dias nós observamos coisas incríveis e o mundo pode nos surpreender. **Iveth, 26 anos, cidade de Maputo/ Bairro da Alto Maé**

A partir destas narrativas, fica evidente que o ser invisível que se aproveita da noite para fazer “vítimas” seria uma construção cultural, ou seja, algo da ordem da cultura africana e cuja a sociedade teima em não se desfazer. Além disso, outro aspecto a ser considerado é a importância de um processo de educação cultural, sustentado na tradição, e cujos os sujeitos teriam dificuldade de se desvencilhar:

as vítimas tem sempre um histórico semelhante, saem de família especificamente tradicionais que tiveram uma educação baseada em interpretações de espiritismo, ou ela já tem na sua concepção que tem um determinado marido que foi atribuída por tradição, então que ao crescer esta pessoa já tem a ideia de que eu tenho meu marido que cuida de mim e satisfaz minhas necessidades durante a noite etc...

Cremildo Chichong 38 anos - Cidade de Maputo

Percorrendo a história sobre o fenômeno a partir dos relatos, com desdobramentos diferentes entre as cidades de Maputo e Chimoio, deparei-me com interlocutora Glória, 34 anos, que fazia mestrado em psicologia em umas das universidades privadas de Maputo. Bastante envolvida com minha temática de pesquisa, quis colaborar. Ela se posicionou a partir de seu lugar de especialidade recorrendo para tal à psicanálise. Segundo ela, ao partirmos da perspectiva que todos nós sonhamos, ou seja, que toda pessoa que dorme sonha, é possível compreender que o marido espiritual aparece num contexto de duas coisas fundamentais: sono e o sonho. Desta forma, expressou seu pensamento dizendo que:

Este fenômeno é a realização do inconsciente das coisas desejadas que nunca se chega a cumprir, ou, no entanto algo que sempre vivencia durante o dia, e quando anoitece estando na cama as coisas aparecem como uma forma de compensação ou satisfação desses desejos recalçados no inconsciente, nós crescemos e temos uma cultura de educação sobre a sexualidade, a forma como nós levamos essa sexualidade satisfeita ou não durante o processo de desenvolvimento ela pode vir a se configurar através de sonhos e outras práticas muito nocivas a nossa saúde, assim como o bem-estar. **Glória, 34 anos – Cidade de Maputo**

E continuou:

Imaginemos alguém que tem a concepção que tem um marido da noite, esta pessoa passara a ter dificuldade até para se relacionar com outras pessoas. Por que? Sempre que se relaciona com alguém qualquer tipo de atitude ou hábito que acontece contra o parceiro ou dentro da relação associa diretamente a espiritualidade ou a questões ligados ao marido da noite. **Glória, 34 anos – Cidade de Maputo**

No entanto, apesar da narrativa, “um ser idealizado que se que acaba se tornando uma verdade”, Glória idealiza a situação como um ato desumano dos progenitores, cujo fenômeno ocasiona consequências negativas para a vítima, sendo que os pais ao invés de cuidarem das filhas as tornam submissas às suas vontades e ambições. Em suas palavras:

Traz muitas consequências negativas porque a pessoa não consegue se relacionar com ninguém, e os amigos nesse caso ela não consegue ter ninguém um namorado ou marido as pessoas vão lhe fugir porque já sabem dos problemas da menina nesse caso, então é muito chato, a pessoa vive para toda vida não vive em paz consigo mesma.

Josefina Mendes, 21 anos Estudante - Cidade de Maputo

Por outro lado, para os praticantes da medicina tradicional há a evidência de que o fenômeno surge numa dada altura, em que a vítima passa por uma fase de flagelo e registra eventos estranhos se sucedendo na vida dela os quais decide investigar recorrendo à medicina tradicional:

Nós entendemos que o marido da noite é um espírito mau, que ao mesmo tempo tem sempre feito aquilo que nós chamamos de **torturar** as mulheres que de lá elas sofrem manifestações como se estivessem praticar relações sexuais muita das vezes as mulheres podem sonhar com alguém que podem até conhecer, mas o que podemos considerar grave é que a mulher não ter prazer de praticar relações sexuais com o homem já vivo e ter outro comportamento que é ficar irritada de mais com a presença do homem, e muitas das vezes não consegue casar, e quando casa vive em brigas porque o marido [físico] vê ela como um homem.

Fernando Mate – Curandeiro / AMETRAMO – Maputo

Esse espírito atormenta estas mulheres revira a vida delas de pernas para ar, fazendo com que elas sejam vistas como anormais, loucas para que não sejam apreciadas pelos homens por transparecer sofrer de transtornos.

Milagrosa, curandeira, Maputo-Zimpeto, Maio de 2019 – Caderno de campo.

Todavia, sendo pesquisador, e tomando em consideração a cosmologia moçambicana e, sobretudo a africana, que supõe que a morte não significa fim de um determinado círculo, antes a morte representa para os vivos a figura de interação entre o morto e o vivo, dada as interpretações dos interlocutores acima exibidos em torno do marido espiritual no contexto Moçambicano, me leva a afirmar que há existência de

uma certa narrativa criada que sustenta que os mortos são aqueles que tem a possibilidade de zelar pela pessoa que estão na sociedade real. Desta forma existe uma crença social que define um marido da noite como aquele ser que vela pela mulher ou o grupo em que ela está associada, ou seja, os maridos espirituais seriam figuras “cuidadoras”.

Deste modo ao nos debruçamos sobre a questão dos maridos espirituais, fica evidente que a cosmologia e a medicina tradicional nos permitem pensar que a infertilidade não se reduz a uma questão de disfunção orgânico-fisiológica. Antes, trata-se de uma questão social e cosmológica.

Nesse contexto, não há espaço para papéis previamente definidos. Antes prevalece negociações e ambiguidades sujeitos e seus respectivos papéis. Assim, se de um lado acredita-se que a feitiçaria “marido espiritual” seria um recurso utilizado por alguém que é movido por inveja, ciúme e desejo de enriquecer, onde qualquer indivíduo pode provocar danos à pessoa de quem tem inveja ou odeia recorrendo à feitiçaria, de outro esse recurso só pode ser acionado por aqueles que teriam as condições de oferecê-lo. O que levanta desde logo certa ambiguidade sobre o papel dos médicos tradicionais e, por conseguinte, a suspeita sempre presente de que alguns deles são na verdade feiticeiros.

Contudo, ao compartilhar a visão social em torno dos maridos espirituais na sociedade moçambicana, ficou aqui evidente que existem explicações antagônicas sobre o fenômeno, mas quero aqui enfatizar que de certa forma pude perceber que apesar da discordância sobre a existência do mesmo, há a ratificação da existência do fenômeno por meio de alguns sinais – às vezes sutis às vezes evidentes.

Marido espiritual é uma realidade africana, e o africanismo tem trazido histórias que estão sublinhadas a superstição, há certas coisas que não funcionam, mas consideram-se realidade, mas quando falamos de espírito mau, ele existe, existe o marido espiritual que a história de marido espiritual tem várias vertentes que varia de acordo com cada província, cada um pode contar da sua maneira, porém existe e não se trata de um mito.

Fernando Mate – Curandeiro / AMETRAMO – Maputo)

Esse espírito atormenta estas mulheres vira a vida delas de pernas para ar, fazendo com que elas sejam vistas como anormais loucas para que não sejam apreciadas pelos homens. Há mulheres que até mesmo ela própria sentada à luz do dia consegue ver e sentir a presença do marido espiritual mantendo relações sexuais com ela, só que isso não é visível para quem está ao lado dela, a pessoa que estiver próxima somente irá observar uma atuação estranha vinda dela como se estivesse a ter convulsões, o que na verdade que é a tal manifestação do marido espiritual.

**Milagrosa, curandeira, 53 anos, Maputo-Zimpeto, Maio de 2019 –
Caderno de campo.**

Portanto, estas narrativas deixam claro que a existência do fenômeno seria garantida seja pela força da tradição seja pelos vestígios que deixa escapar. Em cena o que nos diz Vasconcellos: “não existe uma realidade independente do observador e de que o conhecimento científico do mundo é construção social, em espaços consensuais, por diferentes sujeitos/observadores” (2010, p. 102).

3.2 O sangue menstrual e as relações de parentesco

Outro dado que também encontrei durante o trabalho de campo a correlação em algumas regiões e grupos étnicos entre infertilidade e sangue menstrual. Por exemplo, entre os grupos étnicos *Tewes e Senas* a esterilidade é em primeiro lugar o resultado de ação da feitiçaria, em segundo lugar considera-se um destino ou castigo por mau comportamento ou transgressão aos costumes e tabus. Mas as razões não se esgotam aí. De acordo com esses grupos, a falta de cuidado com o sangue da menstruação também foi referida como causa da infertilidade.

Desta forma acredita-se que se o sangue da primeira menstruação da rapariga colocado num recipiente fechado sem nenhuma circulação de ar seguido de um ritual denominado *Kusungwa* (útero amarrado), fará com que essa rapariga não conceba antes do tempo estipulado. Apesar de muitas vezes essa prática ser defendida pelas mulheres mais velhas, tem o propósito de evitar que a jovem mulher fique grávida antes do seu casamento – o que faz com que ela somente seja desfeita quando a rapariga atingir a idade adulta por meio de um ritual para que se abram os caminhos para a jovem mulher.

Considerando que tal prática pode provocar ou adiar o concepção temporária para a rapariga, quando a pessoa responsável que zela pelos vestígios da mesma acidentalmente venha a falecer sem antes ter revelado para alguém ou a própria rapariga o esconderigio do vestígio da sua primeira aparição menstrual, esta prática pode causar a esterilidade da jovem mulher em questão, sendo que ela irá enfrentar uma série de dificuldades para engravidar até que a origem do seu problema seja diagnosticado e solucionado na base de um saber terapêutico tradicional.

Entratanto, no desenvolvimento desta pesquisa fui informado pelas interlocutoras que existem casos em que é chegada altura da mulher ir para o seu lar, geralmente acabam havendo desentendimentos familiares entre as jovens mulheres e as suas tias

paterna/materna, e estas sabendo da responsabilidade desta prática acabam por vingar propositadamente descumprindo com a propósito de ritual de liberar os vestígios quando esta atinja a maturidade para que ela passe a cuidar da sua própria vida reprodutiva. Segundo a ótica das mais velhas quando constatarem um comportamento suspeito do pretendente noivo da jovem moça que não transmita conforto e segurança para a jovem no futuro, elas consideram-se guardians da mesma, e sentem-se no direito de ainda continuar a zelar por ela até que se aprobe um novo relacionamento.

Pois na ótica das jovens mulheres com a qual tive contato, e que vêem seus direitos de procriar controlados por alguém das relações próximas, tal prática é predominantemente interpretada como maldade, ciúmes, inveja da relação ou matrimônio da jovem, ou até mesmo violação de privacidade. Segundo elas, se faz isso como forma de ganhar respeito, extorquindo bens materiais ou simbólicos na ingenuidade da vítima, até que ela tenha consciência do problema, e vá ao curandeiro para desfazer-se do feitiço.

Assim, a compreensão cosmológica sobre a gênese e a dinâmica desses infortúnios se subordina às relações causais (materiais), o que explica em certa medida o motivo pelo qual eles ocorreram e, sobretudo, porque foram causados danos precisamente àquela pessoa. É neste ponto assente que as pessoas vivem rodeadas de perigos materiais que as ameaçam e que obedecem à princípios e lógicas de causalidade material. Tais lógicas poderão ou não ser conhecidas, mas presume-se que existam.

Com relação as lógicas explicativas dos infortúnios, duas se mostram destacadas: (a) a negligência ou incapacidade da vítima para reconhecer e evitar os perigos em causa; (b) uma suspensão da proteção por parte dos seus antepassados, que deixam de alertar para os perigos iminentes ou de afastá-la deles.

De fato, quando um antepassado suspende a sua proteção (ou mesmo quando propicia problemas ou incita a desarmonia entre os seus), os infortúnios resultantes não pretendem castigar os descendentes por uma falta que tenham cometido. São antes, o único meio de que os antepassados dispõem para informar os vivos de que têm alguma reclamação ou recomendação.

Mais uma vez, o meu interesse foca-se no significado que as relações entre espíritos e pessoas assumem no contexto familiar, e como a possessão espiritual pode ser útil para a compreensão de desequilíbrios entre gerações e, por conseguinte, da violência social que os discursos e práticas sobre espíritos e feitiçaria representam. Contudo, este cenário de intencionalidade na compra do feitiço e conseqüente pagamento por alianças

com seres espirituais contribui para o combate veemente que se trava contra o marido espiritual no contexto das igrejas cristãs e neopentecostais, à qual se deve o termo marido espiritual e consequente mediação do fenômeno em meio urbano.

Os casos analisados não se limitam a uma relação entre a vítima e o espírito. Vale ressaltar também que as diversas entidades (espíritos, vítimas, familiares das vítimas, curandeiros, comunidade, etc.) produzem e reproduzem pontos de vista que são frutos da interpretação dos diversos acontecimentos que ocorrem no seio familiar ou da comunidade em geral. Segundo afirma Mahumane,

Quando uma rapariga é reclamada como esposa por um espírito da feitiçaria, o mesmo não passa de um mecanismo de lembrança para a necessidade de cumprir com os deveres e obrigações de esposa, pois o seu familiar mais velho (mesmo morto) tem a consciência de que a entregou como esposa do espírito. (Mahumane, 2014, p. 92)

Certamente que na busca das narrativas em torno do marido espiritual, pude compreender que a existência de espíritos que circulam no mundo dos vivos, chegando por vezes a ser malignos e, desta forma, constatei a existência de uma grande crença de pessoas que recorrem a certos poderes espirituais que na maioria das vezes são comprados junto dos especialistas de medicina tradicional local. O que levanta a suspeita de que alguns deles são na verdade feiticeiros (*nfiti*). Logo, estes fatos sugerem que existe algo que vincula as pessoas como um coletivo nos atos de feitiçaria e/ou magia.

Contudo, não podemos ignorar que o cenário social moçambicano é que legitima a superioridade dos mais velhos de conceder raparigas menores como esposas a pretendentes vivos ou mortos. Assim, o marido da noite é aquela pessoa que tem a possibilidade de zelar pela mulher,

“tomemos como exemplo se olharmos pelo figurino social moçambicano se constata que normalmente quando há uma espécie de matrimônio, os pais ou encarregados de educação ou mais velhos tem essa possibilidade de encontrar partida conceder por exemplo a menores a determinadas figuras que são superiores em termo de idade a certas pessoas, e neste processo constrói-se toda uma narrativa no sentido que aquela pessoa que hoje está em vida concebe aquela menor do sexo feminino como sua esposa, e não sendo consumado aqui o matrimônio, casamento, quer seja ele religioso, ou tradicional ou mesmo oficial, abre-se o espaço para que após a morte de uma das partes no caso apreço do homem começa a ressurgir nessa questão do marido da noite no sentido que é aquele homem que outrora em vida que passa a zelar pela aquela menos que os pais ou mais velhos lhe concederam como esposa” (Grifos do autor- Caderno de campo)

Outra característica destas pessoas é que têm um histórico de presença de um antepassado que foi atribuído como seu marido. Se essa pessoa vier a ter dificuldades para conseguir ter um relacionamento, diante das ideias e concepções socialmente compartilhadas pela tradição, facilmente pode associar isso à presença de uma entidade espiritual que estaria a dificultar seu relacionamento.

Esse conflito que é socialmente produzido não deixa de ter impacto também na dimensão subjetiva do sujeito. É o que podemos verificar a partir do depoimento abaixo:

Ela apresenta um desgaste físico e psicológico, porque ela não consegue atingir aquilo que é a vontade e sonho de estar com marido e casar, como sempre é o direito de todos nós, ela sente falta da paz e convivência, onde procura o médico tradicional pra poder ver o que está por de trás da vida dela.

Fernando Mate – Curandeiro / AMETRAMO – Maputo

Isso nos permite relativizar a dicotomização elaborada por Durkheim entre o social e o individual, ou entre o social e o psíquico. Assim, a experiência relacional em torno do marido espiritual nos aponta para um processo de retroalimentação e tensionamento entre a ordem social-comunitária e a ordem individual/subjetiva em que os arranjos de parentesco possuem uma função essencial.

3.3 Descrevendo narrativas e percorrendo itinerários

Aqui, descrevo as trajetórias percorridas por algumas mulheres na busca pelo tratamento da infertilidade feminina. Entendo que (re)construir essas narrativas, por meio das trajetórias de vida, nos permitem ter acesso às percepções que elas trazem sobre as dificuldades vividas, assim como as diferentes estratégias encontradas para administrar os conflitos e dificuldades.

Com efeito, o texto que aqui apresento, compõe um conjunto de dados etnográficos elaborados a partir de um conjunto de narrativas femininas e memórias sobre a gestão dos corpos e mundos pouco perceptíveis às outras lentes.

Neste sentido descrevo quatro narrativas femininas que nortearam as reflexões e discussões da presente dissertação, enquanto construo um fluxo dos itinerários terapêuticos por elas seguido.

Nadira

A primeira narrativa é decorrente do dia 2 março 2019, pertence a Nadira, mulher moçambicana de 31 anos, é atualmente casada, trabalha como confeitadeira no bairro central da cidade de Maputo. A trajetória de Nadira seria semelhante à de qualquer mulher moçambicana que desejam ter um filho não fosse o caso de ter se deparado com dificuldades para tal. É assim que ela me conta que após o casamento não conseguia engravidar. Foi aí que procurou os recursos convencionais - afirmou ter passado por várias terapias de tratamento biomédico. Contudo, depois de várias tentativas frustradas, diz ter encontrado a saída para o seu problema na medicina tradicional. O resultado? Nadira hoje é mãe de primeira viagem.

Contou-me ainda que anteriormente teve uma relação em que ficou grávida, mas que pelas condições da relação se viu obrigada a abortar. E seguida começou a usar anticoncepcionais durante muito tempo para não conceber. Após esse período, casou-se. Porém, não chegou a engravidar. Relatou que tinha muita vontade de ficar grávida e estava sendo difícil na altura. Preocupada com a situação aderiu às consultas em uma unidade hospitalar no bairro, onde foi direcionada para o hospital central. Segundo ela, mesmo feito um conjunto de exames, os resultados médicos sempre diziam que tudo estava nos conformes. Apesar disso, não conseguia engravidar.

Nadira relatou-me, que foi especulada que o problema poderia estar no seu marido, a mesma o convenceu a fazer os exigidos exames e o resultado também deram normais. Desta forma, Nadira se viu obrigada a trocar varias vezes de médicos e até de clínicas. Certo dia durante as consultas, a seguinte sugestão:

o médico olhou para nós dois, encolheu os ombros e abriu os braços, virou a cabeça olhando para baixo e disse: “nós somos africanos, as vezes o problema nem esta aqui, vocês já experimentaram ir andar?”

Nadira, 31 anos, cidade de Maputo

Vale pontuar que, na sociedade moçambicana, a expressão “ir andar” possui o sentido de procurar meios de cura através dos curandeiros/médicos tradicionais. Em cena, na fala do médico, o reconhecimento dos limites do saber convencional e da necessidade de buscar alternativas. É interessante notar ainda que não se tratava de

deslegitimar um campo em favor de outro, mas de reconhecer que haveria certos limites e certos horizontes que só “um caminho alternativo” poderia ser favorável.

Nós somos africanos, e sendo africanos sabemos que estas coisas não são daqui do hospital, existem muitas coisas que a medicina moderna não apanha, deve-se ter em conta que só um jetinho africano “ir á palhota da avó” e ser “patkhlado” é que as coisas andam.

Cabe ressaltar que a expressão *Patkhlar* refere-se a consulta aos curandeiros para realizar um diagnóstico sobre a situação espiritual - o que seria equivalente no contexto brasileiro a consulta dos búzios. Neste momento Nadira, me relatou que se viu surpresa com a fala do médico, pois ela não se via inserida no contexto de cura tradicional sugerida. Para ela a sugestão do tratamento com os curandeiros não fazia parte do seu repertório e muito menos do contexto familiar visto que ela e a família não são ligados a cura pela medicina tradicional porque são praticantes da religião islâmica, e isso iria contra os princípios do alcorão. *Eu e minha família, nós somos muçulmanos, e abstermo-nos dessas coisas de tradição.*

Contou-me também que com o passar do tempo, recebeu tantas sugestões e aconselhamentos, que o assunto começou a ficar sério, ou seja, começou a pairar sobre si uma dúvida. Afinal, o que havia de errado se durante todo o processo seguiu todos os procedimentos convencionais solicitados, um seguido de outro, tomou vários medicamentos e ainda assim não conseguia engravidar? Seria algo relacionado ao seu marido?

Primeiramente, o que me fez ter dúvidas que não poderia engravidar, foi saber que geralmente a culpa é sempre da mulher, até porque nós mulheres, já sabemos que quando há esse tipo de problema a culpa é sempre da mulher e nunca do homem e os homens raramente tocam nesse assunto, sempre que se toca ficam irritados mesmo, e segundo porque já estive grávida numa minha relação passada, e tive um aborto, e após o aborto fiz a raspagem, e para mim foi um processo muito doloroso, aquela limpeza, e ter ouvido histórias de pessoas que também fizeram aborto, e que até hoje nunca mais conceberam e nem podem fazer filhos. Por causa daquele processo de raspagem é arriscado, dizem por qualquer descuido pode furar o útero, e não fazer mais filhos até a morte por causa desse procedimento aí é que não apanhava sono mesmo.

Nadira a se ver quase sem esperanças chegou a conversar com uma colega de trabalho, que lhe contou uma história que conhecia alguém que passou pela mesma condição, e então foi para um curandeiro saber o porquê dela não conseguir engravidar.

Segundo o mesmo colega de trabalho, nesse vaivém, a tal mulher disse que o curandeiro viu espíritos que lhe atormentavam. O tratamento foi realizado. Como resultado, hoje ela é mãe. Naquele momento, essa história serviu a Nadira como motivação. Depois de ouvi-la, decidiu conversar com mãe e a sogra e dizer-lhes que iria optar pelo tratamento tradicional. A mãe não aprovou muito a idéia, mas não a proibiu. Por sua vez, a sogra se sensibilizou. Em suas palavras:

Eu nem mais nem menos aceitei, e comecei a frequentar os tratamentos tradicionais bem longe daqui do Maputo, tomei vários banhos com aquelas ervas e essas coisinhas, não sei exatamente para que era, mas há coisas que agente nem procura saber, segundo eles (os curandeiros) era para afugentar os espíritos maus que estavam em mim. E olha, eu fiz os dois tratamentos ao mesmo tempo, primeiro no hospital, e fui recomendado pelo primeiro médico que fiz a consulta a tomar uns comprimidos que eram para preparar meu útero pra poder ficar grávida, eu tomei aqueles comprimidos durante meses sem parar, todo santo dia a tomar aquilo e nada mudava, e no curandeiros, eram ervas em forma de chás que amargavam beber, banhos e essas coisas sei lá... se eram medicamentos ou não, mas tomava só então, eu acho que dos dois procedimentos, um deles deu certo, ou os dois mesmo. Não te vou mentir que coloquei muita fé no tratamento tradicional e acredito que esse me ajudou bastante, e nem sei te dizer exatamente porque eu estava meio que desesperada e ia à procura daquilo que me pudesse trazer resultados seja tradicional ou no hospital. Eu pouco me importava de onde é que vinha, eu só queria estar grávida, e hoje ela é mãe da primeira viagem.

Neste sentido, ao descrever a trajetória da Nadira em busca de itinerários terapêuticos, é notório que a sua narrativa para superação do seu problema é descrita tendo passado por dois tipos de tratamentos, começando pelo biomédico, e não vendo resultados para seu problema optou por aderir o serviço médicos tradicionais como uma alternativa viável sugerida por pessoas do seu contato. Em cena sempre um plano em aberto e cuja uma perspectiva meramente dicotômica ou hierarquizante não consegue abarcar. Se o tratamento convencional não deu certo, nem por isso estaria excluído do um rol de possibilidades e recursos que também se somaram ao resultado exitoso. Mais do que escolher entre um “ou” outro, a eficácia (nos termos de Lévi-Strauss)²⁷ deu-se em um “entre” cuja o verbo “seja” parece emblematicamente expressar. Ou nos termos de Octávio Bonet (2012): um “espaço entre” que permitiu uma tensão criativa entre diferentes saberes.

²⁷ Me refiro ao texto clássico “A eficácia simbólica”, publicado pela primeira vez em 1949.

Sônia

Desta feita, descrevo a segunda narrativa pertencente a Sônia, 36 anos de idade, residente na cidade de Chimoio, na província de Manica. Ela exerce a profissão de professora e para além de lecionar no ensino primário, também é pastora da igreja adventista do sétimo dia. Atualmente viúva. Conheci a pessoalmente quando estive no trabalho de campo na cidade de Chimoio, tendo me apercebido dela, por ser uma referência de superação, a partir de comentários de um grupo de mulheres da comunidade do meu bairro que participam de novena nos arredores.

Meu contato com ela começou quando um dia estava em casa conversando com a minha mãe, e ela recebeu uma chamada de uma conhecida, e integrante da comunidade representante do bairro, marcando um encontro para uma novena, e algumas horas depois ela recebeu em casa outra companheira da comunidade, e acidentalmente naquele momento eu estava de passagem nos compartimentos da casa, pude auscultar a conversa delas sem intenção, e fui me aperceber da existência da Sônia como interlocutora por ser uma referência motivacional de superação para este grupo de mulheres da comunidade na qual minha mãe faz parte.

E assim fui questionando a minha sobre a comovente história da Sônia, e ela descreveu a de forma superficial, tendo me direcionado a colega da comunidade que conhecia a Sônia pessoalmente, e tendo eu revelado meu trabalho sobre infertilidade, esta se mostrou bastante comovida, e acabou me apresentando formalmente a Sonia.

E assim sendo, no contato presencial com a Sonia, fiquei sabendo que perdeu quase tudo na sua vida, afirmou que inicialmente sofria muito de instabilidade na relação conjugal e que isso lhe dificultava engravidar. Foi quando seu companheiro faleceu. Naquele momento, teve os sonhos e projetos da vida interrompidos. A adesão à igreja surge como alternativa para reconstruir sua vida.

Sônia relata que a consciência do seu problema começou quando ainda namorava, muito antes de se casar. Em suas palavras:

vi minhas amigas a ficarem grávidas e abortando, na altura tinha 26 anos e já namorava a 1 ano com ele, até que uma vez fiquei grávida dele, na altura não sabia o que sentir, primeiro era medo de ser mãe, e segundo era orgulho de ser mãe, mas não cheguei a contar para alguém, porque semanas depois tive um aborto. O tempo passou, tive outro namorado, só que isso tornou-se a repetir estando com outro, até que um dia me preocupei por causa da minha idade estar a avançar e eu sempre a abortar vi que não era normal, fui para hospital fiz alguns testes ouvi que meu útero estava bom, e desde então não me

preocupei, mas não compartilhava com ninguém, foi então que em 2013 casei e já não tomava anticoncepcional, começamos as tentativas efetivas durante um bom tempo, junto as crises da relação, meses depois a menstruação atrasada fiz um teste e deu positivo, fiquei radiante! Enfim, iríamos formar a família que sempre planejei, aí que tive novamente terceiro aborto espontâneo depois de casada, pois não contavam para ninguém, porque doía muito. A mulher se sente muito sozinha, porque ela sente uma cobrança a vida toda: namorou, casou e cadê os filhos? É uma cobrança que vem da família, dos amigos, e dela mesma e, às vezes, eu tentando achar outras desculpas que precisava fazer outras coisas antes de ser mãe. Enquanto isso, fazia tratamentos no hospital, foram muitos tipos de tratamentos seguidos, com médicos diferentes e sempre diziam que estava tudo bem, cansada e aflita, fui conversar com minha mãe, tive que explicar a minha situação que depois que casei, notava coisas estranhas enquanto dormia, que sentia sensação de orgasmo prolongado sem estar a fazer sexo, no meio do sonho, e que também já havia passado por tentativas de engravidar e sempre resultava em abortos, e mesmo assim sempre ouvia dos médico no hospital era que meu útero estava bom, mas a minha vida é que não andava boa.

Desesperada, meu marido adoeceu, enquanto cuidava dele perdi foco em engravidar, e até que chegou a falecer, com que então era muita coisa para gerir sozinha, mal conseguia respirar pra vida, foi quando minha mãe com as amigas, me convidavam a participar das correntes libertadoras dos cultos que seria bom para mim naquela altura porque minha vida esta amarrada, e quando dei por mim eu ja frequentava semanalmente os cultos desta igreja foi quando um certo dia fui levada ao altar pelo pastor, e entrei nas correntes de orações, bênção e me tiraram todos os espírito maus que causava azar.

Na narrativa de Sônia é possível perceber que tem um denominador comum com a história da Nadira: primeiramente aderiu ao serviço biomédico e os resultados dos exames também apontaram para um estado de normalidade. Diante disso opta por trilhar o caminho da igreja em busca de solução para seu problema já que passa a desconfiar de estar atormentada pela presença de um marido espiritual. Tal hipótese não vem desacompanhada de toda uma lógica sustentada na leitura de sinais: sofria de eventos inexplicáveis como menstruação irregular, orgasmo prolongado no meio do sonho fora de um intercuro sexual e o insucesso na vida profissional. Em suas palavras: “todas as vezes que meu sonho de ser mãe estava perto de se concretizar, era sempre inevitável o aborto”.

Contou que atualmente se sente aliviada desde que entrou para a igreja, ou seja, que vive agora momentos de paz depois de ter contato com congregações religiosas, recebendo de pastores e crentes orações, bênçãos e banhos com água salgada ou do mar e reverteram o espírito que lhe causava azares.

Fica evidente na narrativa desta interlocutora alguns dos dilemas vivenciados por mulheres que não conseguem engravidar. Mas, além disso, um fato bastante recorrente é de uma auto-cobrança, com um grande sentimento de culpa e auto-reponsabilização. Vale lembrar que, no contexto moçambicano, a mulher estéril geralmente é responsabilizada pelo fracasso da reprodução havendo a impressão de estar sendo castigada ou punida através da infertilidade, acabam se rendendo como último recurso ao médico tradicional.

Assim como Nadira, Sônia percebe que diante da dificuldade de sucesso nas terapias convencionais outros caminhos são possíveis. E assim como ela, vê nas terapias alternativas (no seu caso, a adesão a uma igreja cristã) uma estratégia para contornar as dificuldades. A partir do momento que começou a viver períodos extremamente sombrios na sua vida, principalmente após o falecimento do seu esposo, se deu conta de que precisava fazer alguma coisa. A igreja aparece aqui como um espaço de empoderamento e de construção de outros significados sobre a vida e os sofrimentos. Assim, é possível compreender que existe nas ontologias nativas uma razão não instrumental que cria um tipo de solidariedade feminina, onde se estabelece uma rede de confiança e solidariedade como alternativa para a gestão da dor, do sofrimento – que antes de ser individual, só tem sentido numa dimensão coletiva.

Atualmente, apesar do crescente posicionamento de mulheres na sociedade, assiste-se que a figura feminina vem ganhando novo status na sociedade. Para além de continuar cumprir as tarefas na esfera doméstica, esta ao se fazer presente na esfera pública, inserida no mercado de trabalho, torna-se também fonte de renda e autoridade.

Nesse sentido, apesar da opção das mulheres por não ter filhos ser um fenômeno crescente nas sociedades ocidentais, cabe aqui destacar que essa realidade não é vivida de forma universal por todas as mulheres. Em Moçambique, a escolha feminina pela não-maternidade (uma das normas sociais mais fortemente ligadas à constituição da identidade feminina), tem relação direta com o contexto histórico, econômico, social e cultural em que a mulher está inserida. Desse modo, se a concepção de maternidade tem sido um destino inevitável para a mulher Moçambicana, aos poucos vem sendo questionada na contemporaneidade.

Dessa forma, apesar de conferir-se, às mães um aumento do status social, ao mesmo tempo também se responsabilizam as mulheres que optam por não viver essa experiência e não cumprir “o seu destino natural”. Os significados da maternidade na contemporaneidade produzem novos significados, sentido para as experiências

femininas. A negação da maternidade como fenômeno que completaria a mulher problematiza algumas concepções sobre o lugar e a função dos filhos na vida da mulher. Algumas narrativas das mulheres que participaram deste estudo produziram posicionamentos que se contrapõem à perspectiva dos filhos como forma de completude de um vazio vivido pelo sujeito na sua condição de ser mulher.

A crescente presença de mulheres no mercado de trabalho, a fragilização dos laços matrimoniais, bem como a difusão e de práticas anticoncepcionais, adiamento da maternidade até que se tenha condição apropriada, ou seja, e os discursos de feminilidade associados à busca de autonomia e independência, se configuram novas representações do ser mulher Moçambicana.

Contudo, cabe destacar que essas concepções coexistem com discursos sociais que ainda afirmam o amor materno ligado a questões biológicas, como um instinto que prevalece sobre outras preferências femininas.

Cristina

A terceira narrativa pertence a Cristina, 32 anos de idade, residente na província e cidade de Maputo. Ela me conta que tentava engravidar durante 2 anos sem sucesso,

quando percebi que tinha dificuldades, fui ao médico, por incrível que pareça ainda me recordo daquele dia como se fosse hoje”, o médico me disse bem assim, “voce é nova demais para ter tudo isso”, deu me a perceber que estava tentar dizer indiretamente que tinha problemas no útero e nos ovários, e nada podia fazer, e disse que não poderia perder esperanças que se calhar devia andar um pouco, quem sabe poderia ajudar.

Depois desse dia ficou completamente na minha mente que nunca iria engravidar, parti para tratamentos dolorosos e caros aqui em Moçambique, nas clínicas privadas no hospital da mulher, depois na África do sul, dolorosos a nível físico e emocional como toda a gente que já passou por eles sabe.

Gastamos muito do nosso dinheiro e das nossas vidas, até que eu disse que não queria mais. Não queria viver a minha vida naquela ansiedade, naquele sofrimento, sempre a espera de engravidar, fui para um curandeiro por indicação de conhecidas, foram dias após dias somando meses. *Um dia normal como sempre em todos os meses, estava a esperar a menstruação. Chegou o dia e nada! Como eu havia perdido as esperanças, pensei: “é só mais um atraso”. Meu marido estava todo animado, falando que dessa vez havia chegado nossa hora. Seis dias de atraso se passaram e resolvi fazer um teste. No dia seguinte, levantei escondida do meu marido e fui fazer o teste. Finalmente, deu positivo! Mesmo assim, fiquei com medo de ser um falso positivo. Fui lá e comprei outro teste e deu positivo de novo. Não contente, fiz o de sangue e positivo novamente. Mas, eu estava*

anestesiada, sem acreditar, aí sim contei para o meu marido e mostrei os exames. Foi só alegria! Hoje estou com sete meses de gestação, pertinho de conhecer meu bebê. Um sonho realizado, graças ao tratamento tradicional, fiz tudo que me exigiram. E valeu muito a pena confiar na medicina tradicional e esperar.

Melissa

A quarta e última narrativa que aqui apresento, é da interlocutora Melissa de 41 anos de idade. Residente na cidade de Maputo, no bairro de alto Maé, trabalhadora do serviço de notariado da cidade, atualmente mãe de dois filhos. Conheci Melissa pessoalmente no dia que eu estava no trabalho de campo na cidade de Maputo, mas antes disso, fiquei sabendo dela como potencial interlocutora da pesquisa por meio de Quina (a senhora com quem tive a conversa na sala de espera da repartição pública).

Melisa teve um período nebuloso em sua vida, quase perdeu o seu lar, tomada pela angústia, sua saúde mental detirava-se, até que veio um curandeiro do Malawi (país que tem nas suas fronteiras sul e oeste Moçambique). Este diagnosticou lhe a companhia de marido da noite que teria sido lhe atribuído na infância.

Desta forma, no dia de entrevista ela relatou que:

Meu sofrimento começou na minha infância, quando era criança tive uma doença que era angina, eu não conseguia dormir e nem comer, então fui aos hospital tomei medicamento injeções, mas essa doença não passava, eu sofria muito por essa doença, sofria também dores de cabeça constante dores de estômagos e da coluna.

Segundo a interlocutora, os infortúnios seguiram pela fase adulta:

Só que quando cresci fui casar então foi-se descoberto que fui entregue a um espírito, que esse espírito dizia-se meu marido. Depois mais tarde tive inchaço da barriga, tinha muitas brigas no meu casamento. Essas brigas eram por causa desse espírito que não queria me ver casada, chegou o momento que até meu esposo queria me mandar embora, só que ele viu que não podia me mandar embora porque eu ainda não tinha filhos, mesmo eu também queria desistir do casamento porque seria muito sofrimento. Eu dizia que valia a pena talvez voltar para casa.

E continua:

Sofria de maus sonhos, que eu sonhava a ser perseguida com um homem e esse homem tinha que me cortar a cabeça sempre todos dias sonhava a ser cortada cabeça com esse homem, ou a manter relações sexuais com esse espírito, então nesse momento fui a igreja...lá recebi orações e fui ajudada por reuniões compareci nas reuniões e fui liberta dessa doença fui curada, Eu era muito invejada no emprego, também

passava mal, e agora Deus abençoou-me restitui meu casamento, eu já estou bem com meu marido já conquistamos uma casa e estamos abençoados.

Ao analisar a narrativa de Melissa, apesar do sofrimento descrito na adolescência, a infelicidade que isto lhe produziu, é possível perceber que se aproxima das outras experiências. Ao mencionar brigas constantes, desrespeito mútuo e distância entre o casal, tidas pelo povo como presença de uma espiritualidade negativa, a história dela nos permite pensar que em relação ao contexto desta pesquisa, este aspecto socialmente valorizado, ou seja, o princípio de viver sem conflitos é algo que não apenas produziria maior realização emocional no relacionamento, mas serviria como um sinal de que as forças espirituais estão ordenadas.

Ao longo do trabalho de campo, falei sobre o fato com algumas pessoas e foi-me explicado que, na maior parte das vezes, a pessoa que foi entregue aos espíritos, de um modo geral, não se casa ou, quando se dá o caso de contrair matrimônio, é mal sucedida neste: tem sempre problemas com o cônjuge ou passa, mesmo, a ter problemas de fertilidade, uma vez que sofre tormentos do seu marido espiritual. Nesses casos, as mulheres procuram ajuda junto a um curandeiro, ou nas igrejas evangélicas ou pentecostais, a fim de encontrarem algum alento.

Contudo, quero aqui reiterar que no desenvolvimento deste trabalho apesar de ter mencionado sobre presenciar algumas sessões de terapias, aqui reitero que (in)felizmente, das que tive o conhecimento não foi possível presenciar, mas isso foi uma opção minha, mas sim um consenso entre a paciente e o medico tradicional, contudo respeitei os limites éticos e morais e a privacidade destes.

Além disso, nos relatos das mulheres com as quais tive contato, pude perceber claramente que a questão mais preocupante para elas dizia respeito à confirmação do diagnostico de não poder engravidar, o que acarretaria “idas e vindas” na busca pelo início do tratamento.

As mesmas dizem trocar várias vezes de médicos e clínicas, porque queixam-se das consultas médicas e de que os procedimentos vigentes são caros, que há demora no acesso à realização de exames, assim como os resultados finais são sempre os mesmos: nada disfuncional. Fator esse que podemos observar no caso da Nadira, quando o próprio médico no hospital analisando a situação da paciente, acabou sugerindo uma alternativa para seu tratamento fora do hospital, por se acreditar na crença de ser africano, na qual os serviços convencionais não dariam conta de solucionar aquilo que

seria um problema de outra ordem. Nesse sentido, é como se as pessoas (no caso as mulheres com quem dialoguei) vivessem rodeadas de perigos espirituais que as ameaçam, estando esses perigos submetidos a princípios e lógicas de causalidade e não restritos ao domínio anátomo-fisiológico (ainda que possam se expressar a partir desta linguagem). Tais lógicas podem ou não ser conhecidas, mas presume-se que existem códigos que só podem ser devidamente compreendidos e devidamente tratados com a ajuda de conhecimentos e práticas que não o da medicina convencional.

Nessa perspectiva, penso ser possível perceber que os caminhos que a pessoa percorre para a resolução de sua aflição reflete uma importante dimensão social coletivamente compartilhada. Nesse sentido, o que ela pensa sobre o corpo, saúde e doença (e no caso em tela, sobre a infertilidade), bem como as estratégias para atuar em torno deles (e sobre eles) tendem a ultrapassar barreiras arbitrariamente estabelecidas entre convencional/tradicional, individual/coletivo, público/privado (...).

Assim, há que se pensar os limites das perspectivas que entendem o acionamento de determinados recursos apenas numa chave de “falta de oportunidade”. O que pude constatar em campo, é que trajetos não são definidos necessariamente pela ausência de meios financeiros. Pelo contrário, tais “escolhas” são atravessadas por expectativas de outrem, medos, esperanças, etc.

Dentre as entrevistadas, o tempo máximo entre a suspeita e descoberta da dificuldade de conceber e a primeira consulta médica foi de aproximadamente um ano, o que representa um período muito longo. A partir daí, houve até seis meses de espera para a realização de exames, fato este que pode influir na busca por alternativas.

Este problema encontra-se explícito nas falas das mulheres, que, em grande maioria, perpassam vários caminhos em busca do cuidado, dado a período entre a primeira consulta e a realização de procedimentos para tratamento em rede pública de saúde geralmente ser demorado, pode ser considerado fator determinante para que as mulheres relatassem que muitas vezes se viram precisando pagar mais caro por consultas e exames na rede privada de saúde, ou seja, a dificuldade de acesso e de resolutividade dos serviços de saúde, refletidos no atraso no resultado dos exames, levaram à diminuição das chances de cura médica, sendo desta maneira considerada um dos fatores determinantes da alta incidência de desistência ou abandono de tratamento biomédical pautando a procura de alternativas. Portanto, para esta pesquisa, a questão monetária mostrou-se não ser determinante em algumas trajetórias descritas neste estudo, dispor de dinheiro parece não determinar a escolha por um determinado modelo:

Eu não acredito na medicina em Moçambique, eu creio que pode ser melhor, principalmente para os menos favorecidos, porque nós temos direito também. Juntamos um dinheirinho e aí, no final do ano, deu pra procurar uma clínica na África do sul.

Cristina – Cidade de Maputo

[...] e olha eu fiz os dois tratamentos ao mesmo tempo, depois é que comecei a frequentar os tratamentos tradicionais bem longe daqui do Maputo, tomei vários banhos com aquelas ervas, para essas coisinhas, não sei exatamente para que era, mas há coisas que agente nem procura saber.

Nadira – Cidade de Maputo

Essas histórias “falam” de diferentes formas com que as pessoas buscam a produção de saúde em suas vidas e a superação dos infortúnios. Ao contarem sobre suas experiências em torno da infertilidade a partir de diferentes eventos, é sobre cuidado, redes de apoio e afeto, medos, esperanças, conhecimentos que falam. Portanto, o cuidado de si produzido a partir do imponderável da infertilidade adquire uma importante dimensão relacional e intersubjetiva capaz de forjar o cruzamento fronteiras entre saberes/conhecimento, histórias e práticas. E de repente, a infertilidade que se constituía como “uma pedra no meio de caminho” se revela como um gatilho potente para o questionamento de corpos, gêneros, saberes e saúde.

CONCLUSÃO

Diante das discussões empreendidas ao longo da pesquisa, é possível concluir que apesar da infertilidade encontrar-se presente todas as sociedades e se manifestar de variadas formas para os diferentes grupos sociais, no contexto moçambicano compreende-se que o fator cosmológico ocupa um impacto não menos importante no modo como os diferentes sujeitos lidam com a questão da infertilidade. Se, como vimos, o discurso biomédico tende a uma leitura organicista, por outro lado, os aspectos culturais acabam por nos oportunizar uma leitura mais ampliada do fenômeno (aspectos explorados tanto no segundo quanto no terceiro capítulo).

Eliane Vargas (2006) em seu trabalho pioneiro acerca da infertilidade feminina no Brasil a partir de camadas médias cariocas, tomando como referência usuários dos serviços prestados no contexto da saúde, produz uma interpretação sobre a infertilidade ressaltando a presença de um discurso normativo da maternidade possibilitada pelas conquistas da ciência e da razão na modernidade, considerando necessário investigar aspectos usualmente não contemplados nas análises de saúde e que dizem respeito às dimensões culturais presentes nos usos da tecnologia (os modos como diversos atores sociais concebem a infertilidade). Além disso, afirma em sua pesquisa que os critérios inexatos para a definição da condição infértil contribuem sobremaneira para o alargamento das perspectivas no âmbito dos saberes psicológicos e psiquiátricos, chegando à conclusão que a pouca exatidão na definição e no diagnóstico de situações de infertilidade favorece o surgimento de outras interpretações que extrapolam uma concepção médica no sentido estrito.

Assim como Vargas, sem desconsiderar as especificidades de nossos respectivos campos, pude perceber também em meu trabalho de campo a complexidade que atravessa o tema da infertilidade. Composta por uma diversidade de percepções de corpo e de saúde, agenciada por diferentes regimes de conhecimentos (com seus múltiplos atores) e marcadores sociais, a constatação de que a infertilidade não comporta uma experiência unívoca. Ao contrário, tratando-se de uma narrativa em disputa, onde lutam entre si os saberes biomédicos, a força da tradição, as questões de gênero e a religião, todos com seus saberes e procedimentos específicos sobre a infertilidade, compreende-se que no atual cenário moçambicano, as razões para que a infertilidade seja resistente ao declínio, são apontadas como questões culturais e estão relacionadas com as crenças étnicas e religiosas. Num contexto em que a maternidade é lida

socialmente como um símbolo “essencial” da feminilidade e onde a dificuldade para engravidar se constitui como um problema crítico para a mulher (uma vez que filho é visto como um atributo de valor), os itinerários terapêuticos representam tentativas dinâmicas e criativas para a resolução de conflitos seja no campo familiar seja no campo social.

Não por acaso no âmbito deste estudo a questão do marido espiritual traz para a primeira cena que já não é a infertilidade em si mesma a grande questão, mas as diferentes tensões e negociações em torno das redes de parentesco. Dito de outro modo os diferentes grupos sociais no contexto de Moçambique ampliam o campo de disputas em torno das explicações para o fenômeno da infertilidade, cujo resultado seria a produção de uma infertilidade mais coletiva do que individual, ou seja, apesar das diversas abordagens sobre a compreensão da infertilidade apontar desde a importância atribuída ao sangue menstrual no processo reprodutivo, os depoimentos de histórias sobre a feitiçaria como vetor de instabilidade emocional e violência em contexto familiar, permite-nos conceber que os discursos sobre a atribuição do marido espiritual está presente em todas as camadas sociais de todo país como um elemento que permeia o quotidiano e interfere no processo reprodutivo feminino (e que estão para além de questões de ordem biomédica).

No que concerne o universo deste estudo, considere uma alternativa proeminente aprofundar determinados aspectos de ordem sociocultural e que incidem diretamente no modo como a infertilidade é vivenciada em Moçambique: (1) acesso aos sistemas de saúde; (2) o papel da medicina tradicional; (3) o atual cenário caracterizado pelas acusações, desconfianças e feitiçarias, onde a experiência da esterilidade é caracterizada pelo sofrimento e conflito pessoais vividos pelas mulheres; (4) os efeitos de uma complexa rede simbólico-mágica como mecanismo para a garantia dos direitos reprodutivos e o acesso à contraceção.

Ao considerar a dimensão reprodutiva do corpo inscrita no plano dos valores e das práticas sociais (Vargas, 2006) compreende-se que a infertilidade só pode ser devidamente compreendida fora do corpo: como desconsiderar a importância da reprodução na sociedade moçambicana? Como ignorar o sentido negativo atribuído à experiência da infertilidade? Como permanecer cego ao predomínio de uma inteligibilidade heterocispatriarcal nas relações de gênero e de saúde que atravessam e constituem a sociedade moçambicana? São questões que espero que minha pesquisa tenha conseguido elucidar. Assim, a demanda por filhos (ou a impossibilidade para tê-

los) é reveladora das marcas de distinção na produção da feminilidade hegemônica a partir de marcadores sócio-morais.

Todavia, conforme se discorreu a infertilidade feminina não é algo unilateral. Antes, trata-se de uma disputa entre saberes (medicina convencional e tradicional) e relações (homens e mulheres, mulheres e sogras, mulheres e família/res). Por isso foi fundamental os dados que apresentei com relação à existência de narrativas do interior da região central de Moçambique que sustentam que filhos que atingem a idade adulta e enfrentam dificuldades para procriar, temem as mães de recorrem à magia para aquisição de benefícios pessoais sacrificando a concepção dos mesmos. Isso me permite afirmar que apesar das jovens mulheres serem potenciais vítimas da violência que se exerce sobre seu corpo (a partir da expectativa sobre a gravidez), não obstante, os homens não estão imunes a este tipo de ação, eles também se produzem como vítimas em potencial de atos predatórios (trata-se de uma maldição não ser chefe de uma família numerosa).

Assim espero que ao privilegiar os aspectos simbólicos que atravessam o tema da infertilidade, venha a contribuir com as discussões no campo da saúde reprodutiva para além de um olhar biomédico e/ou epidemiológico e propiciar outras reflexões provenientes das pesquisas que possivelmente estas observações possam ocasionar.

REFERÊNCIAS

- ABDALLAH, D.; MERALI, Z. Infertility and social suffering: the case of ART in developing countries. In: VAYENA, E.; ROWE, P. J.; GRIFFIN, D. P (Ed). **Current practices and controversies in assisted reproduction**. WHO: Geneva, 2002. pp. 15-21.
- ACÇOLINI, G.; JUNIOR, M. T. S. Tradição - Modernidade: a Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique (Ametramo). **Mediações Londrina**, v.21, n.2, p. 49-70, 2016.
- ADADEVOH, B. K. **Sub-fertility and infertility in Africa**. Ibadan: Caxton Press, Ed.1974.
- ALTUNA, R. A. **Cultura tradicional bantu**. Luanda: Paulinas, 2006.
- ALVES, P. C; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. et al. **Experiencia de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- AMADIUME. I. **Re-Inventing Africa: Matriarchy, Religion and Culture**. London and New York. Zed Books. 1997
- ARAUJO, M. F.. Diferença e gênero nas relações de gênero: revisitando o debate. **Psicol. clin.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 41-52, 2005.
- ARNALDO, C. **Fecundidade e seus determinantes próximos em Moçambique: uma análise de níveis, tendências, diferenciais e variação regional**. Maputo, Texto Editores. 2007.
- AZEVEDO, M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. **Cad. CRH** [online], vol.22, n.57, pp.463-477. 2009.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- BAGNOL, B. Lovolo e espíritos no Sul de Moçambique. **Análise Social**, vol. XLIII. 2008.
- BAGSHAW, T. **ABC of subfertility**. Counselling. *BMJ*: 327;1038-1040, 2003.
- BAKARE-YUSUF, B. Além do determinismo: A fenomenologia da existência feminina Africana. **Feminist Africa**, Issue 2, 2003.
- BATALHA, I. Breve análise sobre o parentesco como forma e organização social. In: **Estudos de homenagem ao professor Adriano Moreira**, Lisboa: ISCS/UTL, Vol.II p.74962.BISCP37857//2ex[www.iscsp;utl.pt/~Ibatalha/download/analiseparentesco.pdf].1995.

BONET, O. Do que estamos falando? Eficácia simbólica, metáforas e o “espaço entre”. In: TAVARES, F.; BASSI, F. (Orgs). **Para além da eficácia simbólica: estudos em ritual, religião e saúde**. Salvador : EDUFBA, 2012.

BORLOT, A. M. M.; TRINDADE, Z. A. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. **Estudos de Psicologia** (Natal), 9 (1), 63-90, 2004.

CABAÇO, J. L.. **Moçambique – Identidade, colonialismo e libertação**. São Paulo: UNESP, 2009.

CALDWELL, J., ORUBULOYE, I., & CALDWELL, P. Fertility Decline in Africa: A New Type of Transition? **Population and Development Review**, 18(2), 211-242, 1992.

CALDWELL, J. C.; CALDWELL, P. **From STD epidemics to AIDS: a socio-demographic and epidemiological perspective on sub-saharan African**. Cambridge University Press, p. 153-186, 2000.

CALDWELL, J. C.; CALDWELL, P. High Fertility in Sub-saharian Africa. **Scientific American**, v.262, pg. 82-89, 1990.

COMAROFF, Jean; COMAROFF, John. Alien-Nation: Zombies, Immigrants, and Millennial Capitalism. **CODESRIA Bulletin**, v. 3-4. n. 17-28, 1999.

CAVALLO, G. **Curar o passado: mulheres, espíritos e caminhos fechados das Igrejas Zion em Maputo, Moçambique**. PhD Tese. Lisboa, ICS. 2013.

CHEDID, S. **Infertilidade**. São Paulo: Contexto, 2000.

CRUZ E SILVA, T. Mozambique. In: CORTEN, A.; DOZON, J-P.; ORO, A. P. (eds.). **Les Nouveaux Conquérants de la Foi. L'Église Universelle du Royaume de Dieu (Brésil)**. Paris: Karthala, 2003.

COLLIN, F. **Práxis de la différence**. Paris: Les Cahiers du Grief, 1992.

DIVALE. W. Imigration External Warfare, and Matrilocal Residence. **Behavior Science research**, 9:75-133. 1974

FARINATI, D. M. **Aspectos Emocionais da Infertilidade e da Reprodução Medicamente Assistida**. s/l: s/d. Disponível em: <http://sig.org.br/wpcontent/uploads/2015/05/aspectosemocionaisdainfertilidadeedareproducomedicamenteassistida.pdf>

FELICIANO, J. F. **Antropologia económica dos Thonga do Sul de Moçambique**. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique, Coleção Estudos nº 12, 1998.

FERREIRA, A.R. Memórias do Instituto de Investigação Científica de Moçambique. **Instituto de Investigação Científica de Moçambique**. - Vol. 9, série C (1967/68), p. 95-49. 1968.

FRESTON, P. The Universal Church of the Kingdom of God: A Brazilian Church Finds Success in Southern Africa. **Journal of Religion in Africa**, v. 35, n. 1, p. 33-65, 2005.

FIORINI, L. G. Maternidad y sexualidad femenina a la luz de las nuevas técnicas reproductivas: actualización de un debate. **Revista de Psicoanálisis**, Buenos Aires, v. 56, p. 651-663, 1999.

FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso. In: **Pesquisa etnográfica e educação**, XXI Reunião Anual da ANPED, Caxambu, Setembro de 1998.

FORTES, M. On the concept of the person among the Tallensi. In: **La Notion de personne en Afrique Noire**. Paris, L'Harmattan. Pp. 283-320. 1993.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 7ª.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GASPAR, M. C, HUMBERTO, A. COSSA, C.S, ROSA, M.M. e JUAN, S. **Moçambique: inquérito demográfico de saúde 1997**. Caverton, MD: Instituto Nacional de Estatística-Macro International Inc. 1998.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

GEERTZ, C. **Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura**. In: **A Interpretação das Culturas**. 13ª reimpr., Rio de Janeiro: LTC, 2008. pp.3-21.

GEFFRAY, C. **Nem pai nem mãe, Crítica do parentesco: o caso macua**, Maputo, Ndjira. 2000.

GONÇALVES, M. A. **O Mundo Inacabado. Ação e Criação em uma Cosmologia Amazônica**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

GOOD, B. The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**, 1: 25-58, 1977.

GOOD, B.; DELVECCHIO GOOD, M. J. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: EISENBERG, L. & KLEINMAN, A. (eds). **The Relevance of Social Science for Medicine**. Dordrecht: Reidel Publishing Co, 1980. pp. 165-196.

GRANJO, P. **Lobolo em Maputo: Um Velho Idioma para Novas Vivência**. Porto: Campo das Letras, 2005

GRANJO, P. **Ser curandeiro em Moçambique: uma vocação imposta?** Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2010.

JUNOD, H. A. **Usos e costumes dos Bantu. Tomo I**. Maputo, Arquivo Histórico de Moçambique, 1996.

LACERDA, A. **Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no quotidiano de trabalho do agente comunitário de**

saúde. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

LANGDON, E. J. Xamanismo, narrativa e estruturação da doença. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 3º, n. 6, p. 187-214, fora. 1997.

LANGDON, E.J; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 459-466, June 2010.

LARSEN, U. **A comparative study of the levels and differentials of sterility in Cameroon, Kenya, and Sudan.** University of California Press, p. 167-211, 1989.

LARSEN, U. Childlessness, subfertility, and infertility in Tanzania. **Studies in family planning**. v.27. p.18-28, 1996.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In ALVES, P.C. & MINAYO, M.C.S. (Orgs.). **Saúde e doença. Um olhar antropológico.** Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia Simbólica. In: LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

LIMA, C. M.G. de; DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.de; KAKEHASHI, S. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Rev. Latino enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, janeiro 1996.

LOFORTE, Ana Maria. **Gênero e poder entre os Tsonga de Moçambique.** Maputo, Promédia, 2003.

MAHUMANE, J. **Possessão e Violência Simbólica no Sul de Moçambique.** Tese de Doutorado. Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2015.

MAHUMANE, J. **Representações e percepções sobre crenças e tradições religiosas no Sul de Moçambique: o caso das Igrejas Zione.** Tese de Mestrado. Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2008.

MARIANO, E. **Concezione inerenti alla sterilità della donna e alla infertilità della terra presso la comunità rurale di Djabissa del Distretto di Matutuine, Provincia di Maputo - Mozambico.** Dissertação (Licenciatura em Letras e Filosofia) - Universidade de Genova, 1998.

MATSINHE, C. **Tábula rasa – Dinâmica da resposta moçambicana ao HIV/SIDA.** Maputo: Texto Editores, 2006.

MATTAR, C. M. **Mulher, intimismo e violência conjugal: tecendo redes e histórias.** Curitiba: Editora Prismas, 2016.

MCFALLS, J. A. Jr; MCFALLS, M. H. **Disease and fertility.** Academic Press, 1984.

MIDDLETON, J. **The concept of the person among the Lugbara of Uganda**. In: La Notion de personne en Afrique Noire. Paris, L'Harmattan, pp.491-506.1993.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, F. E. **Infertilidade feminina na pós-modernidade e seus reflexos na subjetividade de uma mulher**. Belo Horizonte, 2005.

MODELLI, A. e Levy, R. Esterilidade sem causa aparente: possibilidades de intervenção. In: MELAMED, R. M. & QUAYLE, J. (Orgs.). **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras** (p. 49-69). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

NEWITT, M. **História de Moçambique**. Lisboa, Publicações Europa-America, 1995.

NHATAVE, I. **Saúde Materna em Moçambique**, N'weti, 2006.

OLIVEIRA, C.C.O. Luto pela criança que não nasceu. In: MELAMED, R. M. & QUAYLE, J. (Orgs.). **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras** (p. 207-220). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

OLIVEIRA, E. A.. O corpo no cinema moçambicano: uma análise da experiência do HIV/AIDS a partir das obras cinematográficas de Isabel Noronha e Orlando Mesquita. PROA: **Revista de Antropologia e Arte**, v. 1, p. 10, 2013.

OLIVEIRA, E. A.. **Qualquer semelhança não é mera coincidência**: Uma análise do HIV/Aids no cinema moçambicano. Tese de Doutorado defendida no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: PPGAS/UFSC, SC, 2014. 264 p.

OLIVEIRA, F. Antropologia nos Serviços de Saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface. Comunicação, saúde e educação**. v.8, n.10, fev.2002, p.63-74.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir e escrever. **Revista de Antropologia**. São Paulo, USP, V.39 nr 1, 1996.

OLMOS, P. E. **Quando a cegonha não vem**. São Paulo: Carrenho, 2003.

OMS. Enfrentar o Desafio da Saúde da Mulher em África. In: **Resumo do relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana**; 2012.

OSÓRIO, C; MACUÁCUA, E. **Ritos de Iniciação no Contexto actual**: Ajustamentos, Rupturas e Confrontos Construindo Identidades de Gênero. Maputo: WLSA Moçambique, 2003.

OVERING, J. Men Control Women? The Catch-22 in Gender Analysis. **International Journal of Moral and Social Studies**, vol. 1(2): 135-56. 1986.

PASSADOR, L.H. Guerrear, Casar, **Pacificar, Curar: o Universo ‘Tradição’ e a Experiência com o HIV/Aids no Distrito de Homóine, sul de Moçambique.** Universidade Estadual de Campinas. Tese (Doutorado), 2011.

PASSADOR, Luiz Henrique. 2010. “As mulheres são más”: pessoa, gênero e doença no sul de Moçambique. **Cadernos Pagu**, n.35, jul./dez. p.177-2010.

PEIRANO, M. **A favor da etnografia.** Rio de Janeiro: Rei ume Dumará, 1995.

PFEIFFER, J. African Independent Churches in Mozambique: Healing the Afflictions of Inequality. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 16, n. 2, p. 176-199, 2002

PELLISSIER, René. **História de Moçambicano. Formação e Oposição 1854-1918.** Vol. Lisboa Editorial Estampa. 2000.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. Elementos teóricos e metodológicos da pesquisa multicêntrica. In: **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.** Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo, contracepção e natalidade na medicina da mulher.** Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SANTINHO, C. **Refugiados e requerentes de asilo em Portugal: Contornos políticos no campo da saúde.** 2011. Tese (Doutorado em Antropologia) - ISCTE, Lisboa, 2011.

SHELDON, K. **Pounders of Grain: a History of Women, Work, and Politics in Mozambique.** Portsmouth, N.H.: Heinemann, 2002.

SCHUETZ, C. K. “The world is upside down”: women’s participation in religious movement in Central Mozambique. Publicly accessible Penn dissertation, paper 101, 2010.

SCOTT, J. **Gender and the politics of history.** New York: Columbia University Press, 1988.

SPRADLEY, J. **The ethnographic interview.** Forth Worth: Hancourt Brace Jovanovich. College, 1979.

TRINDADE, Z.A. Em busca da maternidade: Dilema reprodutivo de mulheres inférteis. In: MOREIRA, A.S.P. & DE OLIVEIRA, D.C. (Orgs.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social.** 2a ed. Goiânia: AB Editora. Pp. 191-203. 2001

TRINDADE. Z. A FIORIM. S. R. Triste E Incompleta: Uma Visão Feminina Da Mulher Infértil. **Psicol. Usp** Vol.13 No.2 São Paulo, 2002.

TUBERT, S. **Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivos.** Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1998.

TURNER, V. W. **Schism and continuity in an African society: A study of Ndembu**

Village Life. Manchester: Manchester University, 1957.

UCHÔA, E. & VIDAL J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, out/dez, 1994.

VAN DE KAMP, L. J. Pentecostalismo brasileiro em Moçambique: produção de conhecimento espiritual e cultural em espaço transnacional. **Soc. Estado**. Vol 30. Nº 2, 2015.

VAN DE KAMP, L. J. Converting the Spirit Spouse: the Violent Transformation of the Pentecostal Female Body in Maputo, Mozambique. **Ethnos**, v. 76, n. 4, p. 510-533, 2011.

VARGAS, E.P. A figueira do inferno: os reveses da identidade feminina. **Revista Estudos Feministas**. vol. 07 no. 01-02. Florianópolis. 1999.

VARGAS, E.P. **Casais inférteis: usos e valores do desejo de filhos entre casais de camadas médias no Rio de Janeiro**. (Tese de Doutorado), Rio de Janeiro: Universidade Estadual de Rio de Janeiro, 2006.

VASCONCELLOS, C. S. **Construção do conhecimento em sala de aula**. 18. ed. São Paulo: Libertad, 2010.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

WEISS, T. K. O impacto da infertilidade e seu tratamento nos casais. In: MELAMED, R. M. M. & QUAYLE, J. (Orgs.). **Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. pp. 105-119.

WHO. **Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000**. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 2004.

WHO. World Health Report: **make every mother and child count**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.

WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórico e conceitual. In SILVA, T. T.. **Identidade e Diferença: A perspectiva dos Estudos Culturais**. Petrópolis: Vozes, 2000.