



Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Arqueologia e Antropologia

Licenciatura em Antropologia

Trabalho de Culminação de Estudos

**Uso de métodos contraceptivos entre adolescentes em Contextos Periurbanos: Um Estudo em Laulane, Cidade de Maputo**

**Candidata:** Sara Damião Magul

**Supervisora:** Professora Doutora Sandra Manuel

**Co-Supervisoras:** Professora Doutora Francesca Declich & Professora Doutora Silvia Cirilo

Maputo, Abril de 2026

# **Uso de métodos contraceptivos entre adolescentes em Contextos Periurbanos: Um Estudo em Laulane, Cidade de Maputo**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Arqueologia e Antropologia, da Faculdade de Letras e Ciências Sociais na Universidade Eduardo Mondlane como requisito parcial para a obtenção do grau acadêmico de Licenciatura em Antropologia.

Candidata

---

Supervisora

Presidente

Oponente

---

Universidade Eduardo Mondlane

Maputo, Abril de 2026

## **Declaração de honra**

Declaro por minha honra que o trabalho de licenciatura aqui apresentado é da minha autoria, e é fruto da minha dedicação e empenho individual, e os resultados obtidos constituem uma realidade.

---

Sara Damião Magul

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho à minha mãe, Rita Manguê, com todo meu amor e gratidão, por todo o sacrifício e apoio incondicional.

## **Agradecimentos**

Expresso minha profunda gratidão a todos que tornaram este trabalho possível. Aos meus pais, pelo amor incondicional e pelos sacrifícios que sustentaram minha jornada académica.

À minha supervisora, Sandra Manuel, e à minha co-supervisora, Francesca Declich, agradeço pela orientação precisa, pelo apoio constante e pelas valiosas contribuições. Estendo este agradecimento à Sílvia Cirilo pela colaboração fundamental.

Aos docentes e ao Departamento de Arqueologia e Antropologia, agradeço pela transmissão de saberes e pela oportunidade de realização deste estudo. Aos colegas da turma de 2021, especialmente Armando Mandlate, Dulce Linha e Inexa Changua, pelo companheirismo.

À Quiséria Toalha e aos meus amigos e familiares, agradeço pelo incentivo e amizade. Por fim, minha gratidão aos entrevistados do bairro de Laulane, cuja disponibilidade e relatos foram o alicerce desta pesquisa. A todos que, directa ou indirectamente, contribuíram, o meu sincero obrigado.

## **Lista de Abreviaturas**

DAA	Departamento de Arqueologia e Antropologia
DIU	Dispositivo Intrauterino
FLCS	Faculdade de Letras e Ciências Sociais
HIV	Human Immunodeficiency Virus
INE	Instituto Nacional de Estatística
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
OMS	Organização Mundial da Saúde
MISAU	Ministério da Saúde
PEP	Pós-exposição
PrEP	Pré-exposição
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNAIDS	United Nations Programme on HIV and AIDS

## **Resumo**

O presente estudo, intitulado *Uso de métodos contraceptivos entre adolescentes em contextos periurbanos: um estudo em Laulane, Cidade de Maputo*, tem como objectivo geral compreender como as práticas culturais e sociais, relacionadas ao papel da mulher e às expectativas familiares, influenciam as decisões dos adolescentes relativamente ao uso de métodos contraceptivos. A pesquisa parte do reconhecimento de que as decisões contraceptivas são produzidas em contextos marcados por normas sociais, relações de género e sistemas culturais de significado, que moldam as percepções sobre o corpo, a sexualidade e o futuro reprodutivo.

Adoptou-se uma abordagem qualitativa, com base em entrevistas semiestruturadas realizadas com adolescentes de ambos os sexos, entre os 15 e os 19 anos, residentes no bairro de Laulane, complementadas por observação directa. A análise de conteúdo foi orientada pelo contributo de Kleinman (1988), que permitiu compreender como os adolescentes interpretam a contracepção a partir de diferentes sistemas de cuidado, e pelo conceito de biopoder de Foucault (1978; 1979), que possibilitou analisar como normas sociais e relações de poder influenciam o controlo do corpo e da sexualidade.

Os resultados do estudo indicam que as decisões contraceptivas são influenciadas por múltiplos factores, incluindo a regulação moral exercida pela família, as normas sociais relativas ao género, os conselhos de pares e as percepções sobre os efeitos dos métodos no corpo e na fertilidade futura. Observou-se que, embora rapazes e raparigas participem das decisões relacionadas à sexualidade, as raparigas assumem maior envolvimento na gestão prática da contracepção, devido a expectativas sociais associadas à prevenção da gravidez.

Conclui-se que o uso de métodos contraceptivos entre adolescentes em Laulane constitui uma prática socialmente situada, influenciada por factores culturais, relacionais e simbólicos. A compreensão dessas dinâmicas mostra a importância de abordagens em saúde reprodutiva que considerem os contextos sociais e as experiências vividas pelos adolescentes.

**Palavras-chave:** *contracepção; género; práticas culturais; saúde reprodutiva; maputo.*

# Índice

Declaração de honra .....	i
Dedicatória .....	ii
Agradecimentos .....	iii
Lista de Abreviaturas .....	iv
Resumo .....	v
Capítulo 1: Introdução .....	1
Capítulo 2: Revisão de Literatura .....	5
2.3. Objectivos do estudo .....	7
a) Objectivo Geral .....	7
b) Objectivos Específicos .....	8
Capítulo 3: Metodologia .....	9
3.2. Enquadramento Teórico .....	13
Capítulo 4: Apresentação e análise dos resultados .....	16
4.1. Decidir prevenir: dilemas contraceptivos juvenis entre saber científico e saberes locais .....	16
4.2. Entre autonomia juvenil e pressões socioculturais: barreiras na adesão aos métodos contraceptivos .....	19
4.3. A responsabilização feminina pela contracepção como expressão das desigualdades de género na gestão do risco reprodutivo .....	23
4.4. As redes familiares como mediadoras morais das decisões contraceptivas das adolescentes .....	25
4.5. Entre eficácia biomédica e interpretações culturais: como as adolescentes avaliam os métodos contraceptivos .....	28
4.6. Quando a prevenção desafia o amor: contracepção e prova de compromisso nas relações juvenis .....	31
4.7. O conhecimento contraceptivo construído nas redes de confiança e nos circuitos informais entre adolescentes .....	33
5. Considerações finais .....	36
Referências bibliográficas .....	38
Apêndices .....	42
Apêndice 1: Perfil dos Entrevistados da Pesquisa .....	43
Apêndice 2: Termo de Consentimento Informado .....	44
Apêndice 3: Guião de Entrevistas .....	44

## Capítulo 1: Introdução

O presente projecto, intitulado “*Uso de Métodos Contraceptivos entre Adolescentes em Contextos Periurbanos: Um Estudo em Laulane, Cidade de Maputo*”, tem o objectivo de compreender como as práticas culturais e sociais, relacionadas ao papel da mulher e às expectativas familiares, influenciam as decisões dos adolescentes no bairro de Laulane em relação ao uso de métodos contraceptivos.

Moçambique é um país localizado na África Austral caracterizado por uma população predominantemente jovem e por profundas desigualdades socioeconómicas entre contextos urbanos, periurbanos e rurais. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), uma parte significativa da população encontra-se na faixa etária juvenil, o que coloca as questões relacionadas com saúde sexual e reprodutiva no centro das preocupações das políticas públicas e da investigação académica. A cidade de Maputo, capital do país, constitui o principal centro político, económico e administrativo, concentrando infra-estruturas de saúde, educação e serviços sociais. Contudo, o crescimento urbano acelerado tem contribuído para a expansão de bairros periurbanos, onde coexistem dinâmicas urbanas e práticas sociais profundamente influenciadas por redes familiares, comunitárias e religiosas.

É neste contexto urbano-periurbano que se situa o bairro de Laulane, localizado na cidade de Maputo. Tal como outros bairros periféricos da capital, Laulane caracteriza-se por uma forte densidade populacional e por uma diversidade de trajectórias sociais e familiares. A proximidade relativa com serviços urbanos, como escolas e unidades sanitárias, não elimina a presença de valores culturais e expectativas sociais que continuam a desempenhar um papel central na organização da vida quotidiana, particularmente no que diz respeito à sexualidade, à reprodução e à construção das identidades de género.

Em Moçambique, os padrões de utilização da contracepção apresentam variações significativas segundo estado civil, nível de escolaridade e localização geográfica. De acordo com o Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA 2015; MISAU, INE & ICF 2018), cerca de 27% das mulheres entre os 15 e os 49 anos utilizavam um método moderno de contracepção à data do inquérito. Entre mulheres casadas ou em união, a prevalência situava-se em aproximadamente 25%, enquanto entre mulheres sexualmente activas não casadas o valor ultrapassava 40%. No que diz respeito à escolaridade, observa-se igualmente uma diferença significativa: entre mulheres com ensino secundário ou superior completo o uso de métodos modernos ascendia a cerca de 39%, contrastando com

aproximadamente 18% entre mulheres sem escolaridade formal. Estes dados indicam que o acesso e a utilização da contracepção são estruturados por desigualdades sociais e educacionais, e não apenas pela disponibilidade técnica dos métodos.

Os métodos contraceptivos classificados como modernos incluem a pílula oral combinada, as injeções hormonais trimestrais, os implantes subcutâneos, o dispositivo intra-uterino (DIU), o preservativo masculino e feminino, bem como métodos cirúrgicos permanentes, como a laqueação e a vasectomia. Estes diferenciam-se quanto ao mecanismo de acção, duração, reversibilidade e necessidade de acompanhamento clínico. Já os métodos frequentemente designados como tradicionais incluem o coito interrompido, a abstinência periódica baseada no cálculo do ciclo menstrual e o uso de preparações fitoterápicas locais, como infusões de raízes, cascas ou sementes, cuja eficácia não é aferida por protocolos biomédicos padronizados, mas validada por experiências corporais e narrativas transmitidas de geração em geração.

Em Moçambique, estes métodos são disponibilizados principalmente através do Serviço Nacional de Saúde, no âmbito dos serviços de planeamento familiar oferecidos nas unidades sanitárias públicas. Em contextos urbanos como a cidade de Maputo, adolescentes podem obter métodos contraceptivos em centros de saúde, hospitais distritais e campanhas comunitárias de saúde reprodutiva promovidas pelo Ministério da Saúde. O preservativo masculino, em particular, também é frequentemente disponibilizado em farmácias privadas, organizações não-governamentais, programas de educação sexual e campanhas públicas de prevenção do HIV/SIDA.

Contudo, importa problematizar a oposição aparentemente dicotómica entre tradicional e moderno. A antropologia da saúde tem demonstrado que estas categorias são historicamente produzidas e politicamente situadas, estando associadas a hierarquias de saber e regimes de autoridade científica. Autores como Kleinman (1980) e Lock e Scheper-Hughes (1996) argumentam que os sistemas médicos coexistem em contextos de pluralismo terapêutico, nos quais diferentes racionalidades se articulam e disputam legitimidade. Assim, a biomedicina deve ser compreendida como um sistema cultural específico, portador de símbolos e pressupostos próprios, e não como um saber universal neutro (Good 1994).

No domínio da reprodução, Jordan (1993) introduz o conceito de *conhecimento autorizado*, demonstrando como certos saberes são institucionalmente reconhecidos como legítimos enquanto outros permanecem marginalizados, ainda que continuem a orientar práticas

concretas. Do mesmo modo, Martin (1987) demonstra como as representações biomédicas do corpo reprodutivo são atravessadas por metáforas culturais que moldam percepções sobre menstruação, fertilidade e controlo do útero.

Desta forma, em contextos periurbanos, práticas biomédicas e saberes locais configuram-se frequentemente como sistemas híbridos de interpretação e gestão do corpo. Uma jovem pode recorrer ao implante subcutâneo e, simultaneamente, seguir recomendações maternas relativas à chamada “limpeza do sangue” ou ao descanso do útero. Trata-se de lógicas complementares que operam em diferentes níveis, biológico, moral e relacional.

No plano etário, a adolescência é frequentemente definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o período entre os 10 e os 19 anos. Contudo, numa perspectiva antropológica, a adolescência constitui também uma construção social e histórica. Autores como Honwana (2002) demonstram que as transições juvenis em Moçambique são moldadas por contextos económicos, familiares e pós-coloniais específicos. Assim, abordar a contraceção na adolescência implica compreender negociações complexas entre dependência familiar, construção de autonomia e expectativas sociais sobre fertilidade futura.

No contexto periurbano de Laulane, não se pode afirmar uma ausência de serviços de saúde. A área é servida por unidades sanitárias que promovem actividades de educação sexual e distribuição de métodos contraceptivos. Contudo, o problema analítico não reside apenas na disponibilidade desses serviços, mas na forma como os adolescentes interagem com eles e interpretam a sua utilização no interior das redes sociais em que estão inseridos.

Apesar da existência desses serviços, o acesso efectivo por parte dos adolescentes pode ser condicionado por factores sociais e morais. Muitos jovens demonstram receio de procurar informações ou métodos contraceptivos nas unidades sanitárias devido à vergonha, ao medo de julgamento ou à preocupação com a confidencialidade das suas práticas sexuais. A forma como são recebidos pelos profissionais de saúde pode influenciar significativamente essa decisão. Em alguns casos, os adolescentes relatam experiências de aconselhamento acolhedor e confidencial, enquanto em outros contextos percebem atitudes moralizantes que reforçam o silêncio em torno da sexualidade juvenil.

A responsabilização feminina pela contraceção não decorre apenas de normas sociais difusas, mas também da própria arquitectura tecnológica disponível. A maioria dos métodos reversíveis de longa duração, como implantes e dispositivos intra-uterinos, é aplicada no corpo feminino. Essa configuração técnica contribui para reproduzir uma divisão sexual da

responsabilidade reprodutiva, reforçando disposições de género já existentes. Como demonstra Martin (1987), o corpo feminino tem sido historicamente medicalizado e submetido a narrativas de controlo e gestão, enquanto Foucault (1976) argumenta que as tecnologias biomédicas integram dispositivos de *biopoder* que regulam populações por meio da administração da sexualidade e da reprodução.

Deste modo, o objectivo desta pesquisa é compreender como as adolescentes do bairro de Laulane interpretam, negociam e incorporam os métodos contraceptivos nas suas trajectórias sociais. A contracepção é aqui abordada como um fenómeno socialmente situado, atravessado por relações de poder, sistemas plurais de conhecimento e dinâmicas de género, e não apenas como um indicador técnico de saúde pública.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos. Após a introdução, onde se apresentam os objectivos do estudo, a justificativa e a pertinência da pesquisa, o segundo capítulo faz a revisão de literatura, abordando a problemática do estudo e apresentando as lacunas identificadas nos estudos revistos. O terceiro capítulo apresenta a metodologia usada na recolha de dados. Neste capítulo descrevemos as técnicas de recolha de dados, como entrevistas, questionários ou observação, bem como os procedimentos adotados para garantir a validade e a confiabilidade da pesquisa. Também são explicados os critérios de seleção dos participantes e as ferramentas de análise utilizadas. O quarto capítulo apresenta os resultados da pesquisa. O quinto e último capítulo apresenta as conclusões/considerações finais.

## Capítulo 2: Revisão de Literatura

A literatura sobre métodos contraceptivos apresenta diferentes perspectivas relacionadas às suas práticas, escolhas e barreiras no contexto moçambicano e internacional. Uma das primeiras abordagens aponta que o uso de métodos contraceptivos está directamente relacionado ao nível de conhecimento e informação que as pessoas têm sobre esses métodos.

Muitos estudos defendem que o acesso à informação qualificada constitui um factor crucial na adopção de métodos contraceptivos, sustentando que quanto maior o nível de conhecimento sobre contracepção, maior a probabilidade de utilização (Costa et al. 2013; Guimarães e Witter 2006; Delatorre e Dias 2015).

Essa perspectiva converge na centralidade da educação sexual como ferramenta essencial para promover práticas informadas e conscientes, sobretudo entre adolescentes e jovens, sendo o conhecimento entendido como meio de empoderamento e de redução da gravidez não planejada e das infecções sexualmente transmissíveis. Contudo, quando o debate se desloca de uma abordagem que é apenas informativa para uma leitura mais ampla, torna-se evidente que a adopção de métodos contraceptivos constitui um fenómeno envolto em muitas dimensões, atravessado por factores cognitivos, estruturais, simbólicos e morais.

No campo da saúde pública, organismos multilaterais enquadram o acesso universal à contracepção como direito reprodutivo fundamental e indicador estratégico de desenvolvimento humano, associando-o à redução da mortalidade materna e à melhoria das condições de vida (OMS; UNFPA). Ainda assim, reconhece-se que a simples disponibilidade de métodos não assegura a sua utilização efectiva, especialmente em contextos marcados por desigualdades de género, constrangimentos económicos e limitações na qualidade dos serviços de saúde.

A literatura demonstra igualmente a existência de uma dissociação entre saber e fazer. Embora o conhecimento seja condição necessária, ele não opera de forma isolada. Estudos existentes que ampliam a análise para dimensões psicossociais evidenciam que o medo de efeitos colaterais, o estigma social, a vergonha e as dificuldades de negociação nas relações afectivo-sexuais funcionam como barreiras concretas à utilização consistente dos métodos contraceptivos (Aguirre 2010; Martins et al. 2006). A contracepção apresenta-se, como um campo de poder, atravessado por diferenças de género que condicionam a autonomia feminina e limitam a capacidade de decisão sobre o próprio corpo.

A antropologia da reprodução aprofunda essa compreensão ao deslocar o foco da eficácia técnica para o significado social da fertilidade. Estudos clássicos demonstram que sexualidade e reprodução são organizadas por sistemas simbólicos e regimes morais que estruturam hierarquias sociais e legitimidades (Rubin 1973; Vance 1995).

Pesquisas posteriores mostram que decisões reprodutivas são socialmente situadas, atravessadas por expectativas familiares, valores culturais e relações de poder (Rapp 1999; Ginsburg 1989).

Em muitos contextos africanos, a maternidade constitui marcador central de identidade feminina e estatuto social. Do ponto de vista antropológico, corpo, sexualidade e saúde são construções culturais historicamente situadas, devendo ser analisadas na relação entre experiência individual e ordem social (Bagnol e Mariano 2006).

Em sistemas de alta fertilidade, a capacidade reprodutiva pode assumir valor moral e espiritual que antecede a autonomia individual (Caldwell e Caldwell 1987), funcionando como capital simbólico relevante na construção da feminilidade (Amadiume 1987; Moore 1994).

As concepções culturais sobre o corpo influenciam profundamente práticas relacionadas à saúde. Intervenções biomédicas que alteram processos considerados naturais podem ser percebidas como ameaças à ordem simbólica (Douglas 1966).

Narrativas biomédicas sobre o corpo reprodutivo são culturalmente construídas (Martin 1987), e experiências de saúde e doença são mediadas por sistemas locais de significado ou simplesmente, modelos explicativos (Kleinman 1980). Nesse sentido, o receio de contraceptivos hormonais ou de infertilidade futura não pode ser reduzido à desinformação, mas deve ser interpretado como expressão de racionalidades culturalmente situadas.

No contexto moçambicano, a adoção de métodos contraceptivos entre adolescentes encontra-se profundamente enraizada em expectativas sociais relacionadas à fertilidade e à maternidade.

Estudos realizados em Moçambique indicam que muitas jovens iniciam o uso de contraceptivos apenas após uma primeira gravidez ou depois de experiências de risco reprodutivo, evidenciando a forte influência das normas sociais sobre fertilidade e maternidade (Capurchande et al. 2016; Manuel 2009; Guerra 2020). Essa constatação reforça

a ideia de que, em determinados contextos, provar a capacidade reprodutiva antecede o controlo da fecundidade.

Com base na pesquisa exploratória realizada, identificou-se que o papel da mulher é fortemente condicionado pela maternidade, onde a identidade feminina é validada quase exclusivamente pela fertilidade e pela capacidade de cuidar. Em contextos moçambicanos, o corpo é frequentemente concebido como um bem colectivo, no qual a autonomia individual é subordinada ao papel de continuadora da linhagem familiar (Capurchande et al. 2016; Manuel 2009; Guerra 2020). Paralelamente, as expectativas familiares sobre as adolescentes incidem na manutenção da honra e na obediência aos ritos de passagem que as preparam para o mercado matrimonial.

Observa-se, nesse cenário, uma convergência entre família e comunidade na condenação da gravidez precoce, entendida como desvio que compromete o percurso escolar e o futuro da jovem. Contudo, emerge uma divergência, no sentido de que, embora a gravidez seja temida, o uso de métodos contraceptivos modernos é frequentemente desencorajado no seio familiar.

Dessa forma, a literatura aponta para a necessidade de compreender o uso de métodos contraceptivos como prática social situada, profundamente moldada por representações culturais da feminilidade, da maternidade e da honra familiar. É nesse contexto que se inscreve a presente pesquisa, conduzindo à seguinte pergunta de partida:

*“De que forma as práticas culturais e sociais relacionadas ao papel da mulher e às expectativas familiares influenciam as decisões dos adolescentes do bairro de Laulane quanto ao uso de métodos contraceptivos?”*

## **2.3. Objectivos do estudo**

### **a) Objectivo Geral**

- Compreender como as práticas culturais e sociais, relacionadas ao papel da mulher e às expectativas familiares, influenciam as decisões dos adolescentes no bairro de Laulane em relação ao uso de métodos contraceptivos.

## **b) Objectivos Específicos**

- Identificar de que modo as práticas culturais, crenças morais e discursos religiosos influenciam as decisões contraceptivas dos adolescentes do bairro de Laulane;
- Descrever os factores sociais, simbólicos e práticos que motivam, facilitam ou limitam o acesso, a continuidade e a interrupção do uso de métodos contraceptivos, bem como os significados atribuídos aos seus prós e contras;
- Caracterizar o modo como as relações de género e as dinâmicas afectivas juvenis estruturam a distribuição desigual da responsabilidade contraceptiva, incluindo a negociação do uso de métodos nas relações amorosas;
- Explicar o papel da família, das redes de parentesco e dos circuitos informais de produção e circulação do saber enquanto instâncias de regulação moral, controlo simbólico do corpo feminino e mediação entre adolescentes e tecnologias contraceptivas.

### **Capítulo 3: Metodologia**

O estudo adopta uma abordagem qualitativa baseada no método etnográfico, amplamente utilizado para compreender práticas sociais e significados culturais a partir da observação directa e da interação com os participantes no seu contexto quotidiano. A escolha deste método deve-se à necessidade de captar não apenas os discursos das adolescentes, mas também os gestos, silêncios, hesitações e formas de vivenciar a sexualidade e a reprodução no quotidiano do bairro de Laulane.

Além das entrevistas, foi também utilizada a observação directa. Esta técnica permitiu acompanhar vários momentos da vida comunitária, como conversas informais nas ruas, interações entre jovens após a escola, deslocações a unidades de saúde e dinâmicas familiares que, muitas vezes, não são verbalizadas nas entrevistas. Tal como Lakatos e Marconi (2003) defendem, a observação é fundamental quando se pretende compreender comportamentos tal como ocorrem naturalmente, permitindo ao investigador "ver" dimensões que o discurso não revela. Da mesma forma, Gil (2008) realça que a observação directa enriquece os estudos sociais ao proporcionar acesso às práticas e lógicas quotidianas dos grupos estudados. Desta forma, a abordagem qualitativa, aliada à observação directa, torna possível compreender como as influências culturais, sociais e familiares moldam, limitam ou ampliam as decisões dos adolescentes sobre a utilização de métodos contraceptivos no seu quotidiano.

O estudo abrange um universo de adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, rapazes e raparigas, residentes em Laulane. Esta faixa etária foi escolhida porque assinala um período de transição importante, no qual muitas começam a estabelecer relações afectivas e sexuais e, conseqüentemente, a enfrentar decisões sobre contracepção. Para participar no estudo, as adolescentes devem ter tido algum contacto prévio com métodos contraceptivos, sejam modernos (pílula, injeção, implante, DIU ou preservativos) ou tradicionais, como o uso de chás ou o método do calendário. A selecção das participantes procurou abranger jovens com diferentes realidades familiares, níveis de escolaridade e graus de envolvimento comunitário, de modo a reflectir a diversidade existente no bairro.

As entrevistas foram conduzidas de forma semiestruturada, partindo de um conjunto de perguntas, mas deixando espaço para que cada participante conduzisse a conversa de acordo com as suas próprias experiências. As adolescentes foram encontradas em diferentes espaços do bairro, sendo que algumas, foram encontradas em frente às suas casas, sentadas no quintal,

outras no pátio da escola, onde costumam reunir-se no final das aulas, e outras ainda aceitaram participar no interior das suas casas, em ambientes simples e familiares. O local das entrevistas foi decidido de acordo com o que cada adolescente considerou mais confortável e discreto. Em muitos casos, foi necessário negociar o silêncio, onde pediam aos irmãos mais novos para brincarem mais longe ou preferiam sentar-se debaixo de uma árvore, onde a conversa acontecia sem interrupções.

Os encontros com os adolescentes rapazes decorreram de forma semelhante, embora a disponibilidade destes surgisse de forma mais espontânea, muitas vezes durante conversas informais na rua ou após as actividades escolares. Geralmente, mostraram-se dispostos a falar, mas frequentemente justificavam que “*isso é coisa de meninas*”, o que acabou por revelar uma parte importante das dinâmicas de género que o estudo procura analisar. Ainda assim, os rapazes abordaram temas pertinentes, nomeadamente as expectativas sociais, as responsabilidades atribuídas às parceiras e as percepções sobre métodos contraceptivos, como a pílula e a injeção.

As entrevistas foram gravadas com a autorização de cada participante e duraram entre 20 minutos e uma hora, consoante a fluidez da conversa e o nível de confiança estabelecido. Em algumas situações, foi necessário criar um ambiente mais descontraído antes de iniciar a gravação, conversando sobre a escola, música ou planos de futuro. Uma das adolescentes só aceitou gravar depois de garantir que a sua voz não seria partilhada, outra pediu para fazer uma pausa de alguns minutos quando a mãe entrou no quintal.

A amostra final incluiu vinte adolescentes, dezasseis meninas e quatro rapazes, tendo sido ajustada de acordo com a saturação dos dados, ou seja, quando as entrevistas adicionais deixaram de proporcionar informações novas. Todas as gravações foram posteriormente transcritas para análise.

A interpretação dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, um método que permite identificar padrões de discurso, recorrências e temas emergentes. A análise de conteúdo permitiu identificar padrões recorrentes nas narrativas das participantes, bem como categorias analíticas relacionadas com percepções sobre contraceção, relações de género, influência familiar e experiências com os serviços de saúde. Este procedimento analítico possibilitou interpretar os dados empíricos à luz do enquadramento teórico adoptado no estudo.

Em termos éticos, foram tomados todos os cuidados para proteger os participantes. Antes de cada entrevista, o propósito do estudo e a forma como os dados seriam utilizados foram explicados claramente. Todos os adolescentes foram informados sobre o seu direito de recusar, interromper a qualquer momento, sem que tal lhes acarretasse quaisquer consequências. Nos casos em que o participante tinha menos de 18 anos, foi obtido o consentimento dos responsáveis, quando necessário. A confidencialidade foi garantida em todas as etapas, assegurando que nenhum nome real ou dado sensível fosse divulgado.

Ao longo do processo de realização do presente trabalho, registaram-se alguns constrangimentos que influenciaram o ritmo e a dinâmica da investigação, ainda que não tenham comprometido a sua viabilidade nem a qualidade dos resultados alcançados.

Um dos principais constrangimentos esteve relacionado com a ocorrência, da parte da autora, de problemas de natureza familiar, que, em determinados momentos, afectaram a estabilidade emocional necessária para a continuidade regular do trabalho académico. Estas circunstâncias pessoais impossibilitaram, temporariamente, o seguimento do curso natural inicialmente previsto para a realização da pesquisa, implicando reajustes no cronograma e na organização das actividades de pesquisa e escrita.

Paralelamente, importa destacar que, apesar deste contexto adverso, o apoio e o acompanhamento prestados pela supervisora desempenharam um papel fundamental na superação dessas dificuldades. A sua postura de compreensão, incentivo e orientação constante constituiu uma fonte de motivação decisiva, permitindo retomar o trabalho com maior clareza, confiança e compromisso académico.

Outro aspecto relevante diz respeito à participação da autora no programa de mobilidade académica na Itália. A experiência de inserção num novo contexto sociocultural e académico, marcado por uma língua diferente e por códigos culturais distintos, não se configurou como um obstáculo metodológico directo à realização do estudo. Contudo, o afastamento do contexto familiar e das redes afectivas de origem representou um constrangimento de ordem emocional, sobretudo nos períodos de maior exigência intelectual e pessoal. A distância física da família, associada ao processo de adaptação a uma nova realidade, exigiu um esforço adicional de resiliência e reorganização emocional.

No que diz respeito aos constrangimentos específicos do campo, um dos primeiros obstáculos enfrentados esteve relacionado com a minha posição enquanto pesquisadora externa ao grupo

social em estudo. O facto de eu ser percebida como “estranha” produziu, numa fase inicial, desconfiança, sobretudo porque as questões abordavam dimensões íntimas da vida das adolescentes, como sexualidade, relações afectivas e uso de métodos contraceptivos. Em determinados momentos, algumas participantes verbalizavam explicitamente esse desconforto, afirmando: *“essas coisas são muito assim assim, não posso falar tudo, senão alguém ouve e espalha por aí, não posso falar tudo mana<sup>1</sup>”*. Essa expressão mostra o receio de exposição social, a preocupação com a reputação e o medo de que informações partilhadas no contexto da entrevista circulassem na comunidade.

Importa sublinhar que, em contextos como o bairro de Laulane, onde as redes sociais são densas e as relações comunitárias são próximas, a circulação de rumores pode ter impactos significativos na vida social das adolescentes, especialmente no que diz respeito à honra familiar e à reputação moral.

De modo geral, quase sempre que iniciávamos as sessões de entrevista, o posicionamento corporal, o tom de voz e as respostas breves revelavam essa cautela inicial. As participantes tendiam a responder de forma curta, por vezes desviando o olhar ou reformulando as respostas para evitar detalhes considerados comprometedores. Contudo, à medida que a conversa avançava e se estabelecia maior proximidade relacional, observava-se uma mudança gradual na postura, o discurso tornava-se mais fluido, as narrativas mais densas e surgiam exemplos concretos das suas experiências.

Perante essas situações, a estratégia metodológica adoptada consistiu na criação deliberada de um ambiente seguro e acolhedor. Antes de iniciar formalmente as entrevistas, eram reforçados os princípios de confidencialidade, anonimato e uso exclusivamente académico das informações. Procurou-se adoptar uma postura empática, evitando julgamentos morais e utilizando uma linguagem acessível e próxima da realidade das participantes. Sempre que possível, as conversas decorriam em espaços relativamente reservados, escolhidos pelas próprias adolescentes, de modo a minimizar o medo de escuta por terceiros.

Além disso, foi fundamental respeitar o ritmo das participantes, permitindo que determinados temas emergissem gradualmente, sem imposição directa de perguntas excessivamente invasivas no início da interacção. A construção de confiança revelou-se, assim, um processo progressivo, baseado na escuta activa, na validação das experiências relatadas e na demonstração constante de respeito pela sua privacidade. Essa experiência de campo

---

<sup>1</sup> Participante da pesquisa

evidencia que, em pesquisas que envolvem temas sensíveis, a dimensão relacional é tão central quanto o instrumento metodológico propriamente dito, sendo a confiança um elemento estruturante para a produção de dados qualitativos consistentes.

Apesar destes constrangimentos, o percurso de investigação foi marcado por aprendizagens significativas, tanto no plano académico quanto no plano pessoal. As dificuldades enfrentadas contribuíram para o fortalecimento da autonomia, da capacidade de gestão do tempo e da maturidade científica.

### **3.2. Enquadramento Teórico**

Este trabalho parte do pressuposto de que as práticas contraceptivas não podem ser compreendidas exclusivamente como escolhas individuais orientadas por informação biomédica. Pelo contrário, elas devem ser analisadas como fenómenos socialmente produzidos, inscritos em sistemas de significado que articulam corpo, moralidade e poder. Nesse sentido, a abordagem adoptada dialoga especificamente com duas contribuições centrais, a noção de sistemas de cuidado e modelos explicativos de Arthur Kleinman e o conceito de *biopoder* desenvolvido por Michel Foucault.

Arthur Kleinman, antropólogo médico norte-americano, desenvolveu uma perspectiva interpretativa da saúde que procura compreender como diferentes sociedades constroem significados sobre o corpo, a doença e os cuidados terapêuticos. Para o autor, as experiências relacionadas com saúde e doença não podem ser reduzidas a processos biológicos universais, pois são sempre mediadas por sistemas culturais de interpretação. Conforme afirma Kleinman, “a doença é simultaneamente uma experiência biológica e um processo culturalmente interpretado” (Kleinman, 1980:72). Assim, compreender práticas relacionadas com saúde implica analisar os sistemas de significados através dos quais os indivíduos interpretam o corpo e os tratamentos disponíveis.

Em Kleinman (1980; 1988), o aspecto mais relevante para esta investigação é a distinção entre três sectores do cuidado, sendo, o sector profissional (biomédico), o sector popular (família, redes de parentesco e comunidade) e o sector leigo (autocuidado e experiências individuais). O autor demonstra que as decisões relativas à saúde resultam da circulação de significados entre esses sectores. No contexto do bairro de Laulane, a decisão sobre o uso de métodos contraceptivos é orientada pela informação fornecida nos serviços de saúde (sector

profissional), mas também mediada por narrativas familiares, conselhos de amigas, discursos religiosos e experiências corporais partilhadas (sector popular).

Além disso, Kleinman introduz o conceito de modelos explicativos, que permite compreender como os sujeitos constroem interpretações próprias sobre causas, efeitos e riscos. No caso da contracepção juvenil, os efeitos secundários, como alterações menstruais ou dor, são interpretados à luz de concepções locais sobre equilíbrio corporal e fertilidade futura. Assim, o que está em jogo é a eficácia biomédica do método, mas também a compatibilidade do método com uma ideia socialmente construída de corpo normal e saudável. A decisão contraceptiva, neste sentido, insere-se num sistema de racionalidade culturalmente situado.

Contudo, compreender os sistemas de significado que orientam as decisões contraceptivas torna-se insuficiente se não forem consideradas as relações de poder que estruturam esses sistemas. É neste ponto que o conceito de *biopoder*, desenvolvido por Michel Foucault, se torna particularmente relevante para a análise proposta neste estudo.

Michel Foucault, filósofo e historiador francês, desenvolveu uma análise crítica das formas de exercício do poder nas sociedades modernas, demonstrando que o poder não opera apenas através de proibições ou repressão directa, mas também através da regulação da vida e do corpo das populações. Segundo o autor, a partir do século XVIII emerge uma nova forma de poder orientada para a gestão da vida, que ele denomina *biopoder*. Como afirma Foucault, “o poder moderno passou a investir sobre a vida, sobre o corpo e sobre os processos biológicos das populações” (Foucault, 1976:139).

No contexto estudado, observa-se uma forma disseminada de *biopoder* exercida pela família, pela religião e pela comunidade. A sexualidade adolescente é simultaneamente vigiada e silenciada. A gravidez precoce é condenada por interromper o percurso escolar, mas a contracepção também é moralmente suspeita porque pressupõe actividade sexual. Este paradoxo produz uma situação em que a adolescente deve evitar engravidar, mas sem reconhecer publicamente que exerce sexualidade.

Quando se afirma que usar ou esconder o método contraceptivo envolve estratégias de gestão da reputação, refere-se precisamente a esse campo de regulação moral. Algumas adolescentes relatam utilizar métodos contraceptivos de forma discreta, evitando que familiares descubram, por receio de serem acusadas de promiscuidade ou desobediência. Outras evitam métodos visíveis ou que exijam deslocações frequentes aos serviços de saúde para não levantar

suspeitas. Assim, o corpo torna-se espaço de governação, onde deve ser simultaneamente fértil no futuro, controlado no presente e moralmente legítimo perante a comunidade.

Nesse sentido, o silêncio é um mecanismo activo de regulação. A contracepção é tolerada enquanto invisível, quando se torna visível, pode comprometer a honra familiar. Trata-se de uma forma de disciplina social que incide sobretudo sobre o corpo feminino, transformando-o em território privilegiado de controlo moral.

A articulação entre Kleinman e Foucault permite, portanto, compreender dois níveis complementares, por um lado, como os significados sobre o corpo e a contracepção são produzidos nos diferentes sistemas de cuidado, por outro, como esses significados são moldados por dispositivos de poder que regulam sexualidade, género e reprodução. A contracepção juvenil emerge como prática situada, onde decisões individuais são atravessadas por racionalidades culturais e por tecnologias sociais de regulação da vida.

Neste enquadramento, a contracepção juvenil é entendida como prática situada, na qual o corpo das adolescentes se transforma num espaço onde se cruzam expectativas familiares, normas sociais e projectos individuais. A decisão de usar, interromper ou evitar um método, incorpora medos, afectos e estratégias de sobrevivência moral.

## **Capítulo 4: Apresentação e análise dos resultados**

Neste capítulo, desenvolvemos a apresentação e análise dos resultados da pesquisa. Os dados são apresentados em sete subcapítulos. Inicialmente, discutem-se os dilemas juvenis na decisão de prevenir. Em seguida, analisam-se as barreiras socioculturais e práticas que influenciam a adesão aos métodos contraceptivos, bem como as desigualdades de género que atribuem às raparigas a responsabilidade principal pela gestão do risco reprodutivo. O capítulo examina ainda o papel das redes familiares enquanto mediadoras morais das decisões contraceptivas, bem como as formas através das quais as adolescentes avaliam os métodos disponíveis a partir da articulação entre eficácia biomédica e interpretações culturais do corpo e da fertilidade. Por fim, discutem-se as dinâmicas relacionais que atravessam o uso de contraceptivos nas relações amorosas juvenis e a circulação do conhecimento contraceptivo em redes informais de confiança entre adolescentes.

### **4.1. Decidir prevenir: dilemas contraceptivos juvenis entre saber científico e saberes locais**

Neste subcapítulo, de acordo com dados nacionais sobre planeamento familiar, os métodos contraceptivos mais frequentemente mencionados pelos adolescentes reflectem tendências observadas em Moçambique. Segundo o *Fact Sheet* do relatório da FP2030, em 2015 as injecções representavam 45,3% do uso de métodos modernos, seguidas pela pílula (24,4 %), pelos preservativos masculinos (15,5 %) e pelos implantes (6,6 %).

Além disso, o acesso a contraceptivos modernos tem crescido no país, conforme o relatório do UNFPA-Moçambique (2021), a taxa de prevalência de métodos modernos aumentou de 27,3% em 2016 para 36,4% em 2020. Esse progresso reflecte também os esforços logísticos para garantir o fornecimento de insumos, especialmente em áreas periurbanas, por meio de parcerias entre o governo e organizações internacionais.

No contexto de Laulane, essas modalidades (implante, injecção, pílula, DIU e preservativo) constituem um repertório contraceptivo real para as adolescentes entrevistadas, e também levam a políticas nacionais de planeamento familiar e os desafios de acesso locais, factores que interagem de maneira complexa com crenças familiares, estigmas religiosos e conhecimentos biomédicos.

A entrevistada abaixo, traz uma reflexão que nos remete às crenças familiares, nos seguintes termos:

*“Na minha família, sempre ouvi falar que o implante te torna estéril para sempre, que é bom para quem já tem filho, mas não para quem ainda quer engravidar depois. Quando fui ao centro de saúde, perguntei sobre o implante e a enfermeira disse que é seguro. Isso me deixou com medo, embora eu queira evitar uma gravidez agora. Acabei escolhendo a pílula, mesmo sabendo que pode dar dor de cabeça”* (Tucha, 18 anos)

A narrativa da Tucha mostra os dilemas enfrentados por adolescentes ao lidarem com diferentes fontes de informação sobre contraceptivos. Ao relatar que optou pela pílula em vez do implante devido aos receios propagados dentro do seu círculo familiar, Tucha evidencia o poder das crenças transmitidas intergeracionalmente. A ideia de que o implante torna estéril para sempre funciona como um saber local que entra em tensão com o aconselhamento biomédico recebido no centro de saúde.

O contexto apresentado pode ser analisado de acordo com o pensamento de Kleinman (1988), que destacam como os indivíduos recorrem a diferentes sistemas de saber, o popular, o profissional e o leigo, na interpretação e manejo de questões de saúde.

A escolha de Tucha, neste caso, não se dá apenas no campo racional das melhores evidências científicas, mas é influenciada por medos, afectos, vínculos familiares e desconfiança histórica em relação às tecnologias de saúde reprodutiva.

Por outro lado, entre os rapazes adolescentes, observa-se uma relação distinta com a contracepção:

*“Eu nunca pensei muito em contracepção até a minha namorada falar sobre isso. Para mim, preservativo serve mesmo é para não pegar doença, porque em casa ninguém fala de gravidez precoce, parece algo que só acontece com quem é irresponsável. Quando ela sugeriu usar injeção, eu achei estranho, porque toda semana nós ouvimos falar de alguém que teve problema com o método, disseram*

*que dá muita dor de barriga e alteram o humor, como se fosse remédio potente”*  
(Luís, 19 anos)

A narrativa de Luís mostra a atribuição da responsabilidade contraceptiva às raparigas. Para ele, o preservativo é compreendido unicamente como instrumento de prevenção de doenças, e os métodos hormonais femininos são vistos com desconfiança e associados a efeitos colaterais negativos.

Este dado permite reflectir sobre o que Conrad (1990) denominou como resistência às tecnologias médicas, muitas vezes fundamentada na experiência social do corpo e nas redes de significados colectivos que cercam determinadas práticas.

Além disso, a análise da narrativa de Luís expõe a maneira como as representações sociais da contracepção são marcadas por uma distribuição desigual de poder e responsabilidade, na qual o corpo feminino continua a ser o principal alvo das tecnologias contraceptivas, enquanto o corpo masculino permanece relativamente ausente deste debate.

Outra dimensão relevante nas práticas contraceptivas diz respeito à influência das lideranças religiosas e seus discursos morais. Nesse sentido, Joel destaca:

*“Na igreja que frequento, o pastor fala que quem usa contraceptivo está a tentar fugir das responsabilidades que Deus nos deu. Dizem que o corpo da mulher foi feito para gerar vida e que os métodos impedem isso, por isso é pecado. Isso deixou a minha namorada confusa, porque ela queria usar o DIU, mas depois da pregação ela ficou com medo de estar a fazer algo errado diante de Deus”* (Joel, 19 anos)

O discurso do Joel mostra como as concepções religiosas actuam como dispositivos de regulação dos corpos e das condutas sexuais dos adolescentes, influenciando directamente as decisões contraceptivas. A associação do uso de métodos com o “pecado” reforça uma lógica de moralização da sexualidade, em especial da sexualidade feminina, e coloca o corpo da mulher como território de sacralização e vigilância espiritual.

A situação apresentada pode ser analisada a partir das contribuições de Foucault (1979), que discute como os discursos religiosos operam como tecnologias de poder que moldam subjectividades e produzem corpos dóceis. O medo do pecado actua como dispositivo disciplinador, restringindo a autonomia das jovens sobre suas escolhas reprodutivas. Além disso, como mostra Bourdieu (2001), a dominação simbólica presente nesses discursos reforça estruturas de género desiguais, nas quais a mulher é responsabilizada pela moralidade sexual do casal.

Em linhas gerais, os dados analisados neste subcapítulo permitem concluir que, embora os métodos contraceptivos modernos estejam amplamente disponíveis e integrados nas políticas nacionais de planeamento familiar em Moçambique, a sua apropriação no contexto juvenil de Laulane não ocorre de forma linear nem exclusivamente racional.

Por fim, pode-se afirmar que, no contexto estudado, a contracepção juvenil é um fenómeno social complexo, no qual políticas públicas, saberes locais, relações de género e dispositivos religiosos se entrecruzam. A escolha de usar, evitar ou interromper um método se explica por um campo de forças morais e afectivas que molda profundamente a experiência reprodutiva das adolescentes.

#### **4.2. Entre autonomia juvenil e pressões socioculturais: barreiras na adesão aos métodos contraceptivos**

Este subcapítulo busca compreender os factores que motivam e, ao mesmo tempo, os que limitam o acesso e uso de métodos contraceptivos por parte dos adolescentes de Laulane. As decisões em torno da contracepção não se restringem ao campo da informação ou da vontade individual, mas são atravessadas por uma complexa rede de pressões familiares, inseguranças pessoais, percepções de risco e obstáculos práticos.

Relativamente às pressões familiares, Zelfa afirma que:

*“Quando soube do implante, achei interessante porque queria focar nos estudos e não ter preocupação de engravidar. A enfermeira explicou que a inserção era rápida e durava até quatro anos, mas minha mãe e minha tia começaram a insistir*

*que o implante poderia furar órgãos internos e causar infertilidade irreversível. Fiquei dividida, por um lado, eu mesma queria esse controle, mas as vozes da família me pressionaram e acabei removendo antes de completar seis meses de uso” (Zelfa, 19 anos)*

A narrativa de Zelfa mostra claramente esse conflito. Inicialmente, a motivação para o uso do implante contraceptivo partiu de um desejo de autonomia e planejamento de vida, especificamente com foco nos estudos. A proposta do método foi percebida como vantajosa. Contudo, essa motivação individual foi rapidamente confrontada pela família, especialmente pela mãe e a tia, que reforçaram mitos sobre o implante, como o risco de perfuração de órgãos e infertilidade permanente.

A decisão de Zelfa de remover o implante antes do tempo previsto, sem buscar uma segunda opinião profissional, remete ao que Foucault (1978) descreve como o funcionamento dos micropoderes no campo da sexualidade. As relações familiares operam como dispositivos de controle moral e disciplinar sobre o corpo das adolescentes, mesmo diante de um discurso biomédico aparentemente racionalizador.

Ao mesmo tempo, Kleinman (1988) nos lembra que o sistema popular de cuidados em saúde é muitas vezes mais influente do que o sistema profissional, pois se sustenta em laços afetivos e em narrativas culturalmente enraizadas, como as que levaram Zelfa a duvidar da eficácia e da segurança do implante.

No que tange às barreiras práticas, Carla relata:

*“Depois de uma aula na escola sobre pílulas e adesivos, achei que seria simples usar esse método, mas esqueci várias vezes de tomar a pílula. Minha amiga sempre me lembrava, mas eu achava inconveniente ter que fazer isso todo dia pela manhã. Decidi perguntar na internet e vi comentários de meninas dizendo que a pílula dá muita oscilação de ânimo e peso. Isso me assustou, porque se eu fosse usar, queria algo discreto e sem mudanças no corpo” (Carla, 18 anos)*

O discurso de Carla traz nos apresenta barreiras significativas, sobretudo de ordem prática e simbólica. Carla demonstra abertura para aprender sobre métodos contraceptivos alternativos, como a pílula e o adesivo, mas esbarra em dificuldades quotidianas, como o esquecimento e a falta de disciplina para tomar o comprimido diariamente.

A dependência de lembretes por parte de uma amiga também aponta para a ausência de um sistema de apoio ou rotina consolidada, o que dificulta a continuidade do uso. As preocupações apresentadas demonstram como o corpo, especialmente na adolescência, é um território de vigilância constante, atravessado por normas estéticas e sociais.

Nichter e Hirsch (2007) argumentam que os métodos contraceptivos são muitas vezes interpretados não apenas como tecnologias médicas, mas como experiências corporais e sociais, sendo aceites ou rejeitados com base em como afectam a vida cotidiana e a autopercepção dos jovens.

Pode ser dito que, as percepções sobre os métodos contraceptivos modernos neste contexto, são construídas a partir de uma combinação de experiências pessoais, rumores populares, informações biomédicas e narrativas familiares, sendo que, as adolescentes avaliam cada método não apenas pela eficácia técnica, mas também pelos seus efeitos sentidos no corpo e pelas histórias que circulam na comunidade.

Uma das entrevistadas explica:

*“A injeção era boa porque não precisava de lembrar todos os dias, mas começou a dar-me dor de cabeça e eu achava que meu sangue parava. A minha mãe dizia para eu parar antes que me desse um problema grave para a minha saúde e que me colocasse em perigo”* (Adélia, 17 anos).

A narrativa mostra o cruzamento entre o corpo vivido, os saberes familiares e os receios que moldam a continuidade do uso do método. Outra jovem relata que o implante lhe parecia a opção mais conveniente, mas que o medo gerado na família acabou por influenciar a sua decisão:

*“Eu coloquei o implante porque a enfermeira disse que era seguro, mas em casa disseram que aquilo anda dentro do braço e pode ir parar no coração. Fiquei assustada e tirei antes de completar seis meses” (Zelfa, 19 anos).*

A narrativa de Zelfa mostra a força dos discursos comunitários na construção do medo em relação às tecnologias contraceptivas. A interpretação local de que o implante anda pelo corpo coexiste com a explicação biomédica oferecida na unidade de saúde, mostrando, conforme Kleinman (1988), a coexistência de diferentes sistemas de cuidado, nos quais o sistema popular muitas vezes prevalece sobre o profissional.

O preservativo, embora amplamente disponível, enfrenta resistências por parte dos rapazes:

*“Quando eu pedi para usar preservativo, ele disse que perde o prazer, que não é natural. Então ficava difícil insistir, se ele não quer, eu não tenho como fazer coisas que não vão agradar a ele porque podemos discutir e eu não quero isso” (Nina, 16 anos).*

Ao mesmo tempo, o DIU surge como um método cercado de receios, principalmente pela dor da inserção e pela ideia de que pode mover-se dentro do corpo. Como diz uma entrevistada:

*“Eu queria o DIU porque dura muito tempo e que eu poderia facilmente ter uma vida sexual tranquila, sem me preocupar com gravidez, mas ouvi dizer que dói e pode sair do lugar. Fiquei com medo de tentar” (Mariela, 17 anos).*

Estes discursos apesar de parecerem meras opiniões subjectivas, acabam materializando o que o imaginário colectivo equaciona e ilustram o modo como os métodos são avaliados pelo seu impacto corporal imaginado e pelas narrativas que circulam nos espaços quotidianos, tal como descrevem Nichter e Hirsch (2007), quando afirmam que os contraceptivos são interpretados através de experiências sociais tanto quanto médicas.

Em linhas gerais, podemos considerar que os prós e os contras de cada método emergem das experiências vividas e do modo como as jovens articulam os seus medos, desejos, expectativas e conselhos recebidos. A escolha contraceptiva, neste contexto, é sempre um processo negociado entre corpo, conhecimento e moralidade.

### 4.3. A responsabilização feminina pela contracepção como expressão das desigualdades de género na gestão do risco reprodutivo

Nesta secção são apresentadas as narrativas que remetem à questão de género e à desigualdade reprodutiva no contexto de Laulane. Os discursos recolhidos mostram que a responsabilidade pela gestão do risco reprodutivo recai quase exclusivamente sobre as raparigas, reforçando aquilo que alguns autores descrevem como um sistema simbólico de género que naturaliza o corpo feminino como “lugar de vigilância” (Geertz 1973; Mariano 2017).

Em termos práticos, a contracepção aparece como uma obrigação feminina, enquanto os rapazes ocupam uma posição periférica perante as implicações sociais e morais da reprodução. Uma das entrevistadas resume esta dinâmica nos seguintes termos:

*“Se eu engravidar, sou eu que vou carregar a barriga, sou eu que vou parar de estudar, então tenho que pensar nisso antes. Eles só dizem que não gostam de preservativo, mas não pensam no depois”* (Tucha, 18 anos).

Esta narrativa apresenta o modo como o risco reprodutivo é incorporado no corpo feminino, tornando-se parte das expectativas familiares e comunitárias que definem quem deve cuidar e quem pode simplesmente participar. Pode afirmar-se que a responsabilização unilateral não é apenas prática, é profundamente simbólica. Conforme argumenta Bourdieu (2001), as desigualdades são reproduzidas no quotidiano através de gestos e percepções que parecem naturais, mas que reforçam hierarquias de género.

Outra entrevistada confirma esta lógica ao afirmar que:

*“Eu sempre fui eu a falar de métodos, porque sei que se acontecer alguma coisa, é a mim que vão culpar. A família dele vai só dizer que ele é jovem, mas eu é que fico mal vista”* (Mara, 17 anos).

A narrativa de Mara mostra que a desigualdade reprodutiva também se manifesta na distribuição assimétrica das consequências simbólicas de uma gravidez, onde a rapariga é julgada moralmente, enquanto o rapaz é frequentemente absolvido pela família e pela comunidade.

Entre os adolescentes do sexo masculino, observa-se uma tendência recorrente de desresponsabilização, como demonstra a fala de Luís:

*“Eu nunca pensei muito nisso, para mim preservativo é mais para doença. Gravidez é outra coisa, é ela que tem que ver se quer tomar pílula ou ir ao hospital, quando ela deixa de se prevenir complica tudo, eu como homem posso não ter preservativos sempre”*  
(Luís, 19 anos).

A narrativa acima mostra um padrão que também já surgia em conversas informais durante a observação participante, onde os rapazes frequentemente afirmavam que *“isso é assunto de meninas”*. Conforme Mariano (2017) descreve ao analisar moralidades e práticas de saúde no sul de Moçambique, os corpos são permanentemente interpretados através de sistemas simbólicos localizados, que atribuem às mulheres a carga moral da sexualidade e da reprodução. Ainda nesta linha de raciocínio, a separação entre sexualidade masculina e responsabilidade reprodutiva reflecte, à luz do que argumenta Geertz (1973), um sistema simbólico que naturaliza o corpo feminino como espaço de controlo e vigilância, tornando a gestão da fertilidade um domínio culturalmente atribuído às mulheres.

A postura masculina pode ser ainda observada na narrativa de outro entrevistado:

*“Eu acho que métodos são mais para elas, porque são elas que engravidam. Nós só ajudamos, mas quem precisa de ter mais cuidado são elas, porque o corpo delas é que muda, nós continuamos a ser os mesmos”* (Joel, 18 anos).

A narrativa de Joel expressa uma concepção relacional da reprodução onde o corpo feminino é visto como o local das transformações e consequências, reforçando um distanciamento masculino sustentado por uma compreensão desigual dos impactos da gravidez e da responsabilidade sexual.

Em linhas gerais, as narrativas revelam que a desigualdade reprodutiva decorre de um regime moral que associa a contraceção à feminilidade e a desvincula da masculinidade. Tal como sublinha Mariano (2017), os sistemas locais de significação influenciam práticas de saúde e definem os limites do corpo legítimo, criando hierarquias que não são apenas sociais, mas também simbólicas.

As narrativas articulam-se com o que Bourdieu (2001) descreve como dominação simbólica, sendo práticas quotidianas que parecem naturais, mas acabam por reproduzir e legitimar relações desiguais, conferindo aos rapazes maior liberdade sexual e deslocando os custos emocionais, sociais e mesmo biológicos da reprodução para as adolescentes. Neste sentido, a desigualdade reprodutiva inscreve-se profundamente nos corpos das jovens, que carregam o risco de gravidez, mas também o peso moral da sexualidade feminina.

Assim, a desigualdade reprodutiva é vivida de forma quotidiana pelas adolescentes, que procuram métodos, e enfrentam julgamentos, receios e a falta de co-responsabilização masculina. Este processo, socialmente situado, marca profundamente as trajectórias das adolescentes e reforça estruturas de género que moldam o curso da vida.

#### **4.4. As redes familiares como mediadoras morais das decisões contraceptivas das adolescentes**

As redes de parentesco desempenham um papel central na forma como as adolescentes de Lulane compreendem e decidem sobre métodos contraceptivos. Tal como indica Kleinman (1988), o sistema popular, formado por família, parentes e redes de afecto, constitui o primeiro nível de interpretação do corpo e da saúde. No bairro, antes de procurar a enfermeira, muitas jovens consultam a mãe, a avó ou a tia, reproduzindo um circuito de autoridade moral associado ao cuidado e à transmissão de valores.

Tucha explicou nos seguintes termos:

*“Eu queria usar o implante, mas em casa disseram logo que quem usa fica estéril, perde a capacidade de conceber filhos. A minha mãe disse que só quem já tem filhos pode usar isso. Até fiquei com vergonha de insistir”* (Tucha, 18 anos).

Esta narrativa demonstra como as ideias transmitidas nas redes familiares moldam o que é considerado aceitável ou arriscado em termos de contracepção, actuando através do medo, da vergonha e da autoridade moral das figuras parentais. Esse controlo familiar sobre o corpo das raparigas dialoga com as análises de Mariano (2017), que mostra como, em Moçambique, a família intervém activamente na gestão do corpo feminino, especialmente em questões

associadas à sexualidade e à fertilidade. O corpo, nesse contexto, é simultaneamente individual e colectivo, e sua regulação faz parte de um sistema moral mais amplo.

A família actua como transmissora de informação, mas também como espaço de regulação moral. Jéssica, a título de exemplo, afirmou que:

*“A minha tia disse que eu ainda sou nova para estar a meter coisas no corpo, não há necessidade de fazer essas coisas, não tão jovem. Ela disse que essas coisas podem estragar a minha fertilidade e que eu devo esperar até ser mais velha”* (Jéssica, 17 anos).

Neste caso, o corpo da adolescente é avaliado não apenas como corpo presente, mas como corpo futuro, corpo reprodutivo que carrega projectos familiares e expectativas sociais. As percepções fortalecem a ideia de que os métodos contraceptivos são avaliados menos pelo seu funcionamento biomédico e mais pelas implicações percebidas na fertilidade futura, funcionando como património simbólico da família.

A família actua como transmissora de informação e como guardiã moral. Em muitos casos, ela funciona como mecanismo de vigilância sobre o corpo e a sexualidade das adolescentes, regulando comportamentos e estabelecendo limites sobre o que é considerado adequado.

Zelfa descreve essa pressão:

*“Eu coloquei o implante porque a enfermeira explicou bem, mas quando em casa souberam, mandaram tirar. Disseram que ia secar a minha fertilidade e que depois nenhum homem ia querer casar”* (Zelfa, 18 anos).

A centralidade da fertilidade e a ansiedade colectiva sobre sua preservação articulam-se com aquilo que Mariano (2017) descreve como uma economia moral do corpo, onde as decisões individuais são avaliadas à luz de expectativas familiares e comunitárias.

Para complementar estas análises, acrescentamos duas entrevistas adicionais:

*“A minha avó disse que método é para mulheres que já tiveram filhos. Para mim, que ainda sou nova, disse que posso estragar o corpo e depois ninguém me respeita, não podia fazer coisas que minha avó diz pra não fazer”* (Samira, 16 anos).

*“Quando falei do DIU, a minha mãe disse que essas coisas ficam dentro do útero e podem queimar e causar infecções e até podia morrer. Então fiquei com medo, porque ela já viu muita coisa e eu respeito”* (Odete, 17 anos).

As narrativas reforçam que as redes de parentesco funcionam como espaços onde se produzem orientações, medos e protecções, moldando de forma decisiva o acesso das jovens às tecnologias reprodutivas. Como mostram Honwana (2002) e Mariano (2017), a família moçambicana é também um espaço cosmológico, onde a regulação do corpo se liga a preocupações com futuro, honra, fertilidade e ligação aos antepassados. No contexto do bairro de Laulane, os dados indicam que o corpo das adolescentes é pensado como um corpo em preparação, cujo valor não se esgota no presente, mas se projecta no futuro reprodutivo e social da família. A contracepção, no sentido apresentado, surge como uma prática ambígua, onde é necessária para evitar uma gravidez precoce, mas simultaneamente é temida por poder comprometer a fertilidade futura e, com ela, o reconhecimento social da jovem.

A lógica apresentada aparece de forma clara nos discursos das entrevistadas, que associam o uso de métodos contraceptivos a riscos que ultrapassam o plano biológico. Uma adolescente afirmou:

*“Na minha casa dizem que uma menina não pode mexer muito no corpo antes de ter filhos, porque os antepassados ficam zangados, há regras que devem ser feitas, é preciso consultar os antepassados para qualquer coisa que envolva o corpo, senão depois a pessoa sofre, não encontra marido, e nunca ficará no lar”* (Samira, 16 anos).

Este posicionamento revela como a contracepção é interpretada dentro de uma cosmologia que articula corpo, ancestralidade e destino, em que interferir no corpo antes do tempo socialmente esperado pode ser visto como um desvio da ordem moral. O corpo feminino não é entendido como propriedade individual, mas como corpo ligado à história da família e à sua continuidade.

A preocupação com a honra familiar e com o futuro matrimonial das adolescentes reforça esta regulação. Como explicou outra entrevistada:

*“Se uma menina usar esses métodos e depois não conseguir ter filhos, dizem logo que é problema da família, que não souberam educar. Uma mulher sem filhos não tem respeito, fica sempre mal vista”* (Mara, 17 anos).

Neste contexto, a fertilidade funciona como marcador central de valor social, e o controlo do corpo feminino torna-se uma forma de proteger a reputação da família no presente e no futuro, confirmando a análise de Mariano (2017) sobre a centralidade do corpo feminino na produção de moralidade social.

Importa frisar ainda que, no contexto do bairro de Laulane, a família emerge, como espaço onde se articulam medo, protecção e vigilância, constituindo-se como um dos principais mediadores entre as adolescentes e as tecnologias reprodutivas. Como sublinha Bourdieu (2001), a autoridade simbólica do grupo familiar molda disposições e percepções, produzindo habitus que orientam decisões reprodutivas. Em linhas gerais, compreender o papel da família permite reconhecer que as decisões contraceptivas são médicas, individuais, e resultados de negociações profundas entre saberes locais, moralidades familiares e expectativas de género.

#### **4.5. Entre eficácia biomédica e interpretações culturais: como as adolescentes avaliam os métodos contraceptivos**

A literatura sobre saúde reprodutiva e contraceção mostra que os métodos contraceptivos devem ser compreendidos pela sua eficácia biomédica, mas também pelos modos como são interpretados, apropriados e negociados nos contextos sociais em que circulam. No contexto de Moçambique, e particularmente em bairros urbanos periféricos, as percepções sobre o corpo, a fertilidade e a sexualidade moldam de forma significativa a aceitabilidade e o uso desses métodos (Mariano 2017; Bagnol & Mariano 2008). Os dados recolhidos no bairro de Laulane confirmam esta perspectiva, mostrando que as adolescentes avaliam os métodos a partir de uma articulação entre informação biomédica, experiências pessoais e os discursos que circulam no seio das redes familiares.

O implante subcutâneo, por exemplo, é amplamente reconhecido na literatura biomédica como um dos métodos mais eficazes, com duração prolongada e pouca necessidade de manutenção. Contudo, apesar dessas vantagens, diversos estudos apontam que alterações menstruais, como irregularidade ou ausência de menstruação, geram inquietações profundas entre as adolescentes, pois perturbam a noção de corpo normal que circula em muitas comunidades (Becker 1995). Esta

inquietação surge de forma clara nas narrativas das entrevistadas, como mostra a seguinte narrativa:

*“Quando coloquei o implante, fiquei tranquila no início porque sabia que não ia engravidar. Mas depois comecei a notar que o sangue já não vinha como antes. Fui contar à minha mãe e ela disse logo que isso não era bom, que o sangue estava a ficar preso dentro do corpo. Ela começou a dizer que muitas raparigas depois não conseguem engravidar por causa disso, e eu fiquei com medo de estar a estragar o meu futuro”* (Odete, 17 anos).

A ideia de que o sangue menstrual precisa sair regularmente, muito presente em cosmologias locais, faz com que a amenorreia seja interpretada como sinal de que o corpo está bloqueado ou acumulado, contribuindo para o receio de infertilidade futura. Ademais, o facto de o implante ser um objecto colocado sob a pele alimenta medos de que possa andar no corpo ou deslocar-se internamente, percepção relativamente comum em contextos africanos onde a circulação interna de substâncias e objectos é interpretada dentro de lógicas específicas de corporalidade (Hardon & Hodgkin 2004).

A injeção contraceptiva, muito utilizada entre adolescentes, é valorizada por ser discreta, gratuita e de administração periódica, permitindo algum controlo da fertilidade sem necessidade de lembrar diariamente. Porém, tal como no caso do implante, as alterações menstruais causadas pelo método são frequentemente interpretadas como interferências negativas no corpo, reforçando receios sobre o futuro reprodutivo. Uma entrevistada descreveu a sua experiência da seguinte forma:

*“Eu gostei da injeção porque era fácil, só ia ao hospital e depois ficava descansada. Mas quando o sangue começou a falhar, senti medo. A minha tia dizia que quando o sangue não sai, a pessoa fica fraca por dentro e pode adoecer. Ela falava que depois, quando quiser ter filhos, o corpo já não responde bem, e isso me deixou muito preocupada”* (Adélia, 17 anos).

A literatura descreve ainda que a amenorreia resultante da injeção pode ser entendida como retenção de sangue, associada a fraqueza, doença ou risco de infertilidade (Hardon & Hodgkin 2004). Além disso, embora seja um método acessível, depende da presença regular nos serviços

de saúde, o que pode constituir um entrave em contextos com longas filas, horários reduzidos ou dificuldades de deslocação. Apesar disso, continua entre os métodos preferidos porque combina eficácia e discrição, características fundamentais em contextos onde a contraceção jovem é moralmente vigiada.

A pílula anticoncepcional representa um dos métodos mais clássicos e amplamente difundidos. Entre as vantagens destacam-se o retorno rápido à fertilidade e a possibilidade de regular o ciclo menstrual, o que pode ser valorizado por questões estéticas e de previsibilidade. Contudo, a exigência de toma diária representa uma dificuldade importante entre adolescentes, cujas rotinas são marcadas por irregularidade, necessidade de esconder o uso da família ou parceiros e risco constante de esquecimento. Como contou uma das entrevistadas:

*“A pílula parecia melhor porque diziam que se parasse dava logo para engravidar outra vez. Mas eu esquecia muito, às vezes porque estava na escola, outras vezes porque estava em casa e tinha medo que alguém visse. Quando esquecia, ficava nervosa, com medo de engravidar, e isso fazia eu pensar que talvez não fosse o método certo para mim”* (Carla, 18 anos).

A literatura mostra que essa exigência torna a pílula especialmente vulnerável à falha quando comparada com métodos de longa duração (WHO 2020). Além disso, a presença de hormonas reforça narrativas de que pílulas acumulam no corpo ou estragam o útero, crenças que dialogam com entendimentos locais sobre pureza corporal e equilíbrio interno.

O dispositivo intra-uterino (DIU), embora altamente eficaz, apresenta desafios particulares do ponto de vista da aceitabilidade cultural. O processo de inserção, considerado invasivo, envolve exposição corporal e toque clínico, elementos altamente sensíveis num contexto em que a sexualidade feminina é moralmente regulada. Uma adolescente expressou este receio da seguinte forma:

*“Eu pensei no DIU porque dura muito tempo e não precisava de ficar sempre a pensar nisso. Mas quando ouvi falar da forma como colocam, fiquei com medo. A minha mãe disse que dói muito e que mexe no útero, que depois a pessoa pode ficar com problemas por dentro. Fiquei com medo de fazer algo que depois não teria como voltar atrás”* (Mariela, 17 anos).

A literatura no campo antropológico mostra que a presença de um objecto dentro do útero desperta receios de deslocamento, perfuração ou interferência em práticas íntimas, receios que não são somente mitos, mas podem ser interpretações coerentes dentro de sistemas simbólicos locais sobre circulação interna e integridade corporal (Foucault 1976). Além disso, o DIU de cobre tende a aumentar o fluxo menstrual, o que pode ser problemático num contexto em que o sangue é carregado de significados morais, religiosos e sociais.

Em linhas gerais, os prós e contras dos métodos contraceptivos derivam da forma como esses efeitos são interpretados e situados dentro de sistemas culturais específicos. Como argumenta Kleinman (1988), o corpo biológico nunca é apenas biológico, ele é sempre social, moral e simbolicamente produzido. No contexto do bairro de Laulane, a contracepção é percebida através de lentes que articulam saúde, moralidade, fertilidade e género, o que significa que a eficácia técnica de um método só se torna plenamente compreensível quando analisada em diálogo com concepções locais do corpo e com as relações sociais que moldam as decisões reprodutivas.

#### **4.6. Quando a prevenção desafia o amor: contracepção e prova de compromisso nas relações juvenis**

Este subcapítulo analisa a contracepção no interior das relações amorosas adolescentes, enquanto dispositivo simbólico que interfere directamente na construção do amor, da confiança e do compromisso. Os dados empíricos indicam que, em Laulane, o uso, ou a recusa de métodos contraceptivos é frequentemente interpretado não como decisão técnica de prevenção, mas como sinal moral da qualidade da relação.

Uma entrevistada descreveu como a proposta de uso de método foi lida pelo parceiro como uma ruptura simbólica do vínculo afectivo:

*“Quando eu falei que queria usar método, ele ficou calado primeiro. Depois disse que eu estava a pensar como pessoa que não confia. Ele dizia: ‘se somos namorados, porque estás com medo?’ Para ele, método era coisa de quem anda a brincar. Eu fiquei confusa, porque para mim era cuidado, mas para ele parecia que eu estava a estragar o namoro”*  
(Lídia, 17 anos).

Esta narrativa mostra de forma clara o argumento de Manuel (2010) sobre a noção de “sexo verdadeiro” nas relações de namoro em Maputo, em que o sexo sem protecção surge como prova de amor, confiança e pertença. Embora o foco do presente estudo seja a contracepção de forma mais ampla, e não apenas o preservativo, observa-se a mesma lógica simbólica, que introduzir um método pode ser interpretado como quebra do pacto afectivo, colocando em causa a autenticidade da relação.

Outra jovem aprofundou essa tensão ao relatar o conflito entre prevenção e reconhecimento afectivo:

*“No começo eu até queria usar injeção, mas depois pensei que talvez ele fosse achar que eu não estava a levar o namoro a sério. Aqui quando um rapaz assume uma rapariga, espera-se que ela confie. Então às vezes a gente aceita não usar nada, não porque não sabe do risco, mas para mostrar que o amor é verdadeiro”* (Celina, 18 anos).

Neste sentido, a contracepção entra em conflito com a moral do namoro, pois desafia a expectativa de fusão corporal e emocional que sustenta o vínculo amoroso juvenil. Conforme demonstra Manuel (2010), o amor constrói-se através de uma troca simbólica de confiança, na qual o corpo feminino funciona como prova de compromisso e entrega. Assim, evitar a gravidez pode, paradoxalmente, ameaçar a própria estabilidade da relação.

Uma terceira entrevistada acrescentou uma dimensão ainda mais explícita de sacrifício afectivo:

*“Eu pensava muito sozinha. Sabia que podia engravidar, mas também pensava: se eu insistir muito no método, ele vai achar que eu não o amo. Então fiquei quieta. Para mim, naquele momento, perder o namoro parecia pior do que engravidar”* (Marina, 16 anos).

O relato de Marina revela que a decisão de não usar contracepção não resulta da ausência de conhecimento, mas de uma hierarquização moral dos riscos, em que a perda da relação afectiva é percebida como ameaça mais imediata e dolorosa do que a gravidez. Esta lógica confirma o argumento de Vance (1995), segundo o qual as decisões sexuais são tomadas num campo de tensão entre prazer, perigo e poder, e não apenas com base em cálculos racionais de risco.

Outro testemunho reforça a ideia de que o método pode ser percebido como sinal de distanciamento emocional:

*“Quando uma rapariga fala muito de método, os rapazes dizem logo que ela está a pensar demais, que não está a viver o amor. Parece que o amor tem que ser sem medo. Se tem muito cuidado, já não é amor verdadeiro”* (Sónia, 18 anos).

Esta percepção evidencia a existência de uma economia moral do amor, na qual o cuidado e a prevenção são associados à frieza, enquanto a exposição ao risco é romantizada como prova de entrega total. Neste quadro, a contracepção ameaça a narrativa do amor espontâneo, colocando as raparigas numa posição de constante negociação entre protecção corporal e validação afectiva.

Do ponto de vista analítico, estas práticas podem ser compreendidas à luz de Bourdieu (2001), quando o autor descreve o *habitus* como um sistema de disposições incorporadas que orienta percepções e acções sem necessidade de cálculo consciente. As adolescentes internalizam expectativas sociais que naturalizam o sacrifício feminino em nome da estabilidade da relação, levando-as a aceitar riscos reprodutivos como parte “normal” do amor.

Assim, a recusa ou o adiamento do uso de métodos contraceptivos não deve ser interpretado como ignorância ou irresponsabilidade, mas como adesão a um modelo relacional específico, no qual o corpo feminino é mobilizado como garantia simbólica do compromisso amoroso. A contracepção, longe de ser apenas uma questão de saúde reprodutiva, emerge como elemento central na definição do que significa amar, confiar e ser reconhecida enquanto parceira legítima no contexto juvenil de Laulane.

#### **4.7. O conhecimento contraceptivo construído nas redes de confiança e nos circuitos informais entre adolescentes**

Este subcapítulo analisa como o conhecimento e as decisões sobre contracepção são construídos fora dos espaços institucionais formais, através de circuitos informais de confiança, segredo e partilha de experiências. Diferentemente do papel da família, da escola ou dos serviços de saúde, o foco recai sobre a circulação subterrânea do saber contraceptivo entre adolescentes de Laulane, evidenciando formas alternativas de aprendizagem e legitimação do conhecimento.

Uma entrevistada descreveu como aprendeu sobre métodos contraceptivos principalmente a partir dos relatos de outras jovens:

*“Ninguém senta connosco para explicar essas coisas direito. Então a gente aprende ouvindo. Uma diz que usou injeção e ficou bem, outra diz que ficou mal. A gente vai juntando essas histórias. Não é só ouvir a enfermeira, é ouvir quem já passou por isso no corpo”* (Nádia, 17 anos).

Este tipo de aprendizagem confirma o argumento de Kleinman (1988) sobre a centralidade do sistema popular de cuidados, no qual a experiência vivida tem maior peso do que o saber técnico-científico. O corpo da outra transforma-se em referência empírica, funcionando como espaço de validação do conhecimento e critério de credibilidade.

Outra jovem reforçou a importância da confiança selectiva na circulação da informação:

*“Eu não falo disso com qualquer pessoa. Só com amigas que eu sei que não vão contar. Elas sabem quando fui colocar método, quando fiquei com medo, quando pensei em tirar. É uma coisa nossa, porque se sair para fora, já começam a falar mal”* (Rosa, 16 anos).

Neste contexto, o segredo não representa ausência de moralidade, mas uma estratégia activa de gestão da reputação e da identidade social. Tal como demonstra Foucault (1978), o silêncio é parte integrante dos regimes de poder e saber, permitindo que determinadas práticas existam sem confronto directo com normas dominantes que regulam a sexualidade juvenil.

Uma terceira entrevistada destacou como essas redes funcionam como espaço de aconselhamento contínuo:

*“Quando uma de nós tem dúvida, pergunta no grupo. A gente fala das coisas boas e das más. Às vezes uma diz: ‘aguenta mais um pouco’, outra diz: ‘vai tirar, isso não é normal’. Assim vamos decidindo juntas”* (Jéssica, 18 anos).

Este testemunho revela que a produção do saber contraceptivo é colectiva e processual, baseada em trocas constantes, e não em decisões isoladas. A racionalidade construída é prática, situada e relacional, orientada pela experiência acumulada do grupo.

Entre os rapazes, a circulação do saber assume contornos distintos, como explicou um entrevistado:

*“Nós falamos mais quando dá problema. Se alguém engravidou uma rapariga, isso vira conversa. Mas não falamos muito de método, isso é coisa delas. Para nós é mais para saber o que pode acontecer depois”* (Edson, 19 anos).

Esta diferenciação reforça o argumento já apresentado por Manuel (2010), segundo o qual os universos masculino e feminino produzem saberes sexuais diferenciados. Enquanto as raparigas constroem narrativas preventivas e corporais, os rapazes operam numa lógica de consequência e advertência posterior, mantendo-se relativamente distantes da gestão quotidiana da contraceção.

Um outro entrevistado acrescentou:

*“Se uma menina usa método e fica mal, isso corre rápido. Mas se corre, corre entre elas. Nós só ficamos a saber quando já deu confusão grande, e também essas meninas tem maning histórias, é o que dizem aqui”* (Tomás, 18 anos).

Esta narrativa mostra a existência de circuitos informacionais segregados por género, nos quais o conhecimento circula de forma desigual e fragmentada, reforçando a responsabilização feminina pela contraceção.

Do ponto de vista analítico, estas redes informais podem ser compreendidas como espaços de produção de uma racionalidade prática (Bourdieu 2001), onde a contraceção é avaliada menos pela sua eficácia estatística e mais pela sua compatibilidade com a vida social, com o amor e com a reputação. Como sublinha Vance (1995), os indivíduos não tomam decisões sexuais exclusivamente com base no risco biomédico, mas negociando continuamente desejo, medo, pertencimento e reconhecimento social.

Em síntese, pode ser dito que o segredo, a confiança e a partilha entre pares constituem pilares centrais da experiência contraceptiva em Laulane. Estas práticas revelam que a contraceção juvenil é construída em zonas de sombra social, onde o saber circula protegido pela confiança e pelo silêncio, permitindo às adolescentes agir num contexto marcado por vigilância moral, controlo simbólico e expectativas contraditórias.

## **5. Considerações finais**

O presente estudo teve como objectivo compreender de que forma as práticas culturais e sociais relacionadas ao papel da mulher e às expectativas familiares influenciam as decisões dos adolescentes do bairro de Laulane relativamente ao uso de métodos contraceptivos. A partir de uma abordagem qualitativa, ancorada na observação directa, foi possível demonstrar que a contracepção juvenil emerge como uma prática profundamente situada, atravessada por moralidades, afectos, relações de poder e sistemas culturais de significado.

Os resultados mostram que as decisões contraceptivas das adolescentes são produzidas num campo social complexo, no qual diferentes instâncias, família, comunidade, religião, pares e serviços de saúde, actuam simultaneamente como fontes de regulação, orientação e controlo. A família, em particular, ocupa uma posição central enquanto instância de autoridade moral e simbólica, moldando percepções sobre o corpo, a sexualidade e o futuro reprodutivo. Neste contexto, o corpo feminino é concebido como território socialmente investido de expectativas colectivas, onde a fertilidade representa uma capacidade biológica, mas também um valor social e moral.

As adolescentes encontram-se, assim, inseridas num sistema de expectativas opostas. Por um lado, são fortemente pressionadas a evitar a gravidez precoce, considerada uma ameaça ao percurso escolar, à reputação familiar e às possibilidades de mobilidade social. Por outro lado, o uso de métodos contraceptivos modernos é frequentemente associado à transgressão moral, à promiscuidade ou ao risco de infertilidade futura, gerando receios. Este paradoxo produz uma condição de vulnerabilidade moral, na qual a adolescente deve simultaneamente demonstrar responsabilidade reprodutiva e preservar uma imagem de pureza e conformidade social.

As narrativas mostram ainda que a responsabilidade pela prevenção da gravidez recai predominantemente sobre as raparigas, reflectindo uma distribuição profundamente desigual da responsabilidade reprodutiva. Os rapazes, embora participem das relações afectivas e sexuais, tendem a posicionar-se de forma periférica relativamente à gestão contraceptiva, associando o preservativo sobretudo à prevenção de doenças e não à prevenção da gravidez, o que mostra a persistência de estruturas de género que naturalizam a responsabilização feminina pelo controlo da reprodução.

Do ponto de vista teórico, o estudo alinha-se a abordagem de Kleinman (1988), ao demonstrar que as decisões relacionadas à contracepção resultam da articulação entre diferentes sistemas de cuidado, nomeadamente o sistema profissional, representado pelos serviços de saúde, e o sistema popular, constituído pela família, comunidade e redes sociais. As adolescentes interpretam os métodos contraceptivos com base na sua eficácia biomédica, mas também a partir de modelos explicativos culturalmente situados, que incorporam concepções locais sobre equilíbrio corporal, fertilidade e normalidade.

Simultaneamente, as contribuições de Foucault (1978; 1979), permitiram compreender que a contracepção juvenil está inserida num campo mais amplo de regulação social da sexualidade e da reprodução. O corpo feminino emerge como espaço privilegiado de exercício do *biopoder*, sendo alvo de vigilância, disciplina e normalização. A sexualidade adolescente é tolerada apenas na medida em que permanece invisível, revelando a existência de um regime moral que regula as práticas e a sua visibilidade social.

Os dados demonstram, que as dificuldades no uso consistente de métodos contraceptivos em Laulane resultam de um campo complexo, onde as adolescentes actuam de forma reflexiva e estratégica, procurando equilibrar a protecção da sua saúde reprodutiva com a preservação da sua reputação social e da sua pertença familiar.

Neste sentido, as decisões contraceptivas devem ser compreendidas como práticas socialmente racionais, orientadas por múltiplas lógicas que incluem o medo da infertilidade, o desejo de manter relações afectivas estáveis, a necessidade de proteger a honra familiar e a gestão das expectativas sociais sobre a feminilidade e a maternidade. A contracepção emerge como prática moral, social e simbólica.

Por fim, este estudo contribui para o campo da antropologia da saúde ao evidenciar que a contracepção juvenil constitui uma prática situada, produzida na intersecção entre corpo, cultura e poder. Compreender as experiências contraceptivas das adolescentes de Laulane implica reconhecer que as suas decisões não são actos isolados, mas respostas socialmente situadas a um conjunto de expectativas, constrangimentos e possibilidades que estruturam o seu mundo social. O corpo adolescente, neste contexto, emerge como espaço onde se negociam projectos de futuro, pertenças sociais e formas de existência moralmente reconhecidas.

## Referências bibliográficas

Amadiume, I. (1987). *Male Daughters, Female Husbands: Gender and Sex in an African Society*. London: Zed Books.

Arnfred, S. (2011). *Sexuality & Gender Politics in Mozambique: Rethinking Gender in Africa*. Woodbridge: Boydell & Brewer.

Bagnol, B.; Mariano, E. (2011). *Género, sexualidade e práticas vaginais*. Maputo: DAA-FLCS-UEM.

Becker, G. (1995). *The Elusive Embryo: How Men and Women Approach New Reproductive Technologies*. Berkeley: University of California Press.

Bourdieu, P. (2001). *Masculine Domination*. Stanford: Stanford University Press.

Caldwell, J. C.; Caldwell, P. (1987). The cultural context of high fertility in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 13(3), pp. 409–437.

Capurchande, R., et al. (2016). “It is challenging... oh, nobody likes it!”: A qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults’ experiences with contraception. *BMC Women's Health*, 16(1), pp. 1–17.

Carsten, J. (2004). *After Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press.

Conrad, P. (1990). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Cornwall, A.; Lindisfarne, N. (1994). *Dislocating Masculinity: Comparative Ethnographies*. London: Routledge.

Douglas, M. (1966). *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. London: Routledge.

Farmer, P. (1999). *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press.

Fassin, D. (2007). *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press.

Foucault, M. (1976). *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal.

- Frederico, M., et al. (2022). Adults' perceptions on adolescent attitudes towards pregnancy and abortion in Maputo and Quelimane cities, Mozambique: An exploratory qualitative study. *Social Sciences*, 12(29), pp. 1–17.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ª ed. São Paulo: Atlas.
- Ginsburg, F. (1989). *Contested Lives: The Abortion Debate in an American Community*. Berkeley: University of California Press.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hardon, A.; Hodgkin, C. (2004). *How to Investigate the Use of Medicines by Consumers*. Amsterdam: WHO / University of Amsterdam Press.
- Honwana, A. (2002). *Spirits and Healing in Mozambique*. London: Africa World Press.
- Honwana, A. (2014). Juventude, waithood e protestos sociais em África. *Desafios para Moçambique*, pp. 399–412.
- Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Prospect Heights: Waveland Press.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (1996). *Técnicas de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Atlas.
- Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.
- Lock, M.; Scheper-Hughes, N. (1996). A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent. In: Sargent, C.; Johnson, T.

(eds.). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Westport: Praeger, pp. 41–70.

Manuel, S. (2009). Presentes perigosos: dinâmicas de risco de infecção ao HIV/Aids em relacionamentos de namoro em Maputo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), pp. 371–386.

Mariano, E. (2017). Ser antropóloga entre o local e o global: percursos, contextos e problemáticas. *Revista de Antropologia*, 60(3), pp. 65–88.

Martin, E. (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.

Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). (2022). *Relatório Anual de Actividades*. Maputo: MISAU.

Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU). (2023). *Relatório sobre a Situação do HIV e SIDA em Moçambique*. Maputo: MISAU.

Nichter, M. (1996). *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*. Amsterdam: Gordon and Breach.

Nichter, M.; Hirsch, J. (2007). The anthropology of contraception: From reproduction to resistance. In: Morgan, L.; Roberts, E. (eds.). *Reproductive Technologies and the Politics of Reproduction*. Durham: Duke University Press.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). *Global HIV Programme Report*. Genebra: OMS.

Rapp, R. (1999). *Testing Women, Testing the Fetus*. New York: Routledge.

Rubin, G. (1973). O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo. In: Reiter, R. (ed.). *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press.

Treichler, P. A. (1999). *How to Have Theory in an Epidemic: Cultural Chronicles of AIDS*. Durham: Duke University Press.

Vance, C. (1995). A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis*, 5(1), pp. 7–31.

World Health Organization (WHO). (2020). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Geneva: WHO Press.



## **Apêndices**

## Apêndice 1: Perfil dos Entrevistados da Pesquisa

<i>Nome</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Nível escolar</i>	<i>Situação afectiva</i>	<i>Contacto com contracepção</i>	<i>Método referido</i>	<i>Interlocutor principal</i>
<i>Tucha</i>	18	F	Ensino Secundário	Namoro	Já utilizou	Pílula	Família
<i>Zelfa</i>	19	F	Ensino Secundário	Namoro	Utilizou e interrompeu	Implante	Família
<i>Carla</i>	18	F	Ensino Secundário	Namoro	Já utilizou	Pílula	Pares
<i>Adélia</i>	17	F	Ensino Secundário	Namoro	Já utilizou	Injecção	Família
<i>Nina</i>	16	F	Ensino Secundário	Namoro	Não utiliza actualmente	Preservativo	Parceiro
<i>Mariela</i>	17	F	Ensino Secundário	Namoro	Considerou uso	DIU	Família
<i>Luís</i>	19	M	Ensino Secundário	Namoro	Uso indirecto	Preservativo	Família
<i>Joel</i>	19	M	Ensino Secundário	Namoro	Uso indirecto	Preservativo	Igreja
<i>Mara</i>	17	F	Ensino Secundário	Namoro	Já utilizou	Preservativo	Família
<i>Jéssica</i>	17	F	Ensino Secundário	Namoro	Já utilizou	Preservativo	Família
<i>Samira</i>	16	F	Ensino Secundário	Namoro	Considerou uso	Pílula	Família
<i>Odete</i>	17	F	Ensino Secundário	Namoro	Já utilizou	Preservativo	Família
<i>Lídia</i>	17	F	Ensino Secundário	Namoro	Já utilizou	Preservativo	Família
<i>Celina</i>	18	F	Ensino Secundário	Namoro	Não utiliza actualmente	Pílula	Família
<i>Marina</i>	16	F	Ensino Secundário	Namoro	Não utiliza actualmente	Pílula	Família
<i>Sónia</i>	18	F	Ensino Secundário	Namoro	Considerou uso	Pílula	Família
<i>Nádia</i>	17	F	Ensino Secundário	Namoro	Já utilizou	Preservativo	Família
<i>Rosa</i>	16	F	Ensino Secundário	Namoro	Já utilizou	Pílula	Parceiro
<i>Edson</i>	19	M	Ensino Secundário	Namoro	Uso indirecto	Preservativo	Família
<i>Tomás</i>	18	M	Ensino Secundário	Namoro	Uso indirecto	Preservativo	Família

## **Apêndice 2: Termo de Consentimento Informado**

Este estudo faz parte de um trabalho académico no âmbito da Licenciatura em Antropologia e tem como objectivo compreender as experiências e percepções de adolescentes sobre o uso de métodos contraceptivos no bairro de Laulane, Cidade de Maputo.

A participação nesta pesquisa é voluntária. O/a participante pode recusar responder a qualquer pergunta, interromper a entrevista ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou consequência.

A entrevista consiste numa conversa informal, com duração aproximada de 20 a 60 minutos, e poderá ser gravada apenas com autorização prévia do/a participante. Não existem riscos directos associados à participação, para além de possível desconforto emocional ao abordar temas pessoais. Nestes casos, a entrevista será interrompida sempre que o/a participante o solicitar.

Todas as informações recolhidas serão tratadas de forma confidencial e anónima. Os nomes utilizados no trabalho são fictícios e nenhum dado que permita a identificação dos participantes será divulgado. Os dados serão utilizados exclusivamente para fins académicos.

No caso de participantes menores de 18 anos, a participação ocorreu com o consentimento do/a responsável legal, bem como com o assentimento livre do/a próprio/a adolescente, em conformidade com as normas éticas da investigação antropológica.

Ao aceitar participar, o/a participante declara que compreendeu os objectivos do estudo, as condições da sua participação e os seus direitos enquanto participante.

## **Apêndice 3: Guião de Entrevistas**

- Idade, situação escolar e com quem vive
- Como descreve o dia-a-dia no bairro de Laulane
- Existência ou não de relacionamento amoroso
- Forma como os jovens do bairro vivem os namoros
- Diferenças percebidas entre rapazes e raparigas nas relações afectivas

- Conhecimento sobre métodos contraceptivos
- Fontes de informação sobre contracepção (família, pares, escola, saúde, igreja)
- Experiência pessoal com uso de métodos contraceptivos
- Motivos para uso, interrupção ou não utilização de métodos
- Percepções sobre os efeitos dos métodos no corpo
- Medos, rumores ou histórias ouvidas sobre contracepção
- Papel da família nas decisões sobre contracepção
- Influência dos amigos/as nas escolhas contraceptivas
- Papel do parceiro na decisão de usar ou não métodos
- Responsabilidade pela prevenção da gravidez (rapaz, rapariga ou ambos)
- Experiência ou percepção sobre os serviços de saúde
- Barreiras sentidas no acesso aos métodos contraceptivos
- Significados atribuídos à gravidez na adolescência
- Sugestões para melhorar a situação dos jovens de Laulane em relação à contracepção