

BARREIRAS AO EXERCÍCIO DO DIREITO AO PLANEJAMENTO FAMILIAR NO SUL DE MOÇAMBIQUE

Barriers to exercising the right to family planning in southern Mozambique

PEDRO, Vânia¹

RESUMO

Apesar de o Planejamento Familiar ser um direito, algumas pessoas, sobretudo mulheres, continuam com necessidades de contracepção não atendidas por causa de algumas barreiras que as impedem de exercer tal direito. Este artigo analisa as barreiras que homens e mulheres enfrentam para exercerem o seu direito ao planejamento familiar no Sul de Moçambique. Para a materialização da pesquisa foi adotada a metodologia qualitativa e como técnicas de recolha de dados as entrevistas semiestruturadas, os Grupos Focais, a observação participante e as conversas informais. Os resultados indicam que existem dois grandes grupos de barreiras que impedem ou condicionam homens e mulheres de aderirem ao Planejamento Familiar, incluindo os contraceptivos modernos, nomeadamente: barreiras individuais e comunitárias e barreiras institucionais ou ligadas ao setor de saúde.

Palavras-chave: planejamento familiar; contraceptivos; barreiras; homens; mulheres.

ABSTRACT

Although Family Planning is a right, some people, especially women, continue to have unmet contraceptive needs because of some barriers that prevent them from exercising this right. This article analyzes the barriers that men and women face in exercising their right to family planning in Southern Mozambique. To materialize the research, qualitative methodology was adopted and data collection techniques included semi-structured interviews, Focus Groups,

¹Instituto Superior de Artes e Cultura (ISArC). <https://orcid.org/0000-0002-1951-0727> . Docente e investigadora dos programas de graduação do Instituto Superior de Artes e Cultura (ISArC). Professora do módulo de Direitos Reprodutivos e Planejamento Familiar no Mestrado em Direitos Humanos, Boa Governança e Desenvolvimento Económico da Universidade Técnica de Moçambique (UDM). vaniamanuel.pedro@gmail.com

participant observation and informal conversations. The results indicate that there are two large groups of barriers that prevent or condition men and women from adhering to Family Planning and using modern contraceptives, namely: individual and community barriers and institutional barriers or those linked to the health sector.

Keywords: family planning; contraceptives; barriers; men; women.

1. Introdução

O Planejamento Familiar (PF) constitui um direito humano, na medida em que o direito à saúde constitui um dos direitos básicos. Segundo a Usaid² (2020, p.8), globalmente, as complicações de gravidez e do parto são as principais causas de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos. Ampliar os serviços de PF é uma das intervenções mais econômicas para prevenir mortes maternas e infantis em todo o mundo. O PF também contribui indiretamente para outros resultados positivos, já que as suas intervenções contribuem para reduzir a pobreza, aumentar a equidade de gênero, prevenir a propagação do HIV, reduzir a gravidez indesejada na adolescência e diminuir as mortes infantis.

De acordo com a Undesa³ (2022, p. 9), globalmente, 966 milhões de mulheres em idade reprodutiva estão usando algum método contraceptivo. Entre 1,9 bilhão de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos), estima-se que 874 milhões de mulheres usam um método contraceptivo moderno e 92 milhões, um método contraceptivo tradicional. O número de usuárias de contraceptivos modernos quase dobrou em todo o mundo desde 1990 (de 467 milhões). No entanto, ainda existem 164 milhões de mulheres que desejam adiar ou evitar a gravidez e não estão usando nenhum método contraceptivo e, portanto, são consideradas como tendo uma necessidade não atendida de planejamento familiar. A proporção de mulheres em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos) que têm sua necessidade de planejamento familiar satisfeita com métodos modernos é de 77% globalmente, um ponto percentual de 10% aumentou desde 1990 (67 por cento). Esse progresso ocorreu apesar do fato de o número de mulheres com necessidade de planejamento familiar ter aumentado de 0,7 bilhão em 1990 para 1,1 bilhão hoje (ibidem, p. 9).

² Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional.

³ Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais.

Na África subsaariana, a proporção de mulheres que têm suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos continua entre as mais baixas do mundo, com 56%. No entanto, também aumentou mais rapidamente do que em qualquer outra região do mundo, tendo mais que dobrado desde 1990, quando essa proporção era de apenas 24%. Entre os 10 países que testemunharam o maior aumento no uso de métodos modernos entre mulheres com necessidade de planejamento familiar de 1990 a 2021, 8 estão na África subsaariana, incluindo Etiópia, Eswatini, Guiné-Bissau, Madagáscar, Malawi, Ruanda, Uganda e Zâmbia. No entanto, existem entre 41 países onde ainda menos da metade das mulheres que desejam evitar a gravidez usam métodos modernos, 22 países estão na África subsaariana (ibidem).

Em Moçambique, embora o uso de contraceptivos modernos a nível nacional tenha aumentado de 25,7% em 2015 para 36,4% em 2020, as taxas em algumas províncias são muito mais baixas: Sofala (14,4%), Nampula (21,8%) e Zambézia (17,8%). Quase metade das mulheres moçambicanas que expressam o desejo de limitar ou espaçar a gravidez não usam qualquer forma de contraceptivo. As mulheres que vivem com HIV, as mulheres com alta paridade e as raparigas adolescentes em particular têm dificuldade em aceder aos serviços de planejamento familiar. Um estudo nacional recente mostrou que 46% das raparigas adolescentes estão grávidas pela primeira vez ou já têm um filho, e neste grupo apenas 14% usam qualquer método contraceptivo (Usaid, 2022, p. 1).

Apesar de o Governo de Moçambique considerar o Programa Nacional de Planeamento Familiar (PNPF) um meio de reduzir a mortalidade materno e infantil no país, prevalecem barreiras que impedem que mulheres e homens exerçam o seu direito ao Planeamento Familiar, o que viola os seus direitos sexuais e reprodutivos e, por conseguinte, os direitos humanos.

Este artigo tem como objetivo analisar as barreiras que impedem que homens e mulheres acedam aos serviços de Planeamento Familiar e façam uso dos contraceptivos em Moçambique. Por forma a responder a este objetivo elaboramos a seguinte questão: quais são as barreiras que impedem que homens e mulheres acedam e utilizem os serviços de Planeamento Familiar e os métodos contraceptivos modernos? A questão surge, pois, alguma literatura tem abordado a questão das barreiras ao PF, mas de forma ténue. Por exemplo,

Macia, Maharaj & Capurchande (2019, p. 12) referem que fatores de ordem institucional e sociocultural têm feito com que os indivíduos, sobretudo as mulheres, tenham controle limitado ou quase nulo sobre a reprodução. Apesar de se referirem a essas barreiras, estes autores não aprofundam a sua análise.

Manhice & Lihabe (2019: 193) apenas cingem a sua análise às barreiras que os homens enfrentam para fazerem uso do PF, sem se referirem ao conceito de masculinidade e o que é ser homem no contexto sociocultural que analisam.

2. Locais de pesquisa

As pesquisas sobre o PF foram realizadas no sul de Moçambique (localidade de Macarretane, distrito de Chòkwé na província de Gaza e no bairro da Mafalala na cidade de Maputo). A localidade de Macarretane localiza-se no distrito de Chòkwé, província de Gaza. O distrito de Chòkwé localiza-se no curso médio do rio Limpopo à sudoeste da província de Gaza e dista a 121 km da capital provincial, com uma superfície de 2600 km. O distrito, cuja sede é a cidade de Chòkwé possui 4 postos administrativos e 10 localidades, nomeadamente: sede onde se situa, Lionde, Macarretane (Macarretane sede, Matuba e Machinho) e Chilembene (Instituto Nacional de Estatística 2020, p. 2).

O principal grupo etnolinguístico do distrito é o Changana. A tomada de decisão sobre os mais variados assuntos do quotidiano do agregado e dos seus membros é feita pelos homens. As religiões professadas no distrito são: católica, metodista, anglicana, islâmica, presbiteriana e outras seitas protestantes. As mulheres são responsáveis pela agricultura e atividades domésticas, enquanto que os homens (especialmente os jovens) são responsáveis pela pastagem. Além desta atividade, um número considerável de homens emigra para a África do Sul à procura de emprego nas minas, farmas, serviços de construção, entre outros (Plano Estratégico de Desenvolvimento do Chòkwé, 2010).

A população total do distrito de Chòkwé é de 222.396 habitantes, sendo 99.641 homens e 122.755 mulheres. A economia do distrito é sustentada pela produção de arroz, hortícolas e castanha de caju como bandeira do distrito. O distrito possui uma rica diversidade cultural, como as seguintes danças tradicionais: xingomane, ndlama, xigubo, makuae,

maceasa, xingombela, xikwacuacua, entre outras praticadas em todos os postos administrativos e localidades (Instituto Nacional de Estatística 2020, p. 2).

Chòkwé possuía em 2018 26 unidades sanitárias, tendo aumentado uma em 2019, perfazendo 27. Em 2018 tinha 469 profissionais de saúde e em 2019 468. Ocorreram no distrito 10.102 partos institucionais em 2018 e em 2019 9.603. Em 2018, a taxa de crianças completamente vacinadas foi de 96% e em 2019 100%. A taxa de cobertura de parto institucional em 2018 foi de 90% e em 2019 de 95%. A taxa de cobertura de desnutrição aguda em crianças menores de 5 anos foi de 95% em 2018 e em 2019 de 96%. A taxa de cobertura de água foi de 90% em 2018 e de 84% em 2019. A taxa de cobertura de energia foi de 54% em 2018 e de 61% em 2019 (ibidem).

O bairro da Mafalala localiza-se no distrito Municipal *KaMaxaqueni*, na capital de Moçambique, cidade de Maputo. A população total do bairro é de 17. 822 habitantes, sendo 8.644 homens e 9.178 mulheres (Instituto Nacional de Estatística, 2021, p.1).

De acordo Da Costa (2001, p. 259), para sobreviverem e para se reproduzirem socialmente, em situação de crise económica e social, as famílias no bairro de Mafalala têm de diversificar as suas fontes de rendimento e as suas redes de solidariedade (Da Costa, 2002).

No bairro coexistem e, em muitos casos, fundem-se comunidades de origem essencialmente africana, mas também asiática e europeia, com culturas diversas, que se miscigenaram sem perderem uma identidade própria, num espaço intercultural em constante mutação e recriação. É este mosaico sociocultural que impregna os sentidos de quem visita aquele espaço urbano. Neste espaço é visível uma enorme diversidade de detalhes construtivos de diferentes proveniências e influências. Desde as habitações em caniço, passando pelas de madeira e zinco, até às convencionais em alvenaria, ou mesmo outras que fundem estes três tipos com outros materiais mais recentes. As ruas e casas estão imbuídas de histórias, em particular da história dos moçambicanos, da história da Luta de Libertação e de alguns dos seus protagonistas. O bairro foi palco da resistência (sub)urbana ao colonialismo, no tempo em que se sonhava com o dia em que a liberdade reinasse naquelas ruas, naquele bairro (Gonçalves, 2016, p. 132).

Hoje a Mafalala é o bairro suburbano que se encontra mais próximo do centro da cidade e, por essa razão, tornou-se numa das áreas preferenciais para habitação por parte das

peessoas de poucas posses. Apesar desta predominância makhuwa no início, o bairro sempre foi multiétnico e multicultural, tal a diversidade de grupos étnicos e de culturas, ainda que cada grupo possuísse os seus espaços próprios de socialização (Laranjeira, 2016, p. 62-63).

3. Metodologia

Os dados foram colhidos utilizando a perspetiva qualitativa. A principal propriedade da pesquisa qualitativa é examinar a maneira como as pessoas dão sentido às suas próprias experiências concretas e da vida real em suas próprias mentes e em suas próprias palavras (Cropley, 2022, p. 9). Optamos pela pesquisa qualitativa, pois de acordo com Araújo (2004, p.31), trabalhar questões referentes ao PF significa fazer uma incursão no campo da subjetividade, da sexualidade e do relacionamento entre homens e mulheres, e envolve significados e valores construídos socialmente, mas que nem sempre são verbalizados pelos usuários e pelos profissionais de saúde.

No que concerne às técnicas de recolha de dados utilizamos uma combinação delas, nomeadamente: discussões em Grupos Focais, entrevistas semiestruturadas, conversas informais e observação participante. Cada um destes métodos serviu a objetivos específicos e possibilitou o processo de triangulação. Os métodos foram desenhados de modo a serem complementares e a permitirem explorar informações que outra técnica não conseguiria aprofundar.

Os informantes-chave incluíram homens, mulheres, autoridades governamentais, comunitárias e alguns profissionais de saúde que trabalham na área do PF. Apesar de o estudo ter como grupo primário homens com parceiras em idade reprodutiva (15 aos 49 anos de idade), também incluímos mulheres como participantes, porque por um lado o conceito de gênero relaciona homens e mulheres em um dado contexto, mas por outro, os programas de PF em Moçambique e em outros cantos do mundo são focalizados nas mulheres, o que contraria uma das principais resoluções da Conferência da População realizada no Cairo em 1994 postula que os homens também devem ser atores ativos e decisores da sua Saúde Sexual e Reprodutiva (Unfpa⁴, 2007).

⁴ Fundo das Nações Unidas para a População.

3.1 Amostragem

Foi feita uma combinação de dois tipos de amostragem não-probabilística, nomeadamente: a amostragem por conveniência e a bola de neve (*snowball*) baseando-se no princípio de saturação da amostra⁵ (Fontanella et al., 2008). Foram realizadas vinte e quatro (24) entrevistas semiestruturadas, sendo doze (12) com homens (cinco em Mafalala e sete em Macarretane) e doze (12) com mulheres (6 na Mafalala e 6 em Macarretane). Antes da realização das entrevistas foi explicado aos participantes quais eram os objetivos do estudo, solicitada a sua colaboração e negociadas as condições para o seu envolvimento tomando em conta os vários aspetos éticos, de entre os quais a necessidade de obter o seu consentimento para a gravação das entrevistas. As entrevistas semiestruturadas foram gravadas com o prévio consentimento dos participantes e duraram em média trinta minutos.

Cada participante foi entrevistado em média 2 vezes. Conscientes da dificuldade de se discutir assuntos de âmbito privado, os pesquisadores optaram por segmentar as interações em campo de acordo com o sexo. A pesquisadora principal trabalhou com mulheres e o seu colega de sexo masculino trabalhou com homens. Esta divisão de tarefas visava garantir maior empatia de gênero na interação sobre temáticas íntimas da vida dos participantes.

Relativamente aos Grupos Focais foram realizados (6) Grupos Focais, sendo quatro (4) com homens (2 na Mafalala e 2 em Macarretane) e dois (2) com mulheres (1 na Mafalala e 1 em Macarretane). Nos dois (2) Grupos Focais com homens em Macarretane participaram seis homens em cada. Sete (7) mulheres participaram no Grupo Focal em Macarretane e seis (6) mulheres na Mafalala. Seis (6) homens participaram no primeiro Grupo Focal em Mafalala e seis (6) homens participaram do segundo Grupo Focal em Mafalala. A constituição dos membros dos Grupos Focais foi homogênea em termos de ocupação profissional e sexo. Realizamos Grupos Focais em separado com homens e mulheres, porque é mais fácil fazer com que os participantes expressem as suas percepções e experiências, quando são da mesma geração, atividade profissional e gênero.

⁵ A saturação da amostra ocorre quando os participantes repetem as mesmas informações para o pesquisador e não trazem dados novos. Desse modo, o pesquisador encerra o recrutamento de novos participantes para o seu estudo.

Antes da realização dos Grupos Focais foi explicado aos participantes quais eram os objetivos do estudo, solicitada a sua colaboração e negociadas as condições para o seu envolvimento tomando em conta os vários aspetos éticos, de entre os quais a permissão para a gravação das entrevistas. Após a anuência dos participantes em tomar parte do estudo e para gravar os Grupos Focais foram gravados e duraram cerca de uma hora. As línguas de diálogo com os participantes das entrevistas e dos Grupos Focais foram o Português e o Xichangana⁶, este último utilizado para comunicar com as pessoas que não sabiam falar português ou que não se expressavam bem na língua portuguesa.

A análise de dados foi feita com recurso à análise temática que ocorreu em seis etapas, nomeadamente: 1) familiarização com os dados, 2) geração dos códigos iniciais, 3) busca por temas nas transcrições, 4) Revisitação de temas, 5) Definição e nomeação de temas e, 6) Redação dos resultados do estudo (Kiger & Varpio, 2020, p. 3-8).

Para a realização deste estudo foram seguidas as normas e procedimentos bioéticos de proteção ao indivíduo, mediante a submissão e aprovação do Comité Nacional de Bioética em Saúde (CNBS) a 16 de setembro de 2011 com o número de registo 274/CNBS/11. Para que os participantes do estudo estivessem claros sobre o que se pretendia, foi elaborada uma folha de informação ao participante. Nesta folha se explicavam os objetivos do estudo, a sua metodologia, a garantia do anonimato e confidencialidade da informação recolhida, para além da possibilidade de os participantes terem o direito de se retirarem do estudo, assim que o desejassem. Se o participante após perceber a informação fornecida aceitasse participar no estudo lhe era solicitado que assinasse o termo consentimento informado. Aos participantes que não sabiam escrever pediu-se que dessem o seu consentimento informado através do uso do carimbo para a impressão digital. De modo a garantir a confidencialidade e o anonimato dos participantes não foram utilizadas as suas verdadeiras identidades. As gravações das entrevistas e Grupos Focais e suas transcrições foram de acesso e uso exclusivo dos dois pesquisadores deste estudo.

4. Resultados

⁶ Língua falada nas províncias de Maputo, Gaza, Inhambane e na zona meridional das províncias de Manica e Sofala. O Xichangana também é falado na zona meridional do Zimbabwe e na província do Transvaal, na República da África do Sul (Ngunga & Faquir, 2012, p. 225).

Os resultados da pesquisa indicam dois conjuntos de barreiras que impedem homens e mulheres de gozarem do direito ao PF, nomeadamente: barreiras individuais e comunitárias, assim como barreiras institucionais.

4.1 Barreiras individuais e comunitárias

Estas barreiras consistem num conjunto de fatores de ordem individual e comunitária que fundidos criam empecilhos para que as pessoas exerçam o seu direito ao uso do PF. Importa referir que a distinção ou separação entre o individual e o comunitário é bastante ténue, uma vez que a personalidade do indivíduo é uma mistura entre o seu processo de socialização e o meio social em que está inserido. As atitudes e comportamentos dos indivíduos não ocorrem num vazio e são também influenciadas pelas redes de sociabilidade, estatuto social, nível de escolaridade, profissão, religião, entre outras. Por esse motivo, não fazemos uma separação entre as barreiras individuais e comunitárias, na medida em que muitas vezes elas se fundem. De entre as barreiras individuais e comunitárias salientam-se: medo de efeitos secundários dos contraceptivos, mitos, crenças, ideias erradas acerca dos contraceptivos, a associação entre o PF e a infidelidade, a oposição e a necessidade de ter a permissão dos parceiros para o uso dos contraceptivos, falta de diálogo, silêncio e iniciativa de falar sobre o PF entre os casais e estigma e desprezo pelas mulheres ou casais sem filhos.

O medo dos efeitos secundários, assim como os mitos, crenças e ideias erradas sobre os contraceptivos tem feito com que algumas mulheres não adiram ao PF, ou desistam do mesmo. Em Macarretane por exemplo, os participantes referiram que preferem fazer uso dos métodos contraceptivos tradicionais, folclóricos ou de sabedoria popular⁷ do que dos modernos, pois no seu entender estes últimos criam efeitos adversos ao corpo da mulher. Igualmente, por conta desses mitos, crenças, ideias erradas e medo de efeitos secundários dos contraceptivos, alguns participantes associam o PF à infidelidade. Esta associação foi feita sobretudo pelos homens entrevistados em Macarretane. Nos dois Grupos Focais realizados

⁷ Métodos contraceptivos folclóricos, tradicionais ou de sabedoria popular são aqueles que são de conhecimento de uma certa comunidade para evitar as gravidezes indesejadas, através da ingestão ou inserção de ervas no seu corpo.

com homens em Macarretane, os participantes relacionaram a pílula e a injeção à infidelidade, como mostram as citações abaixo:

“A mulher quando usa injeção ou comprimidos, se o marido dela vai para África do Sul, outros homens ficam a manter relações sexuais com ela, porque ela precisa de fazer sexo sempre” (Grupo focal 2, homens, Macarretane).

“O que é dor de cabeça neste assunto de PF é que pode haver desconfiança entre o casal. Quando alguns homens as vezes vão trabalhar na África do Sul e a mulher fica a fazer das suas e isso é preocupante. Nós apoiariamos o PF se as mulheres fizessem na mesma altura que os seus maridos estivessem em casa, mas as mulheres são muito espertas e aplicam injeção de 6 meses depois dormem com outros homens sem que os maridos saibam. Antes eles descobriam através da barriga, mas agora não é possível” (Grupo focal 1, homens, Macarretane).

“Gostamos do planeamento, mas há coisas que acontecem que as vezes criam problemas às nossas mulheres. Quando elas usam injeção faz-lhes mal. Usam comprimidos e injeções depois já não menstruam. As vezes engordam e a vagina delas fica cheia de água (“xitale a mati”) e não já não são boas. Ficam cheias de água não porque se metem com muitos homens, mas por causa dos comprimidos e injeções” (Grupo Focal 1, homens, Macarretane).

O ponto de vista dos homens relativamente aos efeitos secundários ocasionados pelo uso de pílulas e injeções é corroborado pelo relato das mulheres em Macarretane. À semelhança deles, estas acreditam que a pílula e a injeção alteram o bom funcionamento do seu organismo e interferem no prazer sexual. As mulheres inquiridas também relacionam os possíveis efeitos adversos dos contraceptivos no seu organismo à permissão que têm que receber dos maridos ou parceiros para fazerem o PF, pois, visto acreditarem que os contraceptivos criam efeitos colaterais, não têm como esconder que fazem o PF. Esta percepção foi recorrente em Macarretane e em nenhum momento em Mafalala.

“É um pouco difícil fazer PF sem que o homem queira, porque ele pode descobrir. Há certos defeitos que ele conhece, porque pode ver que da forma como vínhamos, há outras coisas que entraram” (Lucinda, 32 anos, em união de fato, Macarretane).

“Hum... não iria fazer PF sem meu marido saber, porque outros dão porrada quando fazes sem a autorização deles, ou podem discutir contigo se quiserem. Em casa vivem sempre em discussão e não há paz. O planeamento faz saber a água, e ele vai perguntar: por que é que tens sabor à água, se antigamente não tinhas? O que se passa? Até que eu chegaria a confessar que estou a fazer o planeamento. O que faz mais saber a água é a injeção. Os comprimidos não” (Joana, 34 anos, em união de fato, Macarretane).

“Com a injeção pode descobrir... porque a vagina fica cheia de água... Isso de água varia de pessoa para pessoa... A injeção se não te cair pode furar a menstruação durante todo o mês sem parar e no fim pode acabar dizendo o que está a acontecer... se te cai bem te faz engordar...as outras emagrecem... O aparelho também cria os seus problemas... O jeito também cria problemas, porque em algum momento fura-se” (Grupo Focal, mulheres, Macarretane).

Outra barreira de índole individual ou comunitária tem a ver com a oposição dos maridos ou parceiros na aderência ao PF, o que por vezes gera casos de violência doméstica, na medida em que todas as decisões do lar são tomadas pelos homens, incluindo as de índole reprodutiva, o que veda o direito e a possibilidade de elas decidirem sobre os seus próprios corpos. Nalguns casos os homens se opõem à PF porque ainda desejam ter mais filhos, o que remete ao significado social de ter filhos. Exploramos junto dos participantes qual é o significado de ter filhos. Todos os participantes em Macarretane afirmaram que os filhos são importantes numa união e que a sua ausência pode criar problemas no lar, fazer com que a pessoa sem filhos seja mal vista e que o parceiro possa procurar outras mulheres para poder ser pai. A ideia de que o homem pode envolver-se com outra ou outras mulheres a fim de procriar foi mencionada em Macarretane e não em Mafalala.

É importante perceber o significado social de ter filhos ou a preferência por famílias numerosas nalguns contextos, porque essa questão liga-se a outra barreira que o estudo identificou para o não uso de contraceptivos que foi a estigmatização e a pressão social que as pessoas, sobretudo mulheres sofrem por parte da comunidade, famílias e redes de sociabilidade para terem filhos. Por exemplo, durante o estudo questionamos aos participantes se as suas famílias teriam alguma influência nas suas escolhas e decisões reprodutivas e estes responderam que esse assunto apenas diz respeito ao casal.

Em Macarretane foi referido que ter filhos e sobretudo muitos, eleva o prestígio em termos sociais e económicos, conforme mostram os excertos abaixo:

“As crianças devem ser geradas porque enriquecem o país. Se não nascermos a economia cai. Então, é necessário que os negros também procriem e as crianças sejam sustentadas tal qual nos outros países onde há apoio para órfãos.” (Grupo focal 2, homens, Macarretane).

“Quando você tem um filho e ter sorte ela ou ele pode ter um emprego você fica beneficiado. Agora não ter também é um caso você, porque você fica totalmente sozinho e ninguém vai te chamar de papá. É essa vantagem em termos de ter filhos.” (Antônio, 45 anos, união de fato, Macarretane).

Apesar de em Macarretane os participantes, sobretudo homens, terem defendido uma família numerosa, algumas mulheres entrevistadas afirmaram que não se deve discriminar as mulheres que ainda não conceberam, porque a ausência de filhos pode ter a ver com problemas no seu organismo.

“Uma mulher que não faz filhos é tida como *n'gòn'wa*⁸. (...) Não se pode dizer que não faz filhos, outras demoram dependendo do seu *rumbo*⁹, o seu *xibelequelo*¹⁰ demora a conceber” (Grupo focal, mulheres, Macarretane).

Como se pode depreender no relato anterior, as mulheres que participaram do Grupo Focal em Macarretane consideram que o fato de uma mulher não conceder de imediato não faz dela infértil e reconhecem que há condições particulares como o *rumbo* e o *xibelequelo* que podem influenciar na concepção. Mariano (2009, p. 30), faz notar que a percepção de quem é *n'gòn'wa* é subjetiva, na medida em que as vezes a mulher se coloca nessa condição por não estar a conseguir conceber mais do mesmo desejando.

Importa realçar que apesar da percepção generalizada de que os filhos são riqueza e dão prestígio em Macarretane, um dos homens com que interagi afirmou que ter muitos filhos atualmente é despesa, porque é preciso ter recursos financeiros para alimentá-los, prover educação e saúde, diferentemente do tempo dos seus antepassados em que a economia se baseava na agricultura e as terras produziam bastante, dando para alimentar o agregado familiar, por mais extenso que fosse.

Diferentemente de Macarretane, em Mafalala os participantes apesar de considerarem os filhos importantes não querem ter muitos filhos devido às precárias condições em que vivem, o que indica que o nível de escolaridade, as condições socioeconómicas e a

⁸ *N'gòn'wa* adjetivo utilizado na língua Tsonga para indicar homem ou mulher infértil, que tem em si um significado pejorativo, equivalente a uma injúria (Mariano, 2009, p. 30).

⁹ *Rumbo* vem do Tsonga e em Português significa tripa. Esta é uma tradução literal, mas o sentido semântico de *rumbo* usada neste artigo é equivalente a ventre.

¹⁰ *Xibelequelo* vem da língua Tsonga e significa em Português útero (tradução nossa).

localização geográfica (neste caso um meio mais urbano), assim como o acesso à informação criam diferentes percepções sobre o número de filhos a ter.

“Não podemos ser como os nossos pais que não faziam o Planejamento Familiar e têm muitos filhos. Por exemplo, o meu pai tem dez filhos, com a mesma esposa. Só dois ou três é que conseguiram ser o que queriam. Eles faziam esses filhos pensando que iam lhes ajudar, mas para lhes ajudarmos tínhamos que primeiro nos ajudar para depois ajudarmos a eles. Não podemos ser como nossos pais que tiveram tantos filhos e no final não resultou em nada, apenas aumentaram preocupações para eles mesmos” (Alfredo, 24 anos, união de fato, Mafalala).

Outra barreira tem a ver com a falta de diálogo, o silêncio e a coordenação entre os casais sobre os assuntos de PF. Questionamos a homens e mulheres se conversam sobre o PF com os seus parceiros (as) e três respostas emergiram: 1) Alguns participantes consideram que o PF é unicamente da responsabilidade da mulher, porque ela é quem fica grávida e os contraceptivos são a ela distribuídos, razão pela qual não abordam o tema; 2) Outros participantes consideram que ambos (o casal) têm o seu papel e responsabilidade no PF; 3) Participantes que acham que cabe ao homem iniciar a conversa sobre o PF e decidir aderir ou não. Olhando para as três respostas constata-se que as mesmas acabam não abordando com clareza quais são os mecanismos de diálogo e articulação entre os casais em torno do PF, mas refletem quem é que na ótica dos participantes é que deve iniciar a interação e tomar a decisão de fazer ou não uso do PF e dos contraceptivos.

“O planeamento é coisa de mulheres para se prevenirem das suas coisas e nós não usamos isso” (João, 24 anos, união de fato, Mafalala).

“Nunca vi um homem que faz o PF, nunca vi. Por essa razão que digo que um homem não faz o PF o homem tem que fazer PF para quê? O homem só engravida não faz PF. O homem vive assim quem faz PF é a mulher” (Maússe, 42 anos, união poligâmica com duas mulheres, Macarretane).

“O PF também é assunto dos homens, porque se eles não quiserem, podem zangar contigo, mas se eles souberem não tem problema” (Fátima, 24 anos, em união de fato, Macarretane).

“Geralmente o papel do homem para mim é concordar ou não concordar com o Planejamento Familiar, porque, por exemplo, ela diz que eu quero fazer Planejamento Familiar porque já não quero mais filhos, o homem diz que eu quero mais filhos, então o papel do homem é o de tomar decisão sobre ter filhos ou não” (Inácio, 30 anos, casado, Mafalala).

“Quem determina quando parar de fazer PF sou eu e ela não nega porque eu digo para ela parar. Eu é que eu vejo que o tempo de parar já chegou” (Marcos, 36 anos, em união de fato, Macarretane).

4.2 Barreiras institucionais no acesso ao Planejamento Familiar

Segundo Biza et al., (2017, p. 56), a (s) dinâmica(s) de funcionamento do sistema nacional de saúde contém aspectos negativos que constituem barreiras para a procura de serviços de planejamento familiar e uso de métodos contraceptivos modernos.

De entre as barreiras institucionais, a nossa pesquisa constatou que a feminização dos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva desencoraja aos homens para fazerem uso desses serviços. Durante a pesquisa, um dos homens em Macarretane referiu que acompanhou a esposa à consulta e a profissional de saúde questionou o que é que ele fazia naquele espaço, visto ser um espaço entendido como marcadamente feminino. Esse questionamento não foi apenas relatado na nossa pesquisa, mas também em outras pesquisas, como por exemplo, Biza et al., (2017). A atitude da profissional de saúde que interagiu com o participante em alusão tem a ver com o fato de os provedores de saúde serem parte da sociedade e terem sido inculcados durante a sua socialização alguns valores e normas de gênero que os acompanham também no desempenho da sua atividade profissional. Os papéis de gênero concebem e delimitam os espaços, atividades e comportamentos esperados dos indivíduos de sexo masculino e feminino, ou seja, há uma construção social de papéis de gênero para homens e mulheres. No domínio da reprodução, apesar de os homens serem vistos como os que detêm o poder decisório, a responsabilidade pela reprodução é imputada à mulher, razão pela qual espera-se que seja ela a frequentar as consultas de PF e as consultas pré-natais.

Para além de serem discriminados e alvo de jocosidade por parte de alguns profissionais de saúde, Capurchande (2016, p. 138) faz notar que durante a sua pesquisa sobre o PF em Moçambique, alguns dos participantes do seu estudo afirmaram que quando vêm um homem a acompanhar a sua esposa/companheira ao centro de saúde, é “rotulado como um homem que é dominado pela sua esposa”. O fato de alguns homens que acompanham as esposas/parceiras às consultas serem alvo de piadas por parte de alguns profissionais de saúde

e outras pessoas têm impedido que estes estejam à vontade para continuarem a ir às consultas, o que viola o seu direito à informação e acesso aos serviços de PF. Pedro & Mariano (2019) fazem notar que apesar de o PF ser tido como um assunto meramente feminino porque as mulheres é que têm útero, também constitui assunto dos homens porque eles é que detêm o poder decisório. Ora, se eles é que detêm o poder decisório, precisam de informação acurada e acesso aos serviços de PF livre de qualquer sevícia e constrangimento para que possam tomar decisões devidamente informadas.

Outra barreira institucional que condiciona o acesso e uso dos contraceptivos tem a ver com os canais de informação disponíveis para que as pessoas obtenham informação fidedigna, o que de certo modo relaciona-se com os mitos, crenças e ideias erradas sobre o PF e contraceptivos. No decurso da pesquisa, sobretudo em Macarretane, constatamos a existência de mitos e ideias erradas (vide a secção de barreiras individuais e comunitárias) que derivavam do pouco acesso às informações credíveis. Na altura em que a pesquisa decorreu existia em Macarretane apenas uma enfermeira de Saúde Materno e Infantil, o que se mostrava insuficiente para atender os utentes do serviço na Unidade Sanitária e fazer palestras na comunidade. Grande parte das informações que os participantes do estudo tinham em Macarretane provinham das suas redes de sociabilidade, nomeadamente: amigos e família. Importa realçar que muitas dessas informações estavam erradas e enfermavam de mitos e tabus, o que contribui para uma recusa e resistência ao uso do PF. Diferentemente de Macarretane, Mafalala por estar dentro da cidade capital de Moçambique (Maputo) está mais exposta à informação, campanhas de sensibilização sobre o PF, mais próxima das Unidades Sanitárias e os seus moradores têm maior nível de escolaridade que os de Macarretane. Esses elementos distintivos fazem com que o conhecimento e as atitudes acerca do PF sejam diferentes entre os participantes dos dois contextos.

Uma das barreiras institucionais que constatamos durante a pesquisa foi o tempo e o tipo de interação entre alguns provedores dos serviços de PF e os utentes. Durante o trabalho de campo, acompanhamos o caso de uma senhora que entrou para a consulta de PF e a enfermeira questionou a idade dela. A senhora afirmou que estava na faixa dos 40 anos. De seguida a enfermeira perguntou quantos filhos ela tinha. Quando ela respondeu que é mãe de dez filhos a enfermeira exclamou: “10?!” Sem praticamente explicar os métodos

contraceptivos e os seus efeitos no organismo para que a utente pudesse escolher o que achava conveniente disse: “deite-se na marquesa, irei colocar-lhe o DIU¹¹”. Em nenhum momento explicou o que é o DIU, como usar e quais são os efeitos. Para além de não ter sido clara e exhaustiva na explicação dos contraceptivos, a interação foi bastante curta, unilateral e a paciente foi tratada de forma grosseira, o que impossibilitou a utente de colocar questões e dúvidas. Referindo-se ao tempo de interação entre utentes e provedores de serviços de PF, Capurchande (2016, p. 138) afirma que no seu estudo constatou que o tempo de interação era bastante mínimo, cerca de 8 a 10 minutos, o que fez com que alguns utentes sentissem vergonha de colocar questões e de se abrir com os profissionais de saúde.

5. Discussão de resultados

O medo de efeitos secundários, mitos, crenças e ideias erradas sobre os contraceptivos constituem uma barreira a nível da comunidade e individual, pois as pessoas desconfiam da eficácia dos mesmos e associam a outras práticas que consideram nefastas ou desaconselháveis, como por exemplo, à infidelidade. Nos relatos em que alguns participantes associam o uso da pílula e da injeção à infidelidade nota-se claramente um desconhecimento sobre os efeitos que a pílula provoca no organismo, uma vez que estes contraceptivos não estimulam a necessidade de sempre ter relações sexuais, mas podem provocar outros efeitos adversos ao organismo das mulheres. Segundo Picardo e Cau (2019, p. 227), a percepção de que as mulheres que fazem PF são propensas a cometer infidelidade também tem o potencial de desencorajar o uso da contraceção que nesse contexto é percebida como retirando dos homens o controle sobre a sexualidade das suas parceiras ou mulheres.

No que toca à oposição e necessidade de obter a permissão do parceiro para aderir ao PF e utilizar os contraceptivos modernos, nota-se que alguns dos participantes consideram que se deve ter um número grande de filhos, pois isso tem constituído um motivo para os homens rejeitarem o PF. Nesse sentido, é preciso questionar o significado de ter muitos filhos, uma vez que é subjetivo. Como afirma Francisco (2011, p. 234) é preciso colocar as seguintes questões: o que significa ter muitos filhos em termos gerais, e no caso de Moçambique em

¹¹ Dispositivo intrauterino que é Moçambique é conhecido por aparelho.

particular? Quantos filhos representam um número demasiado? À estas questões colocadas por António Francisco com as quais concordo, acrescento as seguintes: são muitos filhos para quem e em que momento da vida ou idade do indivíduo é que se considera que tem muitos filhos? A preferência por muitos filhos também foi encontrada num estudo realizado por Wambui et al., (2009) e por Onyango et al., (2010) no Quênia. Os resultados desses estudos indicam que as crianças são sinónimo de riqueza e quanto maior for o número de filhos, mais riqueza se terá. Quanto maior for o número de filhos, mais dinheiro se obterá através do dote.

Relativamente à falta de diálogo, silêncio e conversa em torno do PF os resultados indicam que poucos casais dialogam). Esta constatação está em linha com alguns estudos sobre o PF na África subsaariana e em Moçambique como por exemplo, De Gita (2007); Pedro (2013); Biza et al., na medida em que estes mostram que nem sempre os casais dialogam sobre o PF e, quando o fazem, a decisão de aderir aos serviços de Planeamento Familiar é do homem. No geral, é imputada ao homem a responsabilidade e decisão de abordar a questão do PF e decidir o seu uso. Nos casos em que os homens afirmaram que o PF é assunto de mulheres nota-se que atribuem toda e qualquer responsabilidade sobre o PF a elas, porque no seu entender elas é que têm necessidade de prevenir uma eventual gravidez, pois o seu aparelho reprodutor é que está preparado para acolher a gestação da criança. Esta percepção não tem apenas explicação biológica, mas também social. Através de todo um processo de socialização a mulher é moldada para assumir o papel de genitora biológica, assim como social. A implicação deste ponto de vista é de eximir o homem da sua responsabilidade e do seu direito de também ser um ator ativo nas questões contraceptivas e, consequentemente, inibir a mulher de gozar desse direito, uma vez que ele é o principal decisor no seio do agregado familiar.

Apesar de alguns participantes pensarem o PF como algo inerente ao casal, ou seja, uma tomada de decisão coletiva, também consideram que o homem tem mais peso na decisão, mesmo que a parceira proponha que ambos adiram aos serviços de PF. Outros participantes afirmaram que o homem como chefe de família é que deve iniciar a conversa sobre o PF e decidir sobre a aderência ou não.

No que concerne ao estigma e isolamento das mulheres ou casais que não têm filhos, apesar de alguns participantes terem dito que as famílias não interferem nas suas decisões

reprodutivas, alguma literatura sobre a contracepção em África, como por exemplo Adongo (1998) como citado em De Gita (2007) refere que os sistemas de parentesco desempenham um papel importante no controlo da fertilidade dos casais. Em Moçambique, Chilundo e Jacinto (2014, p. 124) afirmam que existe uma influência da família nas escolhas reprodutivas dos casais, o que na minha perspetiva mostra que os conceitos de casamento e família são socialmente construídos e que a reprodução não é apenas algo biológico, mas algo que está conectado com as diversas esferas que compõem o social, na medida em que as normas de género, os projetos do casal, o momento da sua vida, a cumplicidade e o diálogo sobre esse aspecto influenciam na tomada de decisões sobre ter filhos, quando, como, quantos e com intervalo de quanto tempo. A pressão que os casais sofrem por parte das suas redes de sociabilidade, sobretudo das famílias alargadas retiram a sua autonomia de decidir sobre os seus projetos reprodutivos e, consequentemente poder minar o direito ao PF na medida em que podem ter filhos num momento em que não estão preparados ou ter um número de filhos diferente do que realmente desejam.

A barreira institucional feminização dos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva é de grande importância, pois um dos pressupostos básicos para que os homens aceitem e adiram ao PF é terem informação credível que possa anular os mitos, preconceitos e ideias erradas ainda existentes (Mboane & Bhatta, 2015; Capurchande et al., 2017; Biza et al., 2017; Manhice & Lihache, 2019). O fato de eles serem discriminados e até ridicularizados quando se dirigem à consulta impede que acedam à informação correta e, que por conta disso, sendo os decisores do agregado familiar olhem com suspeição para os serviços e proíbam as parceiras de o utilizarem. Para além dessas implicações, a feminização dos serviços de PF fere com um direito que assiste aos homens de terem informação e decidirem por si mesmos sobre a sua vida contraceptiva.

Um dos princípios orientadores da estratégia de PF e contracepção do Ministério da Saúde postula a equidade de género:”envolver todos os grupos-alvo do PF assegurando que tanto homens como mulheres tenham pleno acesso a serviços de PF de qualidade e a oferta de todos os métodos contraceptivos em uso no Sistema Nacional de Saúde” (Ministério da Saúde, 2010, p. 12). O argumento defendido na estratégia considera os homens cruciais para se atingir uma maior utilização dos serviços de PF por parte das mulheres e por eles próprios

(ibidem, p.13). A inobservância desse princípio orientador compromete o uso dos contraceptivos por parte das mulheres, se levar-se em consideração que estas dispõem de fraco poder de decisão. Evidências de outros estudos como por exemplo de Biza et al., (2017) nas províncias de Sofala (centro de Moçambique) e de Nampula (norte de Moçambique) também constatou que se os homens se opuserem ao uso de contraceptivos, as mulheres tenderão a não os usar ou a fazê-lo secretamente por temer a violência conjugal.

Apesar das normas de gênero restritivas às mulheres no contexto do PF e não só, durante a minha pesquisa foi possível identificar algumas estratégias utilizadas por certas mulheres para lidarem com a resistência e recusa dos parceiros/ maridos de fazerem o PF. Uma enfermeira de SMI relatou que algumas mulheres em Macarretane fazem o PF secretamente. Elas optam pela depoprovera, vulgo injeção, pois esta é administrada de 3 em 3 meses, levantando menos suspeita no seu uso do que a pílula, uma vez que esta última é de toma diária e o parceiro pode surpreendê-las no momento da toma. A enfermeira acrescentou ainda que as mulheres que optam pela depoprovera deixavam os cartões de PF com ela e quando chegasse o momento de renovarem a dose da injeção telefonavam para ela para fazer a marcação. Desse modo, os esposos/parceiros não se aperceberam do uso de contraceptivos.

O tipo e tempo de interação entre os provedores de serviços e as utentes os resultados mostram que não houve espaço suficiente para que estas últimas colocassem questões e se sentissem à vontade. Esse achado pode inibir os utentes de voltarem aos serviços por se sentirem desconfortáveis e a sua voz não ser ouvida, uma vez que por vezes a interação entre prestadores e utentes parecia um monólogo.

6. Conclusão

Este artigo visou apresentar e discutir as barreiras que homens e mulheres enfrentam para exercer o direito ao Planeamento Familiar. Para tal, partiu-se dos dados de pesquisas que a autora vem realizando sobre as percepções e experiências em torno do PF no sul de Moçambique. As pesquisas em alusão sugerem dois tipos de barreiras ao exercício do direito ao PF, nomeadamente: as barreiras individuais e comunitárias, assim como as barreiras institucionais. De entre as barreiras individuais e comunitárias realçam-se as seguintes: medo de efeitos secundários dos contraceptivos, mitos, crenças, ideias erradas acerca dos

contraceptivos, a associação entre o PF e a infidelidade, a oposição e a necessidade de ter a permissão dos parceiros para o uso dos contraceptivos, falta de diálogo sobre o PF entre os casais e estigma e desprezo pelas mulheres ou casais sem filhos. As normas de gênero, as percepções que circulam nas comunidades e as redes de sociabilidade dos indivíduos têm influenciado na existência de ideias erradas, mitos e preconceitos quanto ao PF. O estudo conclui que as barreiras individuais e comunitárias têm uma relação entre si, na medida em que o indivíduo não é uma ilha e o contexto social em que está inserido exerce influência sobre si, suas percepções, atitudes e comportamentos. Outrossim, o estudo conclui que algumas lacunas ao nível do setor de saúde têm dificultado o acesso e uso dos serviços de planejamento familiar e contraceptivos.

Referências

ARAÚJO, F. (2004). *Acções de Educação em Saúde no Planeamento Familiar nas Unidades de Saúde da Família do Município de Campina Grande-PB* [Curso de especialização em saúde da família para profissionais do programa de saúde de família de Campina Grande-PB]. Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, Brasil.

BIZA, A; PEDRO, V; MATAVEL, O; QUEMBO, T & ANTÓNIO, V. (2017). *Compreendendo as barreiras e determinantes sociais que influenciam a procura por serviços de Planeamento Familiar e a aceitação de métodos modernos de contracepção em Sofala e Nampula*. Maputo: N'weti-comunicação para a saúde.

CAPURCHANDE, R. (2016). *Unravelling the mosaic discourses and practices about family planning in two settings of Maputo province, Mozambique: a phenomenological study* [Tese de Doutorado]. Vrije Universiteit Brussel, Bruxelas, Bélgica.

CAPURCHANDE, R; COENE, G; ROELENS, K & MEULEMANS, H. (2017). If have Only two children and they die... who will take care of me? A qualitative study exploring knowledge, attitudes and practices about family planning among Mozambican female and male adults. *BMC Women's Health* 17 (66):1-15.

CHILUNDO, B & JACINTO, A. (2014). Determinantes de uso de serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva pelas mulheres jovens em Moçambique: estado actual e implicações. Em: B. Cau & C. Arnaldo (Eds.), *Adolescentes e jovens em Moçambique: uma perspectiva demográfica e de saúde* (pp. 111-146). Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde.

CROPLEY, A. (2022). *Introduction to Qualitative Research Methods: A practice-oriented introduction*. Hamburg: Editura Intaglio.

DA COSTA, A. (2002). *Famílias na periferia de Maputo: estratégias de sobrevivência e reprodução social*. [Tese de doutoramento]. Instituto Superior de Ciências de Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.

DE GITA, G. (2007). *Spousal communication and Family Planning behavior in Northern Cape, South Africa*. [Master Thesis]. University of Cape Town, Cape Town, South Africa.

FONTANELLA, B; RICAS, J; TURATO, E. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*. 24(1): 17-27.

FRANCISCO, A. (2011). Ter muitos filhos, principal forma de proteção social numa transição demográfica incipiente: o caso de Moçambique. Em: L. BRITO, C. N. CASTEL-BRANCO; S. CHICHAVA & A. FRANCISCO (Orgs.), *Desafios para Moçambique 2011* (pp. 231-282). Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos.

DISTRITO DO CHÒKWÉ. (2010). *Plano Estratégico de Desenvolvimento*. Chòkwé. Obtido em: https://issuu.com/artpublications/docs/pedd_ch_kwe_co_del

GONÇALVES, N. (2016). O urbanismo da Mafalala: origens, evolução e caracterização. Em: M. RIBEIRO (Org.), *Memórias e espaços de um lugar* (pp. 107-163). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (2020). *Folheto Estatístico Distrital*. Chòkwé. Obtido em: <https://www.ine.gov.mz/web/guest/d/folheto-estatistico-districal-chokwe-2020>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (2021). *Folheto Distrital 2021 KaMaxaqueni*. Maputo: Delegação da cidade de Maputo. Obtido em: https://www.ine.gov.mz/web/guest/d/folheto-districal-de-ka-maxaqueni-2021-1?p_1_back_url=https%3A%2F%2Fwww.ine.gov.mz%2Fweb%2Fguest%2Fd%2Ffolheto-estatistico-districal-chokwe-2020

KIGER, M & VARPIO, L. (2020). Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131, *Medical Teacher*. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1755030>.

LARANJEIRA, R. (2016). Uma perspetiva histórica da Mafalala. Em: M. RIBEIRO (Org.), *Memórias e espaços de um lugar* (pp. 53-104). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

MACIA, M; MAHARAJ, P & CAPURCHANDE, R. (2019). O que se sabe e o que se faz: conhecimento, atitudes e práticas sobre o Planejamento Familiar na área urbana e rural, sul de Moçambique. Em: C. ARNALDO; B. CAU; B. CHILUNDO; J. PICARDO & S. GRIFFIN (Orgs.), *Planejamento Familiar e Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Moçambique* (pp. 9-49). Maputo: CEPISA.

MANHICE, E & LIHAHE, D. (2019). Desafios e possibilidades para o envolvimento do homem no Planejamento Familiar em Moçambique. Em: C. ARNALDO; B. CAU; B. CHILUNDO; J. PICARDO & S. GRIFFIN (Orgs.), *Planejamento Familiar e Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Moçambique* (pp. 189-209). Maputo: CEPISA.

MARIANO, E. (2009). N'gòn'wa, entre corpo e espírito. Em: *infertilidade, fertilidade: áreas escondidas do nosso quotidiano?* (pp.17-39). Maputo: Kula.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2010). *Estratégia de Planejamento Familiar e Contracepção 2010-2015. (2020)*. Maputo.

MBOANE, R & BHATTA, M. (2015). Influence of husband's healthcare decision making role on a woman's intention to use contraceptives among Mozambican women. *Reproductive Health*. 12:36.

NGUNGA, A & FAQUIR O. (2012). *Padronização da ortografia de Línguas Moçambicanas*. Relatório do III seminário. Maputo: Coleção as nossas línguas III, Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane.

ONYANGO, M; OWOKO, S & OGUTTU, M. (2010). Factors that influence male involvement in Sexual and Reproductive Health in Western Kenya: a qualitative study. *African Journal of Reproductive Health*, 2010; 14 (4): 33.

PEDRO, V & MARIANO, E. (2019). Planejamento Familiar é assunto de mulheres porque elas têm útero (...), mas também é um assunto dos homens porque eles é que decidem. Em: C. ARNALDO; B. CAU; B. CHILUNDO; J. PICARDO & S. GRIFFIN (Orgs.), *Planejamento Familiar e Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Moçambique* (pp. 163-187). Maputo: CEPISA.

PICARDO, J & CAU, B. (2019). Percepções e motivações dos homens na adesão e uso do Planejamento Familiar nos distritos de Manhica e Marracuene. Em: C. ARNALDO; B. CAU; B. CHILUNDO; J. PICARDO & S. GRIFFIN (Orgs.), *Planejamento Familiar e Políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Moçambique* (pp. 211-231). Maputo: CEPISA.

TVEDTEN, I; PAULO, M & TUOMINEM, M. (2010). Não fica bem que uma mulher seja chefe quando existem homens. Em: *Género e Pobreza no sul de Moçambique* (pp.1-50): CMI Report 2010: 7. Bergen: Chr. Michelsen Institute.

UNFPA. (2007). Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento-Plataforma de Cairo, 1994. Obtido em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/relatório-da-conferência-internacional-sobre-população-e-desenvolvimento-conferência-do>

UNDESA. (2022). *World Family Planning, meeting the changing needs for family planning: contraceptive use by age and method*. New York: United Nations.

USAID. (2020). *Landscape analysis of Family Planning in Mozambique*. Maputo: Publication prepared by ThinkWell for Management Systems International (MSI), A Tetra Tech Company.

USAID. (2022). *Iniciativa de Planejamento Familiar melhorado (USAID IFPI)*. Maputo: IFPI fact sheet.

WAMBUI, T; Ek A-C & ALEHAGEN, S. (2009). Perceptions of Family Planning among low-income men in western Kenya. *International nursing review* 56, 340-345.