

**UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE**  
**FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA**  
**LICENCIATURA EM ANTROPOLOGIA**

**Relação entre a Preservação da Fertilidade e os Cuidados Maternos num Contexto  
do Grupo Doméstico das Mulheres Mães, um Estudo na Cidade de Quelimane**

**Autora: Natalina Angélica Famia Zacarias**

**Supervisora: Dra. Sónia Seuane**

**Maputo, Abril de 2013**

**Relação entre a Preservação da Fertilidade e os Cuidados Maternos num Contexto do Grupo Doméstico das Mulheres Mães, um Estudo na Cidade de Quelimane**

**Trabalho de Culminação de Estudo na modalidade de projecto de pesquisa submetido no Departamento de Arqueologia e Antropologia como requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais a Universidade Eduardo Mondlane**

**Autora**

.....  
**Natalina Angélica Famia Zacarias**

**O supervisor**

**O presidente**

**O oponente**

.....

.....

.....

**Maputo, Abril de 2013**

## Índice

Declaração de Honra.....	ii
Resumo.....	iii
Agradecimentos .....	v
Glossários .....	vii
<b>Capítulo I</b> .....	1
<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>Capítulo II</b> .....	6
<b>2. Revisão de Literatura</b> .....	6
2.1 Conceptualização .....	14
<b>Capítulo III</b> .....	16
<b>3. Questões Metodológicas</b> .....	16
3.1. Métodos e técnicas .....	18
3.2. Perfil dos informantes .....	19
3.3. Constrangimentos do trabalho etnográfico .....	21
<b>Capítulo IV</b> .....	21
<b>4. Cuidados maternos num contexto do grupo doméstico das mulheres mães</b> .....	21
4.1. Rituais de crescimento das crianças .....	24
4.2 Práticas de preservação de fertilidade das mães .....	29
<b>Capítulo V</b> .....	33
<b>5.Considerações Finais</b> .....	33
<b>6. Referências</b> .....	35

### **Declaração de Honra**

Declaro que este relatório de pesquisa é original. Que o mesmo é fruto da minha investigação estando indicadas ao longo do trabalho e nas referências as fontes de informação por mim utilizadas para a sua elaboração. Declaro ainda que o presente trabalho nunca foi apresentado anteriormente, na íntegra ou parcialmente, para a obtenção de qualquer grau académico.

.....

**Natalina Angélica Famia Zacarias**

**Maputo, Abril de 2013**

## **Resumo**

O presente estudo reflecte a relação entre a preservação da fertilidade e os cuidados maternos num contexto de grupo doméstico das mulheres mães, em estudo realizado na Cidade de Quelimane.

A discussão existente sobre os cuidados maternos defende que o homem/pai detém, com a sua presença, uma responsabilidade de participar de rituais de purificação e de tabus sexuais na preservação da fertilidade da sua mulher mãe dos seus filhos, com a finalidade de garantir o desenvolvimento saudável das crianças na primeira infância.

Mas, com as diferentes transformações e dinâmicas das famílias, muitas são as famílias compostas apenas por mulheres e os seus filhos. Pelo que este estudo versa analisar os cuidados maternos direccionados às crianças nascidas das uniões instáveis das mães e aos filhos cujos pais habitam em espaços separados. Neste contexto, os cuidados maternos são praticados por rituais de crescimento das crianças na primeira infância e as práticas para a preservação da fertilidade das mães. Estes rituais e práticas permitem as uniões sexuais seguras das mães com os seus parceiros sem com isso prejudique o crescimento dos filhos e a fertilidade do grupo das mulheres mães.

A interpretação dos dados obtidos revela que as práticas dos cuidados maternos consistem em noções de rituais de pureza/impureza que constituem higiene das mães e o respeito das regras dos tabus sexuais das mesmas após o parto e ao longo das suas maternidades. Assim, adoptou-se o método etno-histórico que, através dele, captou-se as narrativas históricas da vida familiar das mulheres mães e, em particular, das suas maternidades.

Portanto, as mulheres mães têm evitado a falta de crescimento dos filhos por rituais e práticas dos cuidados maternos, do contexto doméstico, direccionados às crianças nascidas das uniões instáveis e aos filhos cujos pais habitam em espaços separados, com o objectivo de assegurarem a fertilidade do grupo das mulheres mães e garantirem o crescimento dos filhos.

**Palavras-chave:** Práticas dos cuidados maternos, ritual de pureza/impureza e preservação de fertilidade.

*Em memória da minha irmã Cecília Angélica Fania Zacarias e o meu tio Vasco Chico  
que gostaria de me terem visto a crescer.*

## **Agradecimentos**

À todos os docentes do Departamento de Arqueologia e Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane pela transmissão de conhecimento das Ciências Sociais e conhecimento antropológico, em particular ao dr. José Pimentel Teixeira e Alexandre Mate que com eles dei os primeiros passos na tarefa de fazer Antropologia.

À minha supervisora Dra. Sónia Seuane pela paciência que teve de corrigir e criticar todas as versões deste trabalho. Aos docentes que supervisionaram este trabalho, refiro-me ao dr. Emídio Gune por toda contribuição que deu na elaboração deste trabalho, ao dr. Fernando Manjate e Euclides Gonçalves.

Ao meu colega do curso Nelson Mugabe pelas críticas construtivas que deu a este trabalho e, ao meu amigo e colega da turma de 2009 José Chigarisso por toda disponibilidade de ler e comentar as versões deste trabalho. Aos meus colegas da turma de 2009, Carla Alberto, Matilde Dimande, Catarina Mavila, Osvaldo Matlava, Octávio Saene, Efraime Nhabanga, Cremildo Mubate, Amilcar Magaço e Dilman Mutisse.

Aos meus pais João Lemos Zacarias e Angélica Famia, por todo amor e confiança que sempre depositaram em mim desde o início até ao fim deste trabalho.

Aos meus irmãos Esperança, Inácio, Luís, Célcio e Leopoldina, por toda força e apoio. À minha tia Zaida, e á minha prima Cristina pelo acolhimento na sua casa e pela força. À todos os meus queridos sobrinhos, Ângelo, Adelson, Lemos, Marcia, Cecília, Evin e Brige, e as minhas cunhadas Ana Maria e Ernésia.

Em especial ao meu bem Ronaldo Augusto dos Santos pelo amor e carinho que me deu nos momentos de recuo e avanço deste trabalho.

Aos meus amigos Agostinho, Valdimir, Hermenegildo, Nelson, Juleca e Inocência. Às minhas colegas da Residência, Eva, Rosa, Cândida e Laurinda e ao meu amigo Jacob que fez a revisão deste trabalho.

À todos os meus informantes. Às mulheres mães que disponibilizaram a informação usada para a etnográfica deste trabalho.

Muito obrigado!

## **Lista de Abreviaturas**

<b>ASKA</b>	Associação de Crédito e Poupança do grupo das mulheres mães
<b>HIV</b>	Vírus de Imunodeficiência Humana
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>INSS</b>	Instituto Nacional de Segurança Social
<b>FRELIMO</b>	Frente de Libertação de Moçambique
<b>MDN</b>	Movimento Democrático de Moçambique
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

## **Glossários**

- Musika Waziye*** expressão em língua chuabo para designar o nome histórico do mercado *Aquima* que se encontra em volta dos bairros Torrone-Novo, Chirragano, Janeiro, 25 de Setembro e Coalane. Também este nome é uma homenagem às mães que vivem com os seus filhos sem a presença de parceiros/pais nos seus espaços domésticos; e é o mercado central que as mães frequentavam constantemente para fazerem as compras de produtos alimentares.
- Muzade*** expressão em língua chuabo para se referir ao período que uma mãe acaba de dar à luz até a sua primeira relação sexual após ao parto.
- Mwana wa mudila*** expressão em língua chuabo para se referir aos filhos nascidos das uniões instáveis das mães e às crianças cujos pais vivem em espaços separados. Para estas crianças crescerem no meio dos parceiros das mães.
- Viriga*** expressão em língua chuabo para designar a falta de crescimento que afecta a primeira infância das crianças, causada por uniões sexuais dos pais com os outros parceiros. Os sintomas são: diarreias, cólicas intestinais, lombrigas; e as características são: o enfraquecimento do corpo, barriga grande e cabeça com cabelos em transformação de crespos para mais finos. Os sintomas e as características são idênticos à desnutrição precoce que leva à morte das crianças.
- Omaga mwana mwihini*** expressão em língua chuabo para designar o ritual que se realiza para prevenir a falta de crescimento das crianças que vivem com pais separados ou com pais que têm relacionamentos extra-conjugais.
- Nithidane*** expressão em língua chuabo para designar a cerimónia que simboliza a união de mãe biológica e da madrasta para a segurança da continuidade de crescimento dos filhos.

## Capítulo I

### 1. Introdução

*“Entre a técnica médica e, especializada e o homem instalado no seu mundo, há um imenso espaço de cuidado de saúde a aprofundar”*  
(Constantino Sakallarides *apud* Schwlbach 1998:12).

O presente estudo reflecte a relação entre a preservação da fertilidade e os cuidados maternos num contexto do grupo doméstico das mulheres mães.

As várias transformações que as famílias<sup>1</sup> sofrem, desde o século XIX, levaram com que os cuidados maternos mudem. Mas, a mudança que se evidencia provém da constatação de um número cada vez maior de famílias que tem como progenitor mulheres mães responsáveis pelos cuidados dos seus filhos. Como o resultado de altos índices de perda de marido, de divórcio, separação e de mulheres que têm filhos enquanto solteiras.

A nível nacional, a percentagem destas famílias tende a crescer como uma representação média menos de 30%, e assim, são denominadas por agregados familiares chefiados por mulheres (Duarte et al. 2008). Sendo isso um problema porque os agregados familiares chefiados por mulheres tende a crescer em todo o país. Na província da Zambézia, num conjunto de solteiros, viúvos, separados e divorciados centra-se em um universo de 208.556. Em que os homens correspondem a 43.022 e as mulheres a 165.534 (INE 2010).

Os resultados sobre os papéis de homem e mulher eram usados para definir que as famílias compostas por mulheres e filhos a responsabilidade é feminina, porque a presença da relação conjugal<sup>2</sup> é menos sólida e menos intensa.

---

<sup>1</sup> A palavra família tem hoje dois sentidos: Um que designa o grupo de parentes próximos e distantes, que podem estar dispersos no espaço mas estão unidos por um laço forte de comunidade. O segundo sentido designa a unidade fechada formada pelo pai e mãe (casal) e os seus filhos. Esta família submete uma relação sentimental intensa entre estes elementos (Santos e Lucas 1982). Neste trabalho, adopta-se a família como um grupo de parentes composto por mulheres mães e os seus filhos que vai além da co-residência e que juntos desempenham os cuidados maternos do contexto doméstico.

A verificação da inexistência da relação conjugal era considerada como a condição que determinava a ausência dos cuidados maternos que ponham em risco<sup>3</sup> a sobrevivência das crianças, das famílias chefiadas por mulheres devido à muita carga do trabalho, à fraca escolarização da mãe e às uniões instáveis das mesmas.

Os estudos sobre as mulheres que se tornam o centro das relações familiares, desde aos anos 60 e 70, estenderam-se até aos anos 90. Estes estudos retratavam o nível das estratégias de sobrevivência e de reprodução familiar consoante as normas que regem as relações de género. Estas estratégias limitavam-se às condições do trabalho e à capacitação escolar das mães para o controlo do desenvolvimento saudável das crianças (Bruschini 1989 e Senegal 1999 e Klein 2005 Moura e Araújo 2005).

Esta análise fez com que existisse uma invisibilidade sobre a maternidade destas famílias e as suas relações de reprodução familiar. As relações que constituem uma interacção entre diferentes membros da família, “vivos” e as dinâmicas identitárias da família que envolvem os “antepassados” (Bernárd da Costa 2007a, 2007b).

Assim, os estudos realizados sobre os cuidados maternos são discutidos em duas abordagens que se baseiam na orientação biomédica e perdem de vista as estratégias que as mulheres mães têm de assegurar o crescimento dos filhos e garantir a fertilidade delas, como o mais importante para elas.

A primeira abordagem é a psicológica. Esta defende que os cuidados maternos são condicionados pelo amor maternal, caridade, afectividade e a relação íntima de mãe e filhos. Sendo estas condições que capacitam as mães na vigilância do desenvolvimento

---

<sup>2</sup> A família conjugal é concebida como a união reconhecida e aprovada de um homem e uma mulher e os filhos. Nesta família, convém que exista a monogamia, a residência virilocal, um certo reconhecimento de filiação e de transmissão do nome do homem e autoridade masculina. Mas, nem todas as famílias são constituídas por uma união conjugal estável, o que une uma mãe e os seus filhos nada é natural e universal ao se analisar a família como uma instituição (Héritier 1989: 81-82). Por isso, deve-se contrariar os pressupostos de família conjugal estabelecidos por Lévi- Strauss (1982) como uma regra universal da fundação de família, por meio de troca estabelecida entre dois homens e uma mulher, um que dá e outro que recebe a mulher, com o fim de reproduzirem os filhos que pertencem ao grupo dos homens.

<sup>3</sup> Risco surge num contexto biomédico para denominar mortalidade nos anos 80. Mais tarde, este termo foi aprimorado pela psicologia para designar a exposição dos indivíduos a um distúrbio mental e cognitivo do desenvolvimento humano. No entanto, a protecção é descrita como recurso pessoal ou social que atenua ou neutraliza o impacto do risco. Mas, é difícil descrever como actuam os mecanismos de protecção. Por isso, surge a resiliência como factores protectores individuais e familiares para as crianças em situações de risco (Sapienza e Pedromónico 2005).

saudável das crianças (Carvalhes e Benício 2002, Marin 2005, Schermann 2006, Klein e Linhares 2006, Silveira et al. 2012).

Esta abordagem universaliza os cuidados maternos pelos cuidados psicossociais, como um bom ambiente familiar condicionado pela união conjugal e pela escolarização das mães; e deixa escapar que os cuidados maternos seguem regras e convenções próprias da maternidade.

Diferentemente da primeira, a segunda abordagem, a sociobiológica, defende que os cuidados maternos são as relações das mulheres com a maternidade, no sentido das mulheres mães preocuparem-se com o aleitamento materno e abstinência sexual. Porque o aleitamento materno e a abstinência sexual dos pais, para além de proteger a saúde dos filhos, servem de controlo de planeamento doméstico para a sobrevivência dos filhos já existentes ou nascidos (Trindade e Emuno 2001, Alexandre 2008, Mariano e Paulo 2008, Gonçalves 2008).

A discussão dessa abordagem deixa escapar as estratégias estabelecidas entre grupo das mulheres mães para cuidarem dos filhos, e limita à análise dos cuidados maternos direccionados às crianças nascidas das uniões instáveis das mães e aos filhos cujos pais habitam em espaços separados.

Pelo que, este estudo versa analisar os cuidados maternos direccionados às crianças nascidas das uniões instáveis das mães e aos filhos cujos pais habitam em espaços separados; e mostrar que os cuidados maternos são construídos pelas crenças vitalistas das mães, que é a fé na fertilidade delas. Estas crenças são orientadas por rituais de crescimento das crianças na primeira infância e práticas de preservação da fertilidade das mães.

Após o nascimento dos filhos, o grupo das mulheres mães segue as regras e convenções dos cuidados maternos, que são além da orientação biomédica do amor maternal, a abstinência sexual e o aleitamento materno. Estes considerados como complementos da maternidade que servem de protecção e sobrevivência dos filhos.

Na história do contexto do grupo das mulheres mães, os cuidados maternos estão sob uma orientação doméstica que negligencia a prática da abstinência sexual após o parto e permite a retomada segura às uniões sexuais das mães após o parto na qual questiona-se:

Como são orientadas as mães parturientes nos cuidados dos filhos com as práticas dos cuidados maternos do grupo das mulheres mães na Cidade de Quelimane?

O presente estudo analisa os cuidados maternos construídos para a preservação da fertilidade do grupo das mulheres mães e para o crescimento dos filhos nas famílias, seguidas por crenças e convenções domésticas. Assim, adopta-se a abordagem vitalista porque as crenças das mulheres mães para o crescimento dos filhos provêm do acto da fé na fertilidade delas<sup>4</sup>.

A abordagem vitalista adoptada defende a necessidade da mãe cuidar dos filhos no momento em que estes ainda dependem dela. Este momento é a fase do nascimento até aos 6 a 8 anos de vida. As mães recebem os cuidados de enfermagem, mas depois cuidam dos seus filhos com as práticas dos cuidados domésticos que estão associadas aos rituais de purificação, como o banho abençoado, as orações para protecção de cólicas intestinais dos filhos relacionadas ao cordão umbilical. As mães são orientadas por crenças místicas-religiosas do tabu das relações sexuais após o parto e do perigo que o cordão umbilical apresenta (Augusto de Sousa 1971, Tavares 1973, Martinez 1989, Silva e Silva 2009, Tomeleri e Marcon 2009).

Para reflexão da relação entre a preservação da fertilidade e os cuidados maternos direccionados às crianças na primeira infância, num contexto doméstico das mulheres mães, seleccionou-se as mulheres mães cujos pais das crianças habitam em espaços separados na Cidade de Quelimane. Orientou-se o estudo com o método etno-histórico que ajudou a analisar as histórias das famílias destas mulheres mães, as organizações que as mães participavam, o trabalho, subsistência e propriedades dessas famílias. Também este método ajudou a analisar as histórias das maternidades delas e os cuidados que tiveram com os seus filhos e a aprofundar as narrativas das mães sobre as crenças dos rituais de crescimento das crianças e a preservação da fertilidade das mães.

Assim, o presente estudo traz a interpretação das práticas de cuidados maternos que evitam e previnem as cólicas dos filhos relacionadas com o cordão umbilical e do tabu das uniões sexuais das mães após o parto. Esta interpretação baseou-se na noção do

---

<sup>4</sup> Usa-se essa abordagem com uma crença das mães que surge das grandes experiências de nascimento e da morte das crianças (Malinowski 1995).

ritual de purificação ou evitamento de impureza que previne a falta de crescimento dos filhos e preserva a fertilidade das mães. Estes rituais fazem com que as mães parturientes recorram aos cuidados maternos dos seus grupos domésticos das mulheres mães, com sentido delas retomarem as suas uniões sexuais seguras com os seus parceiros sem que isso prejudique o crescimento dos filhos e a fertilidade das mães.

Esta interpretação baseou-se na noção de rituais de pureza/impureza de Mary Douglas porque deu a compreender que os cuidados maternos são fruto de higiene das mães e o respeito das regras de convenções da maternidade (Douglas 1999). Pois, as mulheres mães têm evitado a falta de crescimento dos filhos por via de rituais e práticas dos cuidados maternos do contexto doméstico, direccionados às crianças nascidas das uniões instáveis e aos filhos cujos pais habitam em espaços separados, para garantirem o crescimento das crianças e assegurarem a fertilidade do grupo das mulheres mães.

O presente estudo apresenta cinco capítulos, depois de feita a introdução no primeiro capítulo. O segundo capítulo divide-se em duas secções: A primeira faz-se a revisão da literatura e a segunda é a conceptualização. A revisão de literatura discute três perspectivas: a psicológica, a sociobiológica e a vitalista, para a análise da temática dos cuidados maternos. Primeiro, discute-se os cuidados maternos da orientação biomédica, e por último, demonstra-se as crenças das mães pelos cuidados maternos do contexto doméstico. Na segunda secção, faz-se a conceptualização dos conceitos, de práticas dos cuidados maternos, ritual de pureza/impureza, fertilidade e a maternidade.

O terceiro capítulo descreve as questões metodológicas. Neste capítulo, ilustra-se como foi feita a revisão de literatura e a pesquisa etnográfica. Na primeira secção, indica-se os métodos e técnica que foram baseados na orientação etno-histórico. A segunda secção é apresentação do perfil dos informantes e a terceira secção, explica-se os constrangimentos do trabalho etnográfico.

O quarto capítulo apresenta, na primeira secção, os cuidados maternos num contexto do grupo doméstico das mulheres mães, quanto a sua constituição e composição, e os objectivos da união deste grupo. Na segunda secção, explica-se os rituais de crescimento das crianças em duas etapas, a primeira após o nascimento das crianças e a segunda, na convivência destas com os parceiros das mães. Na terceira secção, analisa-se as práticas de preservação de fertilidade das mães, que ocorrem em duas vertentes: na

primeira, com o enterro do cordão umbilical e na segunda, quando a criança perde a vida antes da queda do cordão umbilical, usando-se uma corda de pano que representa o cordão umbilical. O quinto capítulo, faz-se as considerações finais que abrem espaço para mais interpretação de cuidados da pueri-cultura, cuidados das crianças na primeira infância.

## **Capítulo II**

### **2. Revisão de Literatura**

A presente literatura discute as práticas educativas maternas centralizadas nos cuidados das mães e os filhos, e a orientação dos cuidados maternos em três perspectivas:

A primeira baseia-se nos argumentos psicológicos segundo os quais, os cuidados maternos nas famílias compostas por mãe e filhos trazem consequências de riscos cognitivos e físicos no desenvolvimento infantil das crianças. No entanto, nestas famílias as mães têm pouca interação, menos amor maternal devido a ausência do homem/pai da criança com quem tiveram os filhos. Consequentemente as mães são consideradas incapacitadas de cuidar dos seus filhos devido a muita carga do trabalho e a falta do controlo que dá a existência do ambiente familiar sem amor maternal. Assim sendo, essa perspectiva é demonstrada na discussão de vários autores como (Carvalhes e Benício 2002, Marin 2005, Scherman 2006, Klein e Linhares 2006, Silveira et al. 2012).

De referir que, o estudo de Marin demonstra que os cuidados maternos nas famílias nucleares e das famílias compostas por mãe e filhos, são influenciadas pelo comportamento interactivo entre mães e crianças e os membros do grupo da estrutura familiar. Portanto, nas famílias nucleares o pai participa e cria um bom relacionamento conjugal; visto que, este se envolve nos cuidados dos filhos, como fonte de ajuda à mãe após o nascimento dos filhos e ao longo do seu crescimento. A presença de pai serve de construção de competência materna em amamentar ou alimentar a criança (Marin 2005).

As construções dos cuidados maternos naturalizam a figura paterna como a fonte de ajuda nos cuidados maternos. Esta naturalização é demonstrada nas análises de

interacção de mãe e filhos para o desenvolvimento e crescimento das crianças<sup>5</sup>. Mas baseiam-se nos argumentos literários da psicologia aqui trazida por Schermann (2006), Klein e Linhares (2006). Nesta ordem de ideias, estes autores afirmam que as mães que vivem sem a presença do vínculo simbólico da relação do pai e filhos, criam a incompetência de nutrir os seus filhos devido ao abandono a separação do pai da criança, a baixa condição socioeconómica e os filhos serem resultante das relações instáveis.

Na mesma perspectiva, estudos de Carvalhes e Benício (2002), Silveira et al. (2012) indicam que as mães atribuem a desnutrição, a falta de cuidados maternos ou a incapacidade de cuidar o estado nutricional na infância. Contudo, sem nenhuma evidência da relação entre a capacidade dos cuidados maternos e a nutrição das crianças, mas porque advertiu-se às mães que os cuidados maternos fossem determinantes da desnutrição. Estes cuidados deviam propor a segurança alimentar, o ambiente saudável e o acesso aos serviços de saúde. Essas análises concluíram que os cuidados maternos dependem da habilidade e a capacidade materna, fruto da escolaridade, do estado de saúde mental, da autoconfiança e da autonomia das mães.

A perspectiva psicológica universaliza os cuidados maternos pelos aspectos psicossociais, que exemplifica como, o amor, afectividade e caridade. Esta perspectiva limita-se nas suas explicações ao defender que os cuidados maternos são condicionados pela escolarização da mãe, a união conjugal, o vestuário e a habitação. Entretanto escapa-lhe a análise dos cuidados maternos serem estabelecidos por regras e convenções próprias da maternidade.

A segunda perspectiva é a sociobiológica, que se baseia nos argumentos da maternidade, e defende que os cuidados maternos são construídos a partir da relação das mães com a maternidade. No sentido das mães preocuparem-se mais com o aleitamento materno e abstinência sexual, porque o aleitamento materno e abstinência sexual após o nascimento dos filhos além de proteger a saúde das crianças, serve de controlo de planeamento doméstico para a sobrevivência dos filhos já nascidos. Portanto, esta maternidade traz implicações aos pais ao gerarem filhos fracos e com risco de

---

<sup>5</sup> Neste estudo desenvolvimento e crescimento das crianças entende-se como o resultado da interacção genética-ambiental das crianças e os seus cuidadores (Schermann 2006).

desenvolvimento no crescimento (Javarki et al. 2004, Lamengo 2005, Mariano e Paulo 2008, Gonçalves 2008, Lamy et al. 2011).

As análises de Lamy et al. (2011) argumentam que a crise que inicia na família com a maternidade é devida ao nascimento de um bebê que envolve culpa, medo e negação dos pais. Isso levou aos profissionais de saúde a construírem para as mães os papéis de cuidados maternos, através do método de assistência humanizada. Este método visa à sensibilização da mãe para conhecer o seu filho e estes terem o acolhimento da família. Os cuidados da assistência humanizada as mães recebem orientações, frases para estimular e capacitar as mães nos cuidados dos filhos. Pois, estas orientações são para ajudar a família principalmente a mãe-avó que é lembrada na construção de maternidade. Para a mãe e avó terem a capacidade de cuidar dos seus filhos diminuindo o medo.

Este estudo limita-se em explicar que os cuidados maternos são papéis sociais das mães para a sua valorização na participação dos cuidados com os filhos e a adaptação dos filhos na vida familiar. Contudo, os cuidados maternos envolvem certas prevenções no que tange ao crescimento dos filhos, para além dos papéis sociais das mães.

Estudos de Lamengo et al. (2005) defendem que assistência dos profissionais na relação de mãe e filhos ampliaram a necessidade dos cuidados dos pais e da família. Contudo, estes tinham dificuldades como o medo, a insegurança e *stress* nas suas relações de pais e bebês. A sobrevivência dos filhos colocava vários desafios aos pais. No entanto, estes sentiam o medo e culpa de terem gerado um bebê frágil e de perderem o reconhecimento de oferecerem cuidados parentais. Devido ao método de cuidado humanizado que dá orientações as mães de acordo aos conhecimentos de desenvolvimento psíquico e fisiológico das crianças.

A análise deste estudo evidenciou os cuidados maternos orientando pelo método da assistência humanizada, que são a postura, melhor para amamentação da criança. Assim como, lembrar as mães sobre as vantagens nutricionais do leite materno, e recomendações de cuidados de higiene. Este estudo baseou-se em analisar como os profissionais de saúde constroem os cuidados maternos sem englobar as orientações dos cuidados das mães, que são quando amamentar, e como cuidar do cordão umbilical e regressar a união sexual.

As análises de Javarki et al. (2004) revelam que os discursos da abordagem sociobiológica, rememoram as teorias sobre alimentação infantil, e sobre as vantagens biológicas e nutricionais do leite materno. Porque estas defendiam que o aleitamento materno é o complemento da maternidade, dá protecção e preservação à criança. Esta abordagem é utilizada pelos profissionais dos centros da maternidade sem contemplar a insegurança, dúvidas colocadas por eles. Este estudo constatou que as mães desamamentam os seus filhos antes de um mês, e as reais causas para isso é dor dessa experiência desgastante e difícil. É com esta análise que concluem existir a necessidade de uma perspectiva da acção para além do corpo anatómico-fisiológico, mas sim as dinâmicas quotidianas dos cuidados das mães.

A análise do estudo acima limita em defender que as dificuldades de cuidados maternos assentam no aleitamento materno, sem considerar as outras relações de cuidado de mãe e bebé como o cordão umbilical e as uniões sexuais das mães. Os outros cuidados que são demonstrados no estudo de Mariano e Paulo (2008: 38) que apontam as matronas, as anciãs, as madrinhas e as parteiras tradicionais como detentoras do conhecimento sobre como cuidar as crianças na nascença para torná-las férteis.

Este estudo defende que o uso de leite materno como alimento nutritivo para o bebé, serve também para gotejar no pénis e dar a potência aos filhos. Porém, as crianças consideradas fracas. As mães estão sujeitas a serem mais prejudicadas ao se tornarem inférteis. Essa análise conclui que a interacção de mãe e filho é importante no período após o parto devido à troca de fluidos corpóreos ou aquecimento do corpo. Este estudo demonstra ainda que é a família que participa na decisão de se ter filhos. Algumas mulheres recriam a maneira de aumentar a possibilidade de engravidar, enfraquecendo os contraceptivos modernos como o preservativo e os tradicionais como as uniões estáveis. Verifica-se as relações extra-conjugais porque no contexto em estudo segundo Loforte a prerrogativa da reprodução é a fertilidade além da conjugalidade (Margarida e Paulo 2008).

Este estudo constatou que os cuidados maternos na primeira infância são rituais para as mães transmitirem a potencialidade e a fertilidade ou a sexualidade aos filhos. Isto é com o uso do leite materno, que é uma recomendação biomédica.

Este estudo perde de vista o facto de que as mães sentem-se mais seguras usando o mesmo leite para curar o umbigo do bebé, pois, a cura do umbigo diminui as cólicas, e permite a queda do cordão umbilical que é guardado no quintal da casa. Portanto, este é o primeiro cuidado que garante o crescimento dos filhos e a preservação da fertilidade das mães.

As análises de Gonçalves (2008: 23-34 *apud* Arnaldo) demonstram os cuidados maternos para a sobrevivência das crianças de 0 a 5 anos, frisando o facto de que as mães após o parto entram em abstinência sexual. Esta que varia de acordo a cada família. Mas verifica-se menor prática deste tabu pelas parturientes. Devido ao coito interrompido, criou-se o método para a queda do umbigo e a retomada às relações sexuais após o parto ou até a cura do umbigo. Assim, a crença do cuidado que envolve o tabu após o parto, associado às uniões sexuais, são seguidas como normas para as crianças nascidas distanciarem-se das consequências, como as doenças infantis, desnutrição, diarreias, cólicas intestinais ou a morte.

O estudo acima demonstra que o ritual realizado para o fim de abstinência sexual após o parto é o planeamento doméstico para o controlo de nascimento, que determina a sobrevivência das crianças de 0 a 5 anos. Esta análise perde de vista que a sobrevivência das crianças é feita por “rituais de crescimento”. Seguidos por orientações das mães na primeira relação sexual após o parto e as precedentes até os filhos desmamarem e deixarem de partilhar com as mães a mesma cama.

A perspectiva sóciobiológica descreve as práticas dos cuidados que as mães devem ter para com os filhos nos espaços domésticos da orientação biomédica. Os seus estudos limitam-se por falta da análise das práticas dos cuidados maternos das mães. Assim, pouco exploram as orientações e práticas dos cuidados maternos do grupo doméstico das mulheres mães.

A terceira perspectiva, a vitalista defende a existência da crença das mães pelos cuidados domésticos como um acto de fé fertilidade delas. Assim, os cuidados maternos são cuidados para o crescimento dos filhos na primeira infância. Em que as uniões sexuais das mães são orientadas desde o nascimento da criança à amamentação, até os filhos deixarem de partilhar com as mães a mesma cama. Esta fase corresponde

entre 0 anos até 6 a 8 anos (Augusto de Sousa 1971, Tavares 1973, Martinez 1989, Silva e Silva 2009, Tomeleri e Marcon 2009).

Estudos de Silva e Silva (2009) constataam que as mães no início da amamentação sofrem de medo com a fragilidade dos seus filhos, dificuldades de cuidar deles e o medo do seu provável óbito. No ambiente doméstico as mães superam as dificuldades colocadas por diversas tarefas de enfermagem como serem das suas responsabilidades.

Este estudo conclui que é no contexto doméstico que as mães cumprem os cuidados com os seus filhos com os demais membros da família. A análise limitou-se em compreender neste contexto apenas as experiências das mães sobre os cuidados da amamentação, sem evidenciar as diversidades de outros cuidados maternos.

Análise de Tomeleri e Marcon (2009) evidenciam que as mães nas suas residências e, nos primeiros meses de vida dos seus filhos, sentiram insegurança e o medo de cuidar dos seus filhos, com varias orientações dos cuidados dos profissionais da maternidade. As mães tomaram a decisão de cuidar dos seus filhos com ajuda da família sobre as práticas de cuidados maternos populares e domésticos. Muitas delas recorriam os conselhos dados pelas mães e sogras como as práticas domésticas de bênçãos e orações no momento das cólicas intestinas associadas a queda do cordão umbilical e as inesperadas. Este processo que representa perigo, e dá sorte quando cai o cordão umbilical e é guardado.

Este estudo mostrou as diversidades e a universidade de cuidados em tudo que envolve os cuidados maternos desenvolvidos no quotidiano. Porém, limita-se por falta de analisar um elemento importante que é a sorte que geralmente é obtida pela guarda do cordão umbilical, isto é, a preservação da fertilidade das mães. A protecção das crianças por bênçãos e orações que permitem a retomada segura para a vida sexual das mães sem com isso, prejudicar o crescimento das crianças.

Estudo de Martinez (1989) demonstra que o ritual de crescimento das crianças é o sinónimo de segurança perante à incerteza da vida. Isso corresponde ao elo de ligação visível entre o passado e o futuro cujos antepassados protectores fazem parte. O primeiro banho caseiro constitui o ritual de protecção, na medida em que se considera a criança como fraca, correndo qualquer risco de perigo. Este ritual termina ao se

esconder a placenta. Mas este autor defende que os rituais de crescimento das crianças são acompanhados pelos rituais que os pais devem seguir desde que a criança nasce até aos dias do ritual do fogo, que é o ritual para a caída do cordão umbilical. Todo este período o pai é interdito de ver a criança, as mulheres que assistiram o parto devem se abster sexualmente e as mulheres mães “solteiras” são proibidas de pegar na criança.

Esta análise defende que para estes rituais protegerem as crianças, devem ser acompanhados com a proibição do acto sexual dos pais da criança, durante todo o período de amamentação da criança. Aguardando pelo último ritual do desmame após a criança começar a caminhar, que é o rito de purificação que permite aos pais da criança manterem as relações sexuais.

Este estudo demonstra todos os rituais de crescimento das crianças nascidas num ambiente da família conjugal, por isso denomina o último ritual que concede a retomada da união sexual dos pais como rituais de purificação, para segregação da criança e a sua integração definitiva na vida. Só após estes rituais a mãe volta às actividades familiares. Estes rituais que visam segregar e integrar os filhos na vida e as mães nas actividades da família, primeiro afastam as mulheres mães solteiras da participação dos cuidados das crianças nas famílias e, por conseguinte, limitam a análise dos cuidados maternos direccionado as crianças nascidas das uniões instáveis das mães.

O estudo de Tavares (1973: 23-54) mostra que as famílias onde os filhos são gerados das uniões instáveis das mães, transgridem as regras da família conjugal. Mas estas mães são solicitadas a procriarem, e raramente é contestado, desde que se orientem com o tabu religioso. O tabu religioso após o parto que protege os filhos da maldição ou a morte. Este tabu envolve duas crenças dos cuidados maternos, a primeira é a queda do cordão umbilical, que é o elo de ligação mãe e filho, com o ritual do fogo para apreçar a sua caída. A demora da queda do cordão dificulta os cuidados precedentes. A segunda é a crença do tabu sexual, este que serve como o controlo para a sobrevivência dos filhos já existentes. As mulheres parturientes enterram as placentas no pátio da casa, isso porque as mães ao procriarem os filhos torna-se necessário que os filhos nasçam e cresçam, se repetidamente morrerem na infância, são estigmatizadas que é a maior inquietação dos pais.

Este estudo verificou que a preocupação constante dos homens e mulheres gerarem filhos é o resultado de exigência social. Esta preocupação leva os pais a combaterem pelos processos místico-religiosos a esterilidade, os abortos, os nados mortos e a mortalidade infantil pelo controlo da crença do tabu sexual após o parto.

A análise deste estudo tem limitações por falta de explicação no que diz respeito ao tabu sexual após o parto. As crenças religiosas da abstinência sexual após o parto deixaram de ser o controlo de sobrevivência dos filhos devido as orientações de prevenção dos tabus religiosos após o nascimento dos filhos.

Este estudo limitou a sua explicação porque os rituais após o nascimento dos filhos são realizados para o fim de abstinência sexual das mães, e como meios de preservação de fertilidade e de crescimento dos filhos. São estes rituais que orientam as mães para terem as relações sexuais seguras sem prejuízo da fertilidade delas e o crescimento das crianças.

A análise de Augusto de Sousa (1971) demonstra os processos de crescimento das crianças, desde o nascimento até os filhos deixarem de compartilhar com as mães a mesma cama. Este estudo explica que após o nascimento de uma criança; a placenta é defumada com carvão e após a sua caída enterra-se na casa onde se deu o parto ou na cozinha. Depois o bebé é levado ao banho de folhas de plantas medicinais. Após o parto a parturiente bebe uma mistura de folhas, e faz a lavagem vaginal. Durante este período perdura a interdição do marido entrar na casa onde se encontra a mulher. A acção da graça pelo nascimento o pai da criança abstêm-se sexualmente como um ritual à alma dos antepassados, que procura assegurar a permanência da fecundidade da mulher e para que o filho se desenvolva com a boa saúde.

Este estudo ilustra que a mãe também abstêm-se sexualmente por todo o período da amamentação que vai do segundo ao terceiro dia quando o leite estiver branco e prolonga-se até três anos de idade. Neste período de aleitação, a criança vive com a mãe e de noite dorme com ela perdurando os cuidados da primeira infância entre 6 a 8 anos.

A análise deste estudo tem limitações por evidenciar que a abstinência sexual dos pais após o parto assegura a permanência da fertilidade da mulher e o desenvolvimento saudável da criança. Isso porque, a história do contexto do grupo das mulheres mães os

cuidados maternos está sob uma orientação doméstica da união sexual das mães. Esta orientação negligencia a prática da abstinência sexual após o parto, e permite a retomada segura das uniões sexuais após o parto, sem com isso prejudicar o crescimento das crianças e a fertilidades das mães.

O presente estudo reflecte a relação entre a preservação de fertilidade e os cuidados maternos num contexto do grupo doméstico das mulheres mães. Por constatar que existem diferenças nos cuidados maternos do contexto doméstico direccionados as crianças nascidas das uniões instáveis das mães.

Os estudos feitos sobre a maternidade têm limitações em demonstrar os cuidados do grupo doméstico das mulheres mães, para o crescimento das crianças nascidos das uniões instáveis das mães e dos filhos cujos pais habitam em espaços separados. Estas que são rituais para o crescimento das crianças e práticas de preservação de fertilidade das mães. Neste estudo mostra-se a interpretação destes rituais e práticas com a noção de ritual de pureza ou evitamento de impureza de Mary Douglas. Por estes constituírem higiene das mães e o respeito das regras de convenções da maternidade.

## **2.1 Conceptualização**

Esta secção apresenta os conceitos que guiam o estudo, que são as práticas de cuidados maternos, o ritual de pureza/impureza, a fertilidade, e a maternidade.

O estudo usa o conceito de prática num sentido diferenciado do *habitus* proposto por Bourdieu<sup>6</sup>. A prática neste estudo é tida como uma acção a exercer que está no princípio de estruturação das experiências que ocorrem no seio de um grupo, que transcende as relações entre os actores. Por isso, a prática é uma intermediação entre o sujeito e a história, regulamentadas e reguladas sem regras de obediências dos campos da acção (Ortiz 1983).

A história dos entrevistados é estabelecida por crenças, mitos, para além de campos de acção, determinantes de classes estruturantes e estruturadas. Usa-se o conceito de

---

<sup>6</sup> Bourdieu definiu *habitus* de práticas com oposições de estilo de vida ou preferência de vida objectivamente classificáveis (Bourdieu 2006). Neste estudo considera-se as práticas que transcende os actores vivos, porque envolve a interacção com os antepassados.

práticas de cuidados maternos, como a necessidade primária que as mulheres mães têm de interagir com os seus filhos.

O cuidado é a essência da enfermagem mas pertence a crença do quotidiano de cada um. As práticas dos cuidados maternos iniciam da concepção, mas é posta em acção imediatamente após o nascimento quando a criança é totalmente dependente. A criança embora possua todas as possibilidades de sobreviver precisa de cuidado que deve ser prestado pela sua mãe puérpera. Porque o período puerpério é aquele que a mãe deve procurar respeitar as crenças e as práticas de cada família na medida que se evita prejudicar as mães e as crianças (Tomeleri e Marcon 2009: 273).

As crenças e as práticas dos cuidados maternos seguem-se por rituais por isso trouxemos o conceito de ritual de pureza/impureza, que demonstra as prevenções das crenças e práticas inter-ligadas com os tabus sexuais no período puerpério da mãe (período após o parto).

Demonstra Tavares (1973: 54) que os rituais de pureza/impureza no período puerpério são meios do controlo para garantir a sobrevivência das crianças já existentes. Na qual procura-se prolongar a vida dos filhos na retirada de impurezas puerpérios das mães a partir da abstinência sexual.

Mas neste estudo usa-se o conceito de ritual de pureza/impureza de Mary Douglas que serve de interpretação dos rituais do crescimento das crianças e práticas de preservação de fertilidade das mães. Douglas (1991: 11-12) definiu o ritual de pureza/impureza como fruto de cuidados de higiene e do respeito das regras de convenções. Estes cuidados e regras são prevenções ou evitamento de impureza colocada por tabus místicos-religiosos que inspiram o medo na maternidade, como a ausência da fertilidade.

Adopta-se o uso do conceito de fertilidade trazido por Mariano e Paulo porque as mulheres mães com ou sem certas dificuldades sócio-económicas ou de uma união instável preocupam-se com as suas fertilidades.

A fertilidade é a capacidade do homem e mulher terem filhos, o que implica ter as uniões sexuais sem prevenção de gravidez e a quebra de abstinência sexual. A

fertilidade é o que permite as pessoas sentirem-se adultas e serem reconhecidas como homens e mulheres mesmo sendo dependentes e carentes em outras áreas da vida, (Mariano e Paulo 2008: 87). Também adopta-se o pressuposto de Gonçalves (2008) que a fertilidade é o nascimento que impede a mortalidade da mãe. No sentido da mãe continuar fértil enquanto os filhos crescem.

A fertilidade também é considerada como o caminho da maternidade. Esta maternidade é defendida como a procriação e a realização feminina.

Segundo Trindade e Emuno (2001) a maternidade é um caminho que as mães se servem para mostrar as suas feminilidades e virilidades dos homens. Esta é usada como forma de vivenciar a fertilidade, e é vista como uma relação de amor maternal de mãe e filhos, o par da felicidade. Mas as mulheres tinham que sacrificar o desejo de prazer sexual em função deste amor maternal para cuidarem dos filhos.

Estes pressupostos consideram a maternidade como uma condição biológica da natureza feminina em reproduzir os filhos. Mas deve-se contrariar que a maternidade só comporta amor, instinto maternal. Ela é construída. A maternidade é uma construção, que se opõe ao pressuposto de apenas gerar um filho, mas a compreender quem são os responsáveis por eles (Azevedo e Arrais 2006, Klein 2005). Por isso, este estudo compreende a maternidade ao analisar a família como uma instituição que protege as mães parturientes e os filhos de acordo as regras e convenções próprias do grupo das mulheres mães.

### **Capítulo III**

#### **3. Questões Metodológicas**

Este estudo é de carácter exploratório e etnográfico. Para a sua elaboração, foi feita a revisão de literatura em concordância com a recolha de dados etnográficos. A revisão de literatura foi feita nas Bibliotecas: Brazão Mazula e no Departamento de Arqueologia e Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane, respectivamente. Nestes locais, pesquisou-se o material dos cuidados maternos acrescidos do material revisto da internet. Os dados estatísticos das famílias, que têm como o centro das relações as mulheres, foram pesquisados na biblioteca do INE.

A recolha de dados etnográficos decorreu em duas fases na Cidade de Quelimane: A primeira fase foi entre Janeiro a Fevereiro de 2012. Nesta fase, recolheu-se os dados sobre a história do local e as organizações de trabalho e de apoio que as mulheres mães participam. A segunda fase seguiu o intervalo de 11 a 23 de Julho e durante 8 dias do mês de Dezembro de 2012. Nesta última fase, aprofundou-se sobre a temática dos cuidados maternos direccionados às crianças na primeira infância.

Na realização do trabalho etnográfico, houve o respeito das questões éticas. Estas que deram a recorrer, primeiro, à selecção e à protecção dos informantes. Assim, seleccionou-se 13 mulheres mães cujos pais das crianças habitam em espaços separados, em 5 bairros da Cidade de Quelimane, nomeadamente Torrone-Novo, Chirragano, Janeiro, 25 de Setembro e Coalane. Estes bairros encontram-se em volta do mercado *Aquima*, conhecido historicamente como o *Musika Wazie*, onde marcou-se as primeiras entrevistas.

Para a reflexão da relação entre a preservação da fertilidade e os cuidados maternos direccionados às crianças na primeira infância, num contexto doméstico das mulheres mães. Primeiro, seguiu-se as trajectórias das mulheres mães com filhos cujos pais habitam em espaços separados com ajuda das informações recolhidas de um (1) secretário de um dos bairros e membro do grupo dinamizador de mães e crianças órfãs, que apoia estas famílias com um seguro social do (INSS) e do Conselho Municipal. Uma (1) mãe viúva do grupo de apoio as mulheres, organizado pelas instituições não governamentais, tais como, a *World Vision*, que dá conselhos sobre o planeamento doméstico e prevenção de HIV/SIDA, e a ASKA a que capacita as mães no empreendedorismo. Como também dois (2) animadores da palavra de Deus que dão conselhos para as mães ficarem com os seus filhos sem os abandonar e os controlarem quanto ao uso das drogas porque, pode lhes tornar inférteis.

Segundo orientou-se o estudo com o método etno-histórico para analisar as histórias das famílias destas mulheres mães as organizações que nelas participavam, o trabalho, a subsistência e as propriedades dessas famílias. Também este método ajudou a analisar as histórias das maternidades delas e os cuidados que tiveram com os seus filhos.

Os dados foram recolhidos com o auxílio da técnica da história oral e entrevistas semi-estruturadas e colectivas com filhas-mães, mães-avós e amigas-mães. Estas técnicas

permitiram aprofundar as narrativas das mulheres sobre as crenças dos rituais de crescimento das crianças e práticas de preservação da fertilidade das mães.

Os dados sobre as mulheres mães nos cuidados dos filhos e delas próprias foram recolhidas com base na observação directa, entrevistas semi-estruturadas guiadas por um guião de entrevistas e conversas abertas. Segundo Marconi e Lakatos (2007), as entrevistas semi-estruturadas permitem um maior aprofundamento das questões levantadas na medida em que oferecem maior liberdade aos entrevistados para desenvolverem a cada situação da abordagem.

As entrevistas semi-estruturadas foram individuais mas, posteriormente, optou-se por fazer entrevistas colectivas com as famílias das mulheres mães nas suas residências. As entrevistas colectivas faziam com que as mães recordassem, umas das outras, sobre os cuidados que tiveram e têm com os seus filhos. Neste caso, recolheu-se os dados com base das histórias orais das famílias.

### **3.1. Métodos e técnicas**

O presente estudo é de carácter exploratório. O método em uso é o etno-histórico, que se pôs em prática pelas descrições etnográficas. Com este método, recolheu-se os dados do grupo das mulheres mães nos cuidados dos filhos. Este método ajudou a captar o exame dos meios de subsistência das famílias: As propriedades, o rendimento e o trabalho exercido por estas mulheres mães. Ainda o mesmo ajudou na análise de histórias da vida familiar e, em particular, das suas maternidades.

As descrições das narrativas históricas da vida familiar fizeram com que as mulheres mães falassem dos processos dos cuidados maternos. A técnica da história oral da família ajudou na construção das práticas dos cuidados das mães e dos filhos. Explorou-se as narrativas dos cuidados maternos para o crescimento das crianças e a preservação da fertilidade das mães.

As entrevistas permitiram que o grupo das mulheres mães narrasse as experiências dos cuidados com os filhos. Com estas narrativas, construiu-se as sequências dos eventos passados da maternidade delas. Segundo Bertaux e Kohli (1976: 224), Bourdieu (1986: 1-5) a construção das sequências dos eventos passados faz-se a partir da exploração das

narrativas, a interpretação dos relatos orais. Depois, se dá a coerência cronológica das biografias, assim como um sentido coerente das informações recolhidas.

O método da história de vida é um método de colecta de dados, que deu uma descrição coerente das trajetórias da vida familiar dos entrevistados num contexto dos cuidados do grupo doméstico das mulheres mães. Este método serviu para mostrar as trajetórias das mães nos cuidados dos seus filhos e os padrões dos cuidados maternos (Bertaux e Kohli 1976: 219-224).

Ainda sobre o método da história de vida, recorreu-se à técnica da história oral que faz parte dos relatos da vida que, de acordo com Lang (2001), esta técnica ajudou a conhecer a realidade presente e o passado ainda próximo pela experiência e pela voz daqueles que vivem e conhecem a versão destes.

A técnica da história oral é imprescindível neste trabalho, pois, esta técnica possibilitou a interpretação do percurso e as experiências das mulheres mães nos cuidados das mães parturientes e nos cuidados dos filhos na primeira infância.

### **3.2. Perfil dos informantes**

O perfil dos informantes foi influenciado pela maneira como as políticas intervêm nas famílias compostas de mães e filhos para protegê-las. Mas, estas famílias protegem-se, em particular, com os seus cuidados domésticos.

Criou-se três nomes fictícios das famílias compostas por mãe e filhos para indicar as suas características. O primeiro é a Família Joana que caracteriza três (3) famílias de mães viúvas que vivem com os seus filhos e os seus netos.

A primeira família é constituída por mãe-avó que após a morte do marido recebeu ajuda em produtos alimentares em 3 meses, vinda da instituição onde o marido trabalhou. Após um ano esta mãe-avó começou com o trabalho de venda de produtos alimentares no mercado *Aquima* conhecido historicamente de *Musika Wazie*. As suas duas filhas saíram de casa para morar com os seus namorados, e a mãe proibiu-as de levar as crianças, pois elas voltarão para casa.

Na segunda e terceira família as duas mães-avós foram seleccionadas pelo secretário por suas condições sócio-económicas e foram colocadas a trabalhar como agentes dos serviços no Município. Entretanto, estas estão no momento desempregadas devido à mudança na gestão municipal das mãos do partido FRELIMO para MDM. Para a sua sobrevivência estas senhoras optam pelos produtos da machamba. Uma das mães-avós tem três filhas-mães, uma filha saiu de casa e foi morar maritalmente, e a sua mãe proibiu-a de levar a sua filha. Esta enfrentou uma gravidez delicada, e cuida do seu filho sem ajuda da mãe. As restantes duas filhas permaneceram em casa da mãe com os seus filhos.

A segunda é a família Marta que caracteriza as mães “separadas”, as mães separadas são cinco (5) viviam com pais dos seus filhos, posteriormente houve a separação. Uma foi retirada de casa, e sem direito materno do bebé que tinha um ano de idade. Voltou para casa da sua mãe, onde teve a segunda filha com um outro homem, que é casado. Durante toda esta trajectória a segurança da vida financeira dela vem de tranças que faz as amigas e cobra valores monetários.

A segunda e a terceira mãe separaram-se dos pais dos seus filhos, depois as suas filhas saíram de casa e deixaram os seus filhos com elas. A segunda e a terceira mãe vivem de rendimento de trabalho dos seus filhos. A quarta é a mãe-avó separada, é curandeira islâmica e cuidadora de crianças nos seus primeiros dias depois do cordão umbilical ter caído.

A quinta mãe têm três filhos pequenos vive separada do pai dos seus filhos, e recebe pensão alimentícia vinda do pai destas crianças. Separou-se porque a mãe proíbe-a de viver com pai da criança, porque as restantes outras irmãs têm filhos sem marido na casa dela. Na altura em que vivia com o pai dos seus filhos perdeu os primeiros dois filhos. Também quando ela esteve casada com outro homem tanto ela e uma das suas irmãs tiveram dificuldades de engravidar, depois se separaram e tiveram a sorte de conceber em casa das suas mães.

A terceira é a Família Lúcia, que caracteriza as mães “solteiras”. Estas são 5 mães os seus filhos são frutos de um namoro, mas após a gravidez e o nascimento do bebé os seus pais desaparecem. Quando o bebé já tem entre três meses a um ano aparecem para registar a criança, outros esperam pela disposição para registar a criança. Estas mães

fazem diversos trabalhos como (secretariado, cabeleireiro, costura, venda de bolinhos e prestação de serviços domésticos) estas continuam a ter filhos com pais diferentes, e alguns assumem a paternidade.

### **3.3. Constrangimentos do trabalho etnográfico**

Esta secção demonstra dois constrangimentos da realização do trabalho de campo. O primeiro constrangimento que se teve ao longo da pesquisa foi a constatação de maior número de mães adolescentes que deixam os seus filhos aos cuidados das avós. Estas mães parturientes pouco se comoviam com o nascimento dos filhos, no sentido dos filhos estarem sob cuidados das avós.

Superou-se os preconceitos da maternidade na adolescência, quando se foi revelado pelas mães mais adultas com três filhos e mães-avós com filhos e netos sob os seus cuidados que as mães parturientes devem evitar a *viriga* (a falta de crescimento dos filhos /crianças).

Na continuidade da pesquisa existiu o segundo constrangimento, que foi a dificuldade de conhecer todas as componentes que as mulheres mães usam para o ritual de crescimento das crianças. Isto nas famílias que houve a oportunidade de se observar. Apenas conseguiu-se ver o sabão *mainato*.

Numa destas famílias a mãe-avó da criança informou que as componentes usadas para o ritual do crescimento das crianças só podiam ser vistas pelas mulheres mães, ocultando deste modo certas informações. Superou-se este constrangimento a partir de conversas colectivas com as mães e avó e mãe e filhas. O pouco domínio da língua chuabo serviu para revelar as crenças das mães nos cuidados dos seus filhos.

## **Capítulo IV**

### **4. Cuidados maternos num contexto do grupo doméstico das mulheres mães**

Esta secção apresenta os resultados alcançados na recolha de dados do campo sobre os cuidados maternos do contexto doméstico das mulheres mães. Onde caracteriza-se a formação de um grupo das mulheres mães quanto à sua constituição, à composição e aos objectivos da união deste grupo.

O grupo das mulheres mães constitui um sistema familiar bilateral pertencente à mesma linhagem. Estas mulheres mães unem-se para cuidarem dos filhos depois do nascimento e na continuidade do crescimento das crianças.

O grupo das mulheres mães é constituído por duas partes: a parte materna e a paterna e este grupo é composto por filhas-mães, tias-mães, avós-mães, e também amigas-mães e madrastas-mães. Estas mulheres mães unem-se e formam um grupo de apoio para cuidarem das crianças nascidas das uniões instáveis das mães e dos filhos cujos pais habitam em espaços separados.

Contudo, evita-se usar o termo pai social e pai biológico, porque o pai social resulta de uma união conjugal, e pai biológico deve coincidir com pai físico. Todavia, a inclusão dos homens/pais no grupo das mulheres mães equivale aos cuidados que as mães devem ter ao unirem-se sexualmente com os seus parceiros. Assim, os filhos legítimos e ilegítimos na primeira infância pertencem aos parceiros/pais<sup>7</sup>.

Neste âmbito, construiu-se dois tipos de discursos entre as mulheres mães entrevistadas: O primeiro ilustra que as mulheres mães, para assegurarem o crescimento dos filhos e a preservação das fertilidades do grupo das mulheres mães, as mães parturientes devem se relacionar só com o parceiro e pai da criança até que a criança desmame e deixe de compartilhar, com a mãe, a cama. Mas, o grupo das mulheres mães, após o nascimento dos filhos, previne-se desta prática pelas estratégias de manutenção das suas fertilidades e rituais de crescimento das crianças. Estes praticados por bênçãos e orações ou plantas medicinais de modo que as mães parturientes retomem as uniões sexuais seguras com outros parceiros, sem com isso, prejudicar o crescimento dos filhos e a fertilidade do grupo das mulheres mães.

O segundo discurso mostra as estratégias que as mulheres mães adoptam para evitarem a falta de crescimento dos filhos. Estas estratégias são representadas por cerimónias que garantem a preservação da fertilidade e a segurança da continuidade de crescimento dos filhos na convivência destes com os parceiros das mães.

---

<sup>7</sup> A palavra pai é ambígua, é necessário ser esclarecida dentro do contexto em estudo, porque pai social e pai biológico, raramente coincidem com o modelo pai (Radcliffe-Brow 1995)

Evita-se a falta de crescimento das crianças, “*viriga*” por esta resultar das uniões sexuais dos pais da criança com outros parceiros. As manifestações da falta de crescimento das crianças são: diarreia, cólicas intestinais e lombrigas na barriga, o enfraquecimento do corpo, barriga mais grande que o corpo, e cabeça com cabelos em transformação de crespos para mais finos. Portanto, essas manifestações indicam a desnutrição precoce que leva à morte das crianças.

Assim, as mães parturientes são protegidas para que sejam possíveis os cuidados dos filhos. As mães parturientes recebem banho quente por uma das mulheres que acompanha o nascimento dos filhos e massagem na barriga. As mães parturientes também recebem certas orientações que consistem na lavagem do orifício vaginal de água quente com sal, molhar a cabeça e o consumo de chá. Para estas evitarem dores de cólicas e dores de cabeça após o parto.

A propósito destes cuidados tem o depoimento de Mãe da Família Lúcia:

*Eu quase morri de dores de cólicas quando nasceu o meu filho. As dores pareciam o segundo parto, quase não cuidava do meu filho. Minha tia é quem vinha me dar o banho, sem fazer massagem a minha barriga. Porque quando você é dada bem banho sente a hemorragia após o parto a sair, por isso deve lançar também no orifício vaginal água quente com sal e tomar chá. Nós as mulheres somos diferentes por causa dos cuidados (Mãe da Família Lúcia).*

As mulheres que acompanham o nascimento dos filhos também lavam os primeiros enxovais usados pela criança, as capulanas e lençóis usados pela mãe nas quais contêm hemorragia do após parto.

O depoimento da mãe-avó da Família Joana revela que:

*A mulher mãe que foi acompanhar o nascimento de um filho da sua família. Esta lava os lençóis, os vestuários usados pelo bebê e a mãe que contém hemorragia após o parto. Esta mulher só deve ter as relações sexuais depois da mãe parturiente “muzade” ter a sua primeira relação sexual após o parto. Caso essa mulher tenha as relações sexuais antes da mãe parturiente, prejudica a fertilidade da mãe parturiente “muzade”. As mães parturientes devem ser as primeiras a terem as relações sexuais depois do parto, para avisarem as*

*mulheres que acompanharam o nascimento da criança para que também tenham as suas relações sexuais (Mãe-avó da Família Joana).*

Segundo a percepção deste grupo, esta orientação garante a fertilidade das mães. Mas tem como condição que a primeira relação sexual das mães parturientes seja feita com o pai da criança para proteger a própria criança. Este cuidado é pouco frequente, por isso, as mães parturientes evitam a falta de crescimento das crianças com os cuidados do contexto do grupo doméstico das mulheres mães. Com objectivo de continuarem a terem os filhos com outros parceiros sem dificuldades na sua fertilidade e no crescimento dos filhos. Por isso, este grupo faz os rituais de crescimento das crianças e práticas de preservação da fertilidade das mães.

Assim, interpreta-se os dados com a noção de ritual de pureza ou evitamento de impureza na óptica de Mary Douglas, porque os rituais de crescimento das crianças e as práticas para a preservação da fertilidade das mães, primeiro, é o fruto de higiene das mães e, segundo, é o respeito das regras de convenções da maternidade. Para as mães parturientes prevenirem dos tabus das uniões sexuais das mulheres após o parto e ao longo das suas maternidades.

O grupo das mulheres mães evita a falta de crescimento das crianças por rituais de crescimento, direccionadas às crianças nascidas das uniões instáveis das mães e aos filhos cujos pais habitam em espaços separados. Este grupo também, preserva a fertilidade com objectivo de terem as suas uniões sexuais seguras com os seus parceiros sem que isso prejudique o crescimento dos filhos e a fertilidade delas.

#### **4.1. Rituais de crescimento das crianças**

Esta secção aborda como o grupo das mulheres mães pratica os rituais de crescimento das crianças. Estes rituais são feitos por duas etapas. A primeira etapa é feita depois da nascença das crianças para as mães terem as suas uniões sexuais seguras com os seus parceiros. A segunda etapa ocorre para as mães assegurarem a continuidade de crescimento das crianças na convivência destes com os parceiros das mães.

Na primeira etapa, os rituais de crescimento, depois da nascença das crianças, são feitos para a queda do cordão umbilical e depois da queda do cordão umbilical. Para a queda do cordão umbilical do bebé, as mulheres mães envolvem-se nos cuidados com a

aplicação de cinza de plantas e de objectos no cordão umbilical para apreçar a sua queda. Como a raiz de *n`vede*, uma planta que cresce muito na terra húmida do mangal, cinzas de fezes de cabrito, porque o cordão umbilical de uma cabra cai rápido, a cinza da castanha, cinza do caroço de milho, cinza das flores de aboboreira, porque as flores dessas plantas secam e caem logo e deixam os frutos.

Depois do cordão umbilical ter caído, o bebé é feito o ritual de crescimento. Este ritual consiste em proteger as crianças por bênçãos e orações com água abençoada na casa, no quarto e na cama onde dorme a criança. Por outra, usa-se plantas medicinais para o banho da criança na rua ou na estrada e a incisão na cintura da criança com o uso de medicamento de cinza. Estes rituais de crescimento são para as mães terem as suas uniões sexuais seguras sem prejudicar o crescimento dos filhos.

Os rituais para a queda do cordão umbilical, segundo o depoimento da Mãe da Família Lúcia:

*A queda do cordão umbilical depende das unhas da mulher mãe que for a colocar a cinza no umbigo do bebé. A minha madrasta (mulher do pai) foi quem colocava ao meu filho a cinza do caroço de maçaroca no cordão duas vezes por dia depois do banho. O cordão secou mas demorou a sua caída. Porque depois arreventou o umbigo e ficou com ferida e começou a sangrar, fiquei desesperada com o bebé a chorar e comecei a por pó no umbigo até cair o cordão umbilical, (Filha-mãe da Família Lúcia).*

As mulheres esperadas para prestarem estes cuidados são as mãe-avós por parte materna. Estas são as que têm unhas leves para fazer o ritual com o uso de cinza. As unhas da madrasta de uma mãe parturiente são fortes ao cuidar do bebé da sua enteada, por isso houve a demora na queda do cordão que foi depois de 7 dias, devido à segmentação do grupo que faz com que alguns parentes da linhagem dificultem a função dos cuidados.

Segundo Tavares (1973) e Martinez (1989) o uso de cinza para curar o cordão umbilical é o ritual do fogo apagado para a queda do cordão umbilical. A demora na queda do cordão umbilical paralisa os cuidados precedentes.

A demora da queda do cordão umbilical faz com que as mulheres mães fiquem desesperadas, como se observa, o depoimento de uma mãe com a filha de 5 dias de vida:

*A minha filha chora de cólicas devido à demora da caída do cordão umbilical. No hospital disseram que eu tinha de lavar o cordão com água e sabão mainato ou colocar o leite materno. Mas a minha mãe é que coloca cinza no umbigo do bebé. Eu o que posso fazer? O filho é de dono, porque é minha mãe que dá o banho o bebé todos os dias (Filha-mãe da Família Joana).*

Antes da queda do cordão umbilical, o filho é de dono. O dono é o antepassado mítico do qual descende o grupo. Por isso, os cuidados para a queda do cordão umbilical do primeiro e segundo filho das mães parturientes são feitos pelas mulheres mães do grupo que acompanham o nascimento das crianças. Elas são as que têm conhecimento sobre a queda do cordão umbilical e os procedimentos posteriores das mães parturientes cuidarem dos seus filhos depois da queda do cordão umbilical.

O cuidado dos filhos depois da queda do cordão umbilical é feito por rituais de crescimento das crianças que consiste no banho de plantas medicinais na estrada, e orações e bênçãos na casa da criança. Existem mães que levam os seus filhos ao curandeiro para receberem o ritual feito de banho de plantas medicinais na estrada. Outros filhos recebem o ritual nas suas casas com bênçãos e orações no quarto onde dorme a criança, na sala e na casa de banho.

Como revelam estas narrativas:

*Quando o cordão umbilical do meu filho caiu a minha mãe me levou para uma curandeira para fazer “viriga omaga mwana miwihini” cuidado da “criança da rua”. Quando chegamos lá eu disse que o meu filho é uma “criança da rua”, o seu pai é ausente. A curandeira puxou-lhe para rua sem roupa depois deu-lhe banho e medicamento para tomar. Como o pai deixou de assumir a criança, nós fizemos esse cuidado para podermos namorar (Filha-mãe da Família Lúcia).*

*Quando o meu filho nasceu, descobri que o pai é casado. As pessoas diziam que o meu filho é uma “criança da rua”. Recebi o conselho da amiga que devia cuidar a criança como a “mwana wa mudila”. Fui informar o pai da criança que eu quero tratar a criança com o medicamento da “criança da rua”. Ele*

*aceitou e acompanhou-me ao curandeiro juntamente com a criança. Chegando lá informei a curandeira que quero tirar a “criança da rua” para crescer na família. A curandeira pegou na criança e foi dar banho numa panela na rua (Filha-mãe de Família Marta).*

*Quando eu tive o primeiro bebê em casa da minha tia, ela é quem chamou a amiga dela, da igreja Católica para abençoar na sala, na casa de banho, nos quartos e na cama onde eu dormia com a criança (Mãe da Família Lúcia).*

Esses cuidados fazem parte dos “rituais de crescimento” que o grupo das mulheres mães adota para evitar a falta de crescimento das crianças. Por isso, o grupo das mulheres mães cuidam dos filhos como *mwuna wa mudila*, e recebem o ritual na estrada ou em casa para as mães prevenirem-se dos tabus místicos-religiosos da união sexual após o parto.

Esses cuidados são dados pelas mães aos filhos para prevenirem a falta de crescimento das crianças que se manifesta em intensas diarreias e lombrigas na barriga. Segundo Tomeleri e Marcon (2009), muitas mães recorrem primeiro às práticas de cuidados domésticos, como bênçãos e às orações, para protegerem as crianças, através de conselhos dados pelas mulheres mães no momento das cólicas intestinais relacionadas ao cordão umbilical e as inesperadas.

A prevenção da falta de crescimento das crianças depois da queda do cordão umbilical faz-se também na casa onde vai crescer a criança com uma curandeira. Esta dá banho à criança, a mãe, e ao pai que se apresenta. Na verificação da ausência do pai da criança, pede-se uma criança de sexo masculino da casa, ou da casa vizinha para pegar no medicamento que se usa para o ritual e dizer que a criança é dele. Faz-se cortes com lâmina na cintura da criança, coloca-se o medicamento e amara-se três linhas de cor preta na cintura dela. Depois, as mães já podem se relacionar com os seus parceiros.

As três linhas pretas e a incisão com a lâmina na cintura das crianças asseguram o crescimento das mesmas. A linha permanece até cair e as cicatrizes levam muito tempo para desaparecer. Pode ser substituído por medicamento de cinza e aplicar-se na cintura e no umbigo da criança.

As mães praticam os rituais de crescimento direccionadas às crianças nascidas das uniões instáveis das mães e aos filhos cujos pais habitam em espaços separados para poderem ter as relações sexuais seguras com os seus parceiros. Mas, para as mães continuarem a ter as suas uniões sexuais seguras sem prejudicar a continuidade do crescimento das crianças, estas, fazem a segunda etapa dos rituais do crescimento das crianças.

A segunda etapa dos rituais do crescimento das crianças é praticada por cerimónias que asseguram a continuidade de crescimento dos filhos. Estas cerimónias consistem na união da madrastra da criança e a mãe parturiente pelo uso de sal na comida ou o chamamento do nome da mãe parturiente pela madrastra.

Para as crianças conviverem com os pais e as madrastas, são feitas as cerimónias de *nithidane*, que dão segurança da continuidade do crescimento das mesmas. Estas cerimónias podem ocorrerem com ou sem a participação da mãe parturiente. Na ausência da mãe, é importante que a madrastra mencione o nome da mãe parturiente da criança.

Revela uma das mães da Família Marta:

*O meu filho foi tirado de mim por irmãs de pai do meu filho, porque eu iria lhe provocar viriga. Mas este teve viriga ao viver com o pai e a madrastra, porque ela cuidava dele e cozinhava para ele sem fazer nithidane. O meu filho ficou magro e com barriga grande, cheias de lombrigas e fui lhes pedir para fazerem a cerimónia de nithidane (Mãe da Família Marta).*

A cerimónia de *nithidane* que dá a segurança da continuidade de crescimento das crianças é feita para se evitar o susto das mães com o enfraquecimento das crianças, saída de lombrigas pela boca e diarreias nas crianças que leva a morte das mesmas. Estes sintomas manifestam quando as mães unem-se sexualmente com os seus parceiros quer nas suas residências onde vivem com os seus filhos ou na residência dos seus parceiros sem evitarem a falta de crescimento das crianças pela cerimónia de *nithidane*. Esta cerimónia é que permite as crianças conviverem com os parceiros das mães.

Como narra uma das Mães:

*Eu preveni a falta de crescimento ao meu filho com a minha rival, para o meu filho poder ir para casa do pai, e os filhos da minha rival também poderem vir para minha casa, sem se prejudicarem. Fui para casa da minha rival, ela cozinhou e pôs sal na comida e depois eu também fui pôr o sal. A comida ficou pronta, os primeiros a comerem foram os filhos dela, segundo o meu filho, em terceiro pai das crianças depois a mulher dele e por último fui eu. Fizemos esses cuidados na presença da avó paterna do meu filho (Mãe da Família Marta).*

Estes rituais são associados aos processos místicos-religiosos pela existência da relação mãe e filhos. As mães ao procriarem os filhos, torna-se necessário que os filhos nasçam e cresçam. Se repetidamente morrerem na infância são estigmatizadas, o que tem sido a maior inquietação dos pais. Por isso, a preocupação constante dos homens e das mulheres gerarem filhos é o resultado de exigência social. Esta preocupação leva os pais a combaterem, através dos processos místicos-religiosos, a esterilidade, os abortos, os nados mortos e a mortalidade infantil (Tavares 1973: 23-29).

Os rituais de crescimento das crianças permitem as uniões sexuais seguras das mães com os seus parceiros sem com isso prejudicar o crescimento das crianças. Portanto, é necessário que as mães previnam também a falta de crescimento das crianças pela cerimónia de *nithidane*. Assim, as mães evitam o enfraquecimento das crianças, e as características e sintomas da desnutrição precoce que leva à morte das crianças e a incerteza das mães em poder cuidar dos filhos.

#### **4.2 Práticas de preservação de fertilidade das mães**

Esta secção mostra como o grupo das mulheres mães constrói as suas fertilidades, pelo cuidado que têm com o cordão umbilical. O cordão umbilical é que faz a preservação da fertilidade, ou seja, o chamamento de outros filhos. A preservação da fertilidade é feita em duas vertentes.

Na primeira vertente, as mulheres mães, após a queda do cordão umbilical, procedem o enterro da placenta na terra húmida das extremidades da casa de banho ou da casa. Onde poderá ter contacto com água. A segunda vertente é a preservação da fertilidade das

mães com o uso de uma corda de pano que simboliza o cordão umbilical dos filhos que perdem a vida antes da queda do cordão umbilical.

Na primeira vertente, quando o cordão umbilical das crianças cai, as mães evitam guardar a placenta na cama onde provavelmente dormem com os seus parceiros. Devido aos relacionamentos extra-conjugais e relacionamentos instáveis, por isso, as mães preservam as suas fertilidades enterrando a placenta na terra húmida das extremidades da casa de banho ou da casa onde terá contacto com água. Este cuidado serve como o controlo de fertilidade, porque, as mães parturientes para continuarem férteis deviam ter os seus filhos sem se relacionarem com outros parceiros até que a criança desmame e deixe de compartilhar com a mãe a mesma cama.

Assim, as mães deveriam ter os seu filhos e seguirem as regras da maternidade, como ficar com os seus filhos e sem os deixar, nem se envolver com outros homens diferente do parceiro/pai da criança. Esta mãe ao dar o seu filho à uma baba ou alguém para cuidar, na hora que ela estiver para ter as relações sexuais com o pai da criança ou namorado, deveria levar o seu filho para dormir com eles. Caso essa mãe faça o acto sexual sem a presença do filho na cama, e depois que esse homem ir-se embora, e a mãe levar a criança para cama onde teve as relações sexuais com esse parceiro/pai, a criança ficaria fraca e perderia até a vida.

As mães deviam negociar com os seus parceiros para estes se apresentarem a um curandeiro a fim de informar que têm uma mulher com filho pequeno, para estes receberem orientações e poder de se relacionar com essas mulheres sem provocar a morte das crianças. Estas mães ao unirem-se sexualmente com os seus parceiros/pais das crianças deviam se orientar com a organização da cama.

A organização da cama é antes das relações sexuais. Na hora que o casal vai se deitar na cama, o pai da criança fica em frente, em seguida a mulher e por último a criança. Porque a criança no meio da cama entre um homem e uma mulher é saltada no acto sexual e quando isso acontece leva ao enfraquecimento da criança até à morte. No momento do relacionamento sexual deve evitar pegar na criança nem pode amamentar mesmo se ela se pôr a chorar, depois da relação deve tomar banho com sabão *mainato* para poder cuidar da criança.

Estes cuidados nem sempre são seguidos, por isso, ainda verifica-se a morte das crianças na primeira infância. Para o grupo das mulheres mães preservar as suas fertilidades guarda o cordão umbilical na terra húmida.

No entanto, a segunda vertente da preservação da fertilidade ocorre quando as mães parturientes ficam sem fazer a preservação da fertilidade com o cordão umbilical devido à perda de filho antes da queda do cordão umbilical, e este ser enterrado na terra húmida. Nesta vertente, o grupo das mulheres mães usa uma corda de pano que simboliza o cordão umbilical. Esta corda é usada para amarrar a cintura da criança e a mãe parturiente puxar e amarrar a sua cintura e guarda-la para o bebé voltar, ou seja, a preservação da fertilidade.

Como retrata a observação desta mãe:

*Quando o filho da minha irmã morreu, minha mãe e minhas tias da parte materna e paterna fizeram cuidados com mana no quarto dela para o bebé voltar. Passaram na cintura do bebé uma corda, e a mãe começou a puxar a corda de um lado até amarrar a cintura dela assim despediu-se do bebé sem olhar atrás. Depois de um mês, minha irmã já estava grávida, e nasceu a minha sobrinha (Filha-mãe da Família Marta).*

Como narra uma das nossas entrevistadas:

*Que perdeu o seu filho antes de cordão umbilical cair e foi enterrado assim sem fazer o cuidado de bebé voltar. Ficou muitos anos sem poder ter filhos na casa onde vivia com o pai do seu filho. Assim, contou a sua amiga que o ajudou muito porque disse a ela que a condição para ela ser fértil, era de relacionar-se sexualmente com este parceiro e pai da criança que perdeu a vida e depois procurar por ela para o acompanhar ao cemitério onde foi enterrado o filho e pedir para o bebé voltar. Ela fez isso, ao chegar no cemitério ela subiu na campa e pediu bem mesmo aos seus espíritos a dizer que já se encontrou com o pai da criança, pede para o bebé voltar. Assim demorou pouco tempo teve a sua filha na casa da sua mãe o cordão umbilical caiu e enterrou na terra húmida logo teve também outra filha (Filha-mãe da Família Marta).*

A condição dessa mulher poder ter filho foi de unir-se sexualmente com o parceiro/pai das suas filhas, porque o seu primeiro filho morreu sem o cordão umbilical cair e ficou sem fazer os cuidados de preservação da fertilidade com a placenta. Para tal, a mãe devia fazer a preservação da fertilidade com o uso da corda que representaria o cordão umbilical para amarrar na cintura da criança e a mãe puxar e amarrar a sua cintura, e assim, despedir-se do filho e guardar a corda para sentir-se permitida de voltar a ter as relações sexuais. Esse cuidado é que faz com que a mulher tenha outros filhos com outros parceiros.

Segundo Loforte *apud* Mariano e Paulo (2008), neste contexto, a prerrogativa da reprodução é a fertilidade, além da conjugalidade. Mariano e Paulo (2008) e Gonçalves (2008), demonstram que a família tem maior poder para as mães parturientes cuidarem dos filhos a partir da preservação da fertilidade delas, que é o nascimento dos filhos que impede a mortalidade das mães. No sentido das mães continuarem férteis após a perda de vida dos filhos na primeira infância.

As mães parturientes preservam as fertilidades delas ao receberem os cuidados das mulheres mães que as identificam como os seus familiares. As mães com uniões instáveis cuidam dos seus filhos quando estas recebem os cuidados maternos da família na qual se identificam.

## Capítulo V

### 5. Considerações Finais

O estudo reflectiu sobre a relativa preservação da fertilidade e o crescimento das crianças em grupo doméstico das mulheres mães na Cidade de Quelimane.

As discussões dos cuidados maternos tinham como base a colaboração da orientação biomédica. Estas discussões defendiam que as orientações biomédicas capacitavam as mães na vigilância do desenvolvimento saudável das crianças. A partir de certas condições como amor maternal, aleitamento materno e abstinência sexual após o nascimento dos filhos que serviam de controlo da sobrevivência das crianças já nascidas.

Essa análise deixou escapar as estratégias estabelecidas entre grupos das mulheres mães nos cuidados dos seus filhos e limitou a análise dos cuidados maternos direccionados às crianças nascidas das uniões instáveis das mães e dos filhos cujos pais habitam em espaços separados. A etnografia feita sobre os rituais e práticas dos cuidados maternos do contexto domésticos dirigidos a estas crianças garantem o crescimento das mesmas, para além de assegurar a fertilidade das mães.

Uma outra consideração obtida através da análise desta etnografia é que estas práticas uniam as mães parturientes e as madrastras para protegerem os seus filhos, na realização dos rituais de crescimento das crianças com cuidados medicinais que apreçavam a queda do cordão umbilical, orações e bênçãos de protecção das crianças. Assim como, às cerimónias para garantirem a preservação da fertilidade e a assegurarem a continuidade de crescimento dos filhos nascidos das uniões instáveis das mães e das crianças cujos pais habitam em espaços separados; de modo que as mães tenham as suas uniões sexuais seguras com os seus parceiros sem que isso prejudicasse o crescimento dos filhos e a fertilidade delas.

As mulheres mães têm evitado a falta de crescimento dos filhos por rituais e práticas dos cuidados maternos do contexto doméstico direccionados às crianças nascidas das uniões instáveis das mães e aos filhos cujos pais habitam em espaços separados para garantirem a fertilidade do grupo das mulheres mães e assegurarem o crescimento das crianças.

Esta pesquisa é de carácter exploratório e abre espaço para mais interpretações dos cuidados maternos em estudos da pueri-cultura; cuidados das crianças na primeira infância, de modo a dar a conhecer os cuidados maternos do carácter doméstico às mães parturientes. Para além dos cuidados da orientação biomédica que são o amor maternal, a abstinência sexual e aleitamento materno. Estes que colocavam os sentimentos de riscos e incertezas às mães nos cuidados dos filhos, e as mães alternavam pelas crenças dos cuidados maternos do contexto doméstico.

Constatou-se, ao longo da pesquisa, tanto empírica como literária, que as mães sentiam riscos e incertezas de cuidar dos seus filhos, motivados pelo desconhecimento das várias práticas dos cuidados maternos do contexto doméstico. Esses riscos e incertezas eram também motivados pela falta de cumprimento das orientações dos cuidados biomédicos pelas mães que alternavam por crenças dos cuidados domésticos do grupo familiar com qual se identificavam. Neste âmbito, deve-se incluir, nos cuidados biomédicos, os pressupostos dos cuidados maternos do contexto doméstico.

## 6. Referências

Alexandre, D. 2009. *Influência da guarda exclusiva e compartilhada no relacionamento entre pais e filhos e na percepção do Cuidado parental*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Augusto de Sousa, L. 1971. “Vida Individual” in *Sobre a mulher Luada-Quioca (Angola)*. Lisboa: Memória de Junta de Investigação do Ultramar. N° 60. Segunda serie.

Azevedo, K. e Arraias, A. 2006. *Mito de mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto*. Brasília: Universidade católica da Brasília-Brasil.

Bernárd da Costa, A. 2007a. *O preço da sombra: Sobrevivência e Reprodução social entre famílias de Maputo*. Livros Horizontes.

Bernárd da Costa, A. 2007b. *Há-de vir um senhor que é meu marido: Relações de género na periferia de Maputo*, Lisboa: Instituto de Investigação Científica e Tropical.

Bertaux, D e Kohli, M. 1976. *The Life Story Approach a Continental View*.

Bourdieu, P. 1986. “L’Illusion Biographique”. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*.

2006. *A distinção: Crítica social do Julgamento*. Brasil: Editora Zouk.

Carvalhes, M. e Benício, M. 2002. *Capacidade Materna de cuidar e desnutrição infantil*. São Paulo: Departamento de enfermagem de faculdade de Medicina de Botoucatu. Universidade de São Paulo.

Douglas, M. 1991. “Impureza Ritual” in *Pureza e Perigo: Ensaio sobre a noção de tabu e perigo*. Lisboa: Edições 70.

Duarte, L. et al. 2008. *Mulheres e homens em Moçambique: Indicadores seleccionados de género 2008*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Gonçalves, S. 2008. *Birth spacing and child mortality in Mozambique Evidence from two Demographic and Health Surveys*. University of Cape Town: Thesis submitted to

the Faculty of Commerce in partial fulfillment for the Degree of Master of Philosophy in Demography.

Héritier, F. 1989. “Familia” in *Enciclopedia Einaud*. Lisboa: Imprensa Nacional casa da moeda.

Instituto Nacional de Estatística. 2010. *IIIº Recenseamento Geral da população e Habitação 2007: resultados Definidos*. Moçambique: Instituto Nacional de Estatística.

Javarki, M et al. 2004. *Representação social de aleitamento materno para as mães e bebês prematuros em unidade de cuidado Canguro*. Revista Latim em enfermagem.

Klein, C. 2005. *A produção de Maternidade no programa de Bolsa-Escola*. Florianópolis: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Estudos Feministas.

Klein, V. e Linhares, M. 2006. *Prematuridade e Interação mãe-criança revisão sistemática da literatura*. Mariga, Psicologia em estudo.

Lamy, Z. et al. 2011. *Construção do papel materno a partir de vivências de internação numa UTI Neonatal em dois modelos assistenciais*. Pesquisa de saúde.

Lakatos, E. e Marconi, M. 2007. *Metodologia para investigação em Ciências Sociais*. 6ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.

Lamego, D. et al. 2005. *Desafios para humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica*. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira.

Lang, A. 2001. “Historia Oral: Procedimentos e possibilidades”. *Desafios de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: CERU.

Lévi-Strauss, C. 1982. “Aliança e Filiação” in *As Estruturas Elementares do Parentesco*. 5ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes.

Malinowski. B. 1984. *Magia ciência e religião*. Lisboa: Edições 70.

Mariano, E e Paulo, M. 2009. *Infertilidade, fertilidade: Áreas escondidas do nosso quotidiano*. Maputo: Kula Estudos de pesquisas aplicadas Lda.

- Marin, A. 2005, *Práticas Educativas Maternas em famílias de mães solteiras e famílias nucleares*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Psicologia.
- Martinez, L. 1989. *O povo Macua e a sua cultura*. Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical.
- Moura. S. e Araújo. M. 2004. *A Maternidade na História e a História dos cuidados maternos*. Psicologia ciência e profissão.
- Ortiz, R. 1983. *Pierre Bourdieu Sociologia*. São Paulo - África: CIP- Brasil Catalogação na Publicação Câmara brasileira de livros.
- Radcliffe-Brown, A. 1995. “Sistemas Africanos de Parentesco” in Organizador Júlio Cezar Melatti. *Antropologia*. São Paulo: Editora ática.
- Santos, M. e Lucas, 1982. A. *Antropologia*. Paisagem Sábios e Selvagens. Portos Editora.
- Sachwalbach, J. 1998. *O eu e o outro*. in Serra. C. 1998. “Estigmatizar e desqualificar, casos analises encontro”. Maputo-Moçambique: Livraria Universitária Eduardo Mondlane.
- Sapienza, G e Pedromônico, M. 2005. *Risco, Protecção e Resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente*. Psicologia em estudo de Maringã.
- Segalen, M. 1999. *Sociologia da Família*. Lisboa: Terra Marar
- Silva, R. e Silva, I. 2009. *Vivências de mães de recém-nascidos prematuros no período de lactação e amamentação*. Revista de enfermagem.
- Silveira, F. et al. 2012. *Factores Psicossociais de riscos e protecção á desnutrição infantil em mães de crianças desnutridas e eutroficas: O papel de saúde mental*. Journal of human Growth end development.
- Scherman, E. 2006. *O Impacto da depressão materna nas interações iniciais*. Universidade de Luterano de Brasil (ULERA).

Tavares, A. 1973. *Reflexões sobre problemas de infância Africana*. Luanda: Instituto de Investigação de Angola.

Tomeleri, K. e Marcon, S. 2009. *Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos*. Belo horizonte: Cambém.

Trindade. Z. e Enumo, S. 2001. *Representações sociais de infertilidade Feminina entre mulheres casadas e solteiras*. Brasil: Universidade Federal Santo-Victória Psicologia saúde e doença.