

CARLOS MABUTANA

REIVENTANDO O CORPO E A TRADIÇÃO NA PRÁTICA DA CIRCUNCISÃO
MASCULINA: UM ESTUDO SOBRE VAMAKONDE DO SUL DE MOÇAMBIQUE

Brasília, março de 2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CARLOS MABUTANA

REIVENTANDO O CORPO E A TRADIÇÃO NA PRÁTICA DA CIRCUNCISÃO
MASCULINA: UM ESTUDO SOBRE VAMAKONDE DO SUL DE MOÇAMBIQUE

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do
Título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez
Coorientador: Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann

Brasília, março de 2023

CARLOS MABUTANA

REIVENTANDO O CORPO E A TRADIÇÃO NA PRÁTICA DA CIRCUNCISÃO
MASCULINA: UM ESTUDO SOBRE VAMAKONDE DO SUL DE MOÇAMBIQUE

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do
Título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em: marco de 2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez (Presidente)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Professora Dra. Maria Helena Ortolan (Membro Titular Externo)
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social
Universidade Federal de Amazonas

Professor Dr. Cristiano Guedes (Membro Titular Externo)
Programa de Pós-graduação em Política Social
Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília

Professor Dr. Alejandro Goldberg (Membro Titular Interno)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Professor Dr. Gerson Fernando Mendes Pereira (Suplente)
Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Brasília (CEUB)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiro a Deus, o lampião lumiante do meu destino e protetor em momentos de angústia, a meu pai Carlos Armando Mabutana (Scotch), minha mãe Adelaide Mabaia e meus irmãos. A meus pais, irmãos, e em especial a minha filha Emília, a mana Camila a minha Professora do ABC antes do meu ingresso à escola.

Dedico este trabalho aos meus avós paternos e maternos, “In Memoriam”, pelo que deles aprendi e do que sou hoje, e pela existência de meus pais, pois, sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam.

Ao Mestre Mathuele que me introduziu na cultura e ao apego sincero e fervoroso à Mundivisão Makondes pela minha iniciação no Likumbi. Ao Mestre Magaia o meu confidente, e quem me fez entender que entre nossos ancestrais há santos a enaltecer e evocar no encontro entre as Religiões Africanas e o cristianismo. Foi grande mentor da minha experiência iniciática cristã nos “Retiros de Iniciação” juntamente com o Padre Ezequiel Pedro Gwembe, SJ homem dedicado a educação de jovens segundo tradições africanas. A partir destes meus Mestres, valores mais altos e sublimes se levantam em mim, aprendi que só se conhece o ser humano a partir da sua nobre cultura, seu verdadeiro ninho que o construiu ser pertença étnica.

Um especial obrigado ao Evandro de Oliveira Lupatini, a quem o considero um irmão Fez parte da minha vida simplesmente porque dividiu comigo os momentos alegres, tristes, ganhos, perdas, me abraçou quando sentia a falta de um ombro amigo para partilhar as minhas angústias. A experiência de partilha de saberes em comunhão de amigos durante o tempo foram a melhor experiência que tive durante a formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Ximena Pamela Díaz Bermúdez, a oportunidade de tê-la como orientadora da tese de Doutorado. Tenho muito orgulho de citá-la como uma das responsáveis pela minha caminhada ao longo desses quatro anos de formação que fui buscando inspiração e modelo de ser no futuro e o que aprendi de si.

Agradeço pela confiança, pela amizade, conselhos e paciência que teve mesmo naqueles momentos em que parecia tudo impossível, em si encontrei caminhos para vencer aprendendo como é que nas nossas lutas diárias, as alegrias vêm de transpor dificuldades. De si aprendi a ganhar confiança e persistência no que queremos conquistar na vida.

Admiro e agradeço a disponibilidade que me prestou nos diálogos realizados no percurso inicial da produção da tese, contribuíram para a dimensão imensurável de tanto que tinha por pesquisar nos Makonde. Aprendi a seguir suas orientações, a respeitar ideias e o próximo, principalmente, que é muito mais fácil multiplicar quando sabemos dividir. Quero sempre encontrar esse lugar do qual aprendi, disponível sempre nesta caminhada que para mim está a começar ainda. Quero encontrar o apoio que sempre me concedeu, a confiança, as palavras sabias. MUITÍSSIMO OBRIGADO!!! Quero sempre contar com o privilégio da sua amizade.

Ao Professor Edgar Merchan Hamann a quem expressei a minha gratidão por ter aceite ser coorientador neste projeto, seu empenho foi marcante e essencial para a minha motivação à medida que as dificuldades iam surgindo no percurso, nosso diálogo foi importante para a pesquisa em várias outras vertentes sugeridas.

Aos professores membros da banca de qualificação, de modo especial o Prof. Dr. Cristiano Guedes, pelos pertinentes apontamentos e contribuições que enriqueceram expressivamente o estudo e exigiram de mim um trabalho árduo e abnegado e me inspirou para novas técnicas de abordagem. À Prof. Dra. Maria Helena Ortolan e ao Prof. Dr. Mauro Niskier Sánchez, pelas contribuições durante a qualificação. Todavia, apresento meus agradecimentos a todos os membros da banca de defesa pelas valiosas considerações.

Ao Corpo Docente e Funcionários da UnB, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu processo de inserção social e acadêmico no contexto brasileiro, vai o meu agradecimento, porque fizeram com que me orgulhe tanto de mencionar o nome institucional como de estar em suas instalações no lugar de estudante.

Aos meus colegas de curso, com os quais convivi intensamente o nosso percurso de formação, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formando.

À comunidade Makonde, particularmente aos Vanalombwo e suas equipes que consentiram a minha iniciação no Likumbi, abrindo portas à minha imersão no seu submundo étnico iniciático, torna-se assim, agradável agradecer-vos com a minha eterna gratidão.

Quero agradecer à equipe dos Retiros de Iniciação a seus Padres, Mestres, Massungakates, Madodas e formadores que propiciaram que a iniciação fosse semente desse estudo. Ao Madoda Joaquim Oliveira por fazer parte da minha jornada e deste caminho.

Ao MISAU, Jhpiego e todos os profissionais de saúde em especial, os afetos ao programa de circuncisão masculina que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e execução cirúrgica de prevenção do HIV.

Meus agradecimentos aos amigos Elias Machiana, Dionísio Lumbela e Orlando Magaia, companheiros desde a nossa infância e irmãos na amizade, algumas fontes bibliografias usadas neste estudo foram eles que não mediram esforços para enviarem de Moçambique para Brasil. Estes fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

Não quero deixar de mencionar todas as pessoas que direta e indiretamente foram os obreiros desta realização. O meu sincero agradecimento a todos que deram a sua mão em tudo que culmina com este trabalho que apresento à academia e ao mundo.

Se me quiseres conhecer,
estuda com olhos de bem ver
esse pedaço de pau preto
que um desconhecido irmão Makonde
de mãos inspiradas
talhou e trabalhou em terras distantes lá do Norte.

Ah! Essa sou eu:

órbitas vazias no desespero de possuir a vida
boca rasgada em ferida de angústia,
mãos enormes, espalmadas,
erguendo-se em jeito de quem implora e ameaça,
corpo tatuado feridas visíveis e invisíveis
pelos duros chicotes da escravatura...

torturada e magnífica

altiva e mística,

África da cabeça aos pés,

– Ah, essa sou eu!

Se quiseres compreender-me

Vem debruçar-te sobre a minha alma de África,

Nos gemidos dos negros no cais

Nos batuques frenéticos do muchopes

Na rebeldia dos machanganas

Na estranha melodia se evolvendo

Duma canção nativa noite dentro

E nada mais me perguntes,

se é que me queres conhecer...

que não sou mais que um búzio de carne

Onde a revolta de África congelou

seu grito inchado de esperança.

Noémia de Sousa

RESUMO

Introdução: A circuncisão ritual, uma prática tradicional em Moçambique, está presente entre os diversos grupos étnico-religiosos do país. Ela é orientada e executada pelos mestres das tradições iniciáticas conforme as crenças e atitudes propositais do ritual. A circuncisão masculina mostrou ser eficaz para a prevenção da infecção com HIV em estudos realizados no Quênia, Uganda e África do Sul, reduzindo em 38% a 66% a transmissão do vírus em relações heterossexuais. É indicada pela OMS em países de alta incidência da infecção. Entretanto coexiste com as práticas tradições, que devem ser estudadas e melhoradas pelos seus atores de modo a propiciarem as melhores escolhas.

Objetivos: Compreender as práticas tradicionais da circuncisão masculina entre os *Makonde* e as repercussões de mudanças ocorridas no ritual para a saúde individual e comunitária nas últimas décadas. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica junto ao grupo étnico *Makonde* no sul de Moçambique. O estudo foi realizado mediante autorização do Comitê Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/ Hospital Central de Maputo. Durante o trabalho de campo foram realizados: observação participante, entrevistas em profundidade, captação de imagens fotográficas, gravação de voz e anotações no caderno de campo. **Resultados:** a pesquisa constituiu um aprendizado na negociação respeitosa da inserção do pesquisador no campo e sua participação no ritual. Produziu uma síntese de evidências que mostram a potencialidade do diálogo entre atores das tradições iniciáticas e das práticas médicas na execução da circuncisão tradicional observando procedimentos que minimizem os riscos à saúde. Mostrou-se que mudanças introduzidas na prática cirúrgica tradicional não alteraram o significado simbólico nem os objetivos que direcionam os *Makonde* nos seus rituais. **Conclusões:** Mediante a informação contextualizada sobre a realidade histórica e cultural da prática iniciática e do cenário contemporâneo em Moçambique, o estudo revelou a necessidade de intermediação para o diálogo contínuo e profícuo entre os atores e formuladores das políticas de saúde. As práticas devem ser entendidas como elementos valiosos do sistema sociocultural de saúde comunitária. As evidências científicas devem ser úteis na busca de efetividade da promoção, prevenção e atenção à saúde.

Palavras-chave: Circuncisão tradicional, Ritual, modelos de circuncisão.

ABSTRACT

Introduction: Ritual circumcision, a traditional practice in Mozambique, is present among the different ethnic-religious groups in the country. It is oriented and performed by the masters of initiatory traditions according to the beliefs and purposeful attitudes of the ritual. Male circumcision has been shown to be effective in preventing HIV infection in studies conducted in Kenya, Uganda and South Africa, reducing the transmission of the virus in heterosexual relationships by 38% to 66%. It is indicated by the WHO in countries with a high incidence of the infection. It coexists with traditional practices, which needs further research in order to provide the best choices. **Objectives:** To understand the traditional practices of male circumcision among the *Makonde* group and the repercussions of the changes of the ritual in terms of the individuals and community health in recent decades. **Method:** This is a qualitative research with an ethnographic approach within the *Makonde* ethnic group in southern Mozambique. The study was carried out with authorization from the Institutional Committee on Bioethics in Health of the Faculty of Medicine/ Hospital Central de Maputo. During the fieldwork, participant observation, in-depth interviews, photographic image capture, voice recording and notes in the field notebook were carried out. **Results:** the research was conducted considering an apprenticeship in the respectful negotiation of the insertion of the researcher in the field and his participation in the ritual. It produced a synthesis of evidence that shows the potential of dialogue between actors of the initiatory traditions and the medical practices in the execution of traditional circumcision, observing procedures that minimize health risks. It also showed that changes introduced in the traditional surgical practice did not alter the symbolic meaning or the principles that guide the *Makonde* in their rituals. **Conclusions:** Through contextualized information on the historical and cultural scenarios of the initiatory practices and the current context in Mozambique, the study revealed the need for intermediation for continuous and fruitful dialogue between actors and stakeholders of health policies. In this sense, traditional practices must be understood as valuable elements of the sociocultural community health system and scientific evidence should support the implementation of promotion, prevention, and health care.

Keywords: Traditional Circumcision, Ritual, Circumcision Models.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Postectomia baixa e folgada	37
Figura 2 – Postectomia baixa e justa.	37
Figura 3 – Postectomia alta e folgada	38
Figura 4 - Postectomia alta e justa	38
Figura 5 – Capela católica da aldeia	112
Figura 6 - Mesquita	124
Figura 7 – <i>Makonde</i> com <i>Inambo</i> por todo corpo	154
Figura 8 – <i>Makonde</i> com <i>Ndona</i> .	155
Figura 9 – Mulher <i>Makonde</i> com <i>Ndona</i>	155
Figura 10 - Caminho de acesso ao <i>Likumbi</i>	155
Figura 11 - Margens do Rio Umbeluzi	155
Figura 12 - <i>Likumbi</i> .	155
Figura 13 - Iniciados prontos para o desfile	156
Figura 14 – Iniciados e mães depois do <i>Kuchangula ugwimbo</i>	158
Figura 15 – O <i>Liponda</i>	160
Figura 16 - Circuncisão antes praticada pelos <i>Makonde</i>	163
Figura 17 - Circuncisão inventada	164
Figura 18 - <i>Mwali</i> prontas para a procissão	171
Figura 19 - <i>Mwali</i> com suas madrinhas/ padrinhos em procissão nas ruas.	172
Figura 20 - Máscara	175
Figura 21 - Dançarino de <i>Mapiku</i>	176

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Local de origem dos <i>Makonde</i>	58
Mapa 2 – Locais de emigração dos <i>Makonde</i> estudados.	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dados Demográficos de participantes	50
Quadro 2 - Interlocutores adultos	51
Quadro 3 - Profissionais de saúde entrevistados	51
Quadro 4 - Procedimentos de circuncisão nas províncias, 2014-2019	185
Quadro 5 - Grau de cumprimento das metas de TARV nas US, 2019	188

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AMETRAMO	Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária
INE	Instituto Nacional de Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MAEFP	Ministério da Administração Estatal e Função Pública
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TARV	Tratamento anti-retroviral
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
US	Unidade de Saúde
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organizativos

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO	14
<i>RAZÃO DO ESTUDO</i>	19
<i>OBJETIVO GERAL...</i>	24
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>	24
<i>CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA</i>	24
<i>PROBLEMA DE PESQUISA</i>	28
CAPÍTULO 2. REVISÃO DA LITERATURA	31
<i>ÁFRICA E CIRCUNCISÃO</i>	31
<i>CIRCUNCISÃO ÉTNICA EM MOÇAMBIQUE</i>	32
<i>PADRÕES DE CIRCUNCISÃO MÉDICA</i>	35
<i>CIRCUNCISÃO E HIV</i>	38
<i>PADRÕES DE CIRCUNCISÃO NA TRADIÇÃO</i>	39
<i>IMPOSIÇÃO ÀS TRADIÇÕES</i>	41
CAPÍTULO 3. PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	46
<i>CENÁRIOS E ATORES DA PESQUISA</i>	48
<i>PRODUÇÃO DE DADOS</i>	51
<i>ANÁLISE DE DADOS</i>	52
<i>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</i>	53
CAPÍTULO 4. EXPERIÊNCIA ETNOGRÁFICA COM VAMAKONDE	54
<i>UKIVIKA LIKUMBI NI N'GOMA</i>	54
<i>FIXAÇÃO MAKONDE NO SUL</i>	57
<i>A DISPUTA TERRITORIAL</i>	58
<i>A NOÇÃO DE TEMPO NA INICIAÇÃO</i>	60
<i>REGRESSO À ALDEIA DOS VAMAKONDE</i>	62
<i>KAMAVOTA</i>	66
<i>REVIVER O RITO NOS VAMAKONDE</i>	71
<i>VAMWALI NI LIKUMBI</i>	75
<i>A DECISÃO SOBRE O RITUAL</i>	78
<i>KAMPFUMU -ZONA MILITAR</i>	84
<i>KAMANHIÇA – MARAGRA</i>	89
<i>POSTOS DE CIRCUNCISÃO</i>	95
CAPÍTULO 5. CIRCUNCISÃO E RELIGIÃO	99
<i>A CIRCUNCISÃO NA CIVILIZAÇÃO EGÍPCIA</i>	99
<i>CIRCUNCISÃO JUDAICA</i>	101
<i>A CIRCUNCISÃO NA TRADIÇÃO JUDAICO-CRISTÃ</i>	107
<i>A CIRCUNCISÃO ISLÂMICA</i>	112
<i>OS MAKONDE E A RELIGIÃO</i>	121

CAPÍTULO 6. CURA NA TRADIÇÃO E BIOMEDICINA	133
<i>TUNDUVANGA LIKUMBI NI N'GOMA YA VAMAKONDE</i>	133
<i>DOENÇA, SAÚDE, CIÊNCIA E TRADIÇÃO</i>	139
<i>CONVIVÊNCIA DE MODELOS DE SAÚDE</i>	145
<i>RECONHECIMENTO DA MEDICINA TRADICIONAL</i>	148
<i>NASCER NO LIKUMBI E N'GOMA</i>	150
<i>INSTRUMENTOS E MEDICAMENTOS</i>	155
<i>CIRCUNCISÃO INVENTADA FACE AO HIV</i>	156
<i>LIPONDA, COMIDA INICIÁTICA</i>	157
<i>KUTUNDUVANGA LIKUMBI</i>	159
<i>KUVIKA N'GOMA</i>	164
<i>MAPIKU: ENSINO DA TRADIÇÃO</i>	172
<i>IGREJA E RITOS DE INICIAÇÃO</i>	176
<i>MITHAWA NA IGREJA PRESBITERIANA</i>	178
CAPÍTULO 7. TERRITÓRIO, ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO	179
<i>CONCEITOS E ESTIGMAS</i>	179
<i>MIGRAÇÃO E HIV/SIDA</i>	182
<i>A PREVENÇÃO DO HIV</i>	185
<i>LIKUMBI & N'GOMA EXCLUIDOS DA MEDICINA TRADICIONAL</i>	188
<i>ETNICIDADE E ESTIGMA</i>	191
<i>NORTE DE MOÇAMBIQUE ESQUECIDO</i>	193
<i>VIOLÊNCIA E MARKETING</i>	196
<i>PROFISSIONAIS DE SAÚDE E TRADIÇÕES</i>	203
<i>CIRCUNCISÃO E RISCOS À SAÚDE</i>	206
CONSIDERAÇÕES FINAIS	210
REFERÊNCIAS	212
ANEXOS	234

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

As últimas décadas do século XX foram marcadas pelo surgimento da pandemia de HIV/SIDA. África chegou a ser a região do mundo mais afetada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no começo do século XXI, concentrando mais da metade da ocorrência de casos do mundo. Cerca de 17 milhões de africanos já tinham perdido a vida por causa de AIDS e 12 milhões de crianças tinham perdido pelo menos um dos pais devido à AIDS. Estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/ Aids (UNAIDS) mostram que África Oriental e Meridional, sub-regiões do continente africano, concentravam em 2020 mais da metade do total de pessoas vivendo com HIV (~55%; 20,6 de 37,7 milhões) do mundo, tendo ocorrido nesse ano 670.000 novas infecções e 310.000 óbitos por Aids. Uma parte importante (cerca de 45%) das novas infecções detectadas nesse ano no mundo pertenciam a essas regiões. Dos 680.000 óbitos estimados para esse ano associados a Aids, cerca de 46% ocorreram nessas regiões do continente africano. Em contraste, entre os 27,5 milhões de casos de HIV com acesso a tratamento no mundo, apenas ~22% eram moradores das regiões oriental e meridional da África (UNAIDS, 2021).

Moçambique pertence às regiões da costa oriental da África Austral, tinha 2,1 milhões de pessoas vivendo com HIV em 2020. No país ocorreram 98.000 novas infecções e 38.000 óbitos relacionados à Aids no mesmo ano. Dados operacionais dos serviços de saúde estimam que 81% das pessoas com HIV haviam sido detectadas e conheciam o seu estado sorológico, 68% se encontram em tratamento e apenas 55% mostram evidência de supressão viral (UNAIDS, 2021).

A circuncisão é prática de vários grupos étnicos de Moçambique, porém não há estudos sobre o ritual. Este estudo da circuncisão *Makonde* vem sendo desenvolvido desde 2009, com evidências na dissertação “Análise das modalidades de Circuncisão praticadas pelos *Makonde* de Boane sua implicação na saúde e prevenção do HIV. As evidências indicavam ser uma cirurgia feita com a mesma faca para vários adolescentes. É uma prática sobre o prepúcio peniana que se confunde com a circuncisão, é realizada em condições ambientais insalubres, com técnicas de assepsia e esterilização que representa alto risco de infecção.

De tal forma que, a primeira experiência com os *Makonde* foi uma etapa posterior e crucial para uma imersão profunda que culminou com esta tese de doutorado. A “circuncisão tradicional”, mormente masculina, médica, clínica ou hospitalar emerge como uma importante novidade na prevenção do HIV na XVI Conferência Internacional de AIDS,

realizada em 2006, em Toronto, Canadá. A partir de pesquisas investigando a redução da transmissão do HIV, países do continente africano adotaram a circuncisão médica voluntária como estratégia de prevenção da infecção. Esta medida decorre da conclusão de dois ensaios clínicos randomizados realizados na Uganda e Kenya (Gray *et al.*, 2007; Bailey *et al.*, 2007; Auvert *et al.*, 2005; Weiss *et al.*, 2000) que apontavam que a circuncisão oferece uma proteção em relações heterossexuais de 51% a 53% contra a infecção com o vírus HIV.

Menéndez (2003) indica que as condições sociais, culturais, políticas, técnicas e científicas de África, fazem com que a circuncisão, um dos rituais de passagem dos diversos grupos étnicos, realizada por agentes tradicionais dos sistemas culturais, seja considerada uma prática tradicional de prevenção e cura. A prevalência da circuncisão tradicional entre a população masculina varia muito na África Oriental e Austral, havendo uma correlação entre baixa proporção de circuncisão e altas prevalências de HIV. Mais de 22 milhões de homens submeterem-se à circuncisão (UNAIDS, 2022). O Ministério da Saúde de Moçambique estimou em 2009 a prevalência de circuncisão masculina em 51% (Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA / Ministério da Saúde de Moçambique, 2015).

A circuncisão ritualística em Moçambique é uma prática presente entre os grupos étnicos. Contudo, as condições sanitárias em que é realizada não oferecem segurança e efetividade para que a população não contraia o HIV e outras Infecções de Transmissão Sexual (IST) como apontam estudos científicos conduzidos em alguns países africanos (Weiss *et al.*, 2000; Bailey *et al.* 2007; Wilcken *et al.*, 2010; Douglas & Maluleke, 2016; Maffioli, 2017). Estes relatam a ocorrência de eventos adversos relacionados com a circuncisão ritualística no que tange à prevenção do HIV, além de infeções relacionadas à falta de assepsia nos espaços e utensílios usados no ritual.

A introdução da circuncisão médica voluntária passa por uma redução dos riscos e complicações que podem perdurar por longo tempo e por desentendimentos entre a tradição e a medicina convencional. O novo problema assim criado não é resolvido e ainda cria uma discriminação das tradições levando à submissão e veneração da biomedicina numa sociedade multicultural e democrática. A construção de um caminho que busque soluções do problema passa pela procura do sentido e simbolismo do extirpar o prepúcio peniano na tradição iniciática. Reflexões e conclusões sobre a prática da circuncisão *Makonde* (Mabutana, 2016) reafirmam a ocorrência de eventos adversos já mencionados por outros autores. Daí que seja de extrema importância trazer à superfície o lugar das tradições na prevenção do HIV/SIDA, ressaltando o seu papel e valor na socialização de

adolescentes no ciclo da vida. Tem-se uma possível contradição entre a missão da ciência, que envolve o conhecimento de saberes e rituais das populações e a necessidade de promover mudanças e evolução social superando dificuldades. Ranger (1984) diz não haver necessidade de inventar tradições quando velhos costumes ainda existem.

Porém, as circunstâncias exigem o envolvimento de atores sociais que podem dar luz ao benefício desta prática, como estratégia de prevenção ao HIV/SIDA em Moçambique. Para isto é preciso a inclusão de atores envolvidos em práticas de saúde, tais como, operadores da medicina tradicional e da biomedicina, para efetuarem um dialógico na construção de um sistema de saúde que congregue todas as práticas e crenças sociais de cura. E essa postura não é contrária aos modelos de cuidar da saúde modernos que estão em volta de vários credos e convicções societárias em busca da saúde humana de todos os estratos sociais. Seu reconhecimento faz jus àquilo que constitui o imenso universo do fato de adoecer em uma sociedade de um universo cultural diferente imersa no convívio de várias crenças em mesmo espaço (Menéndez, 1981).

As práticas culturais orientam comportamentos desde a existência da humanidade. Dentre os vários fatores da sua oscilação, pode-se citar a sua permanente transformação, a submissão de uma cultura sobre a outra, a invasão de áreas geopolíticas de grupos minoritários pelos majoritários e dominadores, a intolerância cultural que origina as transformações, no olhar fenomenológico, dos vários eventos que compõem a cultura. Estes têm o condão de poderem abstrair a visão interpretativa de estudiosos e outros observadores menos atentos sobre as transformações culturais operadas ao longo do tempo. O olhar cognitivo desses eventos que harmonizam suas mutações só é captável pela lente que prioriza a indagação e não uma simples contemplação do fenômeno em si.

A busca de elementos que possam advir na compreensão pura da fenomenologia do rito prima pela emergência e atenção a ter no olhar holístico a todos os aspectos, etapas e significados que o compõem. O ambiente sociocultural que o cerca desde o seu intrínseco valor autóctone, até ao cotidiano *Makonde*. Vale lembrar o discernimento de Husserl (1986), o ontológico do evento em estudo somente pode ser compreendido a partir da fenomenologia. Há nisso uma diversidade de contextos socioculturais que têm significados práticos no âmbito de crenças sociais em saúde que influenciam os objetivos e benefícios das intervenções biomédicas sobre a prevenção do HIV.

O corte do prepúcio e outras práticas feitas sobre os genitais humanos se inserem nos hábitos milenares e crenças religiosas e culturais, nas suas variadas formas de

entendimento local, na maneira como elas são ajuizadas pela coletividade na sua praxe de execução e discursiva, na sua simbologia, no ambiente em que se realiza, na sua legitimação institucional e na relação com a saúde pública.

E aí, o debate cresce em arena bipolar em que se reivindica quem deve assumir o polo médico da circuncisão, mas sobretudo quem deve prevenir ocorrência de eventos adversos, como as infecções e complicações decorrentes de um ato ritual cultural e religioso. É deste ato cirúrgico ritual que a medicina evidencia um ato operatório pertencente a um campo alheio a si, a tradição, numa luta que desde o marco inicial da era da doença do século chamou ingloriamente para si o seu combate pela via de medicalização. Quiçá entenda que a doença não é exclusivamente um campo da medicina, pois sua etiologia mostra que sua gênese está nas práticas e crenças culturais, nas ações e hábitos do corpo humano e cultural. Portanto, a doença passaria a ser vista como um evento cultural que se manifesta no biológico. O interesse preventivo deste está na vida cotidiana das pessoas. Melhorar os aspetos culturais da humanidade é melhorar a saúde humana.

Então, o interesse pela teoria fenomenológica não se esbarra única e explicitamente em entender o universo *Makonde* na visão etnográfica e narrativa. Interessa também o aspeto médico no antagonismo interpretativo entre o moderno e tradição contemporâneos.

A tradição é o que os homens contemporâneos herdaram dos autóctones (Boyer, 1984). Porém, eles repetem-na inconscientemente, e não impacta na sua vida hodierna. Para Pouillon (1975), na cultura, a tradição interliga o presente ao passado histórico. Sendo assim, o modo de pensar humano está influenciado pela cultura. É nesta abordagem que se deve entender o conflito entre o moderno e a tradição no digladiar em que se impõem ainda as práticas tradicionais sobre a medicina na era contemporânea.

A disputa entre os dois campos de saberes se singulariza num olhar discursivo sem um espaço dialógico entre os dois. Esse espaço deve ser construído sob pena de a ciência médica não poder integrar os resultados de pesquisas sociais sobre as práticas médicas no sistema de saúde. É preciso compreender o fenômeno a partir de um referente teórico fenomenológico que permita interpretar os vários fatos e não explicar as suas causas em si próprio. Nesse caso, sou instigado não apenas a usar a entrevista como é da tradição nas pesquisas fenomenológicas. A etnografia poderá ser o suporte epistemológico secundada pelas narrativas que poderão contribuir na compreensão profunda do ritual e seus significados étnicos *Makonde*. Uma análise de fatos a partir do referencial

fenomenológico é adequada por ser uma experiência singular do sujeito que vive o evento e o seu percurso de transformações ao longo do tempo histórico.

A fenomenologia é tida como a descrição daquilo que “aparece” ou como “ciência que tem como objetivo o projeto dessa descrição” (Abbagnano, 2000). Então é a manifestação do fenômeno per si só que revela o que ele é. O fenômeno só poderá ser compreendido lendo suas manifestações na ciência humana, pois ciência e fenômeno são impregnados entre si para merecerem a sua compreensão pelo ser humano. Sintetizando, só se compreende o mundo a partir da forma como ele se manifesta. A fenomenologia fundamenta a sua análise na descrição e atribuição do oculto ou no que transparecer algo semelhante com o que está próximo do comum. Propõe-se a trilhar um caminho de aproximação de como se dá o processo, a fim de desvelar o fenômeno almejando alcançar a essência do núcleo investigado. Este processo intencional de construção do conhecimento da essência da ciência humana compreende a redução e eidética.

Antes da eidética importa elucidar a "Redução Fenomenológica". Husserl (1986) a concebe como uma prática interpretativa que visa dismantelar as barreiras tradicionais de investigação da sua direção unilateral observada nas ciências até o começo do século XX. Em contraste, propõe-se a diversificação, sendo necessário atingir o "livre horizonte dos fenômenos transcendentais purificados e descortinar o campo da fenomenologia" no seu verdadeiro étimo que permite fluir novas noções epistemológicas.

Retomando a redução eidética em Husserl, este concebe que a redução consiste em uma série de procedimentos que visam chegar, por meio da experiência, à essência das coisas que envolta a vivência. O eidético por sua vez seria o suporte da essência das coisas no qual há uma dimensão do ato intencional que transmite a essência e sentido das ideias unificadas em seus significados. Conclui-se assim, que a redução eidética seria a descrição dos fenômenos com a intenção de deixar brotar o que faz parte do acidental. O importante não são os fatos ou causas, mas sim, a compreensão das significações essenciais (Husserl, 1986).

Este referencial teórico permitirá que a partir da experiência e da vivência com os *Makonde* seja trilhado um caminho que remete à metáfora experiencial de Clifford (1998, p. 97). Para este autor, o pesquisador começa como em um relacionamento de uma criança com uma cultura adulta, e termina falando com a sabedoria da experiência.

Este estudo tem o propósito de pesquisar e conhecer com profundidade a circuncisão tradicional, e de verificar, do ponto de vista da comunidade, como essa

tecnologia contribui à saúde comunitária e como percebe a incidência de complicações e outros eventos adversos.

RAZÃO DO ESTUDO

A vida coloca sempre razões para aprovar o percurso que tomamos. A minha infância foi entre amigos da região onde nasci, terra dos Rongas pertencente ao grupo étnico linguístico Tsonga, habitantes do Sul de Moçambique. Os Rongas segundo Junod (1996), abandonaram a prática da circuncisão nos seus rituais iniciáticos um século antes da chegada dos invasores Ngunes, fato acontecido no século XIX. Entre os poucos amigos da adolescência estavam meus primos Chopes, enteados da minha tia, irmã mais velha do meu pai. Nas nossas brincadeiras do desenvolvimento saudável infantil era comum cada um mostrar o seu pênis. Apercebi-me que o meu pênis tinha prepúcio e os deles não tinham. Passei a questionar cada vez que a rotina das nossas exhibições penianas tivesse lugar, principalmente quando fossemos ao banho. E eles respondiam que eram assim, porque seus pais quiseram que eles ficassem limpos. E eu questionava-os como é que então ficavam limpos.

Explicavam que acontecia na casa deles, onde o pai convidara o cirurgião, um velho de corpo franzino, de caminhar vagaroso e cara de poucos amigos, mas de gestos ágeis que contrastavam com a idade avançada, marcada já em seus cabelos e barba esbranquiçados. Devia estar entre os 60 e 70 anos. E como é de praxe nas nossas aldeias, o hóspede honroso é presenteado cabendo a ele a galinha para o banquete. A esse pretexto, o pai mandou-lhes pegar uma galinha que ainda não tinha entrado na fase reprodutiva. E pelo cair da tarde, o pai convocou todos ao *Magandyelo*, árvore sagrada onde são invocados os ancestrais. Neste local, ele dirigiu oráculos a seus ancestrais oferecendo em sacrifício a galinha, rapé e aguardente, e informando que os rapazes seriam submetidos ao *Ukwera*, rito de circuncisão dos Chope.

Para os candidatos não se alarmarem, pois nem imaginavam o que era o *Ukwera*, após sacrifício da galinha aos ancestrais, o pai convidou os filhos a seguirem o cirurgião para atrás da palhota onde a sangue frio e em procedimento bastante rápido foram circuncisados. Para festejarem o ritual, a carne preparada com medicamentos especiais foi lhes servida em folhas de bananeira. Devido às dores cirúrgicas que se tornaram insuportáveis, lhes faltou o apetite para comerem. Por norma deviam beliscar algum pedaço para acelerarem a cura, e assim fizeram.

A minha curiosidade e dubiedade crescia ao ouvir as narrativas descritivas sobre a circuncisão Chope. Queria entender a razão de meus amigos serem diferente de mim. Outra explicação dada é que o corte do prepúcio é uma norma da tradição que visava identificar o pertencimento étnico e higienizar ou purificar o órgão peniano. Para saberem se um jovem foi iniciado, perguntam: *A idê Ukwerane?*

Ainda que dessem toda a explicação possível, para mim era algo indescritível. Entretanto, a entrada para o mundo de ensino de Ética Moral elevou o meu horizonte de interpretação das práticas culturais e religiosas das crenças africanas. A formação de professores me desafiou a trazer para o debate psicopedagógico uma abordagem sistemática da sexualidade nas tradições locais, na perspectiva de a escola compreender a importância do processo educativo a partir do contexto étnico das populações em Moçambique.

Pois, compreendia o quão é importante o processo educativo étnico iniciático para a construção de caminhos de socialização de adolescentes e sua formação técnico-científico. Na variedade de conteúdos curriculares na formação de Professores, a ética sexual e a sua descoberta nos ritos de iniciação era um dos que chamava maior interesse dos alunos. Aí me colocavam questões que não estava preparado a responder.

Aprendi com os meus alunos que ainda era um peregrino iniciante no universo de vivências e práticas que constroem os alicerces da humanização étnica. Atentei para a necessidade estudar mais para compreender o mundo étnico oculto e a sua diversidade na socialização de adolescentes bem como o lugar da sexualidade na cultura. Os temas pesquisados e apresentados pelos alunos nas aulas, eram grandes despertares de consciência e debates sobre assuntos que nem a escola era capaz de responder. Tais conteúdos eram abordados de modo etnocêntrico, perpetuando a divisão entre os povos de Moçambique. Daí que ainda era maior o receio da sua abordagem na escola.

Dos trabalhos a apresentar, estava o de “Retiros de Iniciação” encabeçado por Ermelinda Cabral Magaia, que no fim da apresentação, me dissera que seu pai era Mestre de dos Retiros de iniciação na Igreja Católica, caso fosse do meu interesse, ter mais conhecimento sobre o tema, seria de agrado de seu pai visitá-lo.

A multifacetada etnicidade de alunos que compunham as turmas foi importante para que eu aprendesse deles o modo como vivem suas vidas e como vivenciam a iniciação de adolescentes na diversidade cultural do país. Foi também importante para compreender o modo como lidam com os conflitos gerados pelo abandono escolar de crianças quando se afastam para os ritos de iniciação étnica. Não deixou de ser espaço de descoberta do vasto

e rico mosaico cultural que aflora nos ritos de iniciação, onde as IST faziam parte da abordagem implícita em uns e explícita em alguns.

Nestes, o contexto de saúde estava presente pelo modo de excisão do prepúcio; em outros era evidente a identidade étnica, e noutros, ainda, a ausência de ritos invasivos na iniciação. O contato com as práticas rituais do país através das apresentações de trabalhos pelos alunos estimularam a leitura de obras como “Usos e costumes dos Bantu” de Henri Junod, “Os Makondes de Moçambique” de Jorge e Margot Dias, “Questões Cristãs à Religião Tradicional Africana” de Adriano Langa, “Os senhores da floresta: Ritos de iniciação dos rapazes *Makuwa-Lómuè* (Norte de Moçambique)” de Eduardo Medeiros, “O Povo Macua e a sua Cultura” de Francisco Lerma, “A cultura Tradicional Bantu” de Raul Altuna e de obras antropológicas como “Os ritos de passagem” de Van Genep, dentre outras.

Confesso que estes autores me espreitaram bastante na procura de um caminho para compreender a iniciação como um modelo de educação tradicional africano em que o escopo do ensino é viver e fazer na prática o que a sociedade ensina para a vida. Um modelo de ensino no qual todos estudam ao ritmo de cada faixa etária e suas tarefas básicas são exigidas socialmente distinções de elite ou supremacia de uns sobre os outros. Os mais velhos são chamados a serem educadores incutindo aos mais novos o sentido empírico da vida que marca cada comunidade africana.

A leitura destes autores ampliou ainda mais o meu interesse na busca da resposta de como a etnia constrói a ética e moral a partir da religião tradicional, em que todos na sociedade partilham o papel de educadores garantindo o respeito, a harmonia dentro da hierarquia social.

Coloquei as inquietudes dos alunos como desafios pessoais em que me comprometia a fazer abordagens de maior desenvoltura dentro da variedade étnica local e universal com mais preparo acadêmico. A esse desafio, se juntou a pandemia do HIV/SIDA. Era necessário abordar a sexualidade no contexto dos casamentos prematuros, versus Ritos de Iniciação, que incentivam o abandono escolar em tempo que a pandemia se alastrava pelo mundo inteiro. Contudo, era preciso buscar estratégias de interpelação para que os professores na comunidade assumissem a liderança de atores individuais e coletivos na busca da interrupção do avanço da pandemia do HIV.

O ensino, o HIV/SIDA, os Ritos de Iniciação exigiam de mim respostas práticas e ao mesmo tempo me submetiam ao diálogo entre a instituição escolar e a tradição para aquilo que seria uma educação ideal da juventude. Pois, os alunos me colocavam questões

do cotidiano das tradições que em certos casos não granjeavam espaço simpático na escola. É com essa perspectiva que em 2007 ingressei no mestrado em Saúde Pública, e em 2012 sou convidado a ser membro cofundador do Comitê institucional de Bioética da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo de que sou membro ativo até então.

Em 2009, sob orientação do Mestre Cabral Zulo Magaia fiz a minha experiência iniciática e já em 2013 ele me indicara para o suceder na ordem iniciática, porque ia aposentar-se. Assim fui empossado Mestre dos Retiros de Iniciação na Sé, Catedral de Maputo, pelo Arcebispo Dom Francisco Chimoio. Essa era a segunda iniciação pois, eu escolhera antes estudar e ser iniciado no rito *Makonde*, o *Likumbi*, especialmente para perceber de que modo executam a circuncisão e analisar, se a cirurgia se adequa na proteção do HIV/SIDA.

A minha iniciação me colocou desafios perante costumes étnicos e a cultura escolar. Fui percebendo que a iniciação é um submundo a ser estudado com profundidade para ser compreendida na sua dimensão étnico-religiosa, pois envolve a relação vida, natureza, tradições e suas mutações constantes. Aprendi com Boyer (1984) e Pouillon (1975) que as tradições nunca foram as mesmas ao longo da história. O ser humano as transformou sempre segundo suas intenções. E por que então, não podia ousar transformar a tradição iniciática *Makonde* mediante interesses de saúde pública?

Mas o que é ser Mestre dos Retiros de Iniciação? Primeiro é comum as pessoas confundirem os rituais de iniciação com os Retiros de Iniciação. Os ritos de iniciação pertencem ao modelo étnico da educação que tem a missão de ensinar desde a história das origens étnicas, valores e condutas que orientam a vida com o fim de manter a coesão étnico-cultural dentro do universo do grupo. Os Retiros de Iniciação são uma reinvenção da igreja católica, que não querendo perder os jovens, seus valores e tradições educativas inspirados nos ritos de iniciação, reformulou o modelo educativo para reconquistar as culturas e seus povos de modo a se sentirem acolhidos na Igreja de Cristo. Tal ação se fundamenta nos três pilares da doutrina ecumênica católica: a escritura bíblica, a tradição e o magistério apostólico. Inspirados nesta base doutrinal, os Padres Odilon e Ezequiel, italiano e moçambicano respetivamente, da Sociedade dos Missionários da África, também conhecidos por “Padres brancos”, reinventaram os ritos de iniciação para educarem jovens a partir das tradições africanas, pois a educação depois da independência do país viveu uma grande crise de valores na orientação de jovens.

A esse processo de transformação cultural, a Igreja chamou de inculturação. É uma reabilitação cultural inspirada na teologia moral e na cultura. Entretanto, não quero discutir

o conceito de inculturação, não obstante carregar uma semântica contextualizada no egocentrismo europeu. Os ritos de iniciação foram confiados ao *Ndota*, ancião, conselheiro, educador, que a Igreja o designou como Mestre dos Retiros de Iniciação. Transforma-se em um ensino da tradição africana inspirado nos preceitos doutrinários do Mestre, Jesus Cristo.

Nesse contexto, o Mestre Cabral Zulo Magaia foi o primeiro leigo a quem os Padres e a Igreja confiaram a missão educativa de jovens nos Retiros de Iniciação. Pelo valor e importância que os Retiros de Iniciação têm na formação individual e coletiva, eles têm atraído não apenas jovens leigos, mas também seminaristas candidatos ao sacerdócio, padres, religiosos e religiosas noviços(as), adultos, mães solteiras, meninas e rapazes que se preparam para a vida adulta. Para responder à crescente procura pela iniciação, o Mestre Magaia indicara no passado o Mestre Domingo Chilave que assegura a continuidade dos Rituais até a atualidade.

Para estudar os *Makonde*, impunha-se a condição de ser iniciado no rito étnico, fato que me mergulhou no mundo étnico desse povo e nas suas representações simbólicas presentes nas etapas de vida. Fiz o meu *Kutunduvanga Likumbi*, ingresso no ritual, e fui ao *Ndjando wa vamakonde* com naturalidade e tudo se consumou. Tornei-me um homem nascido na etnia *Makonde* e não mais seria *Ntchungo*, termo pejorativo e discriminatório referido a jovens não iniciados e a seus pais (Mabutana, 2016).

A iniciação me permite conviver e partilhar com os *Makonde* podendo até fixar residência entre eles caso seja do meu interesse. Envolve também a permissão para o nobre valor que é poder estudar tudo que for necessário da cultura do povo. Foi neste ideário que o conhecimento da circuncisão *Makonde*, o *Ndjando*, me levou a trabalhar com eles para entender as mudanças que ocorreram desde que a pandêmica doença HIV/SIDA se tornou um problema de saúde pública. Era importante a melhoria do modo de circuncidar para a prevenção da ocorrência de eventos adversos e da transmissão de IST e HIV/SIDA durante o corte do prepúcio.

OBJETIVO GERAL

Compreender as práticas tradicionais da circuncisão masculina entre os *Makonde* e as repercussões de mudanças ocorridas no ritual para a saúde individual e comunitária nas últimas décadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a prática do ritual de circuncisão entre os *Makonde* vis a vis a tradição e a incorporação de inovações tecnológicas da medicina;

Registrar as intervenções biomédicas que estão sendo incorporadas na circuncisão ritualística;

Identificar as principais mudanças no ritual em termos de concepções, operacionalização desta prática tradicional e suas relações com a medicina moderna.

CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA

Desde a descoberta de evidências que indicam que a circuncisão oferece proteção contra o HIV e outros vírus, tem vindo a crescer o número de pesquisas que procuram entender se a circuncisão nas tradições culturais oferece os mesmos benefícios advindos da circuncisão médica. Lawal, Olapade-Olaopa (2017) relembra que a prática é comum em África, onde se realizam cirurgias de natureza étnico-regional fundamentadas em crenças e convicções culturais tradicionais dentro do móbil iniciático. Em que pese aos ensaios clínicos randomizados realizados em África evidenciarem benefícios na redução da transmissão do HIV/SIDA em relações heterossexuais (Weiss *et al.*, Quigley & Hayes, 2000; Bailey *et al.*, 2007; Douglas & Maluleke, 2016; Maffioli, 2017), a incidência de complicações e outros eventos adversos é comum. E esses eventos são vinculados às técnicas cirúrgicas, instrumentos, medicamentos usados e ao domínio técnico dos seus executores.

Sobre a revisão bibliográfica em torno da circuncisão tradicional nos grupos étnicos de Moçambique, não foram achados estudos que abordam objetivamente a cirurgia peniana nas tradições étnicas. Desta feita, o estudo representa uma contribuição para estudos posteriores sobre a circuncisão dos *Makonde* e de outras etnias locais. Contudo, em África há registo de cerca de 700 grupos étnicos que praticam a circuncisão tradicional, nos quais já existem alguns estudos (Cameron *et al.*, 1989; Moses *et al.*, 1995; Weiss *et al.*, 2000).

Os resultados desses estudos revelam uma fragilidade de segurança no ambiente cirúrgico, havendo uma alta frequência de eventos favoráveis à transmissão de infecções. Daí a razão para a realização deste estudo com o propósito de melhorar o ambiente da cirurgia tradicional *Makonde* que contribua na melhoria da saúde pública.

Mais ainda, o estudo expõe o conhecimento de como e em que condições a circuncisão ritualística é desenvolvida no seio do grupo, dado importante para o desenho de estratégias e planos de minimização da ocorrência de eventos adversos no ritual.

A obra “Os Makondes de Moçambique” foi escrita por dois importantes antropólogos portugueses que estudaram os *Makonde* na colônia de Moçambique no século XX, constituindo-se no trabalho mais conhecido a abordar com profundidade esse grupo étnico de Moçambique. A obra evidenciou que os *Makonde* removem absolutamente o prepúcio na circuncisão (Dias & Dias, 1970). Não se pode de modo algum negar-lhe o mérito da evidência e sua interpretação. O facto é que os *Makonde* removem parcialmente o prepúcio no que é entendido de circuncisão. A UNAIDS/WHO (2007) recomenda a remoção completa deixando a glândula plenamente descoberta para a prevenção do HIV. Este é um procedimento comum no qual o prepúcio é aberto, as aderências removidas e a pele separada da glândula. Posteriormente é colocado um grampo próprio para estabilizar o pénis e a pele do prepúcio é cortada.

Dias e Dias (1970) fazem uma descrição a partir da visão *etic* para entender o mundo *Makonde*, o que não permite uma refutação absoluta do ponto de vista prático. Pois, ela comporta sim, uma tipificação cirúrgica dentro do que o antropólogo pode ter interpretado partindo da sua realidade ocidental. A perspectiva *etic* consiste em interpretar aspectos de outra cultura a partir da cultura do observador (Fantinato, 2003; Rosa & Orey, 2012). Ela oferece um olhar externo dos fenómenos a quem nunca esteve por dentro do rito através de relatos dos que já foram participantes.

Foi a partir das evidências desses estudos que a UNAIDS/WHO (2007) produziu recomendações para países africanos com alta prevalência de HIV no sentido de estimular a prática da circuncisão masculina médica como uma medida preventiva. Conforme citado acima, a circuncisão em si não é uma novidade para as culturas africanas pois o costume já faz parte da iniciação masculina, a exemplo de alguns grupos étnicos de Moçambique, como os *Chopes*, *Bitongas*, *Makonde*, *Macuas* e outros. Nestes já é presente a ideia de ser uma prática preventiva, porém é contrariada em alguns casos em que o prepúcio é retirado apenas parcialmente cobrindo ainda plenamente a glândula.

Em contraposição à visão *etic*, existe a visão *emic*. Perguntamos por que não cabe na análise desse fenómeno a visão *emic* ou êmica que oferece todo o conhecimento e as razões de ser? Isto implica em conhecer o fenómeno por dentro e seu significado. Esse é um privilégio exclusivo dos *Makonde* e dos que se convertem à etnia pela iniciação. Portanto, só pode ver o ato iniciático e saber o seu sentido ritual quem por norma é iniciado

no rito *Makonde*. As etnias *Makuwa* e *Yaawo* são povos que têm afinidades étnicas e de iniciação com os *Makonde*. É importante aqui frisar que somente os *Makuwa* e *Yaawo* podem ser iniciados pelo rito *Makonde*, mas os *Makonde* não validam o rito desses grupos étnicos.

É de enfatizar que entre os grupos étnicos, o local de iniciação é sagrado, e são sagrados também os gestos, as expressões típicas da iniciação e as simbologias convencionadas na prática ritual. Neste cosmo, se vive e se repete a mitologia da criação étnico tribal, que se eterniza entre gerações pelas normas de conduta ética moral, pelas simbologias de identidade, seu lugar de renová-los que é, sobretudo, o local de convivência da relação entre os vivos e os ancestrais.

Os ritos de iniciação perpetuam uma revelação secular da religião africana. Neles, cada um dedica seu percurso de peregrino pelo caminho da vida à chegada ao encontro com o seu sagrado através da ancestralidade. Se concentram neste espaço sacro-étnico os conceitos de sagrado, linguagem sagrada e de modos de se relacionar com a força suprema, conceitos etiológicos da doença, de ética e moral, de relação permanente com os ancestrais para assegurar a restauração do equilíbrio cosmológico e sociopolítico, aspectos que são aprendidos apenas na iniciação.

A tentativa de suprimir as crenças e ritos de iniciação é vista como um ato de deixar o ser humano resvalar para o ateísmo público relacionado com um imaginário global que se curva à mídia e ao consumismo. A mídia tem se empenhado na criação e divulgação de ídolos e ícones velados pelo povo como a televisão, a moda, a marca, o sexo erótico ou sexo sem compromisso, o culto aos prazeres, o alcoolismo, o ataque à privacidade e dignidade individual em nome do exercício do direito democrático, etc. Todos estes ídolos são as figuras lendárias que entram no mundo do consumismo cotidiano e constroem novas crenças e rituais do ateísmo material. Não é paradoxal que todos esses ídolos e ícones entrem facilmente na crença e verbalização dos jovens que as reproduzam na violência de si próprio e da sociedade.

É no local iniciático que os adolescentes fazem a sua primeira experiência de contacto com a sua ancestralidade e se religam ao Deus que tem autoridade sobre a terra, o céu e em todas as coisas. Este pensar da religiosidade africana é partilhado por Tempels (1965), Mbiti (1970), Hountondji (1996) e Idowu (1982). Estes autores não apenas mostram quanto a religião africana ombreia com cristianismo, como também denotam que o cristianismo africano está alicerçado sobre as crenças míticas e magias da religião ancestral incluindo o cosmo dos ritos de iniciação.

Aqui é importante que o conceito ocidental de religião não seja o referente para a compreensão da religião tradicional africana, de entes superiores de veneração, adoração e culto religioso (Langa, 1992). Há aspectos extremos que são absolutamente dispares, seja na sua concepção, seja no reflexo da vida cotidiana. Para Appiah (1997) a religião tradicional africana é fundada nas ideias, no pragmatismo, nos costumes e atitudes mentais, no plano consuetudinário individual e da comunidade étnica tribal; estes aspectos constroem o sagrado da religiosidade africana.

Antes de prosseguir, cabe apreciar a obra de Mary Douglas (1966) no ensaio sobre a noção simbólica do puro e impuro. Tal noção ilumina a reflexão sobre o cosmo *Makonde*. Ela aponta que o comportamento humano está influenciado pelas individualidades que se dispõem a garantir a realização do desejo das ancestralidades que pode estar configurado na dignidade de uma mãe ou de um chefe étnico cujo mando psíquico-espiritual ainda refreia o comportamento social. É deste modo que as lideranças étnicas legitimam as suas pretensões sustentadas nas crenças e convicções ancestrais. No mesmo cenário, a ordem desejada na sociedade é conservada graças ao simbolismo e sentimento de perigo com que se sentem ameaçados os infratores das crenças e práticas comunitárias. As noções de perigo permitem o exercício de poder coercivo sobre a sociedade. Todavia, mesmo a quem exerce esse poder não é permitido viver à margem das normas.

Por outro lado, Lévi-Strauss (1978), é um exímio intérprete do que posteriormente foi designado como visão *etic*. Para este antropólogo, a maior parte de seus colegas antecessores cometeram o erro de confundir o que era mito com a vida dos povos estudados. Ele entende que muito do que está descrito sobre esses povos é uma narração das mitologias dos povos e não um estudo descritivo das práticas cotidianas dos mesmos. Ele realça que tais pesquisadores tiveram imensas dificuldades de separar o mito das práticas cotidianas que marcavam a vida dos povos estudados, porque sempre olharam para os grupos étnicos “tribais” de uma perspectiva que parte do lado exterior,

É importante ressaltar que as evidências da ciência não podem ser vistas nesse prisma de inconsistência, e muito menos na visão mitológica que suporta os ritos em seu ambiente étnico. Elas, não devem deixar margens débeis no problema que se pretende resolver. Para tal, a visão *emic* ou interna é a hipótese segura, como sustentam os autores já mencionados (Fantinato, 2003; Rosa & Orey, 2012). Como complemento podemos agregar que esta visão tem um olhar do fenómeno num sentido do eu em direção ao nosso. O relator do fenómeno e suas transformações embrionárias esteve no palco da ocorrência fenomenológica estudando-o ou simplesmente num ato contemplativo de conhecer.

O contexto interpretativo e comparativo de uma prática cultural ou religiosa em Douglas pode ser precedida no conhecimento do seu total simbolismo universal, nos poderes e perigos que elas acolhem para que o paralelismo não se torne em ação aventureira. Ele vê na “sociedade primitiva” uma representação estrutural rica de pontos fortes, onde fluem poderes de prosperar, de exercer represálias comedidas no seu próprio universo. Nisso está o padrão social que caracteriza qualquer sociedade, ainda que não falte a pressão externa para aceitar intromissões reformistas afirmadas na arguição apologética de arcaísmo normativo (Douglas, 1966). Este arrola ainda que as circunscrições de pressões nas fronteiras e nas margens da sociedade devem ser de cunho ordinário para a sistematização e interpretação das crenças. Para a autora, as crenças relativas à separação, à purificação, à demarcação e ao castigo pelas infrações, têm como sua principal função colocar em ordem a diferença entre dentro e fora, por cima e por baixo, o masculino e feminino, com e contra; somente assim se pode criar uma feição de ordem numa experiência essencialmente desordenada (Douglas, 1966).

Apenas um exercício de compreender este mundo de práticas, crenças e mitologias se pode pensar não apenas em mudanças no repertório ritualístico étnico *Makonde*, como também em todos os estratos étnicos. Ainda que, por exemplo, se tenha a percepção de o *Makonde* ser tenaz à gênese identitária da cultura, também o são todos os africanos que lutam continuamente em preservar o seu manancial cultural e religioso. Peirano (2003), diz que não se deve exterminar o rito na tradição. Em lugar de exterminá-lo, deve haver um trabalho criterioso de recriá-lo em direção à eficácia em tempos contemporâneos. Por outras palavras, o rito jamais morre, recria-se. Essa é a mágica e excelência do estudioso, cavalgado pela dinâmica de fatores como vencer o adoecimento e alcançar a saúde e bem-estar da humanidade.

PROBLEMA DE PESQUISA

O problema de pesquisa proposta, demanda diálogo teórico-prático que acomode a circuncisão ritual *Makonde* numa dimensão que aporte as tradições e práticas médicas na resposta à prevenção do HIV/SIDA. Essa necessidade surge do fato de as tradições rituais não perseguirem objetivos médicos em suas práticas étnicas e do repúdio do ritual na prática médica ocidental. E pelo fato de se impor mudanças no ritual, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) acorda ser a cerimônia mais secreta e sagrada na inter-relação

étnica, há necessidade de mediação dialógica para a integração desta prática no sistema nacional de saúde (OMS, 2009).

A circuncisão tradicional tem benefícios na proteção contra as IST e HIV/SIDA. Porém, vários autores como Weiss *et al* (2000); Bailey *et al* (2008); Wilcken, Keilei e Dick *et al* (2010) já apontavam a frequência de riscos e complicações comuns tais como, a circuncisão incompleta que exige nova cirurgia, a demora na cicatrização da ferida, excesso de sangramento, a infecção pelo HIV, etc. Douglas e Maluleke (2016) indicam uma incidência de eventos na hospitalização associada à circuncisão, como, sepse na ferida cirúrgica em 56,2%, desidratação 5,7%, mutilação genital 11,4%, e 5,7% de amputação do pênis.

Os eventos adiante descritos, foram notórios no estudo dos *Makonde* com variedade de modelos de circuncisão que não se inscrevem nos padrões de proteção contra o HIV e IST propostos pela medicina. Mais ainda, há evidência de ambientes com falta de assepsia e com o uso dos mesmos instrumentos cortantes para cirurgia em mais de um iniciado (Mabutana, 2016).

A UNAIDS/WHO (2007) em suas recomendações já chamava atenção da necessidade de os países desenvolverem pesquisas sobre a circuncisão tradicional e seus eventos adversos para maior atenção na elaboração, formulação e implementação de políticas públicas de circuncisão médica.

Pelas razões apontadas, a circuncisão tradicional tem estado no centro do certame científico de formulação de resposta à incidência de eventos adversos como hemorragia, mutilação genital e amputação da glândula no ritual (Bailey *et al.*, 2008, Douglas & Maluleke, 2016, Maffioli, 2017). Com todos os cenários possíveis, a solução não deve ser a eliminação da circuncisão tradicional conforme apontam Barth (1998) e Peirano (2003). Peirano propõe que o rito seja recriado, pois essa é a nobre missão de ser cientista. Ela acorda que, é a este que cabe trazer soluções científicas que cabem na dimensão sociocultural. Sua enfática defesa da circuncisão tradicional faz sentido por ser uma prática comum em África apesar da alta frequência de eventos adversos, mas com um valor social de grande magnitude sanitária. Então, a solução do problema pode passar pela sua regulamentação e controle de modo que a ocorrência de eventos adversos seja minimizada e que a cultura e o bem-estar social sejam alcançados de acordo com o desejo da comunidade.

Para o alcance na mudança cultural desejada, me aliei e me inspirei em Hobsbawm e Ranger (1984) e inventei com os *Makonde*, uma nova tradição de circuncidar os *Mwali*

(iniciados) no *Likumbi*, para reduzir a ocorrência de eventos que preocupam não apenas a comunidade científica, mas também os próprios *Vamakonde* e a sua saúde pública.

Por “tradição inventada” entende-se um conjunto de práticas, normalmente reguladas por regras tácita ou abertamente aceitas. Elas são simbólicas, inculcam certos valores e normas de comportamento através da repetição, o que implica, automaticamente em uma continuidade em relação ao passado. Apenas se extermia o que se estiver fora do contexto temporal e circunstancial sendo preservado o elo de ligação com o passado histórico (Hobsbawm & Ranger, 1984).

Além de autores referidos, há pesquisas que comprovam que a circuncisão médica preventiva do HIV precisa de ser feita no meio das tradições e crenças locais. Assim, se observa o seu sentido étnico mesmo com a intervenção dos profissionais de saúde em seu ambiente de tradições. É essa a intuição que me levou a crer que é possível minimizar os eventos adversos da circuncisão tradicional e trazer uma relação harmoniosa com as práticas médicas e a saúde dos iniciados. Esta situação não apenas preocupava à medicina convencional; preocupa sobremaneira às tradições que querem se ver livres do que se opõe a saúde dos adolescentes. Há que lembrar que, para os *Makonde*, ser bom *Nalombwa* é circuncidar com eficiência e eficácia sem ocorrência de eventos adversos (Mabutana, 2016).

Porém o diálogo foi a premissa maior que contribui sobremaneira na busca da resposta do problema com os *Makonde*. É desta feita que, envolvi os *Makonde*, os *Vanalombwo*, os profissionais de saúde e todos os atores, para juntos buscarmos o que pode ser uma resposta duradoura na redução de complicações e outros eventos adversos na circuncisão.

Somos cientes que a resposta ao problema não é cabal pois o acompanhamento destes grupos é importante para que ganhem confiança e melhorem ainda mais os aspectos do cotidiano do ritual de circuncisão, fazendo da tradição lugar de proteção à saúde dos iniciados. Uma reflexão sobre o que acontecerá no mundo ritual *Makonde* pós pandemia, se afigura como questão fundamental sobre o lugar das tradições na promoção de ações de saúde individual e coletiva no país e no mundo.

CAPÍTULO 2. REVISÃO DA LITERATURA

ÁFRICA E CIRCUNCISÃO

A circuncisão é praticada por razões étnico-culturais e religiosas em 93% dos países do Norte Africano e em 62% da África Subsaariana (Drain *et al*, 2006). No oeste e norte da África a prática da circuncisão se dá por razões religiosas sendo realizada no período neonatal da vida. Já no leste e sul do continente, a circuncisão tem um caráter de ritual de passagem da infância para a idade adulta (Banwari, 2015). A circuncisão se distribui por alguns países em função dos usos, costumes e tradições. Por exemplo, 20% de jovens e adolescentes ugandeses são circuncidados. Na Tanzânia e Quênia, jovens são também circuncidados (Siegler *et al.*, 2012).

Segundo Lau *et al.* (2015), na África Oriental a prática da circuncisão é comum em 11 países da região onde por exemplo, o Reino Eswatini (antiga Suazilândia) apresenta uma prevalência de 4% e Lesotho 90%. Por sua vez Rennie *et al* (2015) apontam que a circuncisão nos Yao de Malawi é uma prática da transição da adolescência para a vida adulta de rapazes com idades compreendidas entre os 8 a 13 anos. A alta prevalência de infecção de HIV entre parceiros heterossexuais e baixas prevalências de circuncisão justificaram a implementação do programa de circuncisão médica em 15 países da África Subsaariana (UNAIDS/WHO, 2007). O facto, levou o continente Africano a ser atualmente a área geográfica com a maior prevalência de circuncisão cirúrgica no mundo. Segundo WHO (2020), circuncisar 80% dos homens adultos em países de alta prevalência de VIH já evitou 230.000 novas infecções até 2017 entre mais de um milhão de infecções esperadas por prevenir até 2030.

A circuncisão médica é recomendada pela ONUSIDA para a prevenção da transmissão heterossexual do HIV/SIDA da mulher para o homem. É uma estratégia que se junta a outros serviços de prevenção, como a educação em saúde, o fornecimento de preservativos, os testes de HIV, os cuidados e tratamento em indivíduos positivos UNAIDS (2019). Na perspectiva de atingir rapidamente a cobertura da circuncisão médica, a organização mundial de saúde estipulou a meta de circuncidar 25 milhões de pessoas até 2020, cifra que até então está em 22,6 milhões. Os dados de circuncisão disponíveis, e com informação completa estimavam que até 2018, a cobertura de circuncisão era de 84% entre adolescentes e homens com idade de 10 a 24 anos (UNAIDS, 2019).

CIRCUNCISÃO ÉTNICA EM MOÇAMBIQUE

Este país está na África Subsaariana, área geográfica com alta prevalência de circuncisão tradicional. Entretanto, o seu curso sociopolítico determinou que fosse negado à população que eventos significativos da vida como o nascimento, a entrada na vida adulta, o casamento e a morte, se celebrassem segundo princípios, crenças e práticas étnico-culturais locais. Tal fato faz de Moçambique um país isolado da África Austral, quanto à aceitação de práticas étnicas rituais sustentadas em políticas públicas que incrementam a qualidade de vida e o bem-estar das populações segundo seus costumes e crenças. Mais ainda, não há estudos sistemáticos oficiais com o intuito de coletar dados sobre as práticas culturais curativas, nem regulamentação do seu uso em benefício de seus usuários.

Por detrás de episódios que construíram um Moçambique que relegou a um plano subalterno as suas manifestações culturais, crenças e práticas, poderá ser apontada a miscigenação cultural resultante da presença árabe, *Nguni* e portuguesa. Porém, o período pós independência não foi áureo para as tradições socioculturais Nacionais.

Segundo Alpers (1972), no litoral norte de Moçambique, nas províncias de Cabo Delgado, Nampula e Zambézia, há presença árabe há séculos. Em alguns lugares, o suaíli, uma língua bantu, é a língua franca extensamente falada por povos pertencentes hoje a diversos países. Mas a conversão ao Islã trazido pelos árabes não é apenas um fenômeno costeiro. Até o interior, na província de Niassa, as pessoas se enxergam como muçulmanas. A expansão do Islã para o interior no norte do país parece ter acontecido aproximadamente de 1890 até 1930.

As incursões dos *Vangoni*, ou *Ngunis* (clã Zulu) pelo Sudeste de Moçambique no século XIX a partir da África do Sul, arrasou famílias, criou a sua dispersão e destruiu a organização dos pequenos Estados e sua estrutura organizacional, formando o temível Império de Gaza de *Ngungunhana*, neto de *Manicusse*, que invadiu e ocupou as terras do Sul de Moçambique. Já no início da invasão, *Manicusse* rei dos *Ngunis*, aboliu a prática dos ritos de iniciação, *Ku soka*, a circuncisão de rapazes. Entre os grupos étnicos dominados, os *Rongas* e *Changanas* já estava sofrendo alguma miscigenação afro-asiática a partir do contato com os árabes, persas, chineses (Junod, 1996). Este autor reafirma que a proibição da prática da circuncisão surtiu efeitos no Sul de Moçambique, exceto na província de Inhambane que já estava sob o controle dos portugueses, impedido a invasão do território pelos *Ngunis*. Por conseguinte, a circuncisão em Inhambane impôs-se, construindo um modelo típico de iniciação de que não temos registro em algum estudo. Os territórios que

não sofreram o domínio *Nguni*, continuaram com a prática da circuncisão, como o Centro e Norte de Moçambique até então.

O período desde 1975 foi marcado pela independência nacional e com ela emergem novas ideologias sociopolíticas que implicam em suprimir “a tribo” e construir o “homem novo”. O espaço político esperado para o exercício dos direitos de manifestação da identidade ideológica e cultural de todos era justificada antes pela união de múltiplas forças políticas em uma única força, a Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO). Uma sociedade de diferentes ideologias não teria sido algo estranho em Moçambique, pois a luta pela independência foi fruto da união de diversidades políticas, étnicas e culturais. O período pós independência devia ter sido de os grupos étnicos manifestarem o que sofregamente durante 500 anos foi lhes negado pela colonização portuguesa. Os grupos étnicos estavam impedidos de fazer escolhas que estivessem de acordo com suas aspirações socioculturais, e principalmente quando ainda mergulhadas na reflexão para “separar o trigo do joio”, isto é, saber o que era pertencente à educação tradicional, à dominação colonial portuguesa e o que ensinar às novas gerações.

Segundo Sérgio Vieira, Samora Machel teria conceituado pela primeira vez que, “O homem novo é um processo” em 1970 na II Conferência do Departamento de Educação e Cultura em Tunduru na Tanzânia, e a partir desse conceito apareceu também, “Matar a tribo e construir o homem novo”. Reitera o autor que se formava assim uma ideologia política para uma revolução na nova República, e o “Homem novo” tornou-se apanágio discursivo não só de Samora Machel como passou a ser uma linha de orientação social (Vieira, 1978). Ele afirma que para Samora, a sociedade tradicional e a sua educação foram colaboradoras do regime colonial na reprodução por gerações, de indivíduos como os assimilados, [os sipaios] a força policial colonial e os régulos, que consentiram a dominação política e ideológica sobre o povo. É daí que era importante a formação de novos ideólogos da revolução pois a pátria estava liberta faltando apenas “libertar o homem” da ideologia colonial.

O discurso de Samora Machel denuncia três modelos de educação, a educação colonial, tradicional e a educação do homem novo. Estes convivem num antagonismo histórico em que a educação tradicional deveria ser o alicerce sobre o qual pensar para a construção da nova nação. Entretanto, ela é vista como a que acomoda a superstição, a heresia de uma tradição que acopla a dominação pelo sistema de classes na sua estruturação social, composta de jovens adultos e velhos.

Creio ser a estrutura de classe tradicional, a premissa maior para a construção de uma sociedade cuja hierarquia já existe. A observância e obediência hierárquica é um dos fundamentos para a construção de uma sociedade que gera valores para a coesão de grupos, para o respeito pela criança, pela mulher e pelos idosos e seus saberes. A hierarquia tradicional ensina cada um a saber ocupar o seu lugar e responsabilidade social. Não se pode alegar a superioridade da ciência sobre os ritos de iniciação, a poligamia, o regulado (exercício monárquico do poder local), a medicina tradicional e suas práticas pejoradas de supersticiosas, criminosas e injustas, bem como o casamento tradicional. Este último, foi visto como submissão das mulheres aos homens e transformação destas em mercadorias pelos seus próprios pais. É também vista como uma institucionalização da exploração da mulher pelo regulado, extorsão do regulado ao povo, pelo pagamento do símbolo matrimonial, tributo social de submissão da mulher ao homem. Do projeto político “Homem novo” emergem reflexões atuais como estas; o que é uma sociedade política de igualdade, sem classes, sem domínio de uma sobre outra, se a função do Estado é a dominação dos mais fracos?

No reatar da circuncisão dentro dos ritos de Iniciação, no escopo da Educação Tradicional, se compreende como o colono não quis matar diretamente as tradições. Nelas introduziu o conceito de “civilização dos indígenas”, processo que contou com forte colaboração da Igreja Católica. O processo foi notório no que Ngole (1996) chama de *Likumbi* do Padre ou da Igreja. Se o interesse foi de civilizar culturas e crenças, estava claro que alguns valores e práticas indígenas eram importantes para a formação humana. Este fato não foi isolado; mais adiante se pode notar experiências interessantes vividas por exemplo, na Igreja Missão Suíça na formação de jovens.

Importa observar que a proibição da circuncisão nos ritos de iniciação por parte dos *Nguni*, cobrou maior viabilidade mormente no período de luta de libertação Nacional de 1964 a 1974, se estendendo posteriormente até depois da independência por razões ideológicas. Nesse período, os ritos de iniciação tiveram que se adaptarem a novas maneiras de manifestações na clandestinidade como marco da sua sobrevivência e resistência. E os *Makonde* passaram por esse processo de sobrevivência do seu *Likumbi* e *N'goma*, mas nem todos os grupos étnicos conseguiram manter vivas todas as suas práticas; parte delas desapareceram.

Das situações geopolíticas e históricas percorridas adiante, Moçambique apresenta novos figurinos iniciáticos que aglutinam os vários momentos pelos quais passaram ao longo do tempo. É de realce que, os ritos de iniciação são um marco das tradições em

Moçambique, mas nem todas são praticantes da circuncisão (Junod, 1996). Em alguns grupos étnicos a iniciação se restringi à aquisição da ciência do mato, ao pastoreio do gado, às lutas para estabelecer hierarquias no grupo, à aprendizagem de jogos tradicionais e da caça. Ressalta o autor que nas comunidades de pastores, o referente ao pastoreio de gado não é uma prática iniciática exclusiva de rapazes; as meninas também são iniciadas na guarda de bovino e caprinos; assim, elas também se formam na ciência do mato.

A circuncisão também é uma prática doutrinal judaica e islâmica, mas em determinados contextos é praticada pela maioria dos fiéis cristãos fora da recomendação doutrinal. Esta é ainda uma herança da imposição religiosa aos africanos mediante a negação das suas práticas e tradições no seio da Igreja. Salvo exceção, a Igreja católica prática a circuncisão dentro dos retiros de iniciação em respeito à cultura local, e de alguns grupos étnicos num novo conceito, a inculturação. A prática da circuncisão é comum em 10 grupos étnicos autóctones de Moçambique e está presente no Sistema Nacional de Saúde que visa proteger o homem da infecção pelo HIV.

Eliade (2001) nos rememora a dupla identidade do fenômeno religioso no caso da circuncisão. Esta é contígua à natureza mística, visto se dividir em sagrado e profano num convívio opostamente contraditório. O sagrado e profano existe na criação cósmica do homem numa conjugação contraposta entre si. Neste caso, a existência do rito de circuncisão nos diferentes cosmos étnicos e religiosos aporta já em si à religião e ao profano. Embora a circuncisão em si não seja um ato religioso nem parte essencial do rito religioso dos *Makonde*, ela é um ato simbólico vinculativo ao grupo, vivência a crença no sagrado, no mágico, no mitológico através da incisão no corpo do iniciado. O sagrado é o que não comporta nada semelhante ao natural, é o que transcende a realidade comum de existência material corpórea. O profano é tudo que emerge do ontológico, o que tem uma existência vital e não pode ser venerado.

PADRÕES DE CIRCUNCISÃO MÉDICA

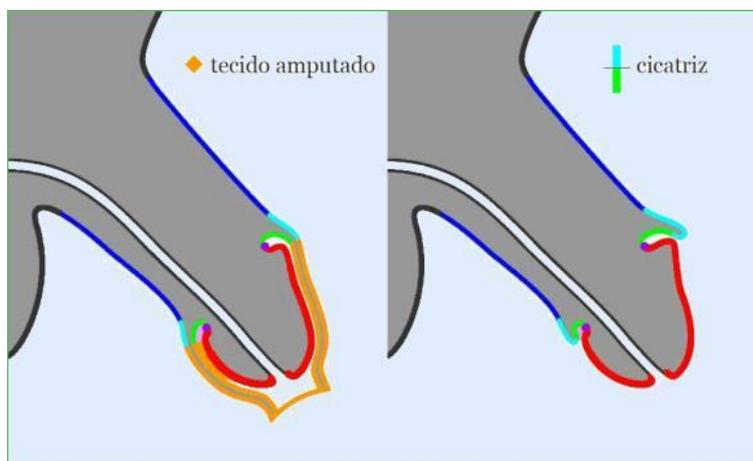
Antes é importante referir que existem três tipos de circuncisão, a ritual com fins de tradições religiosa / cultural, a circuncisão profilática para a prevenção de doenças de natureza sexual, e a circuncisão terapêutica, geralmente realizada por condições patológicas no prepúcio e por prescrição médica (Calcagno, 2007).

A circuncisão tradicional não se debate apenas com ineficiências nos estilos de corte, como regista alta de incidência de eventos adversos, facto que não é isolado da prática

médica. Morris e Eley (2011) descrevem por exemplo que, na circuncisão médica incompleta ou frouxa, a glândula não fica plenamente exposta porque a excisão do prepúcio foi parcial. Isto possibilita a ocorrência de fimose, para além de não responder à objetivos almejados, que podem ser religiosos ou sanitários. Ela exige uma nova cirurgia corretiva. Em algumas circunstâncias a cirurgia vai para além do prepúcio, atingindo a pele que cobre o corpo cavernoso do órgão peniano fazendo o pênis se retrair para a cavidade. Esse é exemplo de uma circuncisão inadequada.

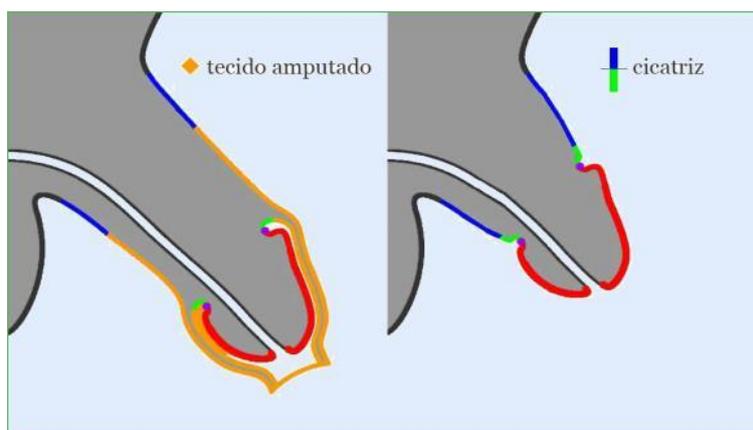
Desta feita, se compreendem termos utilizados para descrever a circuncisão; alta / baixa, que designa o tecido que é removido, tal como folgado / justa designa quanto do tecido é removido. As variações são independentes, o que define os 4 tipos básicos de circuncisão descritos nas figuras a seguir:

FIGURA 1 – POSTECTOMIA BAIXA E FOLGADA



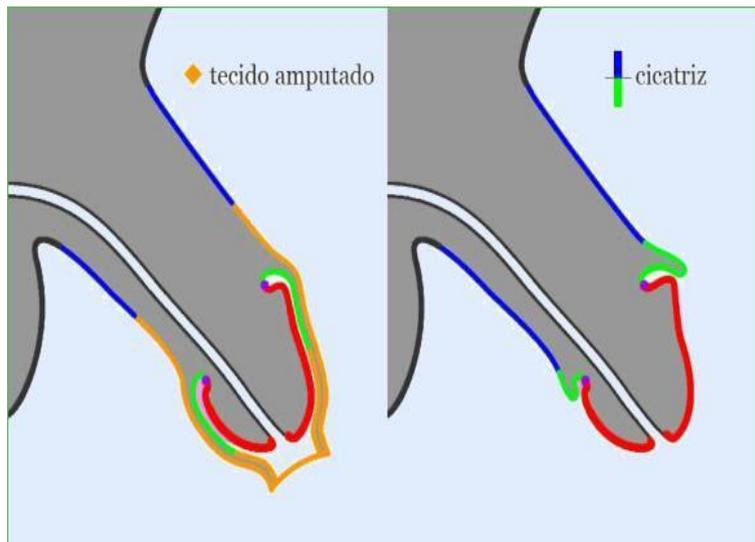
Fonte: MORRIS, B. J., & ELEY,2011

FIGURA 2 – POSTECTOMIA BAIXA E JUSTA



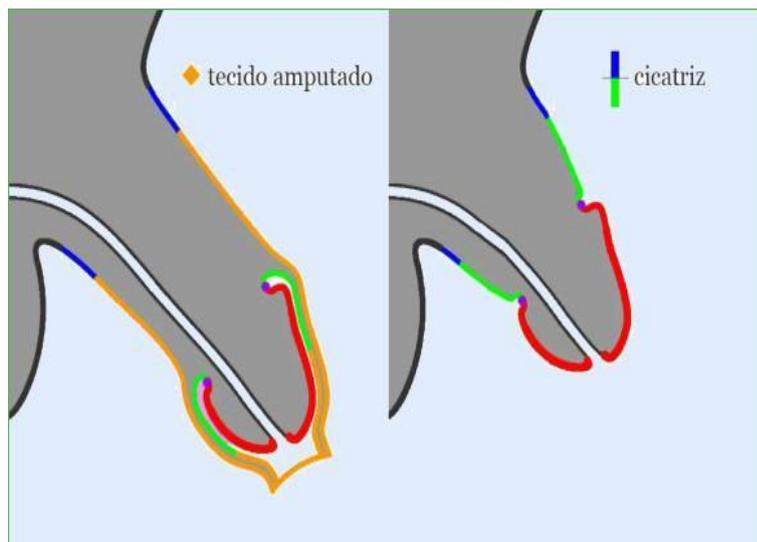
Fonte: MORRIS, B. J., & ELEY,2011

FIGURA 3 – POSTECTOMIA ALTA E FOLGADA



Fonte: MORRIS, B. J., & ELEY, 2011

FIGURA 4 - POSTECTOMIA ALTA E JUSTA.



Fonte: MORRIS, B. J., & ELEY, 2011

A Postectomia parcial é folgada e deixa parte da glânde coberta pelo prepúcio sobejo pós cirurgia. Em síntese, as partes internas e externas do prepúcio são separadas, não são lados opostos do mesmo tecido, mas são móveis entre si. Logo, é possível remover quantidades diferentes de cada parte da pele, o que determina onde se situa a cicatriz em relação à glânde. Poucas cirurgias se parecem justamente com as imagens para adiante, há sempre exageros que ressaltam as diferenças. Grande parte das cirurgias podem se considerar meio termo dentre os quatro tipos principais na escolha dos pacientes.

CIRCUNCISÃO E HIV

A UNAIDS (2021) estima existir 37,7 milhões de pessoas no mundo vivendo com HIV. Em 2008, 14 países da África subsaariana implementaram o Programa de Circuncisão Médica Voluntária Masculina da OMS e a UNAIDS para reduzirem as taxas de aquisição do VIH entre homens heterossexuais através do sexo vaginal. A OMS e a ONUSIDA traçaram a meta de atingir uma cobertura de circuncisão de 80% para a prevenção do HIV/SIDA em homens de 15 a 49 anos, de 2008 a 2017. Não obstante o crescimento da circuncisão médica nos 14 países desde 2008, sete desses registaram oscilações entre aumento e diminuição da circuncisão estimada desde o início do programa. Em geral, a maioria desses países estão abaixo da meta dos 80% de cobertura nacional. Apenas três países, Etiópia, Quênia e Tanzânia atingiram tal meta e nos onze países restantes há incertezas no alcance das respectivas metas nacionais. É digno de nota que, desde o início do programa, cerca de 12,2 milhões de novos casos de HIV foram registrados. Cork *et al.* (2020) apontam que a circuncisão médica sobrecarrega o Sistema de Saúde dos países da África subsaariana.

Quais os benefícios da circuncisão? Para além de reduzir o risco de os homens contraírem o HIV/SIDA, previne o contágio de outras IST. Isso acontece porque o prepúcio secreta esmegma que se junta a gotas de urina, penetrando entre o prepúcio e a glânde. Sendo o prepúcio uma pele macia e húmida, durante relações sexuais ele sofre lesões que entram em contato direto com fluídos corporais contendo agentes infectantes. Essa é uma das maneiras pelas quais o homem é infetado pelo vírus do HIV. A circuncisão expõe a glânde que com o tempo desenvolve uma pele mais resistente reduzindo as chances de ferimentos que entram em contato com o líquido corporal infetado durante o coito. Em

suma, reduz o risco de homens contraírem o HIV, outras IST e reduzem também a incidência de câncer peniano e, nas mulheres, de câncer do colo do útero (MISAU, 2014).

A circuncisão melhora muito a capacidade de higienização genital no homem. Logo, os parceiros ficam mais à vontade nas relações sexuais. Do mesmo modo as mulheres ficam protegidas das doenças transmitidas através das relações sexuais. Mais ainda, quando elas estão protegidas dessas doenças e querendo engravidar, será profilático para a transmissão vertical. A circuncisão é também eficaz para a saúde das crianças na medida em que previne a ocorrência da fimose, que é a impossibilidade de retrair plenamente o prepúcio e deixar a glândula peniana exposta. A fimose dificulta a limpeza do pênis. Ter boa limpeza do pênis é também profilático para as infecções urinárias MISAU (2014).

O programa de circuncisão médica foi implementado em Moçambique em 2008. Embora esteja a registar progressos oscilantes de ano para ano, até 2018 apresentava um cumulativo de 1.637.568 cirurgias (UNAIDS, 2019).

PADRÕES DE CIRCUNCISÃO NA TRADIÇÃO

Os tipos de circuncisão nas tradições são inúmeros porque respondem principalmente a interesses simbólicos culturais. Poucas vezes estão impregnados na circuncisão étnica objetivos de saúde sexual. A exemplo disso, um estudo feito na Papua - Nova Guiné com o objetivo de descrever e quantificar os estilos de circuncisão entre as 800 etnias, mostrou uma variação cirúrgica do prepúcio sem a sua remoção sendo a única semelhança entre eles, a exposição da glândula peniana. Quais são os efeitos dessas práticas? Sem o programa de circuncisão médica massiva o país tem a prevalência baixa de HIV de 0,8% (MacLaren *et al.*, 2013). Cenário quase idêntico foi achado entre os *Makonde*. Porém, é preciso comprovar o efeito protetor da variedade cirúrgica do prepúcio em mais de cinco estilos no mesmo grupo e dentro do mesmo espaço geográfico (Mabutana, 2016).

Para a resposta ao questionamento são necessários novos estudos que possam fornecer conhecimento detalhado sobre os estilos de circuncisão e seus resultados profiláticos. Isto para se entender de que maneira a presença do prepúcio pode aumentar ou reduzir o risco de infecção e de complicações. Portanto, esta é uma causa justa, suficiente e proeminente para embrenhar na realização de um estudo que quer orientar-se por uma intervenção previamente negociada com os seus praticantes, de modo a realizar

melhorias nas atuais técnicas tradicionais de circuncidar preservando o sentido e valor étnico, mas melhorando a saúde dos adolescentes e da comunidade.

Concordamos com Pitts (1968) que escreveu que aperfeiçoar o que não é do campo da medicina não pleiteia demitir seus praticantes e rituais através da medicalização. A medicalização é um procedimento técnico e prático que considera problemas da vida cotidiana e da convivência sociocultural como problemas médicos. Ela é um modelo de controle social executado pelos profissionais da medicina e por outros, auxiliado pela tecnologia e pelos medicamentos para se proclamarem únicos protagonistas das transformações sociais.

A divulgação do efeito protetor da circuncisão pela UNAIDS/WHO 2007 foi um passo que não consistiu na culminação de uma combinação de diversas estratégias mundiais. Era uma necessidade mormente de a ciência encontrar novas técnicas que deviam se juntar à circuncisão masculina, aos microbicidas vaginais, à profilaxia antirretroviral, ao preservativo e a pré-exposição e outros meios de controlar o HIV. É indispensável aceitar que a potencial circuncisão masculina é um fato que se reduz ao teor do “corte do prepúcio” ou da “circuncisão tradicional” se situarmos-nos no contexto de África e suas tradições, onde “circuncidar” tem uma multiparidade de tipologias desenvolvidas nas suas vastas e extensas práticas étnicas africanas.

Após estas evidências, a “circuncisão tradicional” parece ter deixado de ser o foco de pesquisa de vários estudiosos e governos de Estados com “hiper-epidemias ou epidemias generalizadas de VIH e baixa prevalência da circuncisão masculina” (UNAIDS/WHO, 2007). Tudo o que foi feito até é contrário à tradição, suas práticas e seus atores. As políticas promulgadas não favoreceram as tradições. Pelo contrário criminalizaram a prática e seus atores, enquanto “hospitalizavam”, ocidentalizavam a circuncisão tradicional entre agentes biomédicos. A circuncisão tradicional ficou literalmente “fonte de aquisição de infecção pelo HIV e outras IST”. O novo ambiente também se transformou em novo campo de estudo não acolhendo no seu âmbito de pesquisa o que resulta das tradições da “circuncisão tradicional”, pois não apresentam evidências privilegiadas e comprovadas cientificamente (Knauth e Machado, 2013).

Um dos debates contemporâneos na pesquisa é o avanço e expansão das tecnologias de ponta em detrimento da apropriação do conhecimento tradicional e sua valoração. Isto se dá em um momento em que escasseiam recursos de toda a ordem para suprir dificuldades assistenciais de saúde humana. O espaço tradicional constitui um âmbito

de realização do conceito de saúde e bem-estar com dimensões absolutamente diversificadas na cultura universal.

O mundo identifica problemas interligados que limitam a aproximação dos países para atingirem à cobertura universal da saúde. A existência de recursos limitados, faz com que quase nenhum país, inclusive entre os mais ricos, seja capaz de garantir o acesso à tecnologia e intervenções para a melhoria da vida. Isto se agrava nos países pobres que dispõem de escassos serviços de saúde e de falta de acesso às novas tecnologias na saúde OMS (2010). Estes problemas chamam à nossa consciência que existe uma preterição de saberes das tradições cujos benefícios não são desfrutados por não serem “civilizadas” ou não serem modernas. Daí vem a pergunta, nos Estados que proporcionam a revolução tecnológica, o “moderno” implica em bem-estar social? Esse é um verdadeiro contraste entre o ideal e o possível.

IMPOSIÇÃO ÀS TRADIÇÕES

A evidência da falta de assepsias na circuncisão tradicional é uma razão suficiente para ações de emergência, seja na pesquisa, seja em ações imediatas, que priorizem que o rito não continue a ser fonte de propagação de infecções em países praticantes da circuncisão tradicional e nos 14 países África considerados prioritários pela UNAIDS/WHO na implementação da circuncisão médica.

Sob uma outra ótica de análise, é um ato de reacender o que Achille Mbembe (2001) descreve ser o estigma colonial sobre as tradições africanas, a escravatura, colonização e *apartheid*. Visto ter-se produzido vários conhecimentos para sustentar “o princípio da diferença e da não-similaridade, como uma forma de governo em si mesma...”, implicando em estigma racial, pois quem tem o “propósito de canonizar a diferença e eliminar a pluralidade e a ambivalência da tradição”. Mbembe ressalta o paradoxo deste processo de reificação em que, por uma parte, há um reconhecimento da tradição e, por outra parte, um julgamento moral, porque, em última análise, tal tradição não pertence ao “nosso mundo”.

A visão de Mbembe (2001) remete a análise crítica sobre a omissão de orientações para os atores tradicionais da circuncisão. A primeira, é o que o discurso da UNAIDS/WHO pode ter uma conotação ser a conotação de a África pós-colonial ter o dever de aceder à civilização. O que se inscreve no que Santos (2007) chama de edificação da “modernidade ocidental” sob égide de dois mundos antigos e distintos, o colonial que se rege por princípios

e tecnologia própria [as leis que emanam o primeiro mundo civilizado] e o antigo, que se rege pelos princípios do mundo “velho” [antiquado da pré-história, brutal].

Esta é uma reconstrução do velho “princípio universal” de que as populações das antigas colônias estão abaixo dos níveis humanos, não pensam e nem têm conhecimento, seus sistemas políticos são pervertidos por normas rígidas, arcaicas e a reclamarem reforma. Entre os dois mundos distintos existe uma linha que os separa para evitar a promiscuidade (Santos, 2007).

Ayres (2002) escreveu que “para o aprimoramento das ações de prevenção é preciso transcender as ideias de grupo de risco e comportamento de risco — conceitos que rotulam, generalizam, descontextualizam e despolitizam”. Os *Makonde*, os *Macua*, os *Bijagó*, os *Massai*, os *Xhosa*, *Sotho* e *Ndebele* e várias outras etnias africanas, povos da Oceania e Austrália, são todos atores “autóctones” dos ritos de iniciação nos quais estão enfeitados os protótipos de “circuncisão” que vão desde o uso de insetos peçonhentos, o alongamento do prepúcio ou a incisões. Estes variam segundo o sentido das simbologias étnicas dos seus atores.

Por razões culturais, a circuncisão é comum na África do Sul entre os grupos étnicos *Xhosa*, *Sotho* e *Ndebele*, e se realizam nas escolas de iniciação que garantem a passagem dos adolescentes para a fase adulta. A maioria das escolas são reconhecidas e legisladas segundo a lei Sul Africana. Segundo Peltzer *et al.* (2010), para uma execução segura da circuncisão, o parlamento sul africano aprovou uma lei que autoriza acordos entre os chefes tribais praticantes de ritos de iniciação, escolas e o governo a organizarem workshops conjuntos, nos quais profissionais da medicina e enfermagem vão às instituições escolares para ensinar como garantir a existência de condições essenciais de segurança cirúrgica, como por exemplo, o uso de material esterilizado. Para Peltzer, tal legislação “promove e protege a tradição e os direitos das pessoas que praticam” os rituais tradicionais.

Ainda que tenhamos de admitir que existam “grupos de risco”, nos parece paradoxal e colidente, pois é negar no mínimo um processo de legitimação por “plágio” ora, “translado” ou expropriação de “patente” da autoria natural da circuncisão na qual se produziram as primeiras evidências preventivas do vírus de HIV.

Para arguir em nossa sustentação, Knauth e Machado (2013), na análise comparativa da circuncisão masculina preventiva do HIV/SIDA da OMS/ UNAIDS, e às cirurgias genitais intersex às crianças e jovens, acomoda-nos as antropólogas nos seus escritos, afirmam que a intervenção nos órgãos genitais é comum a ambas as práticas. Contudo, as práticas tradicionais são consideradas como “mutilação”. Na análise das

autoras, “o deslocamento destas práticas para a esfera médica retira delas o caráter de mutilação, visto que a intervenção é percebida como um meio de alcançar um objetivo considerado “nobre” ou legítimo: a manutenção ou a restauração da saúde e da normalidade” (Knauth e Machado 2013).

É importante destacarmos a inexistência de estudos sejam de natureza qualitativa ou quantitativa que tenha abordado a circuncisão nas suas diferentes maneiras de ser praticada, especialmente entre os grupos étnicos de Moçambique que vão “desde um pequeno entalhe até à ablação total do prepúcio” (UNAIDS/WHO, 2007). Os escassos estudos existentes, feitos na África por africanos, pouco debate levanta sobre sua eficácia ou aprimoramento para a proteção dos sujeitos.

Não obstante, o transladar desta prática no seu “habitat” tradicional ou sua extrapolação para o ambiente hospitalar deixa para trás inúmeros elementos que alicerçam a sua prática étnica, os gestos, o simbolismo e toda a imagem etnolinguística que ela transporta do seu passado histórico de gerações. Destes valores socioantropológicos podem captar-se os símbolos e práticas que ofereçam caminhos para a construção de uma saúde (Mello, 2013).

A experiência de pesquisa e convivência com os *Makonde*, retrata que a participação de qualquer um dos seus membros na circuncisão masculina médica ou hospitalar não lhes retira o “dever étnico” de participar na “circuncisão tradicional” da sua etnia, segundo a práxis tradicional específica do seu povo. Isto pode ser desvelado através das representações dos entrevistados:

Vamwali (iniciados) *va kuvika Likumbi ni N'goma* são dois ritos *Makonde* (masculino e feminino) pelos quais rapazes e meninas têm o dever de tomar parte como sua integração na tradição étnica do grupo. Neste, selamos a nossa relação com os nossos *Vachinhakala* (ancestrais) de quem herdamos o que somos e guiamos os nossos *Vamwali* (iniciados) a viverem os mesmos hábitos e costumes (VÁRIOS DEPOENTES).

A práxis étnica de ingressar no “*kuvika Likumbi ni N'goma*” (iniciação masculina e feminina) mesmo com a circuncisão médica já contempla a incorporação na tradição *Makonde* de tecnologias contemporâneas cirúrgicas da medicina. O fato fez emergir nos *Makonde* um novo modelo de “circuncisão”, o *Nthindoo wa Kuenga*, que consiste numa

incisão feita sobre o corpo do pênis circuncidado no hospital para simbolizar o rito tradicional (Mabutana, 2016).

Este modelo mostra o quanto se pode refletir na possibilidade de uma modificação ainda mais ampla das práticas rituais sem pôr em causa a tradição *Makonde* e sua medicina. Impõe-se uma ponderação de como se pode fazer a circuncisão tradicional em um ambiente seguro, menos exposto a eventos adversos à saúde xual e reprodutiva dos iniciados.

Segundo Mabutana (2016) nos modelos que apresenta, eles viabilizam três possibilidades que podem ser ampliadas nesta pesquisa, trazendo benefícios relevantes para a saúde e tradição dos seus atores. Sua ampliação constrói-se em três cenários possíveis de negociar entre a tradição e a medicina moderna.

A primeira possibilidade seria de os *Vanalombwo* (Mestres) não incorporarem nos seus modelos de circuncisão a “ablação total” do prepúcio, pois esta, e a “retirada de uma porção da pele” são de alto risco. Neles, a cura dos ferimentos dura mais tempo e há maior risco de ocorrência de infecções e complicações.

A segunda possibilidade seria que os *Vanalombwo* (Mestres) ponderassem que os iniciados fizessem a circuncisão médica antes ou ainda depois do rito da tradição. Com este cenário criar-se-ia a possibilidade de a “ablação total” do prepúcio ser realizada em um único modelo e pelo médico cirurgião.

Com a extinção da ablação total, o rito de circuncisão resumir-se-ia apenas à retirada de uma porção da pele. Este modelo de “circuncidar”, seria executado pelo *Nalombwo* (Mestre) em ambiente tradicional condicionado à assepsia para reduzir a ocorrência de eventos de risco. Desta forma e sob tal complexidade, a tradição asseguraria a realização do ritual em ambiente de proteção contra eventuais riscos à saúde e a integração étnica dos seus iniciados em um contexto que ainda preserva a cultura e a tradição.

Frisa-se que não seria a intervenção per si que asseguraria a continuidade destas práticas de circuncisão. As premissas apontam a necessidade de diálogo permanente, estímulo assistencial aos grupos para garantir que estes se identifiquem e consolidem estas novas formas de fazer o rito, como suas que protegerão interesses étnicos por longo tempo.

Não se pode concluir que os que participam da circuncisão masculina médica não estão sujeitos a riscos de infecção pelo HIV e complicações pós circuncisão. Aliás, aos circuncidados no meio hospitalar não lhes são reconhecidos o *status social* pela comunidade. As suas aventuras de civilização estão à margem das normas étnicas. Perdem a possibilidade de conquistarem as atribuições com que são agraciados os herdeiros dos

valores étnicos e também o direito de participação na vida comum da sua comunidade. No lugar de agraciados são vexados e pejorativamente chamados de *Ntchungo*, isto é, coisas insignificantes, desprezíveis, despojáveis e sem valor social (Mabutana, 2016).

É lógico que ninguém quer deixar de tomar partido da vida sociocultural do seu grupo étnico. Daí, a sujeição é o único meio visto como naturalmente viável de imposição étnica aos jovens que queiram se construir dentro da sua cultura. Daí que, um estudo de intervenção pode ser uma forma de promover, no seio das comunidades, novos significados e simbologias que vinculam tradições locais incluindo práticas simbólicas e representativas de saúde.

CAPÍTULO 3. PROCEDIMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A metodologia foi desenvolvida com base em uma etnografia sobre os *Makonde* do sul de Moçambique. O motivo é justamente por a etnografia estudar e descrever determinada sociedade humana, por meio da interação no trabalho de campo que exige a imersão plena do pesquisador na cultura e na vida diária das pessoas que são seus interlocutores (Cardoso de Oliveira 2000).

Nesta seção faço a descrição do percurso que conduziu a produção deste trabalho. A etnografia é conhecida como a ciência das etnias sendo que a palavra vem do grego *ethos* (cultura) + *graphie* (escrita), o que significa escrever sobre determinados costumes culturais, crenças e tradições de um povo que têm sido um legado que sobrevive de geração em geração tornando a cultura perene. Se a etnografia foi a minha eleição, concordo com Rocha e Eckert (2008) que diz ser específica na sua forma de busca de conhecimento entre as ciências humanas. Ela combina técnicas e procedimentos na coleta de dados agregado ao trabalho de campo feito pela convivência do pesquisador com a comunidade em estudo por longo tempo. Na convivência no campo, a coleta de dados foi feita por várias técnicas, como observação direta ou participativa, narrativas e experiências de vida, conversas informais e formais, entrevistas narrativas e fotografias.

As técnicas de coleta assentam na trilogia o “ver”, “ouvir” e “escrever” como verdadeiros momentos de elaboração etnográfica permitindo estudar a cultura, língua, raça, religião, manifestações culturais e comportamentais, por meio de conversas (Cardoso de Oliveira, 2000).

Pela excelência e alento do método antropológico, as narrativas e experiências vivenciadas na ritualização da vida e do fenômeno de adoecimento e saúde, torna-se relevante recorrer a esse recurso metódico para a pesquisa de tema como a circuncisão tradicional. A etnografia como método, se entrelaça na narrativa com o “olhar” “ouvir” e “escrever” de (Cardoso de Oliveira, 2000).

A observação participativa explorou sentidos na relação entre as variáveis dos quatro grupos estudados na província de Maputo. Destes grupos, três deles *Boane*, *KaMavota* e *KaManhiça -Maragra* foram orientados pelo mesmo *Nalombwo*. Esta característica viabilizou a convenção de novas práticas com o *Nalombwo* e sua comunidade, pois suas diferenças iniciáticas não residem tanto no modelo de circuncidar, mas em como interpretam suas práticas.

Para assegurar o respeito pelos princípios éticos na pesquisa, todas as entrevistas foram individuais e privadas. A atitude serviu também para preservar os tabus de linguagem *Makonde* na iniciação de acordo com as categorias de sagrados ou proibidos de serem pronunciados. As entrevistas narrativas foram feitas em português, e as frases e expressões de especificidade linguísticas de *Ximakonde* que não eram do meu domínio, foram traduzidas posteriormente com o auxílio do *Nalombwo* para o português.

As entrevistas focalizaram as histórias de vida dos entrevistados, o que os levou à busca da lembrança da sua infância marcada pelos episódios iniciáticos, por aquilo que construiu sua identidade *Makonde*, que até hoje contam com nostalgia e orgulho. Mas sobretudo o que não gostariam de ver desaparecido na sua cultura.

As entrevistas também abordaram as crises vividas pelos rituais iniciáticos desde a colonização, passando pelo período pós independência até a era do HIV/SIDA, enfatizando as narrativas, no que aspiram ver, o diálogo trivial, a Igreja, a medicina convencional e a medicina tradicional.

Entre os quatro grupos do estudo, o da Zona militar se apresentou com maior número de iniciados, número que corresponde à maior população *Makonde* na urbe e arredores da cidade de Maputo. Entretanto, o grupo de *Boane* que também se apresenta com muitos iniciados provenientes da aldeia dos *Makonde* e de outros que vivem nas diferentes áreas rurais da província de Maputo. A aldeia Paulo Samuel *Kakhomba* é considerada a catedral dos rituais de iniciação *Makonde* no sul de Moçambique.

A existência de uma variedade de modos de circuncidar e de *Vanalombwo* provenientes de pontos diferentes do país e com procedimentos cirúrgicos típicos de cada um, em seu território, tem estado no role do que propícia a ocorrência de eventos adversos, para além de problemas de assepsia. É nesse prisma que é correto que cada modelo de circuncidar seja interpretado a partir da sua procedência, seus autores. É sobre essas inscrições que se pode fazer suas interpretações científicas.

Como pesquisador-observador-participante, exerci este papel no lugar de *Makonde waku silimuka Makonde* convertido no *Likumbi*, após ter anunciado os objetivos do estudo e me fixado nos grupos, onde acompanhei detalhadamente o ritual em cada um deles até o fim. O meu envolvimento foi aceito sem restrições e a tríplice função na pesquisa foi sempre respeitada pelos observados embora estes restringissem algumas solenidades, como as femininas.

Pela diversidade de rituais que compõem o *Likumbi* e *N'goma* foi importante manter o foco da pesquisa na iniciação masculina e feminina e em rituais que se cruzam na órbita

iniciática. Isso permitiu uma exploração modesta do objeto da pesquisa, mesmo que não tenha sido tão fácil buscar em poucos dias o mundo cultural *Makonde*. Mas ainda, é essencial compreender que as pesquisas etnografias pós-Malinowski sempre foram desenvolvidas com brevidade, ora pela exigência acadêmica ora pela pouca disponibilidade de tempo pois é realizada por pesquisadores e estudantes com acúmulo de outras atividades (Uriarte,2012).

CENÁRIOS E ATORES DA PESQUISA

Os dados foram coletados nas aldeias *Makonde*, Paulo Samuel *Kakhomba- Boane*, *KaMpfumo-Zona Militar*, *KaMavota*-distrito *KaMavota* e *KaManhiça- Maragra* e nos Centro de Saúde de *Boane*, *Matola "700"*, *Ndlavela* e Ministério da Saúde (MISAU).

No distrito de Boane, a Aldeia Paulo Samuel *Kakhomba* se localiza sudoeste da província de Maputo (sul de Moçambique). É delimitada a Norte pelo distrito de *Moamba*, a Sul e a Este pelo distrito de *Namaacha*, e a Oeste pelo distrito de *Matutuíne* e pela Cidade da *Matola*. A superfície deste distrito é de 860 km² e a sua população está estimada em 210.498 habitantes. Sua população é caracteristicamente jovem (42% menores de 15 anos), é de matriz urbana e semiurbana. Apresenta uma taxa de urbanização no distrito de Boane de 68% (INE, 2019).

O distrito da *KaManhiça Maragra* localiza-se a 80 km da Cidade de Maputo. Possui cerca de 50.131 habitantes, com uma densidade populacional de 180 hab / km² (INE,2019). É delimitado ao norte pelo distrito de *Magude*, ao sul pelo distrito de *Marracuene* e Oceano Indico, ao leste pela Província de Gaza *Bilene* e a oeste pelos distritos de *Magude* e *Moamba*.

A Zona militar situa-se no distrito *KaMpfumu*, o Bairro Ferroviário no distrito *KaMavota*. A Zona militar tem uma população de 79. 305 habitantes e uma superfície de 12 km²; *KaMavota* tem uma população de 340. 295 habitantes e uma superfície de 108 km² (INE, 2020).

Em todos os locais de pesquisa o início foi precedido pelo encontro com os líderes comunitários e a comunidade *Makonde*, onde foram explicados os objetivos do estudo. E como a amostra foi por conveniência, a participação nas narrativas foi direcionada a pessoas ligadas ao ritual e com conhecimento iniciático reconhecido em cada aldeia. Os professores e alunos foram selecionados na escola da aldeia Paulo Samuel Kamkhomba

de Boane. Enquanto isso, os médicos e enfermeiros foram os diretamente vinculados ao programa nacional de circuncisão e aos postos cirúrgicos dos Centros de Saúde.

Apenas participaram os que manifestarem interesse, tendo assinado o consentimento e assentimento informado (Anexos A e B). Para garantir segurança e respeito à privacidade e anonimato dos participantes, cada participante foi proponente do lugar e hora da entrevista em local onde se sentisse confortável para a entrevista.

Os participantes do estudo foram os *Vanalombwo* (Mestres), *Vamwali* (pessoas iniciadas), pais, encarregados de educação, quatro professores do ensino primário com idade entre 29 a 35 anos. A distribuição dos participantes segundo as categorias se apresenta nos quadros seguintes:

QUADRO 1- DADOS DEMOGRÁFICOS DE PARTICIPANTES

FAIXA ETÁRIA	SEXO	LOCAL DE INICIAÇÃO				Total
		Paulo Samuel Kamkomba-Boane	KaMpfumo – Zona Militar	KaMavota	KaManhiça-Maragra	
07-12 anos	M	5	12	4	5	26
	F	0	0	0	0	0
13-17 anos	M	11	7	1	1	20
	F	3	13	10	8	34
18-22 anos	M	0	0	0	0	0
	F	22	15	2	7	46
	Total	41	47	17	21	126

Fonte: Carlos Mabutana, 2019

QUADRO 2 – INTERLOCUTORES ADULTOS

FAIXA ETÁRIA	SEXO	LOCAL DE INICIAÇÃO				
		Paulo Samuel Kamkomba-Boane	KaMpfumo-Zona Militar	KaMavota	Manhiça-Maragra	Total
18-29 anos	M	1	0	2	1	4
	F	0	0	0	0	0
30-39 anos	M	3	0	1	2	6
	F	0	0	1	1	2
40-59 anos	M	1	2	1	1	5
	F	2	0	2	1	5
60-69 anos	M	1	0	1	1	3
	F	1	0	0	1	2
70-89 anos	M	0	1	0	0	1
	F	0	0	0	0	0
	Total	9	3	8	8	28

Fonte: Carlos Mabutana, 2019

QUADRO 3- PROFISSIONAIS DE SAÚDE

FAIXA ETÁRIA	SEXO	LOCAL DE INICIAÇÃO						
		MISA U	IMT	DPS	U.S. 700	U.S. BOANE	U.S. DLAVELA	Total
07-12 anos	M	0	1	1	1	1	0	4
	F	1	1	0	2	1	3	8
	Total	1	2	1	3	2	3	12

Fonte: Carlos Mabutana, 2019

PRODUÇÃO DE DADOS

Esta tese resulta da articulação de uma variedade de dados, informações coletadas em fontes diversificadas. A produção singularizou os atos e representações etnográficas, desde os sujeitos individuais, grupais, coletivos, públicos, suas narrativas e práticas. É relevante esclarecer que os iniciados foram apenas objeto de observação direta no ritual. Isto porque a tradição iniciática impõe-lhes tabus de corpo, comportamento e linguísticos com vistas a preservar a ética-moral dos ritos e o seu papel socializador, não devendo falar a ninguém sobre o que aprendem na iniciação nem exhibir seus corpos.

Sobre os dados produzidos a partir da observação participativa, a imersão no seio cultural *Makonde* permitiu o contacto familiarizado com os principais atores do ritual, o acesso aos locais de ritualização até à produção de entrevistas com todos os envolvidos. Os roteiros das entrevistas estão apresentados nos anexos C e D onde se aborda a experiência pessoal com o ritual, o que se sabe e a opinião sobre a circuncisão tradicional no cotidiano atual, o conhecimento sobre o HIV/SIDA, a que se pensa em relação a relação entre a tradição e a medicina biomédica na prevenção do HIV/SIDA.

Tomei as experiências de vida para interlaçar as pretensões da pesquisa em espaços que permitiram a reconstrução de eventos numa linguagem do dia a dia da comunidade. Tratei cada interlocutor respeitando sua natureza sexual, matéria a tratar e o tipo de narrativas. Na abordagem com os decisores de políticas públicas, médicos e gestores, optei pela conversa dialógica que reproduziu discursos desinibidos e concisos.

Porque as narrativas são representações do mundo desconhecido, usei-as para compreender o universo oculto dos *Makonde* sem que para o efeito me valha do seu julgamento, mas apenas para compreender e buscar conduções às suas práticas em novos modelos de costumes, que protejam a saúde. O modelo de diálogo aberto propiciou o ir para além das experiências pessoais dos interlocutores no ritual, destacando os momentos que condicionam a vida iniciática.

Usei a foto-etnografia para o resgate etnográfico da sociedade em estudo e fonte documental histórica e científica, modo de executar um trabalho priorizando a imagem Boni, Moreschi (2007). Mas antes por ser um silogismo que revolve a representação das relações humanas no descortínio do que não é visto a priori. O uso da fotografia na pesquisa remete à restrição do objeto a retratar na pesquisa. Segundo Lacerda (2012) a imagem pode confundir o pesquisador, os pesquisados e até mesmo os leitores, se estes não buscarem

um método de análise apropriado. Neuscharank (2014) paralelamente a esse respeito, acresce que, uma imagem faz sentido num determinado contexto e noutras circunstâncias, ela transfigura em função dos olhares que lhe são dirigidos. As disposições dos dois autores, conduzem propositadamente ao uso do retrato num contexto restritivo que não ponha em causa os nossos pesquisados, mas um processo metodológico que contribui sobremaneira para evidências que expliquem o fenómeno em estudo.

Logo, os retratos foram orientados exclusivamente pelos objetivos que se pretendia alcançar com o desenho do estudo, trazer retratos dos modelos reinventados. A captação da imagem foi restritivamente do órgão genital, mediante a assinatura do consentimento informado pelo encarregado de educação ou tutor e pelo próprio participante nos casos de menores de 18 anos. As imagens fotográficas foram captadas após a cura, em respeito aos tabus iniciáticos que não permitem a captação de imagem no momento do corte do prepúcio ou ferida ainda em sangramento. Entretanto, as imagens permitiram melhor visualização de como o prepúcio se apresenta pós cicatrização. Estas foram posteriormente reproduzidas em desenhos ilustrativos do órgão peniano com o novo modelo de circuncisão.

ANÁLISE DE DADOS

A transcrição de todas as entrevistas foi um dos exercícios de extrema utilidade em cada fase realizada com as diferentes categorias de participantes permitindo a contextualização das respostas nas temáticas do estudo e em outros que foram aparecendo esporadicamente. Jovchelovich e Bauer (2002) acreditam que a transcrição é um exercício essencial mediante o qual se estabelece uma análise comparativa equilibrada com outros dados coletados. Foi na mesma linha de sensibilidade de Davidson (2009) que ele sublinha que, a repetição, ouvir atentamente as entrevistas é um exercício importante para o começo das transcrições e tradução de palavras e expressões da língua *Ximakonde*, que não eram do meu domínio.

Em consonância com o método, a análise de dados iniciou a seleção das unidades de significados associados à fase de coleta de dados que substância o estudo. Isto permitiu fazer uma análise apriorística orientada pelas questões de pesquisa como palavras, narrativas, frases, símbolos, gestos parágrafos, textos completos de entrevistas e diários. Os dados foram codificados pela ordem das categorias de análise, num entrosamento entre evidências e objetivo da pesquisa.

Os dados coletados nas quatro comunidades *Makonde* foram codificados por nomes fictícios da tradição *Lima ya Makonde*. Fui a única pessoa que tratei os dados, arqueei sob codificação em local estritamente do meu acesso para evitar a acessibilidade e violação da confidencialidade e anonimato dos participantes. Foi assim com os *Makonde*. Nas entrevistas com os professores, alunos e profissionais de saúde, atribui códigos de nomes portugueses.

Nas transcrições não deixei de destacar as hesitações discursivas, os gestos de toda a natureza com que os participantes expressaram nas suas narrativas. Após a transcrição das entrevistas, readequei a construção frásica respeitando a sua semântica. Este processo se tornou um dos elementos de análise importante.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A coleta de dados desse estudo foi realizada mediante autorização do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/ Hospital Central de Maputo, com número de registo CIBS FM&HCM/106/2019.

A pesquisa foi produzida dentro da observância dos princípios éticos que orientam a investigação científica em seres humanos. Antes do início do estudo, reuni com todos os participantes e com todos que compõem a equipe de *Likumbi e N'goma* (iniciação) para uma explicação dos objetivos do estudo e seus procedimentos. O carácter voluntário dos participantes, a garantia de anonimato, da confidencialidade das informações e a segurança de que os dados coletados nesse estudo seriam exclusivamente usados para este.

Os participantes foram avisados sobre as gravações das entrevistas, salvaguardando-se o direito de se recusarem caso achassem. Todos tiveram a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento que quisessem, em caso de desconforto, sem receio de retaliação pela minha parte e outras pessoas envolvidas no estudo. Estes e os aspetos anteriores foram devidamente explanados e acautelados durante a pesquisa, todos os participantes concordaram em fazer parte do estudo, como corolário disso assinaram o consentimento depois que foi lido em voz alta na presença de todo (Anexos A e B). Nenhum dos participantes terá apresentado algum protesto ou motivos para abandonar o estudo

CAPÍTULO 4. EXPERIÊNCIA ETNOGRÁFICA COM VAMAKONDE DO SUL DE MOÇAMBIQUE

SÍNTESE

Neste capítulo procuro descrever a experiência de campo na convivência com os *Makonde* da província de Maputo durante o ritual iniciático de adolescentes. Analiso as práticas tradicionais da circuncisão masculina desenvolvidas pelos *Makonde* na dinâmica dos rituais iniciáticos. O estudo serve para delimitar os espaços de experiência de campo, as relações de trabalho que construímos nas nossas relações dialógicas. Descrevo minha inserção no campo, o diálogo e a observação participativa nas diferentes etapas rituais observadas que se tornaram em momentos distintos e chave de construção de novos conhecimentos ocultos, entre o mundo das tradições e da modernidade. A experiência de vivência etnográfica analisada no texto segue uma sequência claramente datada e delineada segundo critério da dimensão de cada grupo e complexidade do ritual iniciático. Apresento tanto experiências, convivências como transformações que resultam de uma contribuição e reflexão prática sobre as imposições à circuncisão em tempos de HIV e ITS. Deixo notavelmente as sensibilidades que vivi, ao que a observação participativa que me levou a assumir reverses em algumas situações.

UKIVIKA LIKUMBI NI N'GOMA

O relato aqui apresentado resulta da minha experiência de campo na convivência com *Makonde* em quatro bairros da província de Maputo, bairro Paulo Samuel *Kamkhomba* vulgarmente conhecido por *Makondene* no distrito de *Boane*; *Maragra*, no distrito *KaManhiça*; *KaMpfumo*-Zona Militar e *KaMavota*, estes na cidade de Maputo. O convívio com os *Makonde* registou-se durante o período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020 em diferentes momentos do ritual iniciático de adolescentes.

Relatos orais indicam que estes grupos étnicos de *Makonde* são deslocados da sua região de origem, Cabo Delgado, ao norte do país (Mapa 1), e que se fixaram na Província de Maputo há cinco décadas (Mapa 2). Os da *Maragra* teriam migrado antes da independência e só posteriormente fixaram-se no *KaMpfumo*-Zona Militar, *KaMavota*, e por último, os de *Boane*.

Registram-se as experiências do que observei durante o tempo que vivi entre os *Makonde*, narrações produzidas por 23 narradores nos diferentes locais de pesquisa com os quais tive contato. A pesquisa foi desenvolvida partindo de uma relação amistosa com

um jovem *Makonde*, residente na aldeia dos *Makondenés*, que era sobrinho do *Nalombwo* (Mestre). Com a morte deste, o jovem foi conduzido ao papel de *Nalombwo*.

Foi pela mão do *Nalombwo* já falecido que tive pela primeira vez a ocasião de ter acesso ao *Likumbi*¹, quando fui também iniciado no rito *Makonde*. A minha participação no ritual era a condição essencial de acesso ao interior do rito, os conhecimentos ancestrais sobre a circuncisão e todas as práticas rituais sequenciadas que agregam a iniciação *Makonde*. Meu interesse era conhecer o modo como os *Makonde* circuncidavam os adolescentes no seu contexto tradicional, conhecer os instrumentos, os medicamentos de cura que usavam, as razões que justificavam os diversos modos de circuncidar.

De acordo com as evidências colhidas no estudo que desenvolvi no âmbito do mestrado em Saúde Pública, a concepção de circuncisão praticada pelos *Makonde* não se dá no contexto de um procedimento para a prevenção de HIV e ITS porque não é próximo do modelo médico recomendado pela OMS. Tanto que o rito ganha o nome de circuncisão pela ritualização que fazem sobre o órgão, o pênis. No entanto, na prática não passa apenas do ato de fazer o que designam de “*djando* ou *lidjando*” que é “vacinar”. Esta vacinação pode ser feita em modelos variados com destaque: vacinar sobre o prepúcio ou ainda vacinar numa espécie de borda em torno do corpo do pênis; retirar uma porção do prepúcio; tirar uma porção menor da pele do corpo do pênis; a ablação total do prepúcio que seria a circuncisão verdadeira, por retirar todo o prepúcio. Contudo, este não é frequente, para além de ser de alto risco para a saúde do adolescente, pois seus executores não têm domínio cirúrgico eficaz. O que resulta em ineficácia de corte.

É neste último modelo que ocorre com frequência a incidência de complicações que podem ter repercussões por toda a vida do circuncidado, e em alguns casos até resulta em morte. O corte ritual é executado com o uso de faca, sem anestésico. O objetivo do rito *Makonde* tem a ver com a identidade étnica. O uso do *Ndona*, i.e., a prática de escarificações faciais, é um costume que foi abandonado por pressões do catolicismo e também por influência da FRELIMO, na tentativa de apagar as marcas de identidade percebidas como símbolos étnicos. O uso da circuncisão como prevenção do HIV pode se considerar ideia emergente que vem sendo introduzida gradualmente pela influência do contacto com outras culturas e da área médica (MABUTANA, 2016).

A partir deste jovem *kiwani* inspirado no ofício iniciático de seu tio materno e no sistema matrilinear heterogêneo *Makonde*, onde foi educado, buscou-se um espaço

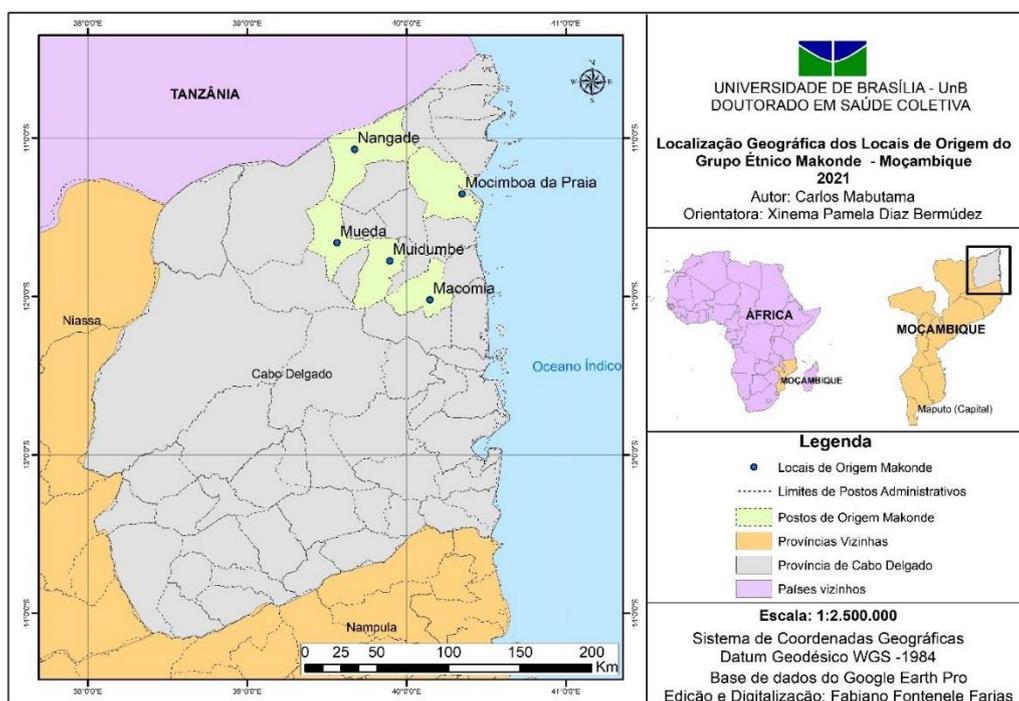
¹ Refere-se ao ritual masculino, mas também designa o local, o acampamento que acolhe os iniciados na floresta, onde recebem todos os ensinamentos iniciáticos.

vinculativo para junto da sua comunidade eu pudesse tomar partido da minha segunda experiência iniciática, já não como iniciado, mas em lugar *Nalombwo*. O jovem aspirante a *Nalombwo*, revelou-me que sua experiência iniciática evoluiu em Cabo Delgado e não na aldeia onde atualmente herdou o lugar de *Nalombwo* [Mestre] na sucessão do tio falecido. A sua escolha não foi meramente por ser sobrinho. Foi sim, que o direito consuetudinário *Makonde* lhe confere a posse de sucessão ao tio. O ter nascido e feito a sua experiência iniciática na terra mãe de *Likumbi* e *N'goma*², no planalto de *Mueda*, contou bastante para a sua escolha à *Nalombwo*:

[...] para ser *Nalombwo* tem que nascer lá nos *Vamakonde* de verdade [...] saber bem, com os mais velhos sobre a nossa cultura de *Vamakonde* [...]. Quando está assim, está muito bom. Nenhum *Makonde* vai precisar de levar o filho para fazer *Likumbi* e *N'goma* lá em casa Cabo Delgado, para participar desta nossa tradição. Também não vai mandar chamar um *Nalombwo* de lá para vir aqui fazer o serviço de iniciação das crianças. Isso não pode. Tudo está aqui conosco. Lá em casa Cabo Delgado, nós só podemos ir às vezes para buscar medicamento, porque aqui em Maputo não tem, todos os medicamentos que precisa, a gente tira nas plantas que só tem no mato de lá [...] (ANCIÃO DE MUEDA, 2019).

² Rito feminino, as primeiras cerimônias da iniciação são feitas no mesmo espaço. O rito feminino é realizado no fim do dia de sábado e o de rapazes no fim de domingo. Sublinha-se que enquanto as meninas ficam fechadas num quarto ou casa exclusivamente destinada a elas, os rapazes tem o seu isolamento na floresta, no *Likuta*.

MAPA 1 – LOCAL DE ORIGEM DOS MAKONDE



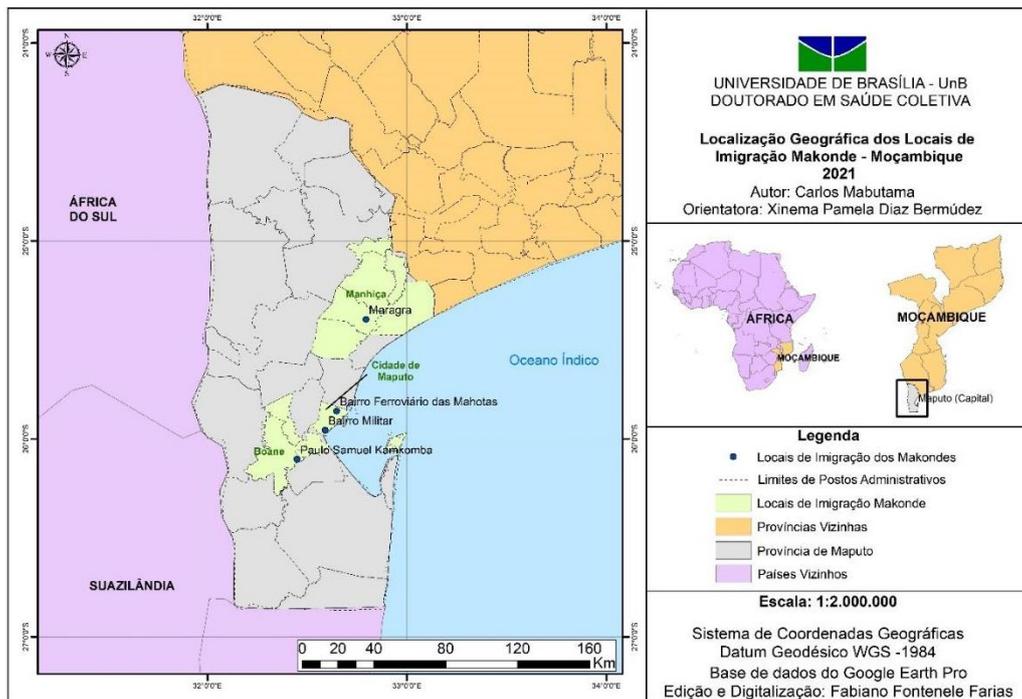
Fonte: Adaptado de reserach Gate.net, 2020.

FIXAÇÃO MAKONDE NO SUL

Os *Makonde* vivem nas margens do rio *Umbeluzi* para além da vila sede de *Boane* (10 km), no bairro dos antigos combatentes, vulgarmente chamado pelo seu étimo étnico-linguístico *Makonde*. Fontes orais indicam que, a sua fixação local se deu entre os anos de 1976 -1977, sob chancela do Presidente Samora Machel. A ocupação foi feita por ex-militares desmobilizados da luta de libertação nacional contra o domínio colonial português (Uhulu, 2019).

Da descrição que faz do bairro, o oficiante *Nalombwo* enfatizou que ainda que todos os residentes não sejam *Makondes*, o local, ganha o nome de *Makondene*, pela predominância cultural que estes exercem na aldeia. Eles vivem segundo os costumes da “terra mãe, Cabo Delgado”, vivenciam suas práticas de iniciação na tradição, hasteiam sua identidade arvorada numa comunicação feita na língua *Ximakonde*, sua língua nativa, que se tornou na mais falada na aldeia.

MAPA 2 – LOCAIS DE EMIGRAÇÃO DOS MAKONDES ESTUDADOS



Fonte: Adaptado de Research Gate.net, 2020.

A DISPUTA TERRITORIAL

Nesse processo, segundo Santos (1963), há uma produção cultural que visa repor o carácter cíclico da “alma étnica”. Na disputa territorial, a reprodução se notabilizou pela exibição cultural entre os *Makonde* e os *Chewa*, também conhecidos por *Nyungwes*. Estes têm no ritual *Nyau*³ não simplesmente uma expressão artística, uma dança, uma máscara, uma indumentária, mas, sobretudo, um rito de iniciação masculino dos *Nyungwes*. O *Nyau*⁴ encena uma dança mitológica que se incorpora na simbiose da iniciação *Nyungwe*, e hoje é patrimônio oral e intangível da Humanidade (Manajete, 2014; Canivete, 2015).

Entre os *Makonde* e *Nyungwe*, não só é notória a disputa pelo domínio cultural iniciático. As narrativas feitas pelos aldeões apontam uma insistente contenda sobre qual é o melhor ritual entre os dois grupos étnicos. Como não deixaria de ser, observei durante exibições artísticas que acompanham o período ritual étnico nos dois grupos, que a disputa

³ *Nyau* é nome do rito de iniciação dos *Nyungwe*, mas também da dança mitológica que é revelada com exceção aos iniciados.

⁴ O *nyau* foi declarado patrimônio da oral e intangível da humanidade a 25 de novembro de 2005. A Unesco entregou o certificado a Moçambique em 2007 em *Ulongué* distrito de *Agónia* na presença de representantes de Zambia e Malawi (CANIVETE, 2015).

ascende até aos palcos das exposições artísticas mitológicas dos grupos. Estes ombreiam e cada um quer atrair o maior número de assistência para o *Mapiku* e *Nyau*. Quando os dançarinos de *Mapiku* partem para o seu bailado, momentos depois, os de *Nyau* instalam seu palco nas proximidades *Makonde*. Aí se esgrimem em disputa alegórica de vozes e dança, numa coreografia própria do ritual invocatório dos *Makonde*, ao bailado nos altares sagrados do *Pakaja Vaku Vina Mapiku*⁵ para celebrar o crescimento dos neófitos. Assim, se dividiam os espetadores entre os dois palcos. De certo modo, o *Nyau* rendeu-se ao primeiro dia e só se refez ao santuário da dança no dia de festa de saída dos iniciados. Muita assistência é arrastada pelo *Makonde* e o *Mapiku*, que pernoita durante dias dançando e cantando ao som mítico do *Ligoma, Likuti, Singanga, Neyá e Ntoj*⁶. Os cantos metafóricos que retratam as melodias do que foi a vida do passado dos neófitos e o que deve passar a ser no seu status social de adultos. O *Mapiku* é um bailado que se confunde entre o teatro e a dança. Ele tem nesta personagem dupla única, ator-bailarino mascarado, o único intérprete da relação do mundo dos vivos com a ancestralidade étnica dos *Makonde*.

Retomando a composição étnica na aldeia, são os *Yaawo (Yao)* que constituem o terceiro maior grupo étnico presente na aldeia. Estes têm no “*Unhango*” o seu rito de iniciação tanto masculino como feminino. Os próprios *Makonde* e *Yao* narram que conservam entre eles uma relação parental forte e bastante antiga que vem já de seus antepassados, tanto que, entre si se tratam por cunhados. A relação permite-lhes tratos recíprocos entre as duas etnias, por exemplo, um *Makonde* pode ser sepultado segundo rituais fúnebres dos *yao* e vice-versa. Daí que, os *Yao* não têm problemas em ser circuncidados no *Likumbi* dos *Makonde*. Geralmente isto acontece quando os *Yao* não estão em condições de organizarem seu *Unhango*.

A parentela entre os *Makonde* e *Yao* é alumiada por Catopola (2011) que descreve a sua vivência infantil com seu pai *Makonde* no *Huvilo* com os *Yao*. Assim anota primeiro que *Huvilo* é uma relação entre pessoas conscientes de que onde vivem não têm parentes próximos, o que as levam a precaverem-se no acordo parental. Assim, em caso de alguma crise, problemas de um deles, o assolado recebe auxílio de seus parentes do *Huvilo*. A relação parental adotada pelas partes produz relações de irmãos, amigos, cunhados, tio e outras. O pacto resume-se no seguinte: - conta comigo, que eu conto contigo nas

⁵ Local onde os *Makondes* se reúnem para dançar *Mapiku* em momentos rituais diverso da vida comunitária.

⁶ Nomes dos batuques que formam a orquestra do *Mapiku*.

dificuldades do cotidiano. Ajudemo-nos mutuamente nas nossas dificuldades quando for necessário. Este pacto pode existir por exemplo, entre *Makonde* com *Yao*, *Makonde* com *Ngunis*, *Makonde* com *Makuwa*, etc.

Catopola (2011) nota que, o pacto parental descrito perdura até os dias atuais entre os *Makonde* e *Yao*. Ainda discorre que, “*Huvilo*” é uma cooperação de solidariedade e parceria étnica de amizade para prover assistência de toda a natureza quando for necessário. Essa prática ainda é comum entre os grupos étnicos que coabitam com os *Makonde* em *Mueda*. O mencionado autor escreve que no século XIX, com o medo de ataques vindos do planalto de *Mueda*, o rei *Mataka* estabeleceu um pacto de amizade [*Huvilo*] muito forte com *Mambavala*, um dos régulos de *Mueda*, que enviou as duas donzelas mais lindas de *Mueda*. Elas foram enterradas vivas, levando o corpo de *Mataka* nas mãos quando este faleceu no início do século XX. Esse foi um ato de reconhecimento de amizade e reverência.

A descrição feita pelo *Nalombwo* oficiante sobre a composição étnica da aldeia foi com o propósito de mostrar como os *Makonde* avultam-se no campo sócio-linguístico e cultural, assim como na reprodução das suas práticas rituais entre outros grupos étnicos, que também são deslocados das suas regiões de origem.

A NOÇÃO DE TEMPO NA INICIAÇÃO

O rito somente pode ser realizado quando se sabe a quem deve ser ofertado, o ancestral a quem cabe-lhe receber a oferenda devendo existir o *nguluve*⁷ da família como enuncia Langa (1992). Não se oferta o rito aos *tinguluve*, a deuses desconhecidos. É por isso que, na cultura africana, não conhecer a genealogia da família até aos antepassados é situação grave, pois não saberá a quem ofertar o rito. Na cosmovisão africana de modo geral, a morte não significa uma inexistência perpetua do morto, um “deixar de existir”, ela é apenas uma mudança ontológica no plano existencial do ser humano (Langa, 1992). É um ato transcendental da corporeidade para a espiritualidade. Os mortos continuam existindo no plano cósmico comunicando-se com o mundo dos vivos em novos signos linguísticos e emblemáticos de cada época. Tem influência também da idade da pessoa falecida, seu gênero e da causa da morte.

⁷ São os antepassados, os espíritos dos ancestrais da família.

Os ritos se tornam a linguagem que religa o mundo dos vivos com os seus antepassados havendo nesta relação a necessidade da leitura da linguagem na qual os entes se expressam na exigência do rito a ofertar. Segundo Langa (1992), mesmo aqueles ritos calendarizados, devem ser consultados os sujeitos *tinguluve* a quem se destina o ritual. Sobre essa matéria vou-me debruçar mais adiante.

Essa prática de consulta ou adivinhação para saber como deve ser ofertado o rito entre os *Makonde* está presente na lógica de muitos povos, como por exemplo, entre os hindus. Nesse momento é importante definir o lugar, os momentos diversos do rito, as circunstâncias específicas e os seus atores. Ele ocorre em momentos do dia, e do ano apropriados para o sacrifício, diferem na sua natureza e objeto da cerimônia. No *Likumbi* e *N'goma* os ritos se subdividem entre os que ocorrem no entardecer [início do rito], os de manhã, da tarde, madrugada e os da noite. Estes ritos inscrevem-se no padrão da vida humana, feita de finidades sequenciadas de sacros ofícios que geram provas psíquicas, espirituais e corporais de resistência à morte e atestam a condição imprescindível para a vida. Esses sacros ofícios são próprios e necessários para gerar a “ressurreição” do adolescente pela iniciação. Não há iniciação se não ocorre a morte, se não haver um autorregenerar-se em um homem amadurecido findo à “ascensão espiritual suprema” para assim, fazer parte do “sagrado” (Eliade, 2001, p.32).

Sobre a cronologia do tempo na lógica africana, Fabian (2014) induz à noção de tempo que emana deste, ele assevera que os grupos humanos têm concepções próprias do tempo no registo dos diários e históricos. Em culturas míticas de desígnio semi-históricas, orais, que não têm a escrita, o tempo é circular e se acredita que a vida é uma eterna repetição do que já aconteceu num passado mitológico.

No rito *Likumbi* e *N'goma* dos *Makonde*, não se marca a hora de início. Ele é realizado no tempo natural e catalisado no enredo sequencial, que se encarrega de augurar até os imprevistos do ritual ao longo do seu decurso. Prandin (2001) sustenta que na religião africana tudo tem sua temporalidade, e cada atividade se cumpre no tempo que for necessário. A atividade define o tempo e não o contrário.

Para os *Makonde* o tempo é inseparável da sua essência. De tal modo que, permite que ele faça tudo dentro da ordem natural. As etapas rituais obedecem a essa ordem natural já instituída; os atores não se preocupam com o tempo que leva, mas com o alcance da perfeição e exatidão no que são as condições impostas para o rito numa comunicação linguística de protótipos e códigos étnicos que os conecta com os ancestrais.

REGRESSO À ALDEIA DOS VAMAKONDE

Precisava voltar aos *Vakondene* para entender as transformações rituais ocasionadas no contexto das infecções pelo HIV. De certo modo, sentia a necessidade de construir um caminho dialógico capaz de trazer à tona como é que a circuncisão sobrevive em torno de vozes que clamam pelo fim do nefasto rito tradicional. Com alegações pouco evidentes de ser fonte de transmissão do HIV entre os adolescentes que participam nos ritos de iniciação.

Este retorno ao *Vamakonde* se dá em novo momento acadêmico que proporcionou novos instrumentos e vidraças de olhar científico ao mundo, não só de *Makonde*, mas de como a cultura e saúde se têm extravasado ao longo da história, para responderem às epidemias que têm assolado a humanidade. Esta construção analítica se projeta na consolidação do que tenho vindo a viver, e refletir, a partir do cotidiano da relação com os *Makonde*, já antes do doutorado. Ele arrola-se a um olhar mais factível e pragmático que não limita ao conhecimento do que o mundo externo *Makonde* oferecia. Agora é num ato proposital, que permeia o consciente no que significa fazer campo e estar imerso no seio dos *Vamakonde* para com eles fazer a experiência de transformar as práticas da tradição iniciática e ancorá-las as tradições contemporâneas. Há em mim algo mais que consciente que me fez voltar ao campo, mesmo com memórias da dor que experimentei quando fui circuncidado a sangue frio. A vontade do “o estar lá” num dogmatismo trivial etnográfico, o “olhar”, “ouvir” e “escrever” era forte em mim. Neste último, a escrita bulira o verdadeiro momento de experiência de produção de conhecimento que ressalta a percepção e criatividade intelectual, a partir dos dois atos precedentes, o saber olhar e escutar etnográfico (Cardoso de Oliveira 2000 p.18).

O “estar lá” e ter experimentado novas sensações diferentes do primeiro saber sobre os *Makonde*, tinha a pretensão de estar dentro da cientificidade que levou Malinowski a impor uma ordem metódica etnográfica. Pois, ele postulou que o uso potencial do método oferece o culminar numa realidade científica e social que reflete a aproximação estrutural com o que já se sabe das etnias estudadas. Esses saberes podem ser usados para a análise crítica dos dados nos mesmos critérios (Malinowski, 1976 p. 29).

Foi necessário pensar e inspirar-se na condução de uma etnografia segundo o quadro teórico do método de Malinowski. De acordo com este, as teorias eram resultado da comodidade dos pesquisadores fora do campo que privilegiavam os relatos de viajantes,

administradores sem preparo para esse exercício acadêmico, sendo este, um dos pontos de distinção entre antropologia e etnografia (Clifford, 1998).

Porque se trata de escrever uma experiência etnográfica, afinal ressalta a necessidade de distinguir o que seria uma prática etnográfica e experiência etnográfica. Segundo o descrito por Magnani (2009), na prática etnográfica há um quadro, uma cronologia de atividades que o pesquisador antevê a sua realização em diferentes locais e momentos em que estará em interação com os sujeitos do estudo. Conclui-se que a prática etnográfica é um exercício que o pesquisador exerce com frequência e regularidade por longo tempo no local do estudo. Como por exemplo, as visitas locais, e participação em convívios, casamentos e vida cotidiana.

Opostamente, a experiência etnográfica seria a decorrência dos eventos ocasionais que encantam a observação do pesquisador no campo de estudo. Tais eventos podem ser de ocorrência breve, de momentos curtos e específicos dentro da sequência ritual (Magnani, 2009). Ela pode ocorrer na passagem pela cidade onde, segundo o autor, o pesquisador observa espaços, equipamentos e personagens com seus costumes, conflitos, roteiros, deixando-se levar pelas sensações evocadas a raiz dessas observações.

No percurso do universo *Makonde* e suas práticas rituais com um olhar não claramente cultural, ora como a cultura e a saúde se embrenham nos estágios epidêmicos da vida humana, já me fascinava bastante. Mas, mais que fascinante era poder tomar o lugar de parceiro entre os *Makonde*, embalado no que Hobsbawm e Ranger (1984) abordam com ênfase na obra “A invenção das tradições”. Este autor impregnou-me pela prudente interpretação ao provar que as tradições culturais do passado não apenas são referências para a recriação e invenção de novos símbolos e ritos em sociedades modernas. Em consequência, não há necessidade em chacinar as antigas tradições para a sobrevivência das novas. É com alteza que o autor decifra o conceito tradição. Nele, a tradição é um conjunto de práticas presentes na vida com uma sucessão de imagens representativas que ostentam e justificam ideias, em um critério que as distingue de atitudes e ações costumeiras do cotidiano. Suas mudanças estão diligenciadas dependendo de necessidades espaço-temporais.

Eram 10 horas de 19 de novembro de 2019, retomava assim o caminho para a aldeia dos *Makonde*, no conhecido transporte “Chapa cem”⁸. de caçamba aberta onde todos viajam de pé, com apenas espaço para colocar os dois pés e estar abraçado a homens e

⁸ Serviço de transporte privado feito em autocarros, mini-bases, carros de caixa aberta, nas zonas urbanas, suburbanas e rurais de Moçambique.

mulheres para manter o equilíbrio nas velejas ondas da estrada. Das velejas do carro, o solo levantava a poeira que nos cinzelava na terra preta e vermelha de *Boane*. Ainda no apinhado carro, perguntei se havia quem conhecia a casa do *Nalombwo* porque já não me lembrava de onde se situava a casa dele e ainda por mudanças recentes acontecidas na aldeia. Uma senhora entre as que estávamos abraçados pelo equilíbrio do “chapa” respondeu meigamente. “-Eu te levo para a área onde ele vive. Não conheço exatamente a casa, mas se perguntar as pessoas vão te indicar” (NDUYA,1919).

Assim fiquei brando, pois não ouvi ninguém a dizer que não encontraria o *Nalombwo* ora porque o ritual já tinha iniciado. O rito *Makonde* é popularmente conhecido, não só na aldeia, como até entre os boeneses da vila; muitos sabem quando é que se entra *Likumbi* e *N'goma*⁹. Acredito que é por ser uma vila de miscigenação étnica entre os militares do quartel de *Boane* e os também desmobilizados fixados na vila há anos. Certamente que a performance étnica iniciática destes tem chamado à influência e adesão de adolescentes e suas famílias que já não têm os ritos coletivos nas suas etnias. Para estes, a iniciação *Makonde* preenche o grande vazio de educação segundo as tradições afro-moçambicanas. A política de civilização portuguesa e a revolução política quase extinguiram os ritos de iniciação de adolescentes em Moçambique. Os *Makonde* figuram entre os poucos grupos étnicos de resistência à extinção dos ritos de iniciação e outros costumes da sua convivência.

Segundo narrativas de alguns pais e adolescentes que participam do rito *Makonde*, o espetáculo que proporciona a dança *Mapiku* e o bom comportamento alinhado às culturas africanas têm sido um dos aspectos que atraem pais não *Makonde* a levarem seus filhos ao *Likumbi* e *N'goma*.

Meu acesso de retorno à aldeia foi pelo novo *Nalombwo* que assumiu o trono de *Likumbi* na aldeia pela morte de seu tio materno. A minha viagem chegou no fim e a senhora que prometera levar-me a casa do *Nalombwo* deixou me com dois adolescentes que deviam ser meus guias. Percebi que também não conheciam onde este vivia. Quando já me informava da casa dele junto de alguns transeuntes, uma mão me arregaçava pelo braço enquanto dizia: “O *Nalombwo* está te chamar pai”. Sem demoras fui ao seu encontro.

⁹ Rito de iniciação masculino e feminino.

Estou aqui esperando uma pessoa que vem ter comigo e não conhece minha casa, e em vez dele chega você. Huiii amigo! É você este? Quanto tempo mesmo? Não estou a acreditar no que estou a ver? Quanto tempo sem ver você...? (KUYALUKA, 2019).

A nossa saudação foi entre abraços e apertos de mãos que se repetia ao longo da conversa. Após aquela saudação eufórica, falei-lhe do meu propósito ao procurá-lo. Este não se fez rogado. “Primeiro vamos que quero te mostrar a minha casa, onde estou a viver agora com minha família e filhos. Vamos, não demora nada, é perto. Você conhecia lá na casa de meu pai, já não vivo lá” (KUYALUKA, 2019).

Chegados à casa dele, apresentou-me a esposa e os filhos. Por uns instantes retirou-se em bisbilhotice com a esposa. Na volta disse: “Você sabe que só sai da minha casa depois de almoçarmos, não é assim?” (KUYALUKA, 2019). Abanei a cabeça em jeito cordial. Era o modo de concordar com a nossa boa educação e boas maneiras do visitante na tradição africana. Recusar o almoço, era comprometer o propósito da pesquisa e era gesto de indecência pelos costumes. Estava traçado uma boa partida para a pesquisa, era importante acarinhá-la de todas as maneiras.

Terminado o almoço, permitiu que me detalhasse sobre o motivo da minha visita. E para agradecer a nossa conversa soltou um sorriso e um aperto de mão. Enquanto isso, vociferava:

Sim Senhor, é isso que eu queria...! Unhhhh...! Ainda bem que chegaste com essa ideia para nós, estava mesmo a precisar, que a saúde viesse trabalhar conosco aqui na aldeia. O Eu quero muita ajuda no trabalho que a gente está a fazer. Hem! Mas Deus dá muita sorte mesmo! Agora as coisas não estão bem, porque o trabalho é pesado, muito pesado mesmo. Gente de hospital vai fazer trabalho dele, nós ficamos com nosso lugar de cultura *Makonde*. Assim a gente evita ter problema sabe! Está ver você cortar mal a criança de dono? O pai das crianças também vai querer te matar, por causa, não tem como resolver o problema de ter cortado mal filho dele. – Nem vai dar criança como estava antes. Hiii...!!!, muito brigado mesmo! Eu estou muito satisfeito que voltaste aqui na tua casa para ajudar (KUYALUKA, 2019).

Interessante é como o *Nalombwo* não se identifica no lugar de mediação da pesquisa, posto que, foi detalhando toda a sequência de lugares, datas e atividades para as quais eu devia fazer parte delas. A minha participação no ritual, o *Nalombwo* quis que fosse de um executor (*Nalombwo*) e não muito de observação de procedimentos. Ele foi asseverando tudo isso ao longo da conversa. Estava posto que haveria algo que mudaria a cirurgia para evitar andar pressionando os agentes da saúde que fazem campanha de promoção da circuncisão pela aldeia.

Você é que sabe como nós temos que fazer para as coisas saírem bem. Combina bem com essas pessoas de saúde como podemos coordenar. Nós não temos problema, estou te falar eu, aqui não tenho problema. O trabalho vai ficar como a gente combinar[...]. Mesmo os velhos vão gostar muito desse trabalho que você está a trazer para ajudar aqui na aldeia (KUYALUKA, 2019).

O dia foi apenas para reavivar as relações que permitissem a retomada da pesquisa. A iniciação já iria ter a sua arrancada no bairro *KaMavota* no domingo da mesma semana, segundo a calendarização feita pelo *Nalombwo*. Ainda, segundo o *Nalombwo*, quando comunicou aos anciãos que retornei à aldeia para continuar com a experiencia iniciática, ficaram eufóricos; queriam ouvir de mim essa notícia agradável. Contudo, nosso encontro só aconteceu depois da iniciação de *KaMavota*.

KAMAVOTA

Este bairro foi o primeiro fazer a iniciação de 23 de novembro de 2019 a 03 de janeiro de 2020. Esteve sob a orientação do *Nalombwo* que tem a seu cargo, ainda, *Boane* e *Maragra*. Normalmente cada bairro tem o seu *Nalombwo* local, sendo que em alguns momentos estes têm solicitado um que seja externo para iniciar seus adolescentes. Segundo o *Nalombwo*, os grupos que não têm seu Mestre são os da *KaManhiça* e *KaMavota*. *KaManhiça*, desde a morte do seu *Nalombwo*, não teve a substituição até o momento. *KaMavota* é a nova unidade iniciática desmembrada de uma das maiores presenças de *Makonde* na cidade de Maputo, no *KaMpfumu-zona Militar*. Porque nunca teve *Nalombwo*, se ajuntou ao de *Boane*.

Partimos todos para o *KaMavota*, da Praça dos Trabalhadores, no transporte público que nos levou ao local que dista a 10 km da baixa da Cidade e chegando às 14 horas. A

recepção não foi especial como era de prever. Pois, segundo descreveu o *Nalombwo*, ele não é pessoa especial, e nem deve ser tratado diferente de qualquer um. A sua presença deve ser disfarçada; as crianças não devem saber que é ele que tira aquela sujidade no menino, “[...] desde muito tempo era assim. O *Nalombwo* chegava lá no *Likumbi* fazer serviço e ia embora de vez, sem ninguém saber quem é; sem poder conviver com os outros [...]” (KUYALUKA, 2019).

Chegados à casa iniciática cada um dirigiu a sua saudação e foi se acomodando onde podia. Tínhamos chegado ao *Lipanda*,¹⁰a casa de um antigo combatente de alta patente do exército já aposentado. A casa situa-se no interior de um bairro suburbano da cidade, o recinto do ritual albergava acima de 130 pessoas, num espaço de dimensões pequenas e pouca comodidade.

Entre a comitiva do *Nalombwo*, eu era a única pessoa estranha ao grupo, não só por ser a primeira vez que estava no local, mas também por ser o único que não falava *Ximakonde*, a língua de comunicação entre os presentes. Por esse destaque, o *Nalombwo* apresentou-me ao chefe da família sumariamente:

[...] este *Nalombwo* fez *Likumbi* em 2008 com o falecido meu tio, e sempre visitou a aldeia e o *Likumbi*. Também vive lá no *Umbeluzi*. Depois foi lá no estrangeiro estudar e quer vir levar nossa cultura de *Makonde* para mostrar onde ele estuda como nós fazemos essas coisas de tradição [...] Ele quer avançar, para aqui também, o governo saber que essas coisas são importantes. Também tem que saber como dar valor nossa tradição. Respeitar primeiro tudo que é da nossa cultura, [...] depois, pode ir copiar coisa de outros lá fora e trazer cá. Mas eu vou deixar que ele fale, para vocês saberem dele as coisas que ele está a trazer] (KUYALUKA, 2019).

Para reforçar a minha pesquisa ao organizador do rito, apontei os resultados colhidos no relatório do Mestrado que apontava problemas no procedimento ritual que minam a segurança e a saúde dos adolescentes. Para juntos ultrapassarmos os problemas, apresentei a prontidão do Ministério de Saúde, através do seu parceiro Jhapaigo que estava disponível a colaborar em tudo que fosse necessário para levar o *Likumbi* a ser um lugar livre do risco de infecções pelo vírus de HIV.

¹⁰ Casa na qual se organiza e realiza-se o rito de iniciação masculino e feminino.

As razões para a realização do estudo, a persistência em estudar os *Makonde*, e a colaboração entre o hospital e a tradição *Makonde* foram pontos de convergência que foram levantando curiosidades e expectativas com relação a uma aproximação já antes desejada. Dela, obtinha-se uma futura convivência da tradição com as práticas médicas, dentro da área urbana dos *Makonde*. Por outro lado, era a abertura de um espaço de interatividade desinibido de qualquer contestação para o início da pesquisa.

É relevante registrar que confiança demonstrada pelo *Nalombwo* a seus concidadãos *Makonde* em relação a mim, foi um trânsito para ações descontraídas de observar, fotografar, entrevistar, escutar narrativas, dançar ao som de *Mapiku* e discorrer sobre gestos cerimoniais e práticas que ocorreram nos dois dias de ritual, feminino [sábado] e masculino [domingo]. A partir destas afinidades se construiu um ambiente proveitoso de relações de trabalho e uma ampliação importante do campo de estudo. Surpreendidos com a minha presença, nem sempre consentiram o registo fotográfico de algumas etapas. Segundo Freud (2001) algumas fases dos rituais, o sagrado-proibido ou o proibido-sagrado, não podem ser revelados. De outro modo se compreendem como tabus morais e sociais de proteção.

Esses momentos enigmáticos foram deslumbrados com o uso reiterado do registo no caderno de campo. Ainda que não tenha sido transitável a passagem de todos os episódios do ver, ouvir para o registo em caderno, a memorização foi o recurso de registo importante para o resguardo de cenários anotados a posteriori. Com efeito, foi inegável que nem todo o registo de rituais tenha se acomodado melhor no audiovisual que no trato fotográfico. Não raro, estudos desta natureza configuram o trato fotográfico como um registo estático que oculta traços, sons, mímicas, gestos simbólicos e outros signos linguísticos importantes para a interpretação.

Sob o mesmo ponto de vista, alguns autores tecem que a integração do audiovisual na pesquisa etnográfica é de composição bifocal. No primeiro foco, que é o processual, encontra-se a variante simples e cômoda de uso da etnografia audiovisual. Nesta, o pesquisador se baseia no caráter científico audiovisual do material para alargar o conhecimento. No entanto, o resultado da pesquisa é reproduzido em texto escrito que pode ser em forma de artigo ou livro, podendo fazer uso de alguns dados visuais para ilustrações textuais. Já no segundo foco integral, o pesquisador se baseia no uso do material científico e da experiência audiovisual para alargar o conhecimento, mas também se expressa nesse formato, que pode ser usado para a produção de filme ou ainda de vídeo etnográfico (Davel *et al.*, 2019). Em síntese, o foco processual permite uma análise extensa da sequência da

teia do retratado permitindo chegar à inferência e conclusão lógica segundo a coerência dos factos. Pois são rituais que têm uma duração e etapas sequenciadas em que o vídeo pode transmitir melhor a ideia próxima do retratado.

O início das entrevistas foi de certo modo conturbado porque algumas pessoas me confundiram com jornalista, o que gerou a recusa de sua participação. A presença destes apregoadores do cotidiano diário não é bem-vinda ao ritual. Como pude perceber na voz impaciente e melancólica de uma mulher que não aceitou ser entrevistada: “[...] isso aqui não é notícia para jornal, televisão, é nossa vida que está aqui, e você quer levar para mostrar as pessoas e dizer, estão a ver os malucos, burros, [...]” (MPEUKA, 1919). Entretanto, não só este fremente ia retrair-me, mas, sobretudo o receio pelo desconhecimento do local e das pessoas, acrescentado à movimentação de pessoas, do barulho produzido, quer do cantar festivo dos homens e mulheres; quer do rufar dos tambores do *Mapiku* e da conversa em espaço bastante pequeno que não permitia entabular conversas serenas. Todavia, não deixou de pesar a falta de relações mais familiares e de abertura mútua própria para uma entrevista dialógica com as pessoas.

As poucas entrevistas que ocorreram foram com pessoas mais ousadas que me abordavam para a satisfação da curiosidade sobre tarefa de criar laços para a consolidação da cooperação entre a tradição e o hospital na execução da circuncisão, o *Likumbi*. Ora, compreende-se que, o quão difícil era construir relações amistosas em pouco tempo, para produzir conversas abertas, de confiança e tão íntimas como a sexualidade e os ritos de iniciação.

Para o início de uma pesquisa é enormemente eficaz primeiro criar a coexistência mínima com o campo, com as pessoas que estão lá, que vivem o dia a dia do lá, conhecer algumas regras básicas e costumes de convivência local. Ultrapassados esses obstáculos, a pesquisa pode registrar os seus primeiros momentos de ação no campo (Goffman, 1985).

Evidentemente que com estes vícios, o estudo pode incorrer em hipótese de enviesamento de coleta de dados e até de interpretação de dados. Simplesmente porque não fui artificioso no momento do trabalho de campo e com seus dialogantes. A estratégia foi de apenas anotar as entrevistas e de alguns dados que espontaneamente mereciam registo.

No caderno de campo anotei experiências, reflexões, vivência na relação com os atores, lembretes sobre passagens rituais que remetem à reflexão ou questionamento, os arquétipos variados de ritos, a indumentária típica do ritual, o modo como as pessoas se relacionam em momentos do ritual. Também registrei no diário a maneira como se

constroem novas relações parentais com os eventuais desconhecidos e como estes são acolhidos no *Lipanda*¹¹ bem como o sentido ritual atribuído pelos seus atores.

O estar nos *Makonde* não conveio tão só no momento de vivência em que se desnudaram os estereótipos teóricos que se tem do campo antes de se chegar em maior profundidade. Porém, chegado lá de perto, o campo também se revela como um espaço amplo e complexo que exigiu certa perícia distintiva do que me interessava observar e vivenciar. Pois o campo é claramente definido pelas sensações, sentimentos, e experiências que somente quem as vive pode descrevê-las. O campo é uma experiência ímpar, indescritível, sem ser vivida, mas vezes, sem forma descritível alegórica de representar os eventos como se sucedem.

Já era momento de regresso. Passavam já três dias de *Likumbi* e *N'goma*, e os iniciados cada um já estava na casa de seus pais não podendo mais permanecer no *Lipanda*. O processo de ensino iniciático teve continuidade em suas casas, para onde os padrinhos e outros educadores se deslocavam. Estes iniciados só retomaram ao *Lipanda* na sexta feira onde todos se envolveram na preparação da festa de *Kudjaluka*¹². Por se tratar de um grupo de zona suburbana, seus pais e outros membros do grupo trabalham durante a semana v, mas o rito é retomado na data da *Kudjaluka*.

O interesse em visitar este local era bastante. No entanto, as inconveniências eram diversas. Os iniciados já não estavam *no Lipanda*. Cada um estava na casa de seus pais e em locais dispersos; as sessões de ensino de princípios da tradição semanais eram distribuídas em horários sem regularidade.

Por outro lado, já sentia que a missão se encontrava realizada a meio caminho tendo feito o primeiro mergulho etnográfico. O que aprendi e vivi neste espaço oferecia-me a imagem do como teria de fazer campo nos locais que se seguiam. A aflição, o ceticismo, a insegurança, a inexperiência misturada com o sentimento de uma ingenuidade a aventura e curiosidade, angustiantes já não dominavam absolutamente o meu ego. Tinha passado por uma experiência autêntica, pelo pré-teste e tudo indicava que a aplicação seria sem a inconveniência dos ossos do ofício; estava seguro de que já era capaz de mergulhar no mundo *Makonde* de *Likumbi* e *N'goma*. Essa experiência gerou uma praticidade no olhar, no estar, no indagar sobre gestos, símbolos, palavras e modo de estar-se e fazer etnografia.

¹¹ Casa escolhida dentro da aldeia onde vai decorrer todo o ritual do princípio ao fim. As meninas, por exemplo, cumprem ali o seu período de reclusão enquanto os rapazes partem desta para o mato *Likumbi* ou *Likuta*.

¹² Festa que todos os pais e familiares fazem para agradecerem os iniciados pela passagem da infância para a idade adulta.

REVIVER O RITO NOS VAMAKONDE

O *N'goma* e *Likumbi Makonde* são ritos marcados sempre para a mesma época e mesmo local. Porém, na sua sequência, o rito feminino *N'goma* se realiza no sábado e, no domingo, o *Likumbi* dos rapazes. Desde que meu interesse em estudar os ritos de iniciação masculinos se apossou de mim também ganhei avidez de um dia poder estudar o rito feminino. Todavia, a minha condição masculina foi o primeiro obstáculo a transpor para mergulhar no segredo feminino dos *Makonde*. A curiosidade remetia à obra “Os Ritos de Passagem” do antropólogo franco-holandês Arnold van Gennep e os temas candentes na saúde e educação, onde o abandono escolar e os casamentos prematuros estão na ordem do dia tendo implicações no desenvolvimento fisiológico e social e também na saúde reprodutiva. A fístula obstétrica, por exemplo, é um dos problemas mais prevalentes entre as mulheres que se casam prematuras constituindo um objeto de estudo com contexto do ritual *N'goma*. Se debruçar nos ritos masculinos e femininos de iniciação entre os *Makonde*, é fundamental. Na apreciação de van Gennep se impõe tal estudo para compreender a essência do objeto em todas suas vertentes e implicações sociais (Van Gennep, 1977).

O meu regresso à aldeia, muitos dos residentes reconheciam quem estava entre eles. O que intrigava alguns era, se eu estava a levar meu filho à iniciação ou era apenas padrinho de algum menino, enquanto para outros era simplesmente um *Makonde* no *Likumbi* e *N'goma* tal como os outros. O momento era outro, exigia-se uma explicação ao conselho do ritual que se reuniu sem as mulheres. Só posteriormente informaram à *Nalombwo Kongwe*¹³ sobre o meu propósito. Quanto o *Nalombwo* ia me apresentado a algumas pessoas, fiz da ocasião para endereçar convite de entrevista, e o *Nalombwo* secundava: “Converse com ele mami!” (KUYALUKA, 2019). Ora, não foi espanto que não tenha encontrado nenhuma mulher para entrevista nos dias acordados. Mesmo com o convite reiterado pelo *Nalombwo*. A razão é que ninguém ousa quebrar o que Freud (2001) descreveu como “proibido-sagrado”. Sua violação pode significar penas mágicas ou os filhos é que vão pagar com a demora da cura das feridas. Isso é interpretado socialmente como reflexo da má conduta dos pais durante a reclusão dos filhos.

Percebi que a veemência do *Nalombwo* aos convites que fui fazendo em torno das apresentações não podiam, de modo algum, ser uma ordem a cumprir. Eram sim, mais uma

¹³ A Mestrina do rito das meninas *N'goma* ou *Kamango*.

formalidade e requisito ético. Igualmente, é que segundo normas iniciáticas, nem o *Nalombwo* deve saber o que as mulheres tratam no seu rito. O conhecimento é restrito à *Nalombwo Kongwe*.

A minha presença no local já era justificada pelos vários motivos de investigar, escrever uma tese, trazer o médico e o hospital para ajudar a fazer do *Likumbi* um rito em ambiente seguro e saudável. Esta era a arguição que ecoava entre aquela multidão. A última justificativa era a mais bem recebida. Alguns agiam com ironia indagando se a cooperação implicaria na retomada das obras do Centro de Saúde local, paralisadas há tempo sem dar satisfação à comunidade. Em contraste, uns poucos comentavam que não viam a necessidade colaborativa entre o hospital e o *Likumbi*.

Por outro lado, havia os que pensavam que escrever uma tese é escrever um livro, e quem assim o faz, vai ganhar muito dinheiro. Assim a pergunta mudou de tom. “O que você vai dar quando usa nossa cultura para escrever livro?” (NGAUKA, 1919). O questionamento revela o quão é o desconhecimento que têm sobre a pesquisa, seu valor social, os ganhos sociais que a partir das evidências podem mudar comportamentos, atitudes e práticas pouco abonatórias para a vida. Não se pode apontar a falta de explicação previa. O afluxo de projetos de ajuda social comunitários leva as pessoas a confundirem o que seria ajuda social com pesquisa científica. Nos projetos sociais, por hábito, os participantes recebem alguns benefícios imediatos, tais como dinheiro, comida, ou bens e serviços. Infelizmente tal equívoco no entendimento do que era o meu projeto de pesquisa levou a que alguns quisessem dinheiro pela sua participação e ainda à suspeição de que havia dinheiro no projeto que eu estaria destinando a um único beneficiário, o *Nalombwo*.

A força do hábito acomodava aspirações diferentes. O *Nalombwo* que vive os dilemas de corte de prepúcio nas condições em que ele faz era único que pensava diferente, sobretudo no que a pesquisa traria para o bem da saúde comunitária. Ele queria ver o *Likumbi* a conquistar o seu espaço sociopolítico e sua convalidação médica. Naturalmente que para ele era o fim da apreensão pelo “exercício da circuncisão” na aldeia sem reconhecimento pelo Ministério de saúde. Mesmo com evidências que apontam que a circuncisão tradicional regista uma aderência maior que a médico-cirúrgica no país, seu efeito protetor contra o HIV e ITS é evidente em locais onde a prática é prevalente (ONUSIDA/CPLP, 2018).

Para a minha surpresa, o que parecia dividir a opinião da comunidade não mais transluziu no discurso das pessoas. Depois que algumas pessoas da comunidade me reconheceram, sabendo que fui iniciado naquela aldeia, os oponentes iam baixando a

guarda e se juntavam aos que estavam felizes com o meu regresso. Estes já me apresentavam aos que antes se opunham ao *Nalombwo*. Ai já o clima era de boas-vindas: “afinal você nasceu no nosso *Likumbi*, é *Makonde*...” (LICHATWANI,1919). Todos já concordavam com a minha pesquisa, e encorajavam:

[...] Fica à vontade, veja o que quer fazer, escreva tudo que você quer [...]. Já sabemos o que você está a fazer [...]. Você já sabe o que pode fazer e não pode aqui dentro. Não vamos dizer o que é proibido ou não [...]. Se tiver coisa que não sabe pergunta, nós vamos explicar [...] (VANOMBA, 2019).

De lembrar que estávamos ainda no fim da tarde de sábado, dia do *N'goma*. Este rito envolve estritamente mulheres. São estas que lidam com as *Vamwali* após o rito de acesso público orientado pelos *Vanalombwo*. A *Nalombwo Kongwe* recolhe todas *Vamwali* para a reclusão, dentro da casa onde vai decorrer o ato iniciático, o que encerrava qualquer possibilidade de poder observar ou escutar o que ocorria dentro da casa. O pouco já tinha observado, as manifestações públicas pelas artérias da aldeia, a apresentação das iniciadas, e o raspar do cabelo junto a seus pais, a segunda passeata que é de despedida, a partida para a reclusão dentro da aldeia. Estes são momentos de angústia vividos pelos pais e também para as filhas que partem para um destino incerto. Para os dois antropólogos estudiosos dos ritos de passagem, estas cerimônias preliminares correspondem ao “rito de separação” (Turner, 1974; Van Gennep, 1977).

Dos ritos femininos propriamente falados, não foi passível a sua observação e descrição, mesmo a partir de mulheres e homens com os quais consolidara confiança, que provavelmente poderiam informar do que sabem. Ninguém ousou contar, descrever no mínimo detalhe do que é tratado durante a reclusão das meninas com a *Nalombwo Kongwe*. Poucas notas e observações foram registadas até ao término do ritual feminino, salvo alguns retratos fotográficos aos que, surpreendentemente, as mulheres acederam.

É de notar que a inacessibilidade ao local de iniciação me dava a sensações de que estudar o rito feminino, ainda seria mais uma caminhada curta que terminaria sem algo substancial de registo no diário de reflexões sobre as vivências, as histórias de vida no local de iniciação. A educação tradicional sempre primou pela separação por sexo, idade, lugares, matéria a abordar em cada faixa etária, e em cada ritual. Em diversos momentos do cerimonial masculino também vigora uma proibição severa; as mulheres não podem participar, nem sequer podem ver de longe o desenrolar do ritual sob pena de serem

castigadas por espíritos terríveis (Gennep, 1977). Sobre a separação na escola, há a anotar que as sociedades tradicionais sempre ordenaram o processo de ensino por idade e sexo, tomando também o desenvolvimento das crianças como elementos a se levar em conta no processo de socialização (Mauss, 1969). Isso não pode causar estranheza alguma em nós, pois, num passado recente a nossa escola moderna portuguesa, ainda no século XX, usava este modelo de organização escolar do qual muitos de nós somos fruto.

Por paradoxal que pareça, as sucessões de negação ora de acesso ao local, ora de registo dos eventos se sucediam. O registo do *Mapiku* em todas as suas etapas que fazem da dança um mito era um desejo profundo para assim complementar o ciclo iniciático do *Makonde* no seu mundo que não se compreende num simples ritual de iniciação. Não foi de pouco apreço o convívio com os dançarinos de *Mapiku*, registrar nas anotações o significado mítico da dança, as observações do lugar e dos sujeitos que revestiam as personagens míticas da dança. Não raras vezes, os sujeitos consentiram que algumas cerimônias fossem observadas, fotografadas e nem tão pouco, que lhes fosse pedida explicações de seu sentido mitológico. A princípio é uma condição a ponderar, pois mostra o quanto a aceitação do pesquisador pelo grupo não significa automaticamente uma predisposição ofertada para a coleta de todos os dados desejados, segundo Cardoso de Oliveira (2000).

Qualquer instituição tem suas regras de que se serve para a sua proteção, tal como os participantes da pesquisa as têm, para protegerem-se dos contravalores e práticas disseminadas contra elas. Na cultura ancestral, a aquisição de determinados saberes só pode ser aprendida segundo critérios e procedimentos étnicos, que visam a sua perenidade social. Isto é, grupos étnicos têm os seus códigos morais que devem ser respeitados por qualquer um que queira aceder a seus locais sagrados.

Algumas perguntas perante as dificuldades e reflexões passaram a ser uma verdadeira inquietação, pois não era suposto surgirem. Tudo se resume no que podia ser uma suposta recusa de aceder-me ao “ventre” maternal *Makonde*, do qual nasci pela *Likumbi*. E sentia-me seguramente abrigado de direitos étnicos de reviver o rito do qual fui confirmado homem no meu povo *Makonde*, e todas as honras me revestiam até com o poder de ensinar os novos *Vamwali*. O direito de ensinar os outros é conferido a todo aquele que fez *Likumbi*, e o faz ascender à categoria de *Nalombwo*.

A inquietação se transformou em reflexão e indagação: como se faz etnografia sem permissão para coletar parte do fenômeno estudado?

Era difícil achar a resposta no campo. De súbito ocorreu-me que outros autores também se viram em situações semelhantes a esta. A pergunta condiz nestes termos com Brink e Edgecombe (2003) que questionam se uma pesquisa baseada somente em entrevistas, sem observação prática de como se faz, pode ser definida etnográfica.

Era difícil buscar a resposta. Contudo, suponho que seria também fazer etnografia. Porque todas as impossibilidades que marcam o estudo desse fenômeno são relatos que transmitem a verdade estudada. Mais ainda, permite que os futuros estudiosos saibam das dificuldades com que se vão deparar no estudo. Já passavam os dias, o seguinte seria domingo do *Likumbi*, e as minhas reflexões não deixavam de importunar, posto que era imprevisível o que iria acontecer na observação do ritual masculino.

VAMWALI NI LIKUMBI

A tarde escaldante de domingo chegara e ninguém se expunha a aquele sol intenso impróprio para o trabalho, mas apropriado para o rito, visto que, simboliza o fim da era iniciática do *N'goma* e prenúncio do *Likumbi*. Para os *Makonde*, é o momento apropriado para o rito masculino. A transcrição temporal que descrevo remete-me ao que Van Gennep (1977) nota que, o tempo trazia a imagem arquetípica equivalente a uma regressão ao caos, ao estado que precedia a cosmogonia. Entre os meninos e a comunidade, a tristeza abalaria a incerteza de um destino que estava próximo às matas da aldeia.

As experiências de fracasso na coleta de informações e a inacessibilidade participativa no ritual feminino por razões éticas, não somente foram conclusões de um embaralho técnico, como ainda me levaram a instigação acadêmica e científica de, como se deve lidar com os eventos imprevistos durante a pesquisa.

A incerteza era da tamanha ordem, que insinuava que quanto mais eu me sentisse em bom gosto com a estratégia de busca de informações, os sujeitos da pesquisa, por seu lado, se empenhavam em não se deixarem observar nem revelar os segredos das suas práticas. Por razões óbvias se justificava a negação. Algumas explicações foram me reveladas enquanto outras nunca foram postas ao desvelo pelos próprios *Makonde*. Em algum momento uma mulher entre a equipa de iniciação feminina comoveu-se e narra:

[...] sabe você, eu posso querer revelar algumas coisas do que a gente faz no *N'goma*, mas deve jurar que não vai escrever nem gravar minha pessoa a falar, nem tirar foto. Está acordado entre-nos? [...] vocês de jornal, televisão, Internet [...] sei lá o quê, quando quer comer

dinheiro põe o outro sem roupa [...] e toda gente fica a assistir. Pensa que é bom isso? Você gosta assim, alguém revelar teu segredo? Nos também não. Fica a saber, você, não fala com outro o que viu, cala [...] Até Jesus curava doentes. Mas advertia para não contarem a ninguém o que tinha visto e experimentado [...] vocês não têm segredo, assim a gente não fala nada [...] (UHULU, 2019).

Diante da descrição, era necessário repensar o caminho metodológico a seguir no futuro para a busca de narrativas, não só de mulheres como das relativamente indescritíveis e restritivas a membros externos. Certamente significava treinar a memória para acender a interatividade, pois, essa era a trajetória mais curta e fácil que me levaria à memorização. Ora, a interatividade era o caminho ideal, pois conduz à influência mútua. E para o meu contexto era de sublime importância, visto que entusiasmo a interrelação humana virada para os dois sentidos dialógicos e a conectividade reativa que impulsiona a memorização dos factos pela intensidade de relação que apura a sua captação (Cho & Leckenby, 1998).

Esta pesquisa não foi apenas espaço de descrições e narrativas de experiência etnográfica com os *Makonde*; ela se elevou a momentos profundos de reflexão de ordem ética-moral, na tríade constituída pelos Comitês de Ética em Pesquisa (que apreciam e aprovam as pesquisas), população (sujeito / objeto de pesquisa) e governo na jurisdição do território (do local onde transcorre a pesquisa). A minha reflexão não partiu apenas da questão de quem deve aprovar os projetos de pesquisa. Ela foi muito presente na população que se mostrou desconhecadora da finalidade de estudos que frequentemente ocorrem em sua comunidade, conduzidos tanto por pesquisadores locais como estrangeiros.

Segundo estes, em seus rituais, há sempre indivíduos que se apresentam com credenciais ou não para realizarem estudos sobre o *Mapiku*, *N'goma* e *Likumbi* e a cultura *Makonde* no seu todo. E a mim questionavam sobre o propósito da minha pesquisa que para eles compreendiam ser de interesse estatal, por ser uma pesquisa acadêmica de relação com a saúde comunitária. De certo modo, não seria de agrado da comunidade pois, segundo eles, a pesquisa poderia ter algo escondido, espiar a cultura *Makonde* para acabar com ela.

O desconforto deixava transparecer a existência de conflito submerso entre a tríade que delibera sobre as pesquisas e a comunidade. A autonomia dos participantes na

pesquisa consentida livremente após informações suficientes constitui a maior conquista da ética aplicada. Não obstante, essa autonomia pode cair em risco em virtude de influências endógenas e exógenas, expondo os seus sujeitos a vulnerabilidades (Rogers & Ballantyne, 2008). A pobreza, o baixo grau de escolaridade e a inexistência de tradição de pesquisa científica vulnerabiliza as comunidades sujeitando-as a espoliações do imperialismo ético-moral, pois elas são sujeitas a cultura científica e procedimentos que não lhes são comuns no seu cotidiano, além de outros abusos. Guilhem (2005) diz que uma pesquisa num campo de cultura bem diferente tem maior probabilidade de oferecer menor custo-benefício aos participantes com maiores possibilidades de risco.

Vejo que os factos decorrentes disso são essencialmente dois. O primeiro é que as comunidades são atores coletivos passivos na tomada de decisão sobre quem pode pesquisar em seu território. Supõe-se que as comunidades frequentemente pesquisadas deveriam ser preparadas para elas próprias defenderem seus interesses e sobretudo a sua propriedade intelectual. Não é possível ignorar, ainda, a relativa incapacidade dos Comitês de Ética em Pesquisa para monitorarem as pesquisas que correm em seu território. Não estou a dizer que as instituições estejam a decidir em causa própria, na qual têm interesses próprios e estes não transparecem no olhar da comunidade. Simplesmente são questões para reflexão. Mas se impõe a reflexão de outros vários pontos que ataçaram a mente como as que ainda se seguem.

Até então, a deliberação sobre as pesquisas é da competência do governo local onde se pretende realizar a pesquisa, que mediante solicitação do pesquisador, emite a autorização a ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa. Esta por sua vez emite a autorização. Neste procedimento a comunidade não é envolvida. Recebe apenas uma carta, vista como uma ordem imposta, que lhe é apresentada pelo pesquisador para iniciar a investigação. Por essa via, fica claro o quanto a autonomia dos participantes é violada a priori, e assim violado um processo democrático que deve estar acima de todos os procedimentos. É certo que não se pode afastar o gesto do imperialismo moral, pois há uma imposição cultural científica a um grupo étnico que não está contextualizado com a tradição de pesquisa em seu meio (Garrafa & Lorenzo, 2008).

A questão é: qual seria o procedimento democrático que assegure a autonomia dos participantes? Logicamente que a resposta deve ser a promoção do envolvimento da comunidade na tomada de decisão. O que não seria apenas uma questão de autonomia, seria também uma ação educativa para a tradição de pesquisa científica, da qual a comunidade constitui o ator principal da produção do conhecimento.

Portanto, a tomada de decisão passaria a envolver três atores, e com o seguinte funcionamento: A solicitação de pesquisa seria feita à comunidade pelo pesquisador nos primeiros momentos de reconhecimento do local, dos sujeitos da pesquisa e do objeto de estudo. É nesse momento de negociação que a comunidade aceitaria ou não a realização da pesquisa. O pesquisador levaria o consentimento coletivo da população a estudar ao conhecimento do governo local. A carta do Comitê de Ética em Pesquisa seria emitida mediante o consentimento da população e a carta de cobertura do governo do local de estudo. Assim estaria salvaguardada a autonomia da população de estudo. A comunidade não pode ser a última a saber que deve se envolver numa pesquisa, ela deve se envolver porque emitiu o seu consentimento em primeira mão. Não parece utópico pensar-se que as comunidades resistem às mudanças do mundo onde elas próprias vivem, como se não entendessem a conveniência nos novos tempos?

Esta reflexão parte das constatações de receio, desconfiança reveladas pelos próprios membros da comunidade que relatam as incontáveis pesquisas em que eles são objeto de estudo, sem, entretanto, saberem claramente da finalidade da sua participação e seu papel, conforme depoimentos de participantes da pesquisa:

[...] nem sempre respondemos à vontade e com liberdade as vossas perguntas que muitos que vêm aqui na aldeia nos fazem [...] cansa você falar sem saber para quê vai servir tua resposta. Muitas pessoas vêm na aldeia sempre fazer perguntas de cultura, quando tem *Likumbi* e *N'goma*, mesmo que não tem nada eles vêm. Isso a gente não gosta sabe? -Deixamos de trabalhar para atender isso? Está a ver como aumentam nossa pobreza e fome?! Deixamos de ir arranjar pão para dar as crianças e ficamos a responder perguntas como essas? Haaaa, isso! Isso não, não gostamos, nunca! - Não é bom para nós que somos pobres [...] a gente responde porquê... não sabemos o que pode acontecer depois [...] (BANJA, 2019).

A DECISÃO SOBRE O RITUAL

Tal circunstância se justifica porque o *Likumbi* orienta para uma pedagogia de preservação do sagrado-proibido, que na ótica de Freud (2001) deve ser seguida a rigor. De acordo com as normas iniciáticas, revelar o que se faz na iniciação é violar a sacralidade dos ancestrais e a sua etnia. O respeito e seguimento das normas tradicionais têm um valor

social e divino. Quem desrespeita os mais velhos, os tabus proibitivos e misteriosos da tradição, está a desrespeitar os antepassados e *Nungu* (Deus).

Ressalta-se que concordamos com Langa (1992) e Carvalho (2009), no sentido de entender que, na visão da cultura local, quem toma a iniciativa para o rito são os ancestrais *tinguluve* [espíritos] e que se torna necessário consultar a espiritualidade para dar a confirmação de como deve ocorrer a oferenda. Para os autores, nenhum rito é espontâneo. A religiosidade não se reduz a alguns gestos culturais; ela desdobra toda a sua existência ao longo do percurso da vida.

A pedagogia do ritual assenta-se na transmissão da experiência de vida pelos mais velhos e das regras de vivência social. Nelas encontra-se implícita a dimensão teológica de um mundo humano precedido por Deus e transmitida na iniciação, na relação com os *Vachinhakala*.¹⁴ Sobre os rituais pairam as estratégias educativas dos *Makonde*, que não separam na sua cosmologia a vida social do divino. Conforme o pensamento de Clavert (2009), encontra-se em *Nsamp a Pungo* uma entidade suprema, junto às divindades e aos ancestrais, os espíritos dos antepassados que viveram em outras épocas. A entidade criadora, criadora de tudo, manifesta-se através dos ancestrais que ganha sua materialidade no discurso dos mais velhos. Em todos os âmbitos do clã, as regras recebidas do Ser Supremo permanecem sob a vigilância dos ancestrais para serem devidamente aplicadas. Há uma punição prevista para aqueles que ignoram ou boicotam a observância das regras, e aqui se incluem as interdições, quando a justiça se faz impossível na dimensão humana.

Observei as primeiras cerimónias rituais de concentração no *Limpada* até a partida para a floresta. Já pelo cair da tarde, todos os iniciados chegavam ao *Likuta*, local de iniciação acompanhados pelo *Nalombwo*, *Vabwana*¹⁵, pais e todos aqueles que já passaram do *Likumbi*. Antes do início do ritual, todos se concentram na casa escolhida para organiza o rito. O *Nalombwo* dirige-se aos presentes relembrando as regras e a minha presença no rito. Muitos dos pais ali presentes receberam com agrado o propósito do estudo. No entanto, como não podia deixar de ser, algumas vozes oponentes se pronunciaram supostamente a favor da tradição e contra a minha intervenção:

[...] não queremos que o que temos vindo a fazer na nossa tradição seja divulgado. Nos pais destes meninos aprendemos assim e não

¹⁴ Ancestrais, antepassados da etnia.

¹⁵ São os jovens que garantem o ensino e aprendizagem dos adolescentes que vão pela primeira vez ao rito iniciático.

estamos a gostar desta ideia de vir aqui saber o que estamos a fazer e depois divulgamos para todos saberem nossa cultura e segredos. O que é guardado em segredo conserva o seu valor ao longo dos tempos [...] (DIWANE, 2019).

Era o início de mais uma história de vida a retratar em palavras transcritas no diário, como seria os registos na fotografia, o ver, ouvir e memorizar os cenários vividos no local, sem deixar de lado a incoerência entre os atores no modo de circuncidar e outros procedimentos. O extremar de procedimentos e ideias parecia arriscar o método de estudo no campo. Entretanto, um dos presentes assegurou que aquela era uma encenação que faz parte do ritual:

[...]Não perca tempo com esse aí, nem se assuste. Ainda não sabe que a maneira de brincar aqui é assim? Até pode parecer que uns vão lutar, mas ninguém vai lutar [...] o trabalho vai andar já [...] o Likumbi é rodeado de muita brincadeira, mas estamos a trabalhar. Ninguém deve estar triste, alegre. Isso sim [...] (N'CHUCHA, 2019).

Minutos depois, os iniciados já estavam um por um, entrando na “circuncisão”. Diante disso, a ansiedade passou a ser, não só de ver o corte, mas em saber quantos eram os já circuncidados no hospital, e quantos eram os que ainda estavam “impuros”, os que têm ainda o prepúcio. Igualmente era interessante ver (confirmar), e fotografar a aplicação do novo modelo de circuncidar no aspecto de mudança. A observação permitiu ver em certos momentos a pouca atenção que o *Nalombwo* teve no uso da mesma lâmina para circuncidar vários iniciados. Aí, foi necessário redobrar a minha atenção sobre como o *Nalombwo* cortava o prepúcio, o que permitiu recordar-lhe sobre a observância de novas regras na circuncisão: “uma lâmina, um iniciado” e não ablação do prepúcio, mas sim, um corte “vacina” no corpo do pênis. Satisfatoriamente fui observando que o *Nalombwo* retomara o compromisso de mudança na circuncisão. O momento tornou emocionante e interessante a aceitabilidade e transformação que o *Nalombwo* estava a operar em sua cultura, nos olhares incrédulos de transformação de uma prática cultural julgada perpetua e conservadora das suas crenças em alguns círculos sociais.

Esta constatação remete às obras “O Processo Ritual” de Victor Turner (2005) e “Os Ritos de Passagem” de Arnold Van Gennep (1977). Os dois autores atestam que o rito em si transforma os adolescentes em homens. Contudo, é importante entender-se que toda e

qualquer transformação social que os rituais operam age na veemência dos que querem ver seus interesses realizados. Estes, por sua vez, têm vindo a mudar ao longo de épocas com os interesses entrelaçados na cultura, na política e na religião.

Não fiz uma mera observação do rito. Foi de extrema importância intervir em momentos que deviam ser tão-somente do *Nalombwo*, humildemente intervim dirigindo-me não só a ele como aos pais:

[...] cada *Mbwana* ou pai deve ter na mão a sua lâmina para entregar ao *Nalombwo* quando chegar a vez de entregar o seu filho. Se não tem, pede a quem está a seu lado para partir uma lâmina em duas [...], quem tem uma lâmina partilhe com quem não tem[.] Cada um vai usar um pedaço. Assim vamos evitar cortar com a mesma lâmina mais de um *Mwali* [...] (MABUTANA, 2019).

Em certos momentos do ritual, esbarrei-me em dois mundos antropológicos. No mundo “*etic*”, fui um observador do desenrolar dos factos. Entretanto, em outros momentos senti a necessidade de ter que intervir para chamar atenção sobre alguns procedimentos como, por exemplo, na partilha da mesma lâmina e nas falhas de seguimento das regras de biossegurança, e assim experimentei o mundo “*emic*”; fui um ator-observante dos novos procedimentos de circuncidar.

Pela sucessão de eventos no local da circuncisão, a fotografia foi o meio que utilizei para ajudar a sintetizar memórias e leituras para a posterioridade. Segundo Monteiro (2006), a fotografia é recorte de uma realidade congelando-a separadamente da sua sequência e fluxo temporal. O registo fotográfico foi útil não só para conservar imagens, mas também para “congelar” o que não era possível anotar em caderno de campo.

Na impossibilidade de captar as imagens penianas no momento de circuncidar, estas foram feitas ao longo das visitas de rotina no local. Estas visitas também serviram para apurar quem eventualmente estaria acometido por alguma complicação e observar o que aprendiam no *Likuta*,

[...] Ensinamos os mitos da nossa gênese étnica, da nossa origem humana, os ritos que compreendem as fazes da vida, os contos que ajudam a entender porque somos diferentes dos outros. Aprendem o domínio do corpo seja como homem ou mulher precisam de ter esse conhecimento, [...] mas precisam de ter alto domínio da tradição, e serem obedientes à palavra dos mais velhos [...] são preparados para

assumirem a herança da cultura étnica *Makonde*, é por esse processo que preservamos o lugar social de cada um, seja mulher ou homem[...] (NTHEMULA,2019).

Dos conteúdos ensinados na iniciação, gravei as canções, contos, adivinhações e provérbios. Estas não são apenas obras da arte popular; mais do que arte são materiais didático-pedagógicos que contribuem na aquisição do saber fazer e ser enquanto adulto. Em momento posterior observei que o pragmatismo didático no ritual se traduzia em iniciados com habilidades notáveis no canto, tanto como de capacidade interpretativa do significado que os símbolos lhes transmitem num processo que privilegia a repetição como estratégia de ensino.

Ademais, foi impressionante ver crianças de pais não *Makonde* com domínio de conteúdos que foram ensinados numa língua que não é delas *Ximakonde*, serem capazes de cantar, reproduzir provérbios, contos com as representações ético-morais que se tem na sociedade. Notei isso durante os dias todos que me tornei residente local nos lugares de pesquisa. A residência no local me proporcionou a oportunidade de estar próximo dos residentes, das estruturas locais e de construir um ambiente ainda mais dialógico e de confiança com todos e, sobretudo, com os anciãos *Makonde*. Eles fizeram narrativas sobre o modo como Samora Machel teria os fixado naquelas terras, as perspectivas que tinham quando da fixação, o associativismo impulsionado pela unidade cultivada nos campos de batalha contra a ocupação colonial portuguesa. Quanto às perspectivas futuras da iniciação, muitos *Makonde* se mostraram abismados com o fato de até então não haver reconhecimento na sua escola da tradição. Seu questionamento foi realizado em termos comparativos porque a nossa tradição *Makonde* não tem os mesmos direitos sociais em relação com as escolas religiosas, como a hindu, maometana, cristã etc. Sublinhavam que as religiões estrangeiras são mais bem-vindas que aquelas tradições que nasceram no solo pátrio moçambicano:

[...] essas igrejas a gente nem sabe de onde vem..., o que vem ensinar aos nossos filhos, e estão contra nós, nossas práticas culturais. Está a ver?! Eles vêm de onde vem e dizem: - Vocês não estão a ensinar boas coisas aos vossos filhos. Obrigam a nós, e nossos filhos, a não rezar como nós rezamos para os nossos antepassados [...], proibem rezar nas nossas línguas e como nós rezamos, porque se não vamos para Satanás... huuummm!!!! O que é isso?! [...] (PITAMWIU, 2019).

Enquanto não pudesse ir ao local de iniciação, no *Likuta* onde estavam os *Vamwali*, participei em conversas com famílias que tinham filhos(as) no rito. Foram enormes as dificuldades em encontrar entrevistados em suas casas, mesmo com encontros previamente marcados. Era comum ir a uma família com a qual tinha entrevista agendada e não encontrar ninguém. A persistência em marcar novos encontros foi a estratégia que adoptei e foram poucos os que não aceitaram novo agendamento. Alguns, depois de agendada a entrevista em suas próprias casas, simplesmente não aceitaram falar do rito, nem tão pouco de seus *Vamwali*. Quase todos invocavam a mesma razão:

[...] não pode falar disso porque nossos *Vamwali* estão a experimentar um momento bastante difícil da vida. Falar disso, nós não podemos falar, se não, o mau espírito vai castigar. Eles podem não aprender nada do que se ensina lá, mas também podem apanhar doença, está a ver apanharem essas coisas todas lá no mato, [...] (NCHUSHA, 2019).

Era possível atestar essa prática do silêncio dos pais no *Likumbi*, pois, durante as minhas visitas encontrava alguns *vamwali* com algum tipo de doenças na pele, desde pequena irritação, manchas escuras no rosto, ombros, nos braços e colo. Há também registo de febres com suspeita de malária, pois o local situa-se nas margens do rio, e em sequência abunda o mosquito. Nem sempre as redes mosquiteiras que levam para o local fazem melhor cobertura. Quando perguntava aos *Mbwana* se os pais sabiam que seus filhos estavam incomodados, responderam que não sabiam e nem sempre devem saber. Só em casos graves os pais deviam saber. Entretanto, o melhor era eu convidar os enfermeiros para o local próximo do *Likumbi* ou mesmo levar o doente ao hospital.

Não pude estar junto dos iniciados em todos os momentos por insuficiência de espaço na casa onde estavam albergados. Todavia, a aldeia distava pouco do acampamento de iniciação permitindo-me estar em contato permanente tanto com os aldeões, como com os iniciados.

As atividades de aprendizagem dos iniciados, já a caminho do fim, iam ganhando outro fôlego. Ainda aprendiam os últimos conteúdos e consolidavam os ensinamentos das primeiras lições, ora ensaiavam o bailado tradicional aprendido para mostrarem as habilidades na execução das danças *Makonde*:

[...] tudo que *Makonde* sabe da sua cultura aprende no *N'goma* e *Likumbi*, aprende as habilidades corporais para dançar este bailado dos nossos espíritos que nos faz estar a falar com eles quando estamos no rito. Só sabe dançar *Mapiku* aquele que foi no *Likumbi* [...] essa dança não tem na escola; quer saber estas coisas nossas, então, tem que *u kuvika Likumbi Ni N'goma*¹⁶. Quando estamos a dançar, aí sim os espíritos sabem que somos nós da *likola*¹⁷ deles. Aquele que não foi lá no *Likumbi* não pode dançar *Mapiku* [...] (NCJOMBA, 2019).

Do papel de fotógrafo-pesquisador, passei a ser solicitado a fotografar em alguns momentos rituais para a memória dos presentes. Eram solicitantes das fotografias os *Mbwanas*, pais dos iniciados que não queriam perder as novas imagens de homens que acabavam de ser forjados na cultura. Era também interessante guardas as memórias da vida o momento, estando bem trajados de roupas cerimoniais que publicamente iriam selar com a tradição. Era o fim de uma tarde de domingo; as meninas e rapazes se apresentariam em dois grupos separados de dança, de mulheres e homens como reza a educação *Makonde* em um palco repleto de familiares, amigos e curiosos. Para permitir que as exibições não fossem perturbadas pelos parentes emocionados, o palco retangular era cercado por duas filas de arame farpado que separava os espectadores do recinto de dança. Neste, bailaram as danças que a tradição acabava de lhes legar no seu universo cultural e testemunhado pelo seu povo que de aplausos incessantes ia soltando apitos, assobios, *Mimkulungwana*¹⁸ e *Psivuvutwana*¹⁹. Estes não só são símbolos de alegria, mas uma ação de graça aos ancestrais pelo bom ambiente em que decorreu o rito. Assim fazia as últimas imagens fotográficas que marcavam o fim de um ritual de iniciação *Makonde*.

KAMPFUMU - ZONA MILITAR

Conforme explicitado acima, a pesquisa foi orientada para quatro comunidades *Makonde* da província de Maputo. Entretanto, o local de Kampfumo-Zona militar está a

¹⁶ Tem que fazer o rito de iniciação masculino e feminino.

¹⁷ Família ou ainda clã.

¹⁸ Sons emitidos pelas mulheres pela emissão sonora do sopro com um movimento da língua. Estes conservam a sua diferença única no som emitido. *Kulungwana* é singular, formando o plural com o prefixo (*Mi*) que equivale a (os) no plural da língua *Xironga*. São simbologias presentes nos momentos cerimoniais que marcam o momento de consagração ritual, geralmente são emitidas pelas anciãs étnicas ou familiares.

¹⁹ *Psivuvutwana*, esta tem o prefixo (*Psi*), no entanto o singular da palavra passa para *Xivuvutwana*.

cargo do *Nalombwo* da área militar. A importância deste campo foi de grande valor acadêmico porque ofereceu uma observação do que está sendo construído no contexto de uma necessidade imposta pela pandemia de HIV, e do que se pode construir hoje em torno do rito. O tom atual invoca uma estagnação, imobilidade supostamente alimentada pela tradição dos ancestrais. Espera-se que a reflexão não faça perder o fio lógico da intenção desta pesquisa. O intento desta não é comparar dados; apenas interessa ampliar o campo de contemplação e das nuances que orientam a necessidade da reinvenção de práticas. Se a reinvenção também pode ser artificiada entre os encentrais que precisam compreender que o homem na terra de hoje vive tempos diferentes dos tempos em que eles viveram. Precisam compreender que os modos de lhes ofertar sacrifícios também serão compreendidos e aceitos na forma de conceitos e rituais contemporâneos.

Sob esta observação, (Bauman, 2001) analisa criticamente ao que chamou de modernidade líquida, pois, os tempos são vistos como sendo líquidos, posto que, tudo muda rapidamente, nada é feito para durar, para ser sólido. Os nossos ancestrais eram esperançosos; quando falavam de progresso, se referiam à perspectiva de cada dia ser melhor do que o anterior. Hoje progresso para nós, significa uma constante ameaça de ser chutado para fora de um carro em aceleração.

Era importante viver a experiência de mudança de paradigmas no modo de fazer a circuncisão, não como uma transformação “líquida”, mas aquela que se ajusta como uma necessidade de saúde global. Os locais de estudo se localizam em pontos diferentes; entretanto, têm a mesma gênese e domínio cultural. Cada um tem a sua incidência e repercussão no modo de circuncidar e pode conceber a interferência da mudança de modo adverso. Especificamente por este local de estudo estar nos arredores da zona nobre da cidade de Maputo, o que ainda mais justificou o meu interesse em viver a experiência de campo com eles.

Antes da data marcada para o ritual fiz duas visitas à casa do *Nalombwo* para ter uma conversa amena e explicativa da finalidade da pesquisa. Já o conhecia desde 2009, quando fui à aldeia participar em mais uma iniciação do rito *Makonde*. Nos primeiros dias de visita informou-me que já tinha escolhido seu sobrinho para o suceder. Dando mais detalhes sobre a sucessão expressou “[...] não se escolhe pessoa qualquer para ser *Nalombwo*, esse aí, tem muito tempo que estou olhando se tem juízo para esse trabalho. Assim vi que está bom. Se eu morrer, ele vai continuar com o trabalho de *Likumbi* [...]”. Segundo o *Nalombwo*, já não se sentia com forças e estava paulatinamente a sentir que era tempo de repousar. Desde então, tem gradativamente deixado parte considerável das cerimônias

rituais para seu oficiante-sobrinho reservando ainda para si o ato de circuncidar. Desta feita, dispôs seu oficiante-sobrinho para o diálogo sobre a minha pretensão no *Likumbi*, que assentiu em encontros em sua casa, pois para ele era o lugar seguro e confortável para falarmos livremente do *Likumbi* fora do ambiente dos não iniciados.

Entretanto, o *Nalombwo* principal ao falar do *Likumbi* nos tempos atuais, explicou que pessoalmente já tinha feito contato por iniciativa pessoal com alguns profissionais de saúde, médicos e enfermeiros para estreitar relações e colaboração ao que ele chama de “cooperação entre a tradição dos *Vamakonde* com o hospital”. Dizia que inesperadamente até então, nada aconteceu em concreto no que bem intenciona. Não deixou de sublinhar o que devia ser um privilégio na sua percepção, o facto de a área militar estar na cercania de vários hospitais da cidade, na área nobre onde grande parte dos pais dos iniciados são pessoas com todo tipo de influência para mudar o rumo do ritual. O hospital “[...] nem pelo menos trazer alguma formação para ensinar como lidar com HIV no *Likumbi*, nunca fez isso conosco. Nós continuamos a fazer tudo como sempre fizemos. Não temos ninguém a falar disso, não temos mesmo [...]” (LIKOMBA, 1919).

No adiantar da nossa longa conversa em torno de mudanças no modo de corte peniano, o novo *Nalombwo* explicou que algumas práticas já foram abandonadas. Deu como exemplo a ablação total do prepúcio e o uso da “faca”²⁰. Usa apenas a lâmina médica, uma lâmina de bisturi, quando pode adquiri-la junto a pessoas de boa vontade que lhe oferecem, “[...] era bom poder comprar esse material, ele é bom, corta muito bem. Mas custa muito dinheiro. Sempre tem muitos *Vamwali* para fazer serviço, e nós vamos apanhar onde esse dinheiro? [...]” (LIKOMBA, 2019). Agregou, ainda, que nem sempre tem o material disponível para todos. Quando for assim, nem sempre obedece à regra, “uma lâmina para um iniciado”. Os pais nem todos trazem lâmina de casa, deixam tudo a seu cargo, mas ele não consegue ter lâminas para todos.

A experiência de campo com os *Makonde* moradores na cidade pode ter atraído a expectativa do que a priori parecia facilmente possível. A mobilização de participantes e assistentes que se deslocam ao local é tão enorme que deixa a impressão de uma acessibilidade às pessoas para opinarem sobre os ritos de iniciação.

De lembrar que o início do rito *Makonde*, as meninas do *N’goma* são as que tomam a dianteira, ingressam no sábado e só no domingo ingressam os rapazes. Esse é um dos

²⁰ Em momentos anteriores, a faca “canivete” era o instrumento usual para a circuncisão em todos os seus modelos. Seu uso, não obedecia às mínimas regras de biossegurança para o corte do prepúcio.

aspectos, que não encontrei ainda explicação desse ordenamento. Haverá uma explicação dentro da ordem mitológica dos *bantu-Makonde* sobre esse comando ou é simples ordem?

A afluência de pessoas ao local de iniciação e o fato de serem pessoas que vivem na cidade ter-me-ia levado a pensar que neste ritual teria possibilidade de recrutar muitos participantes para narrativas sobre a iniciação feminina. Durante os dias que visitei o *Nalombwo*, ele declarou que muitas mulheres que deviam ter comparecido nos preparativos não se apresentaram ao local de *N'goma*, reduzindo assim as chances de conhecê-las antes e de agendar algumas conversas. O *Nalombwo* ainda afirma que durante a fase preparatória dos rituais, as pessoas que deviam se envolver diretamente não foram assíduas como é de tradição. Apontou a ocupação profissional como a causa de ausência e, “[...] as pessoas só vem deixar os filhos para eu fazer *Likumbi* e *N'goma* e não se envolvem muito [...]. Haaahhhh, ..., nem sei como faz... sempre assim. Mas quer a criança bem [...]” (NDEMUKA, 2019).

Ainda assim, aponta que são pessoas que, de modo geral, têm ocupações profissionais que não lhes possibilita tomar parte nos preparativos. Igualmente afirma que nem todos os que levam os filhos para a iniciação moram dentro do bairro militar. Muitos vivem nos bairros circunvizinhos da cidade, o que dificulta ainda mais a presença deles nos atos preparativos.

Com esta impossibilidade de mais uma vez não poder colher narrativas de mulheres parece ser uma falta estratégica, mas é apenas evidência de quanto é ainda difícil quebrar os muros de tabus e de uma estrutura educativa enraizada nas tradições. Por outro lado, a inacessibilidade ao local de ritualização feminina e o pouco conhecimento que se tem sobre o ritual, denunciam dois fatos importantes. O primeiro é de uma educação sexuada, isto é, baseada na separação entre o feminino e o masculino, onde o que cada grupo aprende é exclusivamente para o seu gênero. Não é permitido que nem seus coetâneos do sexo oposto tenham acesso ou saibam do que se estuda no grupo. Essa é uma das características da educação tradicional africana que ainda perdura na família e na sociedade. O segundo aspecto parece ser consequência do próprio modelo tradicional e da colonização. Tanto a educação tradicional como a colonial nunca foram favoráveis à educação das meninas, sobretudo negras. Hoje, isso tem consequências, a existência de poucas mulheres escolarizadas e capazes de estudarem os rituais femininos, na condição de mulheres, o que permitiria maior acessibilidade aos locais e matérias que são abordadas nos ritos. Estudos sobre os rituais, até então, continuam a ser feitos preferencialmente com base em

relatos, em vez de vivências *in situ*. O fato não é insólito; acontece o mesmo com os ritos masculinos, onde os relatos ainda são a base para o seu estudo.

Mediante episódios circunstanciais que se opunham, apenas restava-me virar a minha atenção no rito masculino, no qual, a série epistêmica interventiva se ressaltava com a cooperação e abertura da equipe de iniciação ao local sagrado da ritualização dos neófitos. Na sequência, pude observar todo o ato circunciso realizado dentro de um salão, longe da possibilidade do alcance dos olhos alheios e curiosos. A sala é suficientemente maior e tem ainda um apartamento interno onde é improvisado o dormitório e, na parte externa, as casas de banho que são insuficientes para o número elevado de *Vamwali*.

Assim que o purificador peniano iniciou com os cortes, ficou evidente o que ele próprio comentou comigo, “Os pais nem todos trazem lâmina de casa, [...]” (NALOMBWO, 2019). Após o corte prepucial dos primeiros quatro *Mwali*, este usou a mesma lâmina, pois, nem todos os pais aproximavam o filho ao ato com a respetiva navalha. Ai, sem muito a pensar no que devia fazer, estendi o pacote de lâminas novas para evitar que não acontecesse o que nem os pais imaginam ser possível a aqueles meninos inocentes do que o ritual pode representar por toda a sua vida. O ato emergente de correção foi bem acolhido pelo *Nalombwo*, contudo, não suficiente para conter e consolidar a adopção das novas práticas como se deseja dentro de um ambiente higiénico.

Foi curioso observar que os pais dos iniciados não tenham atenção com os procedimentos cirúrgicos do executante. Fica na verdade tudo a cargo do *Nalombwo* como ele se manifestou. Prontamente refleti: será que os pais têm a mínima noção do que pode acontecer aos seus filhos neste rito, em que se alheiam em tudo ao Mestre na era do HIV?

Foi um momento em que senti que a minha disposição de observador-descritor no campo se misturava ou estava difusa. Pois, ora se misturava com a descrição, ora com o olhar virado para as operações daquele que devia ser a pedra angular da transformação ritual. Sem dar-me conta, se abonava o que defini antes para o estudo, “uma pesquisa participativa”, que é “concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo” (Diehl & Tatim, 2004, p.62).

Com efeito, nenhum estudo alcança o que pretende alcançar a longo prazo. Via de regra, ele dispõe-se primeiro em conhecer, depois que conhece, se projeta para o futuro antes implícito no primeiro ato de investigação. O pesquisador é um mediador entre a ciência e a não ciência. Ele civiliza as crenças e práticas tradicionais do mundo “obscuro”, eleva o retrógrado da tradição em direção à luminosidade científica, é um assimilador de culturas e práticas no quadro do convívio científico universal. Concordamos com Schmidt

(2006) ao postular que na etnografia, a ação entre os atores é uma “sujeição lógica restritiva da observação participativa do estudo” porque pesquisador e pesquisando são sujeitos do conhecimento.

Foi notável a presença de crianças iniciadas com idade abaixo dos sete anos de idade. Com a ocorrência, criei ambiente de conversa com os pais para saber o que justifica o ingresso dessas crianças na iniciação. Contudo não achei respostas plausíveis. Uma reflexão ficou no ar que, de certo modo, levanta várias hipóteses na disputa da criança pelos atores sociais, a escola e a tradição iniciática. Está parecendo que cada um quer ganhar a medalha do modelo de socialização das crianças. Enquanto a tradição acha importante ensinar seus valores, para a escola é um tempo que se perde para a socialização moderna.

Era tarde no domingo e o caminho de regresso para casa para alguns era longo, e mais longo ainda seria o banquete oferecido pelos pais a seus convidados na cerimônia do fim da meninice de seus filhos e filhas. Deveria haver tempo suficiente para os manjares preparados e oferendas de presentes. Assim, eram os últimos momentos de uma vivência de iniciação com um povo que vive o seu ritual mesmo residindo dentro da área nobre da cidade de Maputo.

KAMANHIÇA – MARAGRA

A viagem a *KaManhiça* se inscreveu na perspectiva de uma convivência com os *Makonde* fixados no sul de Moçambique muito antes da independência nacional. As fontes orais locais apontam que a fixação de *Makonde* na fábrica açucareira da *Maragra* aconteceu dentro de uma estratégia política do governo português. Isso porque quando iniciou a luta de libertação nacional, os *Makonde* foram um dos grupos étnicos componentes dos movimentos que se juntaram para formarem a FRELIMO. Com este braço político que levou adiante o movimento pela independência, muitos jovens foram atraídos e afluíram à Tanzânia, país que acolheu e ajudou a frente armada enquanto se organizava. Nesse processo, muitos jovens *Makonde* eram interceptados pela polícia portuguesa e aprisionados em várias cadeias de Moçambique na qualidade de presos políticos em lugares como a ilha do *Ibo*, a cadeia de *Kadjamagwana (Machava)*, *Mabalane*, *Nampula*, *Quelimane*, *Beira* e *Tete*.

Libertos das cadeias antes da independência, Parte dos ex-presidiários do colonialismo português foram empregues na açucareira da *Maragra* e em outros pontos do

país antes da independência. Essa foi uma estratégia para impedir seu retorno às fileiras da FRELIMO, mas por outro lado, foi um modelo de controlo das suas ações de luta política contra o domínio português. As mesmas fontes sublinham que estes são sobreviventes de um sistema prisional colonial que lhes submeteu à tortura e a tratamento desumano, sem direito a julgamento pelos crimes de que eram acusados. Muitos dos presos sucumbiram ao jugo da tortura e foram enterrados dentro dos espaços prisionais de modo indigno. Uma das vozes sobreviventes descreveu o cenário da cadeia de *Ka-djamagwana*, que depois da independência passou a chamar-se cadeia central da *Machava*,

[...] quando passa da cadeia, está a ver aqueles coqueiros que tem lá dentro? Você não está ver o que é aquilo?! - O colono não plantou para ter coco, ou para deixar a cadeia bonita, com árvores, como sombra para o preso... onde tem um coqueiro plantado está uma vala comum de muitos de nós que não aguentaram com a palmatoria, o mais penoso e brutal sofrimento que vivemos[...]. Está ver estas marcas nos meus braços e pernas? Eu já não ando bem só por velhice, sofri muito e todo o tempo que passe na cadeia estava amarrado porque temiam que eu fugisse [...] (NKUMI, 2019).

A ida ao acampamento 2 ou acampamento dos *Makonde*, como é conhecido, era a primeira. Antes nunca pensei na existência de um grupo étnico que, de certo modo, pela sua longa fixação no local, estaria miscigenado com a população local. A miscigenação étnica localmente é evidenciada nos casamentos entre os *Makonde*, *Rongas* e outros grupos étnicos. O aspecto impressionante que os *Makonde* mantiveram é a “imposição” linguística e de costumes entre os seus descendentes. No seu acampamento, todos falam em *Ximakonde* fazendo persistir a identificação do local com essa etnia. A minha expectativa era observar com menor imponderação as práticas culturais de *Makonde* que tiveram uma história diferente em comparação com os três grupos que fazem parte do estudo por causa do seu deslocamento e fixação no sul de Moçambique. Os últimos três são resultantes da fixação militar após desmobilização, e estes da *Maragra*; a sua história se confundem com a gênese da formação da FRELIMO e os contornos da liberdade política de que foram os primeiros mentores.

Cumprira-se a última viagem de entre os grupos que são da alçada do mesmo *Nalombwo*, para a iniciação dos poucos rapazes, sempre superados pela presença feminina entre os que se apresentam no *Lipanda*. Um simbolismo, uma fórmula que forja

homens e mulheres partindo do protótipo do passado em direção ao futuro da humanidade sem deixar de ser uma sociedade contemporânea. É nestes moldes que se constrói o corpo sexuado na cultura de um povo, se desperta o lugar social, os papéis de cada um e a sua funcionalidade social, não apenas como indivíduos, mas sobretudo como um coletivo (Bourdieu, 2012).

Cheguei ao local na noite da sexta-feira, na companhia do *Nalombwo* e sua equipe e fomos todos acolhidos e hospedados no posto de saúde que durante todo o período iniciático se tornou o local do ritual, o *Limpada*. Entretanto, na tarde indicada para o ritual, algo me chamou atenção; a presença de um curandeiro, o que não ocorreu em outros três locais de *Likumbi* e *N'goma*. Foi este que iniciou com o rito de “advinha”, convidando todos para dentro do nosso dormitório. Entraram os anciãos *Makonde*, homens e mulheres, e o *Nalombwo*. Todos deviam se sentar no chão, descalços e de pernas estendidas nas esteiras que cobriam o chão frio que, de comodidade, pouco nos proporcionou. Todos estávamos de olhos fixados naquele homem *Makonde* que já antes do começo do rito publicitava os seus maiores sucessos milagrosos desde Cabo Delgado, sua terra natal, até Maputo. Todos estavam lá escutando o relato das forças misteriosas do curandeiro, de como os seus antepassados convidados pelos espíritos de cada menino e menina e dos adultos, estavam ali para juntos testemunhar o fim da meninice daquelas crianças. O curandeiro contava com os espíritos possessos que já estavam a saudar a todos os presentes, um rito regular entre os *wapantimaliki*, espíritos do universo que quando reunidos apelam à vontade de Deus para o sucesso do ritual. Lançou as ossadas de adivinhação no seu canteiro de pele de gazela, leu o oráculo e traduziu a mensagem para toda aquela moldura humana, que já estava cabisbaixa por temer mau presságio no ritual. Eis que todos se erguem, ele canta e agracia os presentes, pois era sinal de o rito ter sido bem-preparado em comunhão com os ancestrais.

Após a advinha, todos se dirigiram ao pátio, no lugar escolhido pelo *Nalombwo* para edificar o altar dos holocaustos. Homens e mulheres se alternavam na oferta da farinha de milho branco enquanto dirigiam suas preces aos seus ancestrais. Os homens se dirigiam às espiritualidades na posição agachada e as mulheres o faziam de joelhos no altar onde estava um casal, de galo e galinha, o primeiro para o *N'goma* e a segunda para o *Likumbi*, holocausto que seria realizado pela mão do *Nalombwode*. Este ocorreu após longas horas de oráculos começados pelo chefe da família do *Limpada* e sua esposa. Todos os homens e mulheres o fizeram no altar edificado no átrio do nosso dormitório. Quando assim todos terminaram, o *Nalombwo* invocou a união dos ancestrais dos iniciados a de todos que

exprimiram suas preces e terminou com o oráculo: “[...]vou meter os *Mwali* no mato hoje, não queremos problemas. Fizemos tudo o que é necessário[...]”. Enquanto assim orava, presenteava-os com farinha e bebida fermentada de milho, própria para o ritual, e o canto intermitente serenava as preces. Para sacrificar as galinhas, O *Nalombwo* pegou numa cabaça de *Thela*²¹ e agitou, e com um pau fez beber as aves às gotículas o remédio que as torna sacrifício dos neófitos. Degolou o galo e em seguida a galinha, lançou-os no chão; esperneavam sob o olhar atento de todos, encolheram as asas e pereceram deitadas de lado, como que reafirmando a advinha do curandeiro, presságio de bom decurso ritual.

Como é que o *Nalombwo* faz o prognóstico do decurso ritual? Após as galinhas serem lançadas no chão a espernearem, todos ficam de olho nelas para certificarem-se da posição em que morrem. Se elas morrem de pernas para o ar, aí todos ficam preocupados, e ao longo do rito devem prestar muita atenção para minimizarem os efeitos do descalabro. No caso de as galinhas morrerem prostrados por um dos lados das asas, isso sim, é motivo de alegria para todos. Aí as mulheres soltam alaridos, cantos e danças para aflorar o rito. Assim, a satisfação é maior e todos se empenham seguros de que nada irá importunar o hábito ritual. Para o preparo destas galinhas que será o banquete do *Nalombwo* e seus coadjutores, ele destaca jovens que o acompanham, já experientes para prepararem o prato ritual.

É interessante notar como o conhecimento místico e sobre os oráculos são de extrema importância na definição do futuro do rito. Dentro da revelação mística *Makonde*, a previsão do caos ou de uma ordem no *N`goma* e *Likumbi* imediato, constitui um oráculo do futuro da própria geração dos iniciados. É uma predição de quão boa ou péssima a geração está a ser preparada para o futuro étnico *Makonde*.

[...] as coisas mudaram, antigamente se definia o futuro de cada um destes *Mwali* nesta advinha, sabíamos que iria ser boa pessoa ou não, sabíamos quem iria viver muitos anos ou poucos, quem iria morrer cedo [...] não é muito de saber sobre como vai correr o rito hoje, o importante é saber o que vai ser destes *vamwali* amanhã, saber se vão ser homens e mulheres que vão aproveitar do que aprendem no *Likumbi* e *N`goma* para a vida deles [...], são essas coisas que têm importância para nos [...], mas já estragaram muitas coisas hoje....!

²¹ É o remédio preparado pelo *Nalombwo* composto por uma série de pôs de plantas à mistura com mel. Ela é dada a comer a cada iniciado no princípio do hábito ritual e a todos os que tomam parte no mesmo. Segundo seus atores, esse é o remédio que simboliza a cura da infância para a idade adulta, que o come já não é mais criança.

Mas esse era segredo do *Nalombwo*, ele não falava a ninguém (NTHONKWE, 2019).

Certo é que tudo isso me instigava à sensação de escassez de pensamento dentro das convicções próprias. Entretanto, não deixava de ser uma imprecisão que se esvaia mediante o banquete já posto para partilhar no chão dos ancestrais *Makonde* e seu povo. A carne do animal sacrificado é preparada e partilhada num comer e beber juntos, reafirmando o compromisso das gerações passadas e futuras, sendo ainda mais, um vincular existencial de intercâmbio vital entre todos os chamados à participação fraterna, amistosa e pacífica (Clavert, 2009).

Todos estávamos naquele dormitório que apenas tinha o chão e a cobertura para nos proteger. Era a nossa sala para partilharmos o pão nosso de cada dia que raras vezes aparecia no tempo. Não só porque não havia onde comprar o que cozinhar, a mim pouco me preocupava isso, não queria perder nenhuma etapa do ritual com marcas próprias, muito diferente dos outros rituais que presenciei antes. Após um tempo, nosso alívio da fome chegou. O *Nalombwo* convidou seus peregrinos próximos a si ao banquete ritual. A comida foi preparada perto do altar das oferendas, galinhas assadas em fogo brando, enquanto a *Xima*, uma massa de farinha de milho era preparada na panela de barro.

O banquete era de protótipo culinário de preparo e comer em código pouco comum ao ordinário. O código expedia a linguagem tanto verbal como gestual para a comunicação com interlocutores que pareciam entender tudo. Os tabus de linguagem proferidos em palavras deixavam de ser, e se tornavam uma linguagem comum no diálogo com os ancestrais. Entre adultos e adolescentes a linguagem não constrangia ninguém e nem chamava a atenção dos presentes. E me intrigava porque um ato de sacrifício ritualístico ofertado aos ancestrais tem entre si tabus de linguagem (palavras).

Recorri a Claude Lévi-Strauss (2004) na obra “O cru e o cozido” para perceber como ele interpreta o mundo das narrativas mitológicas, onde provavelmente explicasse toda a linguagem. Porém, este apenas interpreta a conquista do fogo pelo homem. Ele mostra o quão foram as imensas conquistas humanas com o fogo, onde os homens puderam clamar serem filhos do fogo. Do fogo o homem transforma os alimentos naturais para a cultura, e a culinária se tornou uma identidade cultural dos povos.

Esta reflexão a partir de Lévi-Strauss tem marcas nítidas e semelhança mitológica com o conotado no modo de preparar a comida ritual dos *Makonde*. Principalmente no assar a carne sem sal e em fogo de lenha; é de rito que a comida seja malpassada. Ela fica entre

o cru e o cozido e ninguém pode reclamar que ela não cozeu e levar de novo ao fogo; ela deve ser comida como foi servida. Seu sentido mitológico é ainda ressaltado pelo modo como ela é servida, em folhas de plantas, e é comida com a mão; não se come com a mão esquerda por ser um ato de sacralidade. Por tal, os dedos não devem tocar na boca no ato de comer. Nisso provavelmente esteja expresso o simbolismo da comensalidade na mesma gamela que pode conotar a ideia de viver em família alargada e cultivar permanentemente a coesão genealógica.

Essa busca pode ser fundamental para o fim da era do homem-bicho ou animal igual à outros, seria o fim da era selvagem e início da civilização humana que se repete em todas as gerações da humanidade.

Lévi-Strauss (2004) entende que esse é o processo metafórico da natureza do cru, do fogo e da cultura. Na síntese afirma que, animais comem carne crua e os homens carne cozida. Essa relação segundo o autor, já esteve invertida e só foi com a descoberta do fogo que o homem passou a ser caçador dos animais. É aqui onde se encaixa o ritual *Makonde*, o modo como preparam a comida ritual remete à interpretação da descrição mítica da conquista do fogo pelo homem.

Fazer etnografia submerge ao paralelismo ritual, pois, etnografar em si, é cumprir igualmente um ritual, que a academia exige na vida de quem a ela pertence. De modo que, quem não o faz, não pode ser titulado na hierarquia acadêmica. Etnografar é o incomum ao cotidiano da vida humana no pequeno universo, tanto quanto que quem a faz em primeiro momento tem a transpor a incôscia e incerteza do faz, e não mais sente abalo da incapacidade de buscar o que é de seu interesse. É, ainda, a aceitação da aprendizagem pelo fluir natural dos eventos no que oferecem na observação, no modo de viver e conviver com os outros sem contrapor seus modos de vida, mas também, de questionar o porquê do diferente de si. Além do que agir na consciência coletiva e não individual, ouvir e olhar de dentro o que por fora pode ser algo sem interesse.

No banquete da grande família dos vivos e dos ancestrais, os iniciados não podem comer nada das oferendas sagradas, pois, eles em si são a grande oferenda sacra do ritual. Nada mais se oferecia para comer e beber, e o oficiante recolhia a ossada a que todos foram avisados: “[...] coma a carne, mas ninguém vai roer os ossos. [...] deixem todos os ossos aqui [...]” (LIKOMBA, 2019). Era o fim do banquete ritual de assados de galinha e *Xima* com o mundo dos nossos ancestrais e dos *Makonde*.

A casa era pequena para o dormitório. Mas de um lado, ninguém zelara em dormir, porque o rito estava aberto. A noite já estava festiva, e em cantos e música típica de *Mapiku*

e iniciação. Não somente os *Makonde* estavam em festa; várias pessoas de outros pontos estavam para satisfazer sua curiosidade no ritual. As meninas teriam o seu ritual no fim de sábado à tarde depois que o *Nalombwo* apresentara a dança *Xinalombwo*. Esta é uma das danças que marca a inauguração da iniciação masculina e feminina. Nesta, o *Nalombwo* e outros atores apresentam uma antevisão numa alegoria de dança e teatro do que vai ocorrer posteriormente ao longo da iniciação. Note-se que a tentativa de busca opinativa e de narrativas de mulheres sobre o *N'goma* não foi tão frustrante. São poucas as que acederam à conversa sobre o mundo ritual feminino.

Sobre o rito masculino, é uma característica comum que se apresentem ao *Likumbi* poucos rapazes comparativamente às meninas. Não foi uma exceção deste local; apenas três rapazes apresentaram-se no *Limpada*. Antes ainda, um fato deixou-me perplexo: a aparição de adolescentes a caminho do local de circuncisão manifestando o interesse em tomar parte da circuncisão sem o consentimento dos pais. O facto gerou polémica entre o *Nalombwo* e os pais dos *Vamwali* voluntários à iniciação. Os adolescentes foram admitidos no *Likumbi*, pois se juntaram ao grupo, e assim não havia de certo como retirá-los após terem vivido parte do rito.

Segundo normas da iniciação *Makonde*, quem se faz ao *Likumbi* sem ser iniciado será obrigado a participar em todo processo ritual. O tumulto vivido se deve ao fato de que os pais deviam assumir as despesas de seus filhos no *Likumbi*, ao que não estavam de acordo. Mas, por outro lado, o *Nalombwo* não os aceitava fora dessa condição. Os *Vamwali* constituíram um diferendo que foi resolvido entre os anciãos da aldeia.

Era uma tarde depois de mais de trinta dias que as meninas e rapazes retomavam o *Lipomda* e a comunidade em festa celebrava a reintegração de novos membros antes crianças e agora adultos.

POSTOS DE CIRCUNCISÃO

A província de Maputo conta com três hospitais, aos quais está acoplado o programa de circuncisão médica voluntária. A abordagem da circuncisão tradicional que tem como perspectiva projetar-se ao diálogo com a medicina convencional, pressupõe uma escuta prévia mútua que possa identificar os seus pontos de convergência e divergência. Nas visitas aos hospitais de circuncisão, achei dificuldades em colher opiniões dos profissionais de saúde. As obtidas eram narrativas muito dispersas do que sabem da circuncisão na tradição. Desconhecem, por exemplo, o que se faz, de que modo é feita a circuncisão, qual

é a diferença entre a circuncisão tradicional e médica. Sua base discursiva de opiniões sobre o assunto parte de julgamentos populares [ouvir dizer]. Assim expressaram suas opiniões:

[...] estranho que até então, quem é de direito ainda não tenha tomado medidas bastante duras e severas, para acabar com a circuncisão tradicional e esses curandeiros que ainda fazem isso nas nossas comunidades. Hoje temos condições suficientes nos nossos hospitais [...] para fazer circuncisão [...]. Não é mais necessário fazer isso [...] são antiquados, [...] curar com seiva de plantas, [...] sei lá [...] também dizem que curam com pó da terra, e nem tomam banho todo o tempo que ficam com eles no mato. Martirizar as crianças desta forma é crime, sabe? Veja que [...] quando a gente ouve contar, dizem que cortam o prepúcio a sague frio, com pedra afiada. Sem anestesia, já viu isso? Por isso que dizem que morrem muitas crianças no mato onde fazem isso [...] (MARCIO, 2019²²).

A busca opinativa dos profissionais de circuncisão se tornou de certo modo modesta, graças à pronta colaboração dos gestores do programa a nível província, que pessoalmente acompanharam-me aos hospitais e apresentaram-me aos gestores locais com os quais acordamos os melhores dias para entrevistas. Além do desconhecimento da circuncisão tradicional pelos médicos que trabalham nos postos de circuncisão, há uma curiosidade sobre outros aspectos:

[...] sabe que não é só problema de circuncisão que precisamos conversar com a tradição? Precisamos olhar para aquilo que os curandeiros fazem. A questão é o que eles curam que o hospital não cura? [...] há muita conversa a fazer aqui. Não é por eu ser médica que vou dizer que não vou ao curandeiro. Vou sim. Há doença que nós não sabemos tratar [...] algumas coisas no hospital não conseguem saber a causa da doença [...] (FELÍCIA, 2019).

²² Os nomes dos funcionários dos postos de circuncisão médica que constam nesse texto são fictícios e de origem ocidental. Sua representação social se opõe às tradições africanas e ilustra a oposição ideológica cultural que constrói os dois mundos em território africano, o ocidentalismo e a africanidade.

As entrevistas e conversas informais foram também realizadas junto aos gestores de programas de circuncisão e aos mobilizadores comunitários para a circuncisão. Nenhum médico gestor aceitou a entrevista embora vários contatos tenham sido feitos para o efeito. Depois de alguma insistência, poucos acederam, mas não quiseram pronunciar-se. O que de certo modo, sustenta a base de dados da ala médica que advoga pelo fim da circuncisão tradicional. Alguns mobilizadores comunitários à circuncisão médica disseram não saber por que a tradição não acaba no meio de tanta mobilização biomédica. Existe, entre os mobilizadores, pessoas que pertencem aos praticantes da iniciação tradicional.

Parte do pessoal de saúde entende que as práticas tradicionais de cura deviam merecer uma abordagem mais cuidadosa e específica do governo dentro das políticas públicas, pese embora muitos não tenham aceito gravar suas entrevistas. Deixaram as seguintes opiniões:

[...] são práticas bastante enraizadas na nossa cultura, já há séculos, onde a doença é vista com outras origens mais complexas e diferentes da medicina convencional [...] tenho caso de doentes que abandonam o tratamento porque entendem que o medicamento do hospital não vai curar nunca [...] (VELOSO, 2019).

Esse foi mais um momento em que atestei que as anotações no caderno de campo só têm o seu valor quando a memória é capaz de reproduzir o que se ouviu, se escutou e replicar as suas sensações. A recusa da gravação por parte de funcionários da saúde não deixou de levantar reflexões em mim: como se deve construir as políticas de saúde modernas sem exclusivismo social? A negativa à gravação de vozes levou-me a intuir que era o modo sutil de não serem anátemas e nem tão pouco hereges visíveis do dogmatismo biomédico, no qual acreditam ser a fonte de todas as práticas e crenças de cura do corpo. Mas, também me questionava em que era vivemos na construção do nosso modelo de saúde; estamos na era contemporânea ou dogmática, na qual a verdade proclamada é única, somente ela é acreditada sobre o mistério corpo humano.

Sem dúvida que aprendi que nem todos os atores da medicina convencional são absolutamente antipáticos com a medicina tradicional e suas práticas. Entrelaçados na dicotomia fazem algumas deixas de reflexão, “[...] quem nós somos para ditarmos o fim de uma prática da qual, alguns de nós somos produto dela? [...]” (MARCOS, 1919) Somos seres que vivemos em dois espaços da natureza. Vivemos na água, mas por outro também vivemos na terra. Somos frutos de dois mundos e não podemos deixar nenhum de lado,

agora que crescemos. Queremos educar nossos filhos no que faz a nossa vivência cotidiana.

Foi nestes processos que se deu o olhar construtivo de saberes sobre a circuncisão na tradição *Makonde* que envolve os atores “inventores do corpo” entre dois mundos de saberes que se opõem. Não somente se opõem como também, a medicina tem procurado a todo o custo agigantar-se em razão de seu autocratismo.

CAPÍTULO 5. A CIRCUNCISÃO E RELIGIÃO

SÍNTESE

Ilustro a partir da interpretação textual, um rito presente entre grupos étnicos do Egito, Israel e entre as três maiores religiões monoteístas. Os textos refletem sobre as pessoas, fins e razões doutrinárias que repercutem na vida social dos que se submetem ao rito. O capítulo tem quatro blocos de abordagens, nos quais se salienta a provável origem da circuncisão egípcia, um dos berços das civilizações antigas que influenciou a história ao lado da religião, a sua relação com a Medicina e sua interpretação socioantropológica, no nível estrutural faraônico desta área oposta à África Negra, o sentido que ostenta hoje e a influência que tem na cultura hebraica. Na segunda abordagem, situo a circuncisão dentro da literatura bíblica e as fontes que se digladiam quanto à influência egípcia sobre os judeus que a convencionaram em simbolismo de aliança de Abraão com Deus: o “pacto da aliança divina”. Apresento as interfaces do debate da imposição da circuncisão como condição para a teologia de salvação. Arrebato na última abordagem os construtos científicos postulados pelos estudiosos que trazem a cátedra estrutural islâmica diferente do judaísmo e do cristianismo. O islão recupera a circuncisão como prática e costume das tradições antigas do povo, mas sobretudo uma herança dos patriarcas das genealogias religiosas judaico-cristã e islâmica. A circuncisão islâmica se ergue sobre um novo preceito doutrinário, como uma regra para o corpo que se predispõe à oração no cotidiano pela observância da higiene e limpeza, a importância socioreligiosa da circuncisão especialmente na núpcia social.

A CIRCUNCISÃO NA CIVILIZAÇÃO EGÍPCIA

A circuncisão tem um registo antigo na história em todos os continentes. O percurso temporal que este ritual de passagem teve pelo mundo justificou que viesse a ganhar maior veemência na história universal. O destaque que ganha na literatura antropológica e na medicina, na sociologia, na religião, não se limita apenas à simbologia bíblica que marcou a vocação de Abraão para patriarca dos hebreus. Sua importância se alastra pela longa história e diversa que a circuncisão tem vindo a construir na identidade cultural e sobretudo como um elemento básico da saúde sexual e reprodutiva da humanidade.

Não que antes o ritual não fosse uma prática religiosa; é fundamentalmente porque a partir do patriarca do monoteísmo Judaico, Cristão e Islâmico, a circuncisão ganhou novo simbolismo mistifório entre a religião, as tradições culturais e em especial na medicina. Foi a partir desta miscigenação entre as grandes civilizações antigas e as tradições tribais que a circuncisão teria passado a ser elemento de grande valor social que se identificou com reinos, povos e com a medicina preventiva e a cura de doenças que a humanidade testemunhou ao longo da história.

O Egito se torna o ponto de partida desta revisita aos anais da história da circuncisão pela importância que os hábitos faraônicos tiveram entre as grandes civilizações antigas. Cabe aqui realçar, detidamente o quanto a circuncisão é tão antiga a partir da análise documental no antigo Egito. Segundo Nascimento (2013), provavelmente esta seja a fonte mais antiga que documenta a prática da circuncisão num passado distante entre os egípcios. A fonte privilegiada sobre esse dado é a pirâmide onde foi sepultado o primeiro Faraó da VI Dinastia, o rei Teti, e o *mastaba* [é um túmulo egípcio] de Ankhmahor, um alto funcionário do governo da mesma dinastia (Bunson, 2009). Ainda na mesma abordagem, Gun (2002) acresce que o procedimento era destinado a sacerdotes não se sabendo se o uso de anestésico já era de uso comum; o corte era feito com lâminas cirúrgicas feitas de obsidiana ou pedra vítreas encontradas, principalmente, na Etiópia, e também de um metal no Reino Novo. Mel misturado com azeite de oliva era aplicado na curar da ferida.

Retomando Bunson (2009), relata-se ainda que, na época, era prática que à entrada da porta piramidal do monarca, os altos funcionários fossem sepultados em mastabas (tumbas egípcias) à sombra da Saqqara, que é a necrópole egípcia onde eram sepultados os Faraós. Com o ritual, o Faraó estava seguro que no dia da sua ressurreição teria seus funcionários mais fieis próximos a si. As representações mais famosas do túmulo Ankhmahor estão na porta de entrada para o salão dos pilares. Lá existem cenas médicas que mostram procedimentos cirúrgicos, incluindo a circuncisão de um sacerdote que é similar a um relevo semelhante no Templo de Mut em Karnak. O autor escreve ainda que os desenhos feitos no templo de Mut em Karnak retratam a circuncisão em baixo relevo comprovando que se tratava de uma prática realizada no Egito antigo.

A conjugação de relatos levanta a hipótese de a circuncisão entre a monarquia egípcia não tenha sido uma prática absoluta de todos os Faraós. Bunson afiança que fontes arqueológicas recentes expõem quanto este rito de passagem era de exclusividade dos Faraós. Tais achados são posteriores e depois de analisadas detidamente a partir de Raios-X, apuraram que as múmias que subsistiram até então mostram que nem todos os egípcios se submetiam a circuncisão; poucos desses monarcas estavam sem o seu prepúcio. Ou ainda, o Raios-X da múmia do faraó da dinastia XVIII Ahmose (Século XVI a.C) mostram que ele não era circuncidado (Bunson, 2009).

Por que alguns circuncidavam e outros não o faziam? Qual era o seu sentido social? A resposta pode ser achada na prova de que a circuncisão do monarca tinha uma função social, não apenas de rito de passagem, mas de dimensão simbólica e hierárquica faraônica ou do sacerdócio.

Sem descartar que a circuncisão entre os egípcios era um rito de passagem, Nascimento (2013) afirma que ela ganhou uma ressignificação monárquica e religiosa, pois passou a ser símbolo de sacerdócio e castidade. Entretanto, de certo, diz ser destemida essa hipótese, porque na religião egípcia o sexo nunca foi considerado pecaminoso, o que mostra o desacerto teórico desta suposição. Para Nascimento, a ideia corrente entre os egípcios é de que o pênis circuncidado simbolizava a masculinidade e fertilidade. É o que ainda justifica a representatividade da circuncisão na história do antigo Egito, como os desenhos em muralhas e templos.

A outra hipótese da finalidade da circuncisão entre os egípcios é levantada por Freud sobre a figura de Abraão, o patriarca das religiões abraâmicas. Este indagava sobre as características da religião judaica e sua longevidade secular. E escreve que Moisés fundou a religião hebraica a partir da experiência que viveu na nova religião Akhenaten de Egito e da sua condição judaica. O judaísmo acreditava num único Deus todo poderoso, de espírito enérgico, forte e dominador, mas contrário ao politeísmo egípcio. A circuncisão incutia nos egípcios o sentimento de povo altivo; um povo único em relação a outros povos. Para os judeus é um símbolo de aliança. Daí que, jamais pudesse ser abolida da religião judaica (Freud, 1934-39/1996b). Costa (2014) assevera que a circuncisão egípcia era um ato sagrado e sobretudo profilático.

CIRCUNCISÃO JUDAICA

A antiguidade da prática da circuncisão entre as várias culturas do mundo submete a ideia de que os judeus teriam sido os primeiros a instituir o rito de passagem na história. O mais provável é que os judeus tenham assimilado a circuncisão dos egípcios. Deste facto, o texto bíblico do Êxodo 12:40 nos rememora que a escravatura dos israelitas no Egito durou 430 anos. Alguns autores como Nascimento (2013) são céticos em relação à hipótese de que os hebreus teriam aprendido a circuncisão no Egito. Ele explica que quando os hebreus foram ao país dos Faraós a convite de José, os filhos de Israel já realizavam a circuncisão. O que os hebreus provavelmente podem ter apreendido do âmbito faraônico pode ter sido a técnica mais evoluída de circuncidar o prepúcio (Nascimento,2013).

O registo do rito no livro sagrado ganha elegância pela nova insígnia litúrgica que assume na religião judaica e, entre os hebreus, com a promessa de uma pátria que daria fim ao nomadismo e à escravatura. Portanto pode ter um valor simbólico relacionado com o ter ou possuir uma terra. A circuncisão não é um ato que rememora a circuncisão de

Isaac e Ismael para fazer parte do povo de Deus; é sobretudo, um ato político pelo qual o cidadão cumpre um ato de cidadania que lhe outorga o direito de pertença ao Estado. A aliança que seu patriarca Abraão pactuou com Deus estende-se para a esfera de identidade judaica. O patriarca reveste-se de uma dupla simbologia, a religiosa e a de patriarca do judaísmo. Todo judeu se identifica com Abraão; independentemente de professar ou não a fé judaica, ele é venerado por todos. Ele relembra a aliança com Deus: “Eis a minha aliança que será celebrada entre mim e vós, em vossa raça depois de ti Abraão todos os vossos machos serão circuncidados. Fareis circuncidar a carne do vosso prepúcio e este será o sinal da aliança entre mim e o vosso povo quando completarem oito dias de vida... de geração em geração” (Gên.: 17:10-12).

Não é herético postular que muitas das práticas rituais bíblicas pelas quais Deus se manifesta à humanidade e estabelece pactos de novas relações, peculiarmente com os hebreus, já faziam parte da cultura. Ou é partindo de uma prática antes imoral que Ele estabelece uma nova lei. O texto bíblico está repleto de relatos onde a circuncisão era um rito matrimonial *sine qua non* para as núpcias matrimoniais entre clãs. Assim os filhos de Jacó disseram a Siquém e a Hemor: “não podemos dar nossa irmã a um homem incircunciso, pois entre nós é uma desonra. Não vos daremos nosso consentimento senão com uma condição de que deveis tornar-vos como nós e circuncidar todos os vossos machos. Assim vos daremos nossas filhas e tomaremos as vossas para nós, permaneceremos convosco e formaremos um só povo. Mas se não nos ouvirdes, acerca deste rito de circuncisão, tomaremos nossa filha e partiremos com ela” (Gên: 34: 13 -17).

Os judeus já tinham o rito bem enraizado entre a sua cultura. Em alguns povos não era comum como o texto sagrado mostra. O outro exemplo de que me sirvo é o sacrifício que Abrão oferece a Deus: seu filho Isaac (Gên., 22: 1-10). Ora, é provável que a oferta do primogênito a Deus como sacrifício, fosse um ato comum na cultura hebraica, oferenda que servia de holocausto de expiação dos pecados da família para renovar a sua pureza corporal e não uma oferenda gratuita.

É na ordem da tradição hebraica que Deus propõe a Abraão que nasça na circuncisão, o “rito de passagem” o novo simbolismo, um mandamento proposto por Deus à Abraão. Segundo o autor sagrado (Jer 9:24-26), o patriarca era oriundo das nações incircuncisas de Babilônia. Desde então, a circuncisão entre os hebreus foi um fator de separação ou afirmação identitária étnica, pois os povos que habitavam a região de Canaã não tinham esse costume. Para os hebreus, como dito acima, a prática é um sinal de aliança, o *brit milah* (Nascimento, 2013).

Jesus em seu tempo, também postulou este facto ético-moral da cultura hebraica. Partindo da Lei hebraica, ele apenas projeta o plano de pertença étnica e a Deus da aliança: “Não penseis que vim revogar a Lei ou os Profetas. Não vim revogá-los, mas dar-lhes pleno cumprimento, porque em verdade vos digo que, até que passem o céu e a terra, não será omitido nem um só i, uma só vírgula da Lei, sem que tudo seja realizado (Mt 5:17-19).

Foi igualmente com o propósito da Aliança que a circuncisão foi ressignificada em novo simbolismo entre os hebreus. É o símbolo de pertença a um povo inconfundível e acima de mais, algo que identifica e une os hebreus para uma missão de que Abraão seria o caminho. O ritual de circuncisão, já praticado em vários povos da antiguidade, teria deixado de ser profano e tonar-se um símbolo de sacralidade dos hebreus. Porém, cada civilização lhe atribui motivos e finalidades próprias. A partir de Abraão, ela se torna a identificação “tribal” e a condição de sujeito do pacto da aliança perpétua com Deus (Dutra, 2019).

A história apresenta ao longo do tempo as diferenças que Jesus e os hebreus que não o seguiram viveram em relação à interpretação da Lei e dos costumes. Alguns setores dos judeus estavam a favor de Jesus e outros não. Essa encenação que ainda hoje perdura, tem a sua origem nos diferentes modos de ser judeu e na interpretação do simbolismo da aliança que, no seu significado literal, a palavra *Brit* é isso mesmo, aliança, sendo que “*milá*” corresponde ao corte de uma porção do prepúcio. Isto nos remete à ideia de circuncisão, no contexto da medicina contemporânea. De certo modo, os *Makonde* de que trato neste estudo, podiam ser considerados seguidores fiéis da tradição judaica no modo de circuncisar, segundo a prescrição da aliança com *lahaweh*. Provavelmente também possamos trazer a este debate a seguinte questão: será que desde sempre a circuncisão foi o que discutimos hoje? Hoje ela consiste na retirada plena do prepúcio segundo a prática médica. É controverso nas várias tradições ou é o sentido literal de “*milá*”, o corte de uma porção?

Pensar no judaísmo hoje confunde opiniões e remete a um judaísmo que não necessariamente conserva o mesmo valor histórico-bíblico do pacto com *lahaweh*, o que não deixa de certo modo denotar a ausência de uma homogeneidade religiosa entre suas alas étnicas. O sentido de purificação e de identidade étnica podem ser referidos em outras partes do texto bíblico: “Eu, lahaweh vosso Deus, separei-vos desses povos. Fareis distinção entre o animal puro e o impuro, entre a ave pura e a impura. Não vos torneis mesmos imundos com animais. Aves e com tudo o que rasteja sobre a terra, pois eu vos fiz pô-los a parte, como impuros” (Lv 20: 24-26).

Os judeus foram expulsos de sua terra e se tornaram apátrida, vivendo como grupos minoritários em todos os lugares do mundo. Na diáspora, têm-se misturado com outras culturas das quais surge a diversidade de grupos judaicos que mostram costumes, idiomas e outras características que os identificam.

Nelson Asnis (2015) no artigo que escreve sobre a circuncisão dos judeus, relata que atualmente os judeus somam cerca de 13 milhões de pessoas, e pensam de modo diferente entre os diferentes protótipos de judaísmo e no que é ser judeu. A circuncisão como tradição judaica tem sido o simbolismo que se coloca no centro da discussão identitária de quem é judeu, e quem não é. A discussão ocorre entorno das diversas facções do judaísmo: ultraortodoxo ou Haredí, ortodoxo, Hassídico, conservador, reconstrucionista, secular liberal, reformista e o fundamentalista. É importante ressaltar que entre as categorias mencionadas há superposições. Por exemplo, o termo Haredí se utiliza mais referido à realidade de parte dos ortodoxos de Israel; há ortodoxos sionistas que poderiam ser chamados de fundamentalistas que certamente são Haredim; há outros ortodoxos não judeus. Há ortodoxos não sionistas. Das várias correntes atuais do judaísmo, apenas o movimento reformista, ao tempo que advoga pela autonomia do indivíduo, não obriga a seguir algumas práticas, dentre elas o *Brit Milah*.

É indiscutível, seguindo o arrazoado de Asnis (2015) como há pontos de vista diversos; para os judeus reformistas e seculares, a circuncisão não é condição necessária para ser judeu. Para os demais, essa é *sine qua non* para pertencer ao judaísmo, sendo um dos rituais mais sagrados da religião, pois religa o indivíduo a *Iahaweh*. Para Sorj (2004), judeus são aqueles que se sentem e se definem por motivos que acham corretos, que pode ser por experiência, holocausto, por ter pais judeus e por acreditar em Deus. Qualquer argumento é validado desde que seja para promover o autoctonismo judaico no qual mais ninguém tem o direito de negar a afirmação identitária do outro.

A partir da análise do preceito de circuncisão formulado na aliança dos hebreus com *Iahaweh*, Abrão circuncidou seus filhos Isaac e Ismael, o que obriga que cada pai, conforme a lei, a circuncidar seus filhos. No entanto, depois o ato ficou transformado em um ritual complexo e, na cerimônia, a circuncisão é realizada por um uma pessoa da comunidade devidamente treinada, o *Mohel* (plural, *Mohelim*), que professe a *Iahaweh*. Somente casos específicos de doença podem adiar para posterioridade o pacto de aliança do neófito com Deus.

O ritual da circuncisão, no povo judeu, se confunde atualmente com a cultura, com a identidade judaica, não sendo mais exclusivamente religioso; é tradição do povo. É daí

que entre os judeus, a decisão de levar o recém-nascido a cumprir a lei política-religiosa, o *Brit Milah*, é da inteira responsabilidade do pai. Esta deve ser cumprida após avaliação física do recém-nascido, pois este pode ter nascido com problemas de saúde que não permitem que seja circuncidado no oitavo dia como determina a *Halachá* [lei judaica]. Fontes orais indicam ser importante para a submissão à circuncisão, estar abaixo do peso mínimo ou algum outro problema, sendo nestes casos o rito adiado para a primeira oportunidade.

Asnis (2015) mostra como o *Brit Milah* dos judeus ao longo da história compreendeu três etapas;

- i. O corte e excisão da parte externa do prepúcio (*milah*);
- ii. O corte do revestimento interno do prepúcio para facilitar o total descobrimento da glândula (*peri'ah*);
- iii. A sucção do sangue a partir da ferida pelo *Mohel*.

Sendo assim, a circuncisão propriamente dita, compreendia os primeiros dois passos do ato incisório. A cirurgia do prepúcio é narrada nos termos: a criança é assegurada pelo *Mohel* [circuncisador] e pelo *Sandek* [a pessoa que segura a criança no colo]; este habitualmente é uma pessoa próxima à família ou à comunidade. A criança é levada ao *Brit Milah* por um casal de noivos ou casados, que têm o papel de *Kvater* e *Kvakrim* [padrinho e madrinha]. A mulher retira a criança dos braços da mãe e entrega-a nos braços do homem que a leva para o acento, simbolicamente reservado ao Profeta Eliyáhu [Elias]. O pai por sua vez, coloca a criança numa almofada no colo do *Sandek* e o *Mohel* remove as roupas expondo os genitais; após isso instrui o *Sandek* sobre como deve assegurar as pernas da criança (Amaral, 2022). Num novo contexto social que vozes ecoam contra a circuncisão sem anestesia, tem sido corrente que em algumas comunidades judias o corte cirúrgico seja precedido de aplicação anestésico, contrapondo o costume clássico de fazê-lo a sangue frio (Sanabria, 1999).

Amaral (2009) descreve a circuncisão judia, o *Mohel* segura o prepúcio entre o indicador e o polegar da mão esquerda, exercendo força suficiente para afastá-lo da glândula e colocado um bloqueio numa posição logo à frente da glândula. Com o uso do *bisturi*, ou faca, num único movimento excisa o prepúcio, o primeiro ritual é chamado de *Riturch*. Seguido pelo *Peri'ah*, momento no qual o *Mohel* segura entre a unha do dedo polegar e o indicador de cada mão o revestimento interno do prepúcio, que ainda cobre a glândula e rasga-o na unha habitualmente pronta de modo que possa distender pela glândula exposta.

No caso de conversão ao judaísmo, a tradição obriga a que a execução da circuncisão seja realizada a qualquer idade sendo imediata a aceitação na comunidade judaica. Sua execução é realizada por um cirurgião acompanhado pelo *Mohel* (Amaral, 2022). O rigor pode chegar a determinar que, caso a criança perdesse a vida antes do oitavo dia, esta seria circuncisada no manto fúnebre do sepulcro a fim de que não ficasse privada do sinal distintivo da aliança com Deus (Sanabria, 1986)

A circuncisão foi uma das razões de separação de israelitas com povos incircuncisos que habitavam a mesma região. O povo de Israel evitava misturas em casamentos com povos incircuncisos, e assim faz até hoje, permitindo, desta forma, a sobrevivência de seus costumes e tradições (Nascimento, 2013).

Podemos assinalar que houve interrupções na prática da circuncisão. Enquanto vagaram pelo deserto em busca da terra prometida, eles abandonaram a prática da circuncisão. O mesmo Moisés não foi circuncidado. Chegados à terra prometida, os judeus retomaram o sacrifício do prepúcio para reiterarem o pacto com Deus a pedido deste. Contudo, não existe nas escrituras sagradas ou outro texto judaico que imponha a circuncisão nem consta da tradição dos dez mandamentos das Tábuas da Lei (Asnis, 2015).

Já antes me referi sobre a controvérsia na atribuição do sentido da circuncisão nas diferentes visões judaicas. Contudo, é importante aprofundar na reflexão. Tractenberg (2007) revela que levar os filhos à circuncisão é introduzi-los na vida religiosa, cultural e cumprir o que é tradicional nas famílias judaicas. Para jovens judeus emancipados das práticas religiosas, a circuncisão médica fortalece a saúde física e psíquica do iniciado, porque está dotada de medidas de higiene e saúde. Esses jovens, informados que a circuncisão é uma prática médica pediátrica própria para assegurar o desenvolvimento de crianças saudáveis, habitualmente farão circuncidar seus filhos. Primeiro para manterem a tradição, e em segundo plano, para não serem diferentes da identidade de seus progenitores, e é um modo de doação de algo prazeroso aos avós de seus filhos. O cumprimento da lei por parte destes jovens pais, não só satisfaz suas famílias, como exponencia a sua autoestima, por legarem à tradição de seus progenitores aos seus filhos, um valor sublime da vida. Isto foi reforçado no âmbito dos Estados Unidos, onde a prática da circuncisão não ritual entre cristãos passou por um incremento progressivo chegando ao máximo na década de 1990. As razões aduzidas eram profiláticas e higiênicas.

A CIRCUNCISÃO NA TRADIÇÃO JUDAICA-CRISTÃ

A circuncisão é a remoção cirúrgica do prepúcio do varão. Literalmente circuncisão significa cortar em redor da glândula do pênis. Conforme dito acima, é um rito religioso exigido a todos os varões descendentes do clã de Abrão desde a primeira aliança com Deus. (Gênesis 17;9-14; Atos 7:8). O livro de (Levítico 12;2-3), e outros textos explanam o rito - aliança. A grande questão atual no cristianismo é, o que é que justifica a circuncisão de cristãos contemporâneos? Por outro lado, há que recordar que o cristianismo foi na tradição judaica aquela corrente que traiu a expectativa judaica no que se esperava do advento do Messias. O messianismo de Jesus para os judeus era o resgate do seu gênero humano e sua salvação nos princípios da aliança judaica, na qual estão prescritos os usos e costumes de um povo com uma identidade própria, símbolo indestrutível marcado no corpo de Abraão pelo *Brit Milah*.

De lembrar que a tradição bíblica nos apresenta relatos onde Israel é a nação eleita de Deus, povo que Ele tirou da escravidão no Egito. Porém, não tardou tempo que os israelitas fossem subjugados e dominados por diversos povos estrangeiros, causando choques culturais, sobretudo religiosos, devido à especificidade da tradição judaica. Os choques vividos eram também internos, porque os judeus do primeiro século estavam divididos em quatro grupos político-religiosos cada um com suas convicções (Ogeda,2017).

A expectativa dos judeus estava cada vez mais abalada e tens; e a única salvação era o Messias prometido. É este que traria a liberdade política religiosa do seu povo num território politicamente legitimado seu, e o fim da condição de escravos de outras nações, condição ainda persistente nos dias atuais.

Os judeus não esperavam um Jesus messiânico apenas escatológico do fim dos tempos, mas sobretudo da escatologia de uma filosofia política onde emergiria um líder político, o ungido, o Messias sumo sacerdote. O ungido que viria da parentela de Davi e libertaria Israel do domínio estrangeiro, venceria as nações escravizantes para repor a justiça divina. Outros grupos letrados também mantinham esperanças reais, aguardavam o “filho de Davi” que governaria com justiça, livraria Israel da opressão estrangeira e por fim, subjugaria as nações injustas (Ogeda, 2017).

Azevedo (2011), discorrendo sobre a experiência dos judeus de Antioquia na controvérsia com os cristãos originários em torno da circuncisão, relata que após a morte de Jesus, sua pregação foi continuada pelos seus discípulos. Foram estes que estruturaram

o corpus teológico, o culto e os livros sagrados e se debruçaram sobre a tradição judia, cujos diversos aspectos são abordados e legislados posteriormente pelo Edito de Milão em 313 E.C. Neste, o messianismo de Jesus, o verbo encarnado, o Filho de Deus, o Jesus da História é colocado como a reafirmação da verdade, aquela que era a esperança judaica na Torah. Não obstante, tal ideia se propagou entre gentios ou pagãos (*goim*, não judeus) gregos e romanos marginalizados e entre parte da elite judia da época (Azevedo, 2011, p. 598). Segundo textos bíblicos, a evangelização oral tal como Jesus a fazia, só foi retomada pelos apóstolos após o Pentecostes (Jo 20:19-23). Nesse período, se formaram diferentes comunidades de culto entorno dos apóstolos. Estes percebiam que o Jesus que seguiam era um autêntico judeu. Nesse interim, Pedro e Tiago permaneceram em Jerusalém para construir sua comunidade que mesclava culto e costumes judaicos (Azevedo, 2011). A igreja católica, no seu modo de celebração litúrgica, conserva seis ritos ou tipos de congregação que todos reconhecem o primado do Papa e as decisões dos concílios. Apenas o chamado Rito Alexandrino, realizado pelas igrejas Copta Católica e Etíope Católica, são os únicos que conservam a circuncisão (Santos, 2019). Nas comunidades dos cristãos coptas do Egito e entre os etíopes ortodoxos preservam essa prática que no último caso, dos cristãos etíopes, é realizada em cerca 97% de homens (Demographic, 2006).

Em outras comunidades cristãs há grande prevalência da prática da circuncisão. Por exemplo, no Gana, 97% dos cristãos são circuncisados enquanto na República dos Camarões, a circuncisão é presente em todas as confissões cristãs (UNAIDS / WHO, 2007).

Tempos depois, no século XV, uma decisão do Concilio Ecumênico de Florença, convocado pelo Papa Eugenio IV, discute sobre a circuncisão com ocasião da edição da bula de união com os cristãos coptas. O papado desacreditou na circuncisão, pois a salvação estava na paixão de Jesus e, principalmente na fé ou crença. Tal revelação dispensa o ritual judaico. Postula-se que quem crê que a salvação está na circuncisão comete pecado. Assim sendo, a circuncisão e outras prescrições legais passam a ser vistas como estranhas à fé de Cristo, conforme expresso por Eugênio IV em 1442.

Tanto o apóstolo Pedro, como em um momento posterior Paulo, foram a favor da evangelização mesmo dos incircuncisos. O apóstolo Pedro justifica essa dispensa porque tinha evangelizado entre os incircuncisos em Jerusalém. O apóstolo Paulo justifica o quão sua posição não foi tão pessoal, pois correspondia era uma recomendação de Deus a partir do diálogo divino que teve antes (Atos 15:5 -11).

O que se pode marcar uma diferença entre os dois apóstolos é a relação deles com os judeus e com os gentios ou *goim*. A pregação de Paulo estava direcionada mais aos

gentios e de Pedro, como sucessor de Jesus, ao estabelecimento da doutrina da nova igreja entre os judeus. Paulo descreve a sua missão em carta aos Gálatas, onde deixa bem claro que ele é o vocacionado de Jesus a caminho de Damasco para ser o evangelista dos gentios, povo que não seguia os costumes de circuncisão e outras práticas. Tal vocação paulina é mencionada ainda em outras epístolas (Rm 1:1-5; Ef 3:2-3; 1Tm 2:7) apesar de que ele preou inicialmente nas sinagogas dos judeus. Em outra carta à assembleia galatense (Gl 2:2-3), Paulo tem o mérito de reconhecer a figura de Pedro, cuja vocação é inicialmente dirigida aos circuncisos. É conveniente notar que a missão de Pedro é realizada no período mais próximo à vida de Jesus enquanto a do Paulo, pelo que se sabe, foi do período póstumo tendo, portanto, diferentes vivências.

Os elementos com que Míguez (2017), argumenta a existência de um ambiente conflitante entre Paulo e Pedro, podem ser lidos nas cartas apostólicas que tanto Pedro como Paulo escrevem às diferentes comunidades na procura de mediar os conflitos gerados. Um ponto importante foi a controvérsia da circuncisão. Esse autor aponta que a circuncisão entre os judeus era uma questão muito importante de tal modo que um hebreu circuncidado, mesmo falhando no cumprimento de outros rituais, continuava sendo judeu (Míguez, 2017, p.152).

A relação entre os dois apóstolos é marcada na narrativa das relações em que Paulo deve resolver a questão da circuncisão e outras práticas, para evitar que sua missão aos gentios quebrasse a frágil unidade da igreja nascente. Ele precisava de uma unidade não uniforme, mas sim, que correspondesse às múltiplas origens, às diferenças culturais e etnias, às distintas percepções teológicas e modos de vida que deviam ser respeitados, desde que não afetassem o testemunho e a ética do novo caminho messiânico. A unidade se refletia no encontro e coerência na superação de antagonismos, sem desconhecer a diversidade de situações. É por isso que Paulo defendeu seu ministério e a especificidade dele. A origem do apostolado de Paulo e Pedro não era o mesmo, eram adversos e distintos entre si (Míguez, 2017, p. 151).

Os relatos das controvérsias estão nitidamente transcritos nos textos sagrados da Bíblia (At 15: 1-4). Escreve o autor que “alguns da Judeia” haviam descido a Jerusalém e há uma controvérsia sobre a necessidade da circuncisão no momento da conversão dos gentios e se a não observação deste preceito implicaria na não salvação. No texto fica claro como, após discussões, Pedro, Paulo, Barnabé, Silas, Marcos e outros apóstolos se afastam do posicionamento ortodoxo dos fariseus e chegam à decisão de ser necessário

apenas a proibição de sacrifícios a ídolos, do uso ritual de sangue, de estrangulação e fornicção (At 15:20 e 29).

A conversão de Saulo de Tarso (Paulo) ao cristianismo entre os anos 31 e 32 da era cristã, sua ida à controvérsia de Jerusalém e a carta apostólica que ele dirigiu aos gálatas (Gl 2,1-10) foram fatos fundamentais para que 14 anos depois, no Concílio de Jerusalém, se apelasse aos cristãos convertidos a se comprometerem com a nova fé colocando de lado a circuncisão como ato pagão (Kümmel, 1982, p.326). Segundo Azevedo (2011, p.609) os apóstolos teriam alcançado a decisão de não proibirem literalmente as tradições no seio da nova igreja mediante a máxima que postulava que o cristianismo estava destinado aos gentios e a todos os gregos. Em tese, não se pode falar em ter havido consenso. Pode-se falar, sim, de acomodação e concessão, pois cada qual se alojou e erigiu seu cristianismo a seu modo entre as suas gerações.

O trabalho de Paulo foi precisamente de evangelizar num novo modelo de interpretação das práticas judaicas e pagãs do povo, nas quais a circuncisão era a questão central da igreja em edificação. Suas cartas aos romanos, efésios, gálatas e outros povos testemunham estas novas experiências, de aproximar os pagãos e sua cultura ao conjunto de valores que constituem o magistério da igreja messiânica de Jesus. Se para os hebreus a circuncisão era símbolo da aliança e porta de salvação, o novo sentido passa a ser o de um ato de identidade cultural ao qual a igreja, em nome desses sublimes valores étnicos, deve respeito ao perceber o seu papel de conciliar a tradição com a nova mensagem do Evangelho. Paulo realça nas cartas (Rom 2, 25-29; Rom3: 1-8) que não é pelo cumprimento de sacramentos que se salva e sim pela fé. Tractenberg (2007) presta auxílio à minha reflexão levando-me a concluir que, deste o primeiro concílio da Igreja, o debate esteve em torno principalmente da imposição ou não da circuncisão como condição essencial para ser cristão. O debate termina com a vitória das teses paulinas. Estas se tornaram o novo símbolo que substituiu a lei mosaica pelo Evangelho de Jesus.

Com exceção do islamismo e do judaísmo, a circuncisão passa a não ser determinante da inserção social dos homens no coletivo cristão. Já as religiões mais antigas como o hinduísmo e o budismo se assumem neutros sobre a circuncisão (UNAIDS/WHO, 2007). A seguir, examinaremos a questão da circuncisão na religião muçulmana.

Em relação à iniciação de adolescentes cristãos católicos, estes fazem a circuncisão dentro da tolerância da igreja às práticas rituais das tradições locais. Mas sobretudo fazem por ser uma exigência que condiciona a sua identidade étnica. Já antes falei disso, onde muitos pais afirmam levarem seus filhos aos ritos de iniciação por ser uma prática que

preenche o vazio de uma educação tradicional numa sociedade que preza discursos de ser civilizada havendo a pressão para o abandono das tradições, pois elas atrasariam o desenvolvimento humano e social.

FIGURA 5 - CAPELA CATÓLICA DA ALDEIA



Fonte: Carlos Mabutana, 2019

Pela força de imposição política que vigorou por longos tempos, os ritos de iniciação passaram a ser práticas domésticas, principalmente nas áreas urbanas. É assim entre os *Chope*, *Bitonga* e *Matswa*, enquanto entre os *Makwa* e *Iómuès*, *Yaawo*, *Sena* e *Makonde*, eles têm a estrutura iniciática apropriada e organizada, o que lhes vale a resistência às intempéries até então.

Quem é este cirurgião que escinde o prepúcio? O ofício de cirurgião é uma herança étnica, tal como alguém é *Nyanga* curandeiro, *Nhanga- Rume* [ervanário] por herança familiar. Em caso de a família encontrar-se distante do seu núcleo parental e do seu cirurgião, solicitam os ofícios do enfermeiro para uma circuncisão doméstica ou em último caso recorrem ao hospital.

A circuncisão étnica não inibe de modo algum ser cristão, como pode discorrer sobre isso antes. O catolicismo por exemplo, é totalmente tolerante com a prática. Mas o mesmo já não se pode dizer das igrejas cristãs separadas; elas se posicionam contrárias à circuncisão de tradição étnica e contra todos os rituais dos ancestrais que circunscrevem a iniciação. Junod (1996) um missionário suíço e estudioso dos *tsonga*, uma etnia pertencente aos bantu do sul de Moçambique, assiste-me afirmando que, rapazes cristãos

são facilmente atraídos pelos ritos de iniciação, preferindo até abandonaram a escola para irem cumprir a tradição religiosa dos seus ancestrais. Isso revela uma situação de incoerência na condução dos adolescentes em relação à tradição e a profissão de fé cristã. São as práticas e hábitos africanos que fazem emergir rituais litúrgicos católicos africanos, porque a deidade, Deus, se revela e se manifesta em cada cultura de modos absolutamente diferentes.

Porém, a descrição deste etnógrafo desperta a necessidade de uma reflexão passados 47 anos de independência e da implantação de uma igreja local. Moçambique se insere numa África de um manancial étnico e de práticas tradicionais, que seria de bom grado a sua continua inculturação da Igreja inspirada no Concílio Vaticano II. Seriam as sementes para que o futuro brote no um ritual litúrgico com características de um simbolismo expressivo próprio da moçambicanidade e sua etnicidade.

Uma integração religiosa inculturada nesse contexto se torna plena quando porta em si signos linguísticos, simbologias marcadas no corpo do iniciado, que significam a ruptura com a infância. O corte incisivo do prepúcio é a simbologia de maturidade, de pertença ao seu étnico, o sangue derramado é símbolo de doação aos seus ancestrais, cuja representação expressiva será a comunicação de integração à sua sociedade étnica. Neste cenário, os mitos, as lendas, contos, adivinhações e fábulas são as marcas da linguagem étnica oral. Nos mitos está a articulação do pensamento e perspectivas étnicas. Nos cantos está a didática que premeia o didatismo étnico e suas estratégias pedagógicas de levar o *Mwali*, a assimilação de conteúdos ensinados para a sua vida cotidiana. Esses aspectos, não são tão menores para o ambiente religioso do africano, que tem a sua religiosidade manifestada em todos os momentos do seu cotidiano.

A CIRCUNCISÃO ISLÂMICA

O Islamismo é a terceira maior religião monoteísta que a história tem registado nos seus anais, surgida 570 anos depois do cristianismo, e influenciado pelas duas religiões monoteístas que o precedem, o judaísmo e o cristianismo, bem como pelas práticas religiosas das tribos de onde emerge. Traz uma nova teologia de salvação. Segundo princípios proféticos de Maomé, o islão não distingue a prática religiosa da vida cultural dos seus fiéis considerando-os sim, dois mundos entrelaçados entre si. O islão não é apenas uma religião de prática espiritual restrita à mesquita, à súplica e à oração. Ele é sim, um

sistema completo de crenças, práticas relatadas no Alcorão sobre o que deve orientar a vida de seus fieis no seu dia a dia (Lima, 2016).

Entre a cultura e a religião ocorre um diálogo que resulta não apenas na modelagem da cultura pela religião, mas também da religião pela cultura. Para os muçulmanos tudo é feito na cátedra de *Bismillah* [se *Allah* quiser]. Esse é um Código espiritual de conduta que norteia a vida do indivíduo. O ser como tal, não existe para além da onipotência e da religiosidade. Todo ser deve ter sua orientação em um sistema de crenças que direciona a vida cultural e sociopolítica emanada do Alcorão e da *Sharia* (LIMA 2016, p.21).

Nunes e Ramos (2011) assinalam que a *Sharia* é um sistema complexo de diretrizes que foi desenvolvido progressivamente desde o tempo de Maomé até aos nossos dias, e é encarada por todos os muçulmanos como uma orientação de vida, de regras, valores e princípios. O Alcorão apresenta regras muito claras relativas às atividades que todo bom muçulmano deve cumprir, que vão desde as formas de prática do culto, as proibições dietéticas e de vestimenta, dentre outras. Nasser (2012) coloca a *Sharia* no nível estatutário da gestão pessoal, dos indivíduos e das relações familiares, comerciais e econômicas; ela estabelece as infrações penais e punições correspondentes. Ela organiza o sistema político do interior do Estado e regula as relações internacionais da comunidade muçulmana. Numa terceira dimensão, a *Sharia* traz a ética moral islâmica explicitamente dirigida à consciência de cada muçulmano fomentando a generosidade e a tolerância. Ela é parte do direito islâmico.

Meddeb (2004) explica que o islã é uma instituição de tripla dimensão, a civilizatória, a política-Estado, e de religiosidade ético-moral, que atingiu o apogeu da civilização antes não conhecida. Para mim isso não surpreende por duas razões: a primeira é reafirmada por estudiosos como Ogeda (2017) e Guerra (2015), para quem o povo de Israel esperava de Jesus, um Messias restaurador da política, um libertador do povo da escravidão, um justiceiro e edificador de uma nação política plena [Estado], alguém que iria governar dentro de leis justas com uma diretriz religiosa e moral. Flor *et al* (2017) acham no islão uma religião de fé doutrinal construída numa eclesiologia e reino que se concretiza no messianismo, na unção já antecipada pelos judeus inspirados num modelo de Rei, como quando David se tornou Rei de Israel. Assim, Maomé se constituiu em um líder religioso e político que tomou a cidade de Meca por via militar e diplomática, donde conquista grande parte da Arábia já antes da sua morte, em 632, une o país em único domínio. A nova religião tornara-se mais importante que os antigos laços étnicos e parentais.

Este era visto como o governo restaurador que vai trazer a paz e justiça entre os homens. Tal como o fez David, muitos ainda esperam um reino similar, messiânico, glorioso, que vai governar num ambiente de paz e harmonia. É interessante como entre as três religiões monoteístas é tratada a questão messiânica, a esperança da salvação que Jesus não fez como, o “Ungido”, “Messias do Judaísmo”, o esperado “rei”, mas, este só salvará a humanidade na sua próxima vinda (pós ressurreição), conforme reza o Credo Niceno-Constantinopolitano: “...Creio em um só Senhor, Jesus Cristo, Filho Unigênito de Deus, que... por nós, homens, e para nossa salvação, desceu dos céus e... Ressuscitou ao terceiro dia, conforme as Escrituras, e subiu aos céus, onde está sentado à direita do Pai. E de novo há de vir, em sua glória, para julgar os vivos e os mortos; e o seu reino não terá fim...”. A segunda razão se fundamenta na lógica na qual se sucederam as religiões desde o passado para se imporem no mundo, para influenciarem a formação de Estados e ainda, de Estados-Nação, de modelos de governo. Isto não difere muito do modo como o cristianismo se associa ao poder de Estado para se impor como uma religião e civilização a mando do poder político imperial romano. Seu modelo de civilização cristã ainda hoje, domina a organização de Estados, o direito e a ordem social em boa parte do mundo.

Entretanto, é preciso relembrar que a ascensão do islamismo surge do fato de estarem, judaísmo e islamismo, emparentados na origem tribal. A esposa de Abraão, Sara, idosa como ele, tinha consentido em que ele gerasse um filho com a sua escrava egípcia, Agar, ao qual se deu o nome de Ismael. Mas, acontece o milagre de sua gravidez nascendo Issac. Não querendo que seu filho disputasse a sucessão com Ismael, Sara ordena a expulsão de Agar e Ismael. Portanto, não se pode ignorar a inevitável luta de sucessão no trono de Abraão entre o judaísmo e seu sucessor o cristianismo [a descendência de Isaac] e as tribos árabes do deserto onde surge o islamismo [descendência de Ismael]. A luta entre cristãos e muçulmanos a pretexto do extremismo islâmico e seu suposto objetivo de islamização do mundo justifica a minha análise de fatos contemporâneos.

A era democrática veio transferir parte dos direitos da religião para as liberdades religiosas individuais consagrados modernamente nos direitos humanos, mas não apagou a subversiva imposição de uma irmandade sustentada num sistema político-religioso, que se reflete num islão, aliança de Estado e Religião no mundo contemporâneo. O Estado que se impõe pela sua lei [a *Sharia* que confere o ordenamento político ao Estado] carece de laicidade. É interessante perceber como, neste caso, não tendo a circuncisão dentro dos cinco pilares doutrinários emanados no Alcorão, nem mesmo nas orientações proféticas de

Maomé, encontramos no diálogo entre a religião e a cultura, um modelo de civilização das culturas onde ela se implanta (Lima, 2016).

Em contraste às prescrições sagradas islâmicas, a circuncisão é um dos cinco rituais muçulmanos de higiene e purificação pessoal. É paralelo aos hábitos de raspar os pelos pubianos regularmente, aparar o bigode, cortar as unhas e remover os pelos das axilas. Na crença muçulmana, ser incircunciso é sinônimo de impureza, de que abriga impurezas no prepúcio. Daí que para alguns juristas muçulmanos, o casamento com um homem incircunciso é nulo. Tal pessoa não merece ter sua sepultura em cemitério muçulmano (Gatrad *et al.*, 2002).

Stacey (2013) faz notar que no islão, a interpretação e adaptação das regras da escritura e da tradição na relação com a cultura constituem tarefas religiosas importantes. Então, essa abertura permanente ao diálogo religião-cultura e cultura-religião é uma estratégia para conquistar e implantar, não apenas a religião, mas o seu modelo de Estado-político e de civilização. Tal já o fez o cristianismo no final do domínio do Império Romano, criando espaço geopolítico-religioso da sua imposição até hoje na cultura universal. Em soma, parafraseado Flor *et al.* (2017), no islã não há diferenciação entre a religião e política, entre o que são atos da fé e da moral social; a lei corânica [Alcorão, *sharia*] é orientadora das relações sociais. Somente situações casuísticas são tratadas pelo princípio de similaridade onde a questão será comparada com a existente no livro por analogia. Também há um espaço para a decisão consensual entre os que analisam as situações de modo que o consenso se torna uma lei a ser observada. Houve, ao longo do tempo cisma dentro do islamismo entre os xiitas, que adotam um terceiro princípio: o da revelação. Acreditam que a revelação não está concluída sendo os autores intérpretes do “devir universal”. Essa posição é contrária à dos sunitas que afirmam que a revelação veio apenas uma vez, em sua forma final.

Segundo Nunes e Ramos (2011) a oração é precedida por atos de higiene e purificação com água. Caso falte água, é recomendável a simulação do ato de lavar-se. As orações não têm validade se não forem feitas depois do *Wudú* [hábito de lavar o corpo para dispor-se à oração], que confere o estado de pureza corporal ao devoto. Santos (2019) preza que no islão é sensato seguir o que era prática comum do profeta Maomé, que era, bochechar a boca com água, lavar as narinas, escovar os dentes, ter a barba e o bigode feito, cortar as unhas, remover os pelos axilares e púbicos. Em relação à vida sexual, Ragip (2000) diz que tanto o homem como a mulher são obrigados a observar a ablução total, que é o costume do banho após a relação sexual. No ato sexual, desde que nele tenha ocorrido

o mínimo de contacto genital ou penetração, mesmo sem ejaculação, já obriga os cônjuges a observarem o princípio de ablução total.

Estes argumentos sustentam a vida ordinária religioso islâmica, na qual a circuncisão não é apenas uma prática atrelada ao dogma, mas também uma medida higiênica no conjunto dos costumes do povo. Ela é prescrita apenas para os homens e faz parte dos cinco atos pragmáticos que fazem parte da *fitrah*, junto com a raspagem do pelo púbico e axilar, aparagem do bigode e o corte das unhas. Desde uma perspectiva instrumental, tanto a circuncisão como a ablução não deixam de ter um valor sanitário preventivo em relação às infeções de transmissão sexual.

Os iniciados *Makonde* muçulmanos participaram num rito dias depois da festa de *Kudjaluka Likumbi*. O ato seria um ritual de integração na comunidade islâmica depois de serem iniciados no rito *Makonde*. Sua solenidade é absolutamente islâmica, com rezas corânicas e celebração de uma festa típica (Mabutana, 2016). Outro dado que suporta a ritualização da circuncisão islâmica é a recente unificação de vozes judaico-islâmicas que protestaram o banimento da circuncisão pelo governo alemão. Este argumentava que submeter as crianças à dor, a lesão corporal, não tem razões plausíveis. Em sequência, judeus e muçulmanos têm sido estigmatizados e criminalizados pelas políticas públicas germânicas (Costa & Boatca, 2013). A teoria da religião cristã primitiva de Theissen (2009), sustenta que existe uma relação intrínseca entre mito e história, onde os ritos são padrões de comportamento repetitivos com os quais as pessoas interrompem suas atividades diárias para apresentar outra realidade significada dentro do mito, tornando-o assim atualizado. Nesse contexto, as condutas humanas adquirem um excedente simbólico e são relacionadas como sinais da outra realidade e, em razão desse excedente, os objetos simbólicos no rito são usados no cotidiano profano em todos os lugares. O autor reitera que nisso se sustenta a teoria de ruptura entre a religião primitiva cristã com as formas expressivas simbólicas do judaísmo e com outras práticas tradicionais. Os rituais de sacrifício cruento de animais foram substituídos pelos ritos incruentos. Templos de outrora perderam sua “sacralidade”, pois editou-se nova interpretação dos ritos ao criarem uma forma de sacrifício que superava formas prévias, como o sacrifício de pessoas, que foi substituído pelo símbolo da expiação de Jesus.

O islão, ao reativar a circuncisão no seu cômputo religioso, enquadra seu desígnio na teoria de Theissen (2009), na nova interpretação simbólica do corpo sem prepúcio que se doa inteiramente à oração. Não se entrega o corpo a Deus sem a alma, nem se entrega a alma sem o corpo para uma verdadeira oração. Aliás, Mubarak (2014) sustenta ser

comum em todas as religiões, o reativar dos rituais e práticas antigas com o pretexto da prática de uma religião verdadeiramente ortodoxa. Isto justifica toda a autenticidade ligada aos ritos antigos.

O islão recompõe a circuncisão na história da religião por ser da tradição abraâmica e do seu simbolismo de aliança humana com a divindade. Nada impede que haja outras razões culturais que possam motivar a circuncisão, quando seus atores encontram no ambiente anti-higiênico humano que impede o encontro com *Allah*. É certo que os muçulmanos o fazem dentro de um raciocínio coerente que expressa uma relação de causa e efeito relacionado com a preservação da saúde humana, ao qual não só recomendam a circuncisão, como observância das regras de higiene importantes no cotidiano da comunidade.

Na exegese bíblica vista antes nos diversos textos citados, tais como Gên. 17: 10-12; 2 Crônicas 16:12; Levítico capítulos 11-15; Deut 23:1-5, mostram o quanto as normas de autocuidado dos judeus procederam, na sua perspectiva, de ensinamentos transmitidos pela deidade suprema. Na mesma lógica, o islão reconstrói a circuncisão perdida pelo cristianismo implantado na última etapa do Império Romano com conhecidas implicações sociopolíticas. Maomé se valeu da simbologia e honra da circuncisão no pacto divino e reconstruiu uma teologia de oração e saúde que parte do sentido de pureza corporal para o encontro santificado e saudável com *Allah*.

Diversos autores apontam que a circuncisão constitui, factualmente, uma prática preventiva de diversas doenças, tais como a sífilis (visível no cancro duro de inoculação), o cancro mole, e outras IST. É conhecido também o vínculo epidemiológico como fator de risco de IST e câncer de colo uterino nas mulheres. É também o tratamento indicado da fimose e certamente reduz o risco de balantite e de câncer peniano. Passos (2018) outorga a essa prática o status de prevenção primária de infecções e doenças, aplicável à segmentos sociais independentes da religião. Portanto, a prática da circuncisão nas imensas populações muçulmanas tem efeitos que agem para além do que é apenas doutrinal, passando a ter implicações na saúde desses coletivos. Eles têm no corpo uma representação social que afigura a higiene plena, espiritual, corporal na sua plenitude.

Na abordagem biomédica não tem sido de consenso que há uma coexistência intrínseca de práticas rituais do cotidiano na saúde humana. Contudo, são poucas as margens de dúvida que restam para esclarecer a coexistência entre esses dois campos. Foucault (1999) mostra como o poder e o conhecimento se tornam aliados no controle social através das instituições, propiciando atos construtivos do ser social. Esse autor

afirma que, no passado, a religião teria usado o silêncio e a confissão como uma técnica de controle corporal humano através do comportamento. Explica-se que pela natureza de quem vive um silêncio, este o leva à reflexão sobre o que deve e não deve fazer, procedendo ao cultivo do autoconhecimento e à redução das chances de cometimento do pecado carnal ou de ato criminal. Construía-se assim a proibição de falar com os iguais sobre atos pecaminosos da carne e possíveis transgressões. Essa proibição estendia-se ao espaço religioso, mesmo entre os iniciados.

Embora o silêncio (ou silenciamento) fosse de grande relevância, a confissão era e é até hoje o mecanismo mais importante de controle, pois constitui um rito judicial-religioso; por ele o sujeito verbaliza os seus desejos carnis e atos cometidos por si. É pela mesma vontade que o sujeito se conscientiza no silêncio sobre a necessidade da confissão porque seu estado de saúde emocional está doente. O catecismo da Igreja Católica ensina que a confissão é um sacramento de cura que salva o homem da morte (Farias, 2016). Por sua vez Lopes Jr. (2012) afirma que em direito processual penal a confissão se situa no campo da culpa judaico-cristã, no qual o réu deve confessar e arrepende-se, para ter a remissão de seus pecados e atenuar a sentença divina e penal quando se confessa ao magistrado.

Portanto, a confissão é por excelência um ato de autocontrole social individual e, a partir do seu juiz moral, se declara voluntariamente acometido do ato que o afasta do convívio social, e se confessa ao Padre ou ao Magistrado. São abundantes as históricas na era colonial em que a partir de confissões feitas a um Padre, no contexto do ato sacramental de bom cristão, seguia-se uma denúncia às autoridades coloniais ficando o penitente envolto em ato doloso criminal.

Deste modo, essas práticas sociais elencadas até então, mereceram análise de Douglas (1966) a partir dos textos sagrados Lev 11 e Deut 14 que discorrem sobre as regras dietéticas dos hebreus (*Kashrut*). Partindo destes textos, a autora pondera que as noções de poluição apenas fazem sentido no contexto de toda uma estrutura do pensamento que tem seus limites, margens, movimentos internos interseccionados pelos ritos de separação e pelas prescrições alimentares, onde os animais são prescritos no simbolismo de impuros e puros. Nos dois textos os autores do texto sagrado classificam os animais segundo seu habitat e fisionomia que permitem uma nítida distinção entre puros, isto é, não abomináveis e aptos ao consumo humano, e impuros, ou seja, abomináveis, não aptos ao contato ou consumo. A questão é: são o habitat, a fisionomia, a sua insanidade, simbologias morais ou disciplinares que determinam a pureza? A autora sugere que as duas prescrições bíblicas têm objetivos simbólicos com o propósito de construir a ordem social através de

leis religiosas educativas. No seu sentido se extrai primeiro a interdição de comer a carne de certos animais considerados impuros, não por razões totêmicas; segundo, a interdição combate o vício promovendo virtudes religiosas, morais, cívicas para se atingir a santidade. A santidade é uma qualidade divina, mas também pode ser alcançável pelo homem, tendo reflexos no psíquico-físico, na integridade do corpo recipiente da perfeição, na totalidade no contexto social.

Douglas (1966) se posiciona também no fato de que o simbolismo nutricional pode prejudicar a saúde humana. Observa que a proibição de comer as carnes de certos animais da terra, do mar, do céu, é justificada pela percepção dos efeitos da gordura, como a do porco ou dos peixes sem escamas, e a possibilidade de levar à gula. A gula era vista como um mal perigoso para o corpo e para a alma, porque provoca indigestão, doenças e a ruptura de limites. Análises posteriores documentaram os efeitos nocivos sobre a saúde do consumo excessivo de gorduras e da cocção inapropriada levar à transmissão de alguns agentes de doença infecciosa e parasitária.

Hammadeh (2013) escreve que é no sentido da sacralidade da vida do muçulmano que o islã instituiu regras de cuidado do corpo, alma, mente e de tudo o que possa lhe prejudicar, como por exemplo, proferir palavrões ou consumir carne de porco e bebidas alcoólicas, consideradas prejudiciais para o corpo e a alma. Tudo foi feito com o intuito de procurar o bem-estar e a felicidade que o homem encontra na religião. Na regra religiosa, depois do uso do banheiro não se deve usar a mão direita para limpar as partes íntimas. Quanto a isso Douglas (1966) anota algo semelhante nos brâmanes *havik*. Estes, depois da defecção não usam papel para a higienização, lavam-se com água e deve ser com a mão esquerda, porque a direita é reservada para comer.

Ainda segundo Hammadeh (2013), as regras preceituam o modelo de organização, higienização e limpeza em defesa da vida. As regras enfatizam em realizar ações consideradas limpas com a mão direita e as sujas com a esquerda, para se evitar a contaminação com material fecal, como era comum no deserto onde as pessoas comiam com as mãos. Entenda-se que, nem todas as regras e procedimentos são de prescrição corânica; há as que foram hábitos, maneiras de ser e estar do Profeta Maomé, e que devido à importância que tinham na saúde humana, foram recomendadas a todos os muçulmanos. Stacey (2013) postula que o Islã é uma religião devota à devoção por uma educação da corporeidade dos seus fiéis, e à destreza no modo permanente de funcionamento da vida vegetativa. Gaarder, Hellern e Notaker (2000) dizem que o islã não preza simplesmente a acentuada atenção dada à espiritualidade, mas, ele compreende a esfera espiritual e sua

interação com a vida social, a dificuldade de interpretar a lei divina e o direito na história dessa religião.

De acordo com Stacey (2013), parte considerável de estudiosos do islão considera a circuncisão um rito obrigatório para os homens, caso não haja nada que possa pôr em causa a saúde do candidato. Entretanto, olhando para o mundo árabe, desde tempos imemoriais, a circuncisão tem sido uma prática entre os habitantes da península arábica e oriente médio, entre os quais estão os coletivos dos atuais estados e territórios de Iêmen, Omã, Iraque e Palestina, onde o rito é prescrito para meninos de 13 anos. Nestes povos, o ritual é histórico desde a circuncisão de Ismael, antepassado dos árabes, que segundo a tradição fora circuncidado aos 13 anos; porém o Alcorão não apresenta esse relato, segundo Chabel (1992), filósofo e antropólogo argelino. Este autor aponta que a aceitação da circuncisão no islão tem duas razões. A primeira razão é lendária, que reza que o Profeta Maomé nasceu já circuncidado, o que o levou a não proibir a sua prática. A segunda razão é por ser um privilégio matrimonial. Até o início do século XX, jovens iemenitas com 16 anos de idade deviam ser circuncidados perante suas prometidas, como símbolo de coragem e estoicismo perante suas futuras esposas.

A questão de limpeza e busca de pureza na prática da peritomia tem sido mostrada sendo mostrada nas próprias designações típicas de circuncisão em diferentes regiões muçulmanas, tais como *tahara* [purificação] no magreb; *sounna* [tradição] no Sudão e Egípto; *khotên* na Turquia e Pérsia e *taziinet* [embelezamento] na Mauritânia (Chabel, 1992). Para o autor, não há alguma mudança na prática da circuncisão islâmica se comparada com as tradições antigas. Ela é uma prática de purificação, e é símbolo e prova de quem já professa o islamismo. No posicionamento do islão em relação à circuncisão, a espiritualidade fica em segundo plano, pois segundo preceitos religioso, essa prática consiste em privar o homem de fatores exógenos que o possam desviá-lo do caminho da espiritualidade.

Segundo Chabel (1992), a circuncisão em África tem duas versões na sua gênese. A primeira é explicada pelo sentido símbolo de separação iniciática entre os indivíduos [supressão] da androgenia e fixação sexual de pertença. A segunda razão é política, a circuncisão vincula o indivíduo ao poder de um chefe da etnia, sintoniza a sua submissão ao soberano. Nesta gênese, se encontra intrínseco o problema da procriação que vai fortalecer o poder militar.

Qual tem sido o período apropriado para a circuncidar os iniciados? A circuncisão acontece habitualmente no sétimo dia do nascimento, por alguma razão pode ser até os

seis a oito anos, ainda que seja legítimo fazer até os doze anos (Stacey, 2013). Para este autor, a circuncisão é uma prática que visa manter o pênis limpo, de traços de urina, evita a humidade que permite ao agente infeccioso mais tempo de sobrevivência, propiciando o cultivo de bactérias e facilidade de infiltração no órgão peniano, evita as impurezas e acúmulo de secreções por baixo do prepúcio que possam levar a infeções. A circuncisão ainda tem o fim de deixar que a glândula peniana fique descoberta do prepúcio. Porém, o procedimento não consiste em esfolar a pele ou parte do pênis, fazer desse modo é contra os princípios islâmicos.

Na prática islâmica a circuncisão figura nos direitos que as crianças têm de receber de seus pais. O primeiro direito já se constitui de imediato no momento do parto, em que o pai corta o cordão umbilical.

Stacey (2013) sublinha que a circuncisão, *Al-Khitán* ou *Al Tahara*, que tem um sentido de pureza corporal, embora não seja um princípio da religião, mas da tradição dos patriarcas, hoje é obrigatório que todos os convertidos o cumpram. Alguns ainda fazem em simultâneo o rito *tahnik*. Esse é um dos direitos que a criança tem a receber de seus pais segundo a lei islâmica. É um ritual que consiste no tocar os lábios do recém-nascido com mel ou doce de tâmaras e no fim expressar a oração de convite a oração, o chamado para oração com *Allah*. Aos 7 dias de vida rapa-se o cabelo, e os pais devem ofertar aos pobres algo que geralmente já podem ter guardado para o efeito, este é um gesto de gratidão pela nova vida que nasceu na família.

Antes é essencial a compreensão de que a circuncisão e outras práticas islamitas vinculam a religião e cultura aos *Makonde*, pois existem *Makonde* cristãos, muçulmanos e os da religião tradicional africana da sua etnia. Cada um faz e compreende a circuncisão segundo os ditames da sua crença religiosa ou simplesmente étnica.

OS MAKONDE E A RELIGIÃO

Em Moçambique, o islamismo não é exceção e, segundo Maivasse (2016), há rituais de circuncisão realizados na capital, Maputo, nas mesquitas. Trata-se do ritual celebrado junto a pessoas oriundas do norte do país, Cabo Delgado, Nampula, Inhambane, da cidade de Maputo e ainda de outros países como Tanzânia e Nigéria. Maivasse descreve que o ritual se inicia com as súplicas do Imame aos espíritos dos antepassados e a *Allah* para protegerem os iniciados. Cabe a um enfermeiro fazer a exérese do prepúcio segundo regras

médicas. Ao Mestre do rito tradicional cabe-lhe amarrar os amuletos aos iniciados e ministrar o ensinamento da tradição.

Sabe-se que entre o islão e as tradições locais existe uma miscigenação sincrética de práticas rituais. O estudo de Maivasse (2016) descreve como as tradições e seus rituais se intrincam com o islão. Com os *Makonde* muçulmanos esse encontro se manifesta inversamente: a operação de exérese do prepúcio se realiza na comunidade e depois é consagrada na mesquita pelo ritual *mahulide*.

O modelo de circuncisão islâmico se situa entre os modelos rituais das tradições locais com o que é religiosamente assumido na tradição de Maomé. Não existe um modelo de excisão do prepúcio no islamismo local que se diferencie das tradições religiosas dos *Makonde*. Se existe diferença, ela parte da combinação do que é da tradição religiosa com a tradição médica convencional. Entretanto, a religião inova suas práticas rituais inspirada nas suas crenças.

Chabel (1992) desperta curiosidade sobre o que é o móbil da *Al Tahara*, no qual o autor aponta, o valor lendário, o estoicismo masculino e o caráter higiênico obrigatório que assume na comunidade islâmica. Porém, não tem a figura profissional como a *Mohel* no judaísmo devidamente treinada para executar o *Al Tahara*.

Reza a história que os *Makonde* não tiveram contacto direto com os árabes quando estes estabeleceram o litoral de Moçambique em torno do século VIII. Contudo, a cultura e religião dos árabes não deixaram de repercutir na vida dos *Makonde* e toda a população do norte de Moçambique, principalmente entre as zonas costeiras. A influência é visível ainda hoje entre essas populações que migram para outras regiões do país. Nestas, são visíveis as marcas da prática sincréticas da religião tradicional africana com o islão. A presença árabe deixou marcas religiosas indeléveis no país que, segundo o Office of International Religious Freedom (2018), 18% da população moçambicana é muçulmana, e se concentra no norte do país.

FIGURA 6 – MESQUITA



Fonte: Carlos Mabutana, 2019

Em relação a essa presença no local de estudo, fontes orais locais indicam que, a existência islâmica na aldeia foi obra do *Nalombwo*. Teria sido este o precursor e líder da presença islâmica na aldeia. Não foi uma presença que respondia apenas o seu desejo individual, mas um desejo coletivo dos aldeões como expressam as narrativas coletadas na aldeia:

Primeiro, precisa saber que o que os mais velhos ensinam da tradição não é igual com o que é ensinado na mesquita..., por isso não pode juntar esses dois. A tradição ensina o que não tem lá na mesquita; ninguém conversa essas coisas de nós *Makonde*. Por isso, ...hei, ... nós separamos para não levar nossos filhos a matar tradição e pesar que na mesquita tem a melhor religião. Uhhhh, não! Dos dois são muito bons valores, mas nossa cultura fica em primeiro lugar... se juntar é confusão porque já não vamos falar com nossos espíritos da tradição e dizer... os Mwali já são homens... (MPANGUA, 2019).

Quanto ao sincretismo como encontro de duas ou mais práticas religiosas, o islão não interfere nos ritos de iniciação com suas propostas, nem o inverso ocorre. Isto permite que cada uma viva suas crenças e costumes no seu âmbito e tão somente aceitando a correlação de rituais entre elas. Porém, o islão se destaca pela força de influência social.

Ela é tão influente que muitos *Makonde* têm nomes islâmicos. O *Nalombwo* se veste ao modo árabe com um *dishdasha* quando está em instrução do rito iniciático.

Sobre a confluência da tradição *Makonde* com o islamismo narrativas locais expuseram:

...meu avô era *Nalombwo* e rezava na mesquita e não era proibido fazer coisa da nossa tradição e ir para mesquita rezar e tudo [...] agora sobre *Likumbi* é ele que fazia a todos meninos da nossa aldeia para poderem começar a ir também na madraça, escola islâmica, e na mesquita aprender a rezar o *salat* e viver conforme a lei de ser muçulmano manda...] porque enquanto não tinha feito *Djando* não podia ir a madraça ou mesmo fazer *salat* em casa. Nós começamos em casa ser muçulmano até que chegamos ainda aqui na aldeia (NDOLINGA, 2019).

Fontes locais descrevem que o *Likumbi* tem passado por transformações e dinâmica social. No passado ia-se ao *Likumbi* com idade entre desaseis anos em diante, desde que o aspecto físico mostrasse estar próximo da idade adulta. Era preciso preparar o adolescente para a vida, para as funções sociais, sobretudo na família. Hoje é absolutamente diferente, vão crianças com cinco anos de idade em diante. Estas ainda não estão prontas para aprenderem algo importante na sua vida. Adolescentes que eram, aprendiam os ofícios da vida, se comprometiam com a religião dos seus ancestrais, católica ou islâmica. Nos depoimentos destacam que o *Likumbi* era uma verdadeira escola da vida, na qual aprendiam ofícios que os punham aptos para assumirem o chamado social. Aprendiam a preparar os cadáveres e a sepultura; ter aptidão física para a luta e defesa pessoal; construir a casa; *ing'ande* fazer a cama com base em material local; construir [*shagwelo*] a casa de banho; fazer armadilhas para caçar animais, e cultivar a terra, dentre outras funções.

O rito não consistia apenas no *Djando* ou circuncisão do prepúcio; era a altura apropriada para fazer o *Inambo* ou a tatuagem do corpo. *Inambo* é um termo usado mais pelos *Makonde* de *Mueda*; para os de *Muidumbe* e *Palma*, o termo é *Dinambo*.

.... com esses ofícios o *Likumbi* durava até um ano ou mais... acontecia tudo lá; quando voltei para casa meus pais disseram que eu estava diferente, já tinha barba, e como homem estava mudado mesmo. Entramos, permanecemos lá dois anos na educação, dali tem

aquele processo de *Djando* que se efetua também a circuncisão. Porque quando se efetua a *Djando* é muito bom, pra saúde, também... as bactérias não atacam muito, por aí, não sou da saúde, mas... Nós somos *Makondes*, mas vivemos na nossa comunidade islâmica os ritos de iniciação em outras palavras, ...tem uma tradição que diz, né, ritos de iniciação nós chamamos de *Djando*. Essa é uma forma, bem-dizer, como dialeto, como chamam né, de *Djando*, mas é outra linguagem. Chama *Djando*. Nas mulheres também chama *N'goma*. Na religião muçulmana, a mulher tem suas vantagens, tem seus direitos, mas também tem suas obrigações. No caso de... a principal obrigação de uma mulher é obedecer a seu marido. Essa é a principal. Independentemente de qualquer questão que seja, é obedecer. Então se o marido diz, faça aquilo, ela tem que fazer. Mesmo que não seja, ah, obrigatório pra ela, mas quando o marido diz que, não, tem que fazer (MALINKE, 2019).

A descrição de mudanças dentro do ritual da tradição *Makonde*, através do contato com o islão, é narrada por sujeitos iniciados décadas antes. A relação tem criado pouco a pouco representações correlatas e simbólicas entre os ritos *Makonde* e islâmicos. Nesse contexto, o *Djando* é um símbolo próximo ao *Al Tahara* ou ainda ao *shahada*, o rito de admissão na tradição islamita. Um participante resume:

...entende que não fiz o meu *Djando* aqui na aldeia, porque não nasci aqui. Agora sobre esse assunto no meu tempo, não se fazia circuncisão na mesquita. Tudo acabava no *Likumbi* dentro do *Likuta* mesmo. Nos tempos ninguém devia ver nem um pouco a aldeia, nem as nossas irmãs e mães não podiam ver, nem saber que nossos filhos estão ali naquela casa. ..., mas fui feito lá em... 1962. [...] na altura, éramos jovens, era recrutado por aqueles mais velhos que já tinham ido lá no *Djando*. Vinham a noite com o Imame; madrugada, passava a recolher todos os jovens, ia em casa dele, pelo menos duas horas, duas algumas coisas, levava-nos pra ir cumprir a tradição dos nossos antepassados e de Allah e profeta Maomé (KOYUTE, 2019).

O islão não só se tem aproximado do *Likumbi e N'goma*, como se aproxima a todas outras práticas tradicionais, essa é estratégia de penetração na cultura e tradições locais.

A entrega dos iniciados ao Imame é um momento específico para o *Nalombwo*, no sentido de cumprir com outros rituais islâmicos, tais como, furar as orelhas de bebês com idade entre três e quatro meses para futuramente colocarem brincos, entre outros rituais preventivos de doenças e contra os maus olhados aos recém-nascidos e suas mães.

Há aqui um encontro da tradição-religiosa *Makonde* com o islamismo, embora os *Makonde* não sejam de aderir facilmente a outra crença religiosa em detrimento da sua religião tradicional africana. Diria que os africanos vivem uma pressão contínua e permanente para abandonarem suas crenças mediadas pelos seus ancestrais. Como estes nunca abandonaram suas crenças religiosas tradicionais, vivem sua religiosidade entre o tradicional africano e a fé das religiões islâmica ou católica. A conversão dos africanos não sepulta a crença mediada pelos ancestrais. Segundo Langa (1992) para os ocidentais, os africanos endeusam a alma dos ancestrais. Essa interpretação não é correta, os ancestrais são simples mediadores nossos entre Deus e os homens, o que tem certa lógica, pois cada cultura constrói seu universo religioso a partir de como Deus se revela nessa cultura.

Um dado curioso é que o *Nalombwo* nunca se apresentou na sua nobre missão iniciática no *Likumbi* como muçulmano. Ele cumpre o seu ofício em nome da tradição *Makonde*. Em relação ao facto, Meslin (2014) atesta que a religião não se deve impor sobre a cultura. Entretanto, eu vou mais longe, pois as práticas rituais das tradições africanas no seu todo, elas têm a cultura e a religião como dois luminares difíceis de separar. A imposição não seria apenas cultural, mas sobretudo religiosa. E essa é uma premissa que fundamenta o sincretismo religioso africano com o cristianismo e islão.

O rito é uma manifestação religiosa – cultural, ainda que os atores da iniciação não se identifiquem com nenhuma das três religiões monoteístas. Contudo, não deixam de influenciar a cultura iniciática. Neste estudo isso se explica pelo papel social de quem estabelece a ligação escola-comunidade, que é muçulmano. Esta pessoa funciona como um zelador pelo comportamento dos alunos, tanto na escola como na comunidade. É a ele que são reportados os problemas de má conduta dos alunos / filhos e seu papel é propor medidas educativas corretivas para esse tipo de comportamento.

A presença de uma mesquita na aldeia é uma predileção pelo islão da população do norte de Moçambique com a qual os *Makonde* se identificam. Na aldeia não só existe uma mesquita, como existe uma capela católica, e uma casa de freiras que acolhe crianças órfãs e pobres. Essa presença influencia de certo modo os *Makonde*. Contudo, estão mais

próximos do islão que de outras religiões, pese embora no rito sejam admitidos não apenas crianças da aldeia, como de outros pontos da província de Maputo.

Conversando com alguns *Makonde* islamitas sobre o valor simbólico na tradição étnica e o islão, eles relataram ser importante a visão de saúde com que o rito é interpretado no islão. Portanto, não é apenas um rito de *fitrah*, de pureza do corpo religioso, é um ato profilático no conjunto das regras a observar para a saúde de um corpo que se projeta sagrado. Advertem que é por essa razão que o homem mesmo que seja circuncisado não deve permitir o acúmulo de uma secreção genital em torno da glande. O nosso *fitrah* não é uma regra recomendada no alcorão e pelo Profeta Maomé. Ela é um princípio de pureza. Ele obriga o homem como a mulher. Os homens têm prepúcio e as mulheres o clitóris, o órgão feminino homólogo da glande e os pequenos lábios vaginais. Estes devem ser higienizados para um corpo puro no encontro com a santidade. Quando o homem e a mulher se empenham com a higienização dos seus órgãos genitais garantem uma vida sexual e de um corpo saudável. Também é recomendável a higienização, principalmente dos órgãos genitais após relações sexuais.

A narrativa mostra como os benefícios da circuncisão islâmica não podem ser analisados unilateralmente como sendo a chave do problema. O trato do órgão genital feminino tem uma importância no conjunto do que torna o corpo puro para *Allah* e para a saúde humana.

É extremamente importante a análise para qual esta abordagem encaminha minha reflexão. Pois que, a circuncisão, tanto ao nível das tradições étnicas, tanto entre tradições médicas sempre foi vista como o calcanhar de Aquiles para a saúde preventiva de doenças de transmissão sexual. Poucos autores com os quais lidei ao longo da pesquisa se debruçam sobre a importância que as medidas profiláticas da saúde da mulher são importantes para a redução do risco de doenças pela via do contato sexual.

Os fatores de proteção do corpo das doenças merecem uma abordagem tanto ao quanto imparcial em ambos os sexos, pois é nestes fatores que ocorre a redução de riscos de transmissão de agentes infecciosos. Não deve ser lugar de masculinização ou feminização da doença.

Há toda uma descrição mítica antropológica nos textos citados atrás, nos quais está explícita a interconexão de conceitos de pureza, sacralidade, do que é profano e perigo. Entretanto, chamam atenção as regras de higiene, marcos corporais da procissão espiritual e fórmulas de sacralização do corpo como espaço salvífico e de encontro com Deus. Esse é o modelo específico de como se constrói o sagrado e sua relação com o divino. A minha

intuição é bem predita por Durkheim (2000), que postula que, o sagrado reside nos perfis sociais, no campo ético-moral e na inspiração de ideias que iluminam a humanidade.

Esses conceitos têm sua conectividade semântica com os tabus que raríssimas vezes têm sido explorados no seu verdadeiro sentido social. No entanto eles são revestidos de simbolismos que definem papéis, espaços e ordem social. Fazendo uma leitura crítica do *Thchungo*, aquele *Makonde* que não está circuncidado não é visto necessariamente com um corpo repleto de imundície para ser considerado impuro. Sua impureza é corpórea e espiritual, simbolizada e definida pela presença do prepúcio no seu corpo. Esse estado físico afeta a moralidade étnica e coletiva. Isto é, ele é um perigo, fonte de impureza, de adoecimento individual capaz de contaminar toda sua comunidade. Ele não deve estar em contato com os outros, por representar um perigo social.

Entre os *Makonde* e quase em todas as tradições, o ato sexual traz impureza ao corpo físico tornando-o “quente”, isto é, impuro. A exemplo disso, pessoas que tiveram relações sexuais na noite anterior, recentemente ou simplesmente estranhas à família, não podem pegar um bebê recém-nascido que ainda não passou do rito de proteção contra as vicissitudes da natureza. Este é um dos tabus de proteção social que visa evitar a doença no recém-nascido. Vale a pena estudar os tabus presentes nas tradições para a sua melhor interpretação e compreensão na proteção da saúde humana.

Conforme dito acima, as relações sexuais são símbolo da impureza corporal do homem e da mulher, porque estão quentes ou impuras. O expelir sêmen leva ambos a serem impuros. Enquanto isso, os idosos sexualmente inativas são castos. Eles podem auxiliar o ofício nos rituais infantis.

Note se uma aparente incoerência. A viuvez é considerada um estado de impureza. Contudo, o viúvo(a) pode manter relações sexuais com um parceiro(a) escolhido dentro da família ou um especialista em purificação da viuvez *matchingana* geralmente conhecido na aldeia. A mulher menstruada também pode ter conotações de impureza tal como o adolescente incircunciso. Quando na aldeia se identifica um incircunciso, um *Thchungo*, este é prontamente denunciado e excluído de participar de atos sociais. Ninguém o quer por perto ou como amigo. Nenhuma menina aceitará tampouco namorar-lhe. Perguntamos: as mulheres também podem ser *Tchungo*? Podem ser sim; a sujeição é a mesma que a dos homens.

Portanto, a pureza individual é definida a partir da ausência do prepúcio, pureza que é reflexo da ausência de riscos à saúde que atinja a pessoa ou nas parcerias sexuais. Os

tabus em torno do *Tchungo* são os possíveis símbolos de alterações e mudanças da sua condição social.

Entretanto Douglas (1966) analisa os pressupostos do que é puro. Ele é fruto simbólico do cuidado a ter com o corpo com a observância da higiene aos acordos de convivência humana próprios do coletivo. É verdade que as regras procedem em direção à evolução da humanidade e que sua complexidade está vinculada à natureza de problemas que emergem com o tempo. Será que a forma de análise do sagrado e o impuro nas sociedades tradicionais é a mesma com a que se interpretam os símbolos hoje? Logicamente que não.

Com efeito Douglas (1966) considera justa a proteção do sagrado, por ser diferente do impuro. A sacralidade como expressão da perfeição contém os atos miraculosos da transcendência da força em que se crê. O profano é explicado no cotidiano, no olhar e julgamento de como por exemplo, é interpretado o suicídio na visão do mundo e das relações humanas. Ela é uma análise carnal, na qual não existe sacralidade transcendente.

Mediante os dois mundos, o moderno e o tradicional, não se está perante interpretações absurdas. Está-se sim, diante de símbolos linguísticos imperceptíveis na semântica de pureza e impureza. Eles não estão fora do nosso contexto linguístico moderno com obstáculos notáveis, apenas estão em linguagem que se pensa não se incorporar na leitura moderna (Douglas, 1966).

Mediante apanágio da autora acima citada, compreendo como os *Makonde* interpretam inconscientemente o sagrado e o impuro numa norma que se resume aos mitos e tabus. Não só com as ancestralidades, mas acima de tudo, com a sua própria existência como entidade coletiva. O impuro, *Tchungo*, é o protótipo do indesejável na cultura dos *Makonde*, a transgressão do sagrado, fonte de contágio e transmissor do perigo nocivo à estruturação da sanidade comunitária cultuada por todos. Ele representa o perigo, não só individual, como da vida coletiva. Não é estranho que o não circunciso seja denunciado publicamente, porque todos devem estar em alerta sobre o perigo comunitário existente. Tal situação obriga o impuro a se redimir do seu estado espontaneamente ou será coagido a ir ao rito iniciático.

Outra questão paira no ar. Por que é que durante o período iniciático é proibido que os pais dos *Mwali*, padrinhos e *Nalombwo* tenham relações sexuais? Na teoria douglasiana é um período sagrado. É um momento de restrições para que a divindade étnica seja perpetuada e o perigo afastado da vida social. O quadro teórico se complementa ainda na percepção da Mary Douglas. Na sua obra, os conceitos acima são de natureza religiosa, o

que não é estranho para Durkheim pois, cada sociedade tem o seu sagrado no qual todos se enxergam. Douglas (1966) segue afirmando que do religioso brotam as normas veiculares à ordem da saúde. Estes não procedem da irracionalidade, nem do contraditório com o sagrado; eles são elementos que aproximam o homem da moralidade e ética, e da lei, congregando-os em espécie coletiva. Tais leis, não são de índole obrigatória, porque são princípios que visam avaliar a incorporação do sujeito nas categorias de puro e impuro.

Onde há mitos e crenças há sempre rituais. Estes são códigos de proteção simbólicos coletivos de divindades intermediárias e supremas, cultuadas na crença que atua sobre a vida individual e coletiva. Segundo Theissen (2009), o rito se fundamenta no medo e ausência de conhecimento que o homem tem sobre o seu destino após a morte. Contudo, não se pode negar que os tabus são códigos sociais que dão ciência do medo à coletividade, garantem a interdição de desejos que poderiam levar a dissolução da ordem natural institucional das organizações, povos e suas culturas. São eles que salvaguardam o sagrado coletivo e o protegem da maldição e perigo.

A semântica do tabu apresenta duas noções na sua apreensão como código linguístico. A primeira noção comporta algo de que se tem medo, da relação do sagrado e o profano que coexistem (Durkheim, 2000). O rito deve ser realizado para não acontecer alguma desgraça na vida. A segunda está oposta à noção de proibição; é o profano que castiga, pune e traz a dor e sofrimento.

No tabuleiro *Makonde* existem muitos tabus durante o período iniciático. Dentre eles, apresento apenas alguns. Há tabus para os pais. Eles devem guardar abstinência sexual que se inicia com a reclusão dos iniciados até a cura das feridas. Nesse período não devem consumir bebidas alcoólicas; não se exaltar; se resguardar do contato público; não proferir palavras licenciosas; não exagerar ao comer; não participar em festividades; não depilar os pelos pubianos até o regresso dos filhos do *Likumbi*. Atendo-me absolutamente na interpretação de cada um dos tabus, diria que esses tabus importam mais pela sua tipificação e consequências sociais que causam nos transgressores. A transgressão de qualquer um deles é tipificada como *Anglandile Kwangalela wa Likumbi*, isto é, desonra das regras iniciáticas.

Quais seriam as consequências da desonra de regras (tabus) iniciáticas? No modo particular de pensar da tradição *Makonde*, em cada tabu violado, deverá haver um ato de contrição e reposição, por causa do abalo à coesão cósmica causado no sagrado. Violar o tabu é expor seus semelhantes a perigos devido à transgressão de deveres étnico-religiosos. Acredita-se que uma transgressão desse tipo pode ter efeitos imediatos como o

adoecimento, em decorrência do enfraquecimento do corpo dos iniciados e da fragmentação da mágica protetora do *Nalombwo*. O resultado disso é que a magia do caos viu a órbita da ordem natural escancarada, e ele aproveita a oportunidade para profanar os corpos e o espaço sagrado.

Existem na iniciação espaços, ambientes, gestos, instrumentos que são de contato exclusivo de *Nalombwo* e dos *Mbwana*, os padrinhos. Há definições de tempo para tudo: para se levantar do leito, para iniciar e terminar as refeições, tomar banho, para necessidades fisiológicas, hora para dormir e posição de dormir, para sentar-se, de andar e outras regras. Portanto, a vida é toda um tabuleiro de tabus para todos os momentos da vida, desde tabus de linguagem, alimentação, sexualidade, saúde, etiqueta, agricultura etc.

Todavia, os *Mwali* aprendem que a mulher é uma companheira para partilhar a vida. Porém, a mulher tem momentos da sua vida biológica a serem respeitados segundo tabus que os orienta. Dão-se como exemplos: é repugnante deitar-se com mulher que se encontra na menstruação; é preciso conhecer bem a mulher com quem anda porque algumas têm “vagina com dentes”; o sexo intergeracional é perigoso e causa a velhice do mais novo; o sexo transacional é um tabu grave. Estes tabus configuram os perigos que atentam contra a pureza e sacralidade do corpo. Quando a comunidade transforma em tabu algumas relações sexuais, como no sexo transacional, está a emitir a noção de perigo.

Douglas (1966), vê no medo pela dor e sofrimento propostos nos tabus, a crença de que a transgressão destes expõe a comunidade a perigos específicos sendo imprudente analisá-los apenas sob o ponto de vista simbólico de crenças e tradições. Verdade é que eles correspondem a ideia de higiene no mundo de hoje. Não mais se deve analisar com diferentes pontos de vista fora da preservação da saúde. O isolamento social proposto hoje, como estratégia para evitar o contágio pelo covid-19, poderia merecer a mesma análise entre crenças e tradições, tal como merecem a mesma análise, se ancoradas às noções de lavagem, limpeza, desinfecção do corpo sem distingui-lo do espírito.

Estas noções, dentro das tradições simbólicas, também mereceriam análise sob olhar espiritual, em que os maus espíritos interferem deliberadamente sujando a pureza do corpo-alma. A doença para estas tradições não entra pelo corpo; ela entra sim, pelo lado espiritual, quando este é fragilizado na sua essência e sofre enfraquecimento na sua coesão, abalando assim o corpo. E a cura em si não se direciona ao corpo, mas essencialmente ao espírito. Cabe ao ervanário e ao médico curar o corpo para que a unidade corpórea da pessoa retorne ao natural estado de pureza e sacralidade. Um exemplo prático que demonstra que a doença, para as tradições, entra pelo lado espiritual,

é que médicos têm vindo a reclamar que muitos doentes vão ao hospital já em estado avançado da doença. Isso acontece porque primeiro vão ao curandeiro para saberem a causa do seu adoecimento. Tem sido comum que seja o curandeiro a aconselhar o seu paciente a ir ao hospital.

Em suma, para Douglas (1966), os ritos desde a sua origem tradicional tiveram e têm até agora fins simbólicos e higiênicos. Não se pode ironizar a existência do abismo entre as noções de higiene e poluição, nem tampouco devem ser ignoradas na arena médica, a sua finalidade. Essa é uma noção que nasceu entre as crenças e tradições dos ancestrais que têm nos tabus sua orientação social.

CAPÍTULO 6. CURA NA TRADIÇÃO E BIOMEDICINA

SÍNTESE

Neste capítulo está descrita a experiência e reflexões sobre a controvérsia na relação da medicina tradicional com a biomedicina, o sentido de doença e saúde no âmbito das ciências biomédicas e das tradições populares, os caminhos de diálogo possíveis para a construção de um sistema nacional de saúde que prima pelo cuidado dos pacientes sem se obcecar pelas ideologias, crenças e culturas identitárias do cidadão e no respeito pelas escolhas individuais. É ilustrada como as culturas se reinventam perante o que põe em perigo a vida. O papel crucial que os atores da socialização têm nas mudanças, a necessidade de atores institucionais como a Igreja, a refletirem sobre a necessidade de incentivar e expurgar as práticas de identidade e de cura na comunidade, para que se retorne a valores que preservam a saúde e bem-estar dos coletivos humanos.

TUNDUVANGA LIKUMBI NI N'GOMA YA VAMAKONDE

As gerações humanas têm suas formas precisas de registo na história dos eventos de adoecimento, sofrimento causados por afecções corporais, psíquicas, e sua sincrônica prática curativa, seja espiritual, por rituais de invocação das forças sobrenaturais, seja por intervenções diretas no corpo, por meio de rituais de cura utilizando elementos da natureza mediante a intervenção de sacerdotes e divindades. Já na pré-história da humanidade, há provas de que o adoecimento e a cura estiveram continuamente associados a práticas ritualísticas (Gewehr *et al.*, 2017). A medicina tradicional foi desdenhada no âmbito de serviços de cuidados básicos de saúde. Em alguns países chegou a ser classificada como medicina não convencional e em outros de medicina complementar (WHO, 2013). Aguiar (2010) afirma que tal prática é tão antiga que a humanidade nos seus primórdios vivia na maior integração com a natureza; a cura era baseada na experiência nutrida numa estrutura mítica que até hoje é presente nas tradições autóctones e nas que se denominam de civilizadas. Sua sobrevivência é vinculada à oralidade que a transmite permanentemente às novas gerações por emanar das tradições.

Porém, o êxodo populacional para as grandes cidades, a transformação de áreas rurais em urbanas e a sua industrialização criam rompimento de relações saudáveis dos homens com a natureza e desencadeiam novos problemas, tais como a poluição, o desmatamento, a redução de biodiversidades, alterações climáticas, maior produção de resíduos. Em consequência, há registo de novos problemas urbanos, a deficiência no saneamento do meio, que resulta na propagação de doenças infecciosas e parasitoses.

Este espaço é mirado pela indústria farmacológica que incentiva a migração cultural das práticas medicinais populares para os fármacos.

E esta, não pode ser a única razão, a urbanização rural e a mudança de hábitos rurais para os urbanos [“civilizados”] fazem surgir, segundo Habermas (2002), novas metáforas sociais de adoecimento em torno a problemas como o câncer, alcoolismo, HIV/SIDA, e outras doenças que resultam de estressores sociais. Na obra em que este autor analisa “o futuro da natureza humana”, termo utilizado no título da obra citada, alertando para uma evolução em direção de uma “eugenêsia liberal”, ele aborda de forma veemente, os perigos que o avanço tecnológico na engenharia genética e biológica representam para o futuro da humanidade. Não deixa de levantar as implicações nefastas que representam para o futuro da saúde humana. Tal presságio se concretiza num corpo que está cada vez mais se afastando da natureza porque a tecnologia, os fármacos, as cirurgias e outros procedimentos, permitem a cada um fazer do seu corpo o que é exigido pelos padrões sociais de onde ele vive.

Foucault (1996) nas suas reflexões ressalta que, durante séculos, o homem foi um verbalizador de ideias; entretanto, os tempos modernos tendem a transformá-lo em ser cuja manutenção da sua condição biológica está condicionada ao aprimoramento corpóreo de si pelas tecnologias sofisticadas que o tornam mais ente da biopolítica que de outras esferas sociais. Bega (1995) afirma que o uso da técnica de manipulação genética está evidenciando a forma mais esdrúxula do poderio dominante do conhecimento nas margens da trilogia biologia, engenharia e a genética. A noção de dominação é, ainda segundo a autora, construída nos alicerces da engenharia genética num abandono da clássica noção de força tradicional, que era encintada através de guerras tradicionais, com o fim de obter a submissão do vencido. Hoje o dominador não é mais um general que comanda um grande exército militar, é apenas aquele que detém as técnicas genéticas manipuladoras da vida.

Retomando Habermas (2002), na análise destas corporaturas metafóricas de adoecer, elas tampouco devem ser banalizadas, pois, não só ajudam a evidenciar o padecimento, como são eixos estratégicos interventivos, sejam eles biomédicos, sejam eles das tradições do povo.

A OMS, na sua análise, projeta que as dificuldades assistenciais da população no mundo tendem a se agravar pela escassez de profissionais de saúde e pelo precário investimento no setor de saúde. Com isso, pelo menos metade da população mundial ainda não é totalmente coberta pelos serviços essenciais de saúde, dígito que corresponde a cerca de 100 milhões de pessoas empobrecidas que sobrevivem, com US \$ 1,90 dólar por

dia. Essas pessoas teriam que pagar os custos dos cuidados de saúde. Mais ainda, cerca de 930 milhões de pessoas, o correspondente a 12% da população mundial, gasta cerca de 10% de seus orçamentos familiares com os cuidados de saúde. A situação causa alarme nos Estados membros da ONU que esboçaram o plano de desenvolvimento sustentável para o mundo visando o alcance da cobertura universal de saúde (WHO, 2015).

É importante que o mundo tenha de ser sensível com os desfavorecidos, pois, os serviços de saúde que recebem financiamento público têm se tornado no maior equalizador da sociedade. Quando há cortes financeiros, insuficiência de recursos, tudo recai sobre os pobres e marginalizados da sociedade, que atingem mulheres, jovens e crianças com a perda do seu direito à saúde. Parcos recursos do orçamento familiar são direcionados à compra de medicamentos. A situação se torna mais crítica quando constatamos que toda semana, 6 mil mulheres jovens em todo o mundo são infectadas pelo HIV. Só na África Subsaariana para citar o exemplo, quatro em cada cinco novas infecções por HIV ocorrem em adolescentes com doenças relacionadas à HIV; essas são as que causam maior mortalidade de mulheres em idade reprodutiva. A situação tende a registrar uma regressão significativa de mortes relacionadas à doença de SIDA e novas infecções pelo HIV. Tudo porque no ano de 2018 houve registou quase de 15 milhões de pessoas que ainda aguardavam receber o tratamento de infecção de HIV (UNAIDS/WHO, 2020).

Prestar os cuidados de saúde para todos é uma escolha política de governos onde muitos optam por não o fazerem, e suas consequências se transformam em uma teia de implicações sobre as populações desprovidas de escolhas e decisões que respondam à sua condição desfavorável. Um exemplo é da África do Sul, que até o ano 2000, dava assistência à terapia antirretroviral apenas a 90 pessoas. Com o incremento na verba assistencial no sector de saúde em 2019, passou a assistir mais de 5 milhões de pessoas em tratamento para o HIV, alcançando assim o topo no ranking mundial dos maiores programas de tratamento antirretroviral (UNAIDS/WHO, 2020).

Por outra parte, o que se oferece para a análise e solução são as evidências da praticidade e opções pautadas em modelos de saúde hegemônicos e supervalorizados a desfavor das práticas e tradições de cura. É partindo dessas evidências que se assume a missão excêntrica de regular as opções populares e formular políticas públicas apropriadas. Não se deve criar um antagonismo institucional que ofusca a altiva missão promotora de ações e serviços públicos de saúde com eficiência e qualidade que estão comprometidos com o bem-estar da população. A missão devia ser arcada numa conjugação de forças e meios para o alcance do bem-estar da população num clima isento de hostilidades.

Hruodbeorth (2016) admite que a inconsistência discursiva institucional entre antagonistas da cura tem vindo a perder eco, quando a população mostra entusiasmo pela qualidade de serviços de saúde de ordem naturalista. Esse autor relata que sistemas não biomédicos evitam os efeitos adversos de medicamentos convencionais no meio ao crescimento desenfreado da especialização e da alta de tecnologia, questionando a abordagem cartesiana e mecanicista predominante. É inédita a apreciação satisfatória da qualidade dos cuidados e serviços de saúde prestados pelos provedores da medicina não convencional feita pelos consumidores em países desenvolvidos.

Porque as práticas curativas são de grande valor na formação de um sistema de saúde de abrangência biopsicossocial e espiritual, a Organização Mundial da Saúde reconheceu a Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCI) no sentido de institucionalizar suas práticas e sua integração na prestação de serviço de assistência médica. Tais práticas constituem um serviço que visa complementar e ampliar o conjunto de ações de atenção à saúde com base em racionalidades, teorias e experiências de diferentes culturas relevantes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, objetivando a integralidade humana. Este modelo integral que inclui a MTCI propicia a assistência e cuidado à saúde em muitos países onde comumente é o principal serviço oferecido à população nas suas diversas situações de doença e cura. Em outros países, o modelo funciona como um complemento ao sistema nacional de saúde. A integração da MTCI no sistema nacional de saúde pode acontecer por iniciativa estatal, que se encarrega de legislar seu funcionamento, formação, pesquisa e pela promoção e prestação de serviços (WHO, 2013). É neste contexto que ainda apresentam estratégias da MTCI para o período 2014 a 2023, que podem ser adotadas no sistema nacional de saúde de qualquer país de forma integrada aos cuidados de saúde e em outros modelos de atenção à saúde. Isto, de certo modo, não lhe retira o status hegemônico de controle e supervisão enquanto órgão estatal. É preciso tomar em atenção que se pode idealizar fazer a integração num programa de saúde de modo coordenado desde uma perspectiva holística, de forma a responder às necessidades de saúde e bem-estar mental, emocional, espiritual dos indivíduos. Além de reconhecer esta diversidade, as formas de cuidado não podem ser pensadas como totalmente efetivas, eficientes e de qualidade impecável, o que justifica que o papel de controle e supervisão tenha de ser permanentemente por parte do Estado, conforme entendimento de Menéndez (1990). Isso poderia fortalecer tanto as instituições como os executores dessas práticas, dentro dos programas de formação e certificação em todos os modelos de atenção integrados no sistema nacional de saúde.

Werbner (2013) ao observar os praticantes populares de cura pela oração, sublinha que dentro dos processos de trato da doença, nem sempre seus atores procedem na lógica conexa às suas experiências passadas ou do que aprenderam antes em relação à execução dos ritos, aos recursos a usar, às várias técnicas e procedimentos rústicos de aliviar a dor e sofrimento de seus pacientes. O ritmo na execução dessas práticas tem sido marcado por oscilações, ambiguidades e improvisos que podem gerar conflitos de várias ordens nos seus atores.

Tomando Werbner (1985) como referência reflexiva, observo que os *Makonde* vivem no seu fazer rito, um cotidiano estampado no observado pelo autor. Reconheço o quanto perenemente suas práticas asseguram a continuidade étnica cultural. Porém, elas não são lineares na sua transmissão. Isto é, não se pode idealizar por exemplo, que o processo de cura após circuncisão ocorre exclusivamente mediante o uso absoluto de medicamentos tradicionais. Existem processos e modos discretos de levar iniciados em processo de cicatrização lenta ou complexa ao tratamento convencional. Por vezes, os medicamentos são trazidos para dentro do *Likuta* para o trato de feridas. Mas em algumas situações, se o caso é tão complexo, não deixam de levarem um enfermeiro particular para fazer o tratamento. Se o caso for grave levam diretamente à unidade de saúde mais próxima. Porque o ato ritual em si não é um ato criminal dentro da lei moçambicana; o hospital faz o trato da ferida sem que isso possa ser considerado um ato criminal.

Mais ainda, não se pode afirmar que o rito transcorre em ambiente absolutamente tradicional. Há que aceitar que nem tudo que caracterizou o passado dos seus ancestrais é perpetuamente conservado até hoje, como o modo de circuncidar, o uso de plantas medicinais e de outros recursos naturais. Eles sofreram influência da dinâmica temporal. Nas suas práticas curativas da circuncisão é comum por exemplo, a combinação de medicamentos convencionais com os tradicionais, o sincretismo de cura, a intervenção de enfermeiros, o uso de lâmina de bisturi e de cicatrizantes de feridas ou de medicamentos analgésicos ou para febre. Também se inclui o uso de redes mosquiteiros no *Likuta*. Isso mostra o quanto eles também são vulneráveis a influências temporais estando em processo de modernização da tradição. O cenário se repete também no cotidiano da vida dos *Vanalombwo* que não se eximem de influências no modo de iniciar os adolescentes para perpetuarem as práticas étnicas *Makonde*. Por outro lado, asseguram as práticas como seu modo de sobrevivência através da contribuição que cada pai paga pela iniciação do seu filho.

Nos três locais de estudo em que o rito foi orientado pelo mesmo *Nalombwo*, observei que o rito teve atores diferentes em suas diversas etapas, distintos compassos e uma teia de conectividade processual diferente em cada um dos locais. Era comum a omissão de certas etapas do rito que em outro local foram executadas. Por exemplo, a aparição do *Muntela* [curandeiro], a personagem que rivalizou com o *Nalombwo* ao antecipar-se na adivinhação no presságio do decurso do ritual e seu desfecho, a submissão a costumes mágicos dos atores da organização do *Lokumbi* local.

Entre relatos associados às observações etnográficas sobre as incoerências nas práticas rituais, despertou-me interesse a expressão discursiva de um dos entrevistados. Mas também serviu para dissipar incertezas e descrenças sobre o que vivi e ouvi no campo iniciático *Makonde*. Algumas vezes a tradição me parecia esfumar-se entre o moderno e o saber ancestral. Não conseguia fugir da modernidade líquida da sociolinguística de Zygmunt Bauman (2007). Ele não apenas revela a incoerência, mas também, o como e quanto sente-se a necessidade de tornar a tradição de circuncidar num rito em processo temporal que cruza os caminhos de um legado passado com o contemporâneo. A narrativa é feita a partir de uma referência, Cabo Delgado terra de origem dos *Makonde*, que inspira os grupos emigrados:

[...] Sim, até [...] por exemplo, eu fui no ano 2015, viajei para província [Cabo Delgado]. Então quando viajei para lá, foi um mês em que já estava a meter as crianças no *Likumbi*. Então, quando cheguei lá, até eu tinha o meu sobrinho também, estava a entrar. Depois peguei como padrinho, que recebi. Então aquele *Nalombwo*, por ter feito circuncisão nas crianças, mas ele fez mal. Fez mal [...] não sei se [...], aqui embaixo que cortava veia [...] então aquela criança praticamente estava mal mesmo, que [...] não sei [...]. Então o que que nós pensamos, foi falar com o médico no hospital. Falamos com o médico, ele dispensou alguém com medicamento, é todo material, e veio pra lá, começou o tratamento daquelas crianças, eram duas crianças, as duas crianças, durante uns três, quatro dias [...] passou nosso medo [...] quando já estava tudo bem. Veja como foi bom o médico e outras pessoas do hospital! [...] Então, eu quando digo que esta relação é boa é através disso mesmo. Porque mesmo hoje [...], hoje em dia, hoje aquilo de fazer a sangue frio no mesmo dia, no *Likumbi* [...] não sei como se pode fazer para talvez não continuar. [NDEYA, 2019]

Menéndez (2003) afirma que o reconhecer estas práticas curativas que não seguem uma linearidade no seu processo ritual não é aceitar a priori que elas são eficazes, eficientes e de qualidade; é apenas reconhecê-las como elementos sociais de saúde. Eles são modelos de saúde com seu padrão curativo próprio, com seus pacientes; sua crença é credibilizada na população. Infelizmente elas são negadas, ignoradas, marginalizadas, ainda que a miúde sejam de uso por parte de diferentes setores da população. A estes pretextos, Menéndez (2013) prevê que os modelos de cuidado de saúde, revelados em suas pesquisas antropológica de saúde, podem ser o tição para a construção de um sistema biomédico que aglutine todas as práticas de cuidado de saúde, desde a prevenção, trato, controle, alívio e cura, em circunstâncias específicas. Isso sugere assumir uma série de pontos de partida a iniciar, como resultado da análise dos modelos de atenção da sua experiência empírica do que é conhecimento médico e saberes populares no tratamento do alcoolismo e outras enfermidades.

DOENÇA, SAÚDE, CIÊNCIA E TRADIÇÃO

O tempo é fator de mudanças vertiginosas sobre os padrões de saúde e do evento de adoecimento. Claramente, inovações tecnológicas permitiram a descoberta de doenças que podem ser tratadas precocemente, trazendo a necessidade de uma reflexão científica em torno do que será doença e saúde no campo de ciências biomédicas e tradições. Nem com esses avanços das ciências biomédicas tudo é perfeito. Os danos à saúde humana são vários e eles vão para além dos juízos éticos que se levantam em seu torno. Para Giddens (2001), os efeitos da evolução científica para a espécie humana são agourentos. Ele exemplifica o uso inadequado de pesticidas e herbicidas na agricultura moderna, o uso de hormônios e antibióticos em espécies criadas como os frangos e porcos, vegetais geneticamente modificados, no meio ao crescimento da população e a crise ecológica que põe em risco a segurança alimentar.

A partir destes problemas, é possível prever as consequências sobre a vida humana e o futuro das gerações, o que leva o homem a refletir e reconsiderar as práticas médicas tradicionais na preservação da espécie humana e do próprio sistema ecológico. Os saberes e práticas tradicionais em saúde e a emergência de terapias alternativas e complementares têm proporcionado itinerários terapêuticos múltiplos como complemento à medicina clínica ocidental. Essa é uma Razão suficiente para evidenciar contendidas e tensões de

coexistência antagônicas entre a medicina convencional e a medicina tradicional. A boa intenção dos médicos é conviverem, partilharem práticas de cura na mesma população. Ao haver partilha espacial e populacional na cura, essa tem que ocorrer junto com o saber biomédico e não fora deste orbe. Assis *et al.* (2018) coloca um ótimo eixo de reflexão sobre o lugar da ciência biomédica no espaço social de cura na medicina tradicional. Tudo justifica o que procede da indigência da consideração dos aspectos ontológicos próprios das práticas e saberes tradicionais, assim como da necessidade de uma melhor delimitação do campo de atuação das práticas alternativas e complementares e do campo de atuação da medicina tradicional, que tem vindo a assumir-se preferencial na cura do adoecimento da população.

Assis *et al.* (2018) predita a existência de conflitos entre a tradição e a biomedicina nas suas atribuições, na conceituação da doença espiritual, da sua etiologia e cura. Por outro lado, não deixa de ser que as noções de saúde e doença enquanto apropriações culturais locais, ocupam lugar meritório de resistência cultural à dominação portuguesa, assim como aos novos moldes de globalização ocidental. Menéndez (2003) vê na sociedade latino-americana capitalista uma ascensão do uso dos medicamentos alternativos como uma reação a distintos procedimentos e orientações biomédicas. Em razão disso, o antropólogo reitera que em muitos países europeus e americanos já existe uma concepção menos unilateral e mecanicista sobre a medicalização comparada com as décadas de 1960 e 1970. Contudo, esse autor coloca que outros autores são críticos porquanto a medicalização constitui parte da agenda atual de governos contemporâneos, onde o processo assume onipotência e unilateralidade. A única evidência da aproximação da biomedicina à tradição, ao longo da história, é no campo de plantas medicinais, graças aos seus efeitos fitoterápicos que seus múltiplos compostos químicos proporcionam, constituindo os princípios farmacológicos para a produção de alguns medicamentos no tratamento de certas doenças.

Outra antítese é revelada em Menéndez (1994). As teorias da modernização observadas nas demais tendências, algumas definem a medicina tradicional pela sua diferença no prognóstico e cura, que é antagônica à medicina científica. Elas definem primeiro as tendências práticas e as representações médicas tradicionais de não-científicas. Em segundo plano, denunciam um antagonismo visto por alguns como um processo de resistência sociopolítica ideológica. Em terceiro plano, se apresenta com tendência acadêmica, que também não deixa de ser ideológica e política. Segundo esta ideologia acadêmica, a medicina tradicional não é capaz de gerar modificações, nem

tampouco alterações estruturais dentro de si. Logo, trata-se de um fenômeno cultural que na fase evolutiva tenderá a desaparecer mediante o antagonismo.

Assis, *et al* (2018) compreende a existência de uma interpretação da ciência biomédica pouco desvairada, que se tem apropriado do discurso da medicina tradicional por não apresentar comprovadamente suas evidências, segurança e eficácia segundo os princípios da ciência ocidental. Isto é absolutamente díspar às sociedades tradicionais que se inspiram em princípios ontológicos e na visão holística impregnada num sentido de doença que integra o ser humano como um todo indivisível. Nessa ordem de ideias, para Langdon e Wiik (2010), as crenças sobre o corpo e a origem etiológica das doenças, o seu tratamento, os seus modelos de prevenção, são vigorosos em qualquer tipo de cuidado imerso no seu universo simbólico sociocultural, onde os indivíduos paulatinamente deixam-se levar pela socialização entre os seus padrões culturais. Eles estão imersos em modelos ritualizados institucionalmente em seus atos individuais, biológicos e sociais, nos quais aprendem a contrapor o que é adverso aos princípios e padrões ideais de conduta e de diagnóstico da doença. A interface entre os dois sistemas antagônicos se reflete na tolerável existência do pluralismo de práticas em saúde, o que significa que em nossas sociedades existe parte considerável da população que usa múltiplas formas de cuidado médico para diferentes problemas de saúde (Menéndez, 1981).

Kleiman (1980) é tanto prudente no que diz respeito à conceitualização do que é saúde e doença. Para ele os conceitos são produzidos entre racionalidades científicas dessemelhantes que marcam os modelos de prestação de cuidados de saúde. Nessas racionalidades, as erudições tradicionais são extratos de práticas curativas notórias da população que se expressam entre crenças e formas de cuidado não reconhecidas como oficiais pelo sistema hegemônico de saúde do país. Menéndez (2003) não se furta em demonstrar o como a evolução de formas tradicionais de cura pode ter valor reconhecido que extrapola as fronteiras tradicionais locais e se estabelece na órbita internacional em pé de igualdade com a medicina ocidental ainda em países onde não fazem parte da ciência médica local. O autor se refere e exemplifica pela já bem conhecida acupuntura, ou na medicina tradicional ayurvédica, que se instalaram e desenvolveram em contextos ocidentais.

Em relação à postura das ciências médicas, historicamente afeiçoadas à lógica e à racionalidade cartesianas, as mesmas têm seu enfoque biológico que define seu substrato. Nele, a saúde é a ausência de doença. Tal enfoque ignora inteiramente qualquer contribuição que possa ser dada pelas crenças e práticas curativas que não sejam

biomédicas associando-as a superstição e magia. Os críticos, não deixam de chamá-las de primitivas, opostas ao cuidado científico da doença (Assis *et al.*, 2018).

Como luminar reflexivo dos argumentos e contra-argumentos imprescindíveis para um diálogo para construir itinerários terapêuticos, evoco a obra de Herzlich (2005), que interroga: “Quais são os diálogos possíveis entre a antropologia e a medicina?” A autora argui que existe um triálogo desde a década de 1960, entre a antropologia e as ciências médicas da doença e da saúde, que se consolidam no esteio de subespecialidades de saber da mesma casta científica. Ela advoga que os estudos de Rivers e Ackerknecht, sobre as culturas primitivas e a medicina tradicional nos Estados Unidos, concluíram que os conceitos e práticas de saúde e doença são intuições que se constroem no cenário cultural, e não nas equívocas limitações da biologia humana.

Para estes pesquisadores as noções etiológicas da doença são o ponto de partida para a lógica diagnóstica e terapêutica, o que significa que o tratamento das doenças deve seguir a dialética das causas, elemento da etnomedicina que é importante no contexto sociocultural. Neste prisma, as doenças de origem mágica devem ser tratadas na terapia mágica; as de origem natural tratadas na terapia natural como sequência da sua lógica natural, ainda porque são do retrato da medicina primitiva mágico-religiosa, diferentes da medicina científica (Augé, 1986). Os ritos de iniciação são, para os *Makonde*, de natureza espiritual e corporal; sua execução é do fórum espiritual, afetando os corpos dos iniciados. De modo análogo, a visão clínica trata as doenças de acordo com as suas causas. Entretanto, poucas vezes a biomedicina reconheceu sua incapacidade de curar certas doenças e remetê-las ao tratamento por parte da medicina tradicional. O inverso acontece: por vezes, a terapia da doença é feita no sincretismo entre práticas, as crenças da tradição e a biomedicina, processo característico do tratamento de moléstias em Moçambique.

Conversas com diferentes grupos no estudo revelaram que ser *Nalombwo* é ter preeminência nas funções culturais de circuncidar, valer-se da sua magia para efetuar a cura das feridas iniciáticas com uso de plantas e de recursos da fauna capazes de produzir efeitos protetores no corpo dos iniciáticos contra a incursão maligna da bruxaria e maus olhados. Os discursos sobre esse ator levam a considerá-lo mais um curandeiro. Contudo, ele é também um formador de consciência étnica. Meslin (2014), que estudou a magia e feitiço na relação do que é puro e impuro, destrincha o papel dos dois atores asseverando que, o adivinho que geralmente é curandeiro, tem o papel de pressagiar o perigo que ameaça o homem através de oráculos. Ao mágico cabe-lhe o papel de anular o perigo e restabelecer a pureza ameaçada através do exorcismo e de encantos que ligam o homem

aos deuses. O mágico satisfaz a vontade dos deuses mediante o uso de plantas, cortes corporais, sacrifício de animais, uso de cores fora do que é o seu cotidiano. Ele usa uma linguagem gestual e emprega fórmulas que se situam fora do comum. No nosso estudo, descreve-se deste modo o assumir mágico:

Para ser *Nalombwo* deve aprender a arte mágica e a ciência oculta da magia que domina o mundo dos *Vanalombwo*. Alguns entendem que o *Nalombwo* não só é mágico, como também é feiticeiro [...] porque tem a ciência do bem e do mal. Ele protege os *Vamwali* no *Likuta*. [...], entretanto, outros acreditam que a sua magia é apenas para o benefício e não estritamente para fazer mal [...]. Ele tem espíritos como qualquer um tem [...]. Os espíritos dele conseguem ver coisas e falam com ele, mostram o que deve fazer [...] guiam-no, mesmo que ele não seja possesso, eles atuam na vida dele de modo diferente do curandeiro. Corra daí, que não pode ser considerado feiticeiro. [...] entre o mágico, feiticeiro e *Nalombwo*, o *Nalombwo* está entre as duas categorias. Ele é uma pessoa que conhece tanto o feitiço como a magia para o exercício do ofício iniciático [...]. Aquele trabalho é perigoso, se não foi bem-preparado pode ser morto pelos feiticeiros [...] deve seguir as normas que ele diz desde o primeiro dia ao último, é ao longo do decurso iniciático que os feiticeiros intensificam as suas investidas para inviabilizarem todo o trabalho. Todos devem colaborar para que não se quebre tabus. Se não [...] depois tudo fica mal. O *Nalombwo* não é um destacado curandeiro, nem feiticeiro, os seus conhecimentos se limitam especialmente à iniciação, não possuindo o douto de cura de outras enfermidades, se não das doenças da criancice. Se tem feitiço, esse não vai para além do que pode fazer pelos feiticeiros que adoecem os *Vamwali*. A esses, ele retribui vigorosamente pela proteção e evita que haja morte entre os iniciados. O seu feitiço está impregnado à iniciação, não sendo capaz de enfeitiçar por outras razões sociais, senão por enfeitiçar os *Vamwali* durante a iniciação que pode ter consequências por toda a vida do iniciado [...] A magia do *Nalombwo* já não é tão forte aqui [...], não é como ontem lá em Cabo Delgado. A proibição fez desaparecer muitas coisas. [...] Naqueles tempos quem fazia a magia para proteger

os *Mwali* de verdade era uma mulher. Da confiança do *Nalombwo* [...], mais velha e em menopausa. Essa sim, fazia tudo e saia bem. E era assim como fazia [...]. Os prepúcios cortados eram envoltos em pano velho, a mulher guardava por alguns dias entre suas pernas como se tratasse de penso higiênico [...] assim mesmo, como coloca quando está menstruada. Isso é feito na floresta, longe do olhar dos homens. Findo o tempo que devia ser de uma semana [...] ela enterrava o pano em torno de uma árvore grande [...] que somente ela devia saber. Ali estava a vida de todos aqueles meninos iniciados. A partir dali, se sabia por exemplo, quem são os que não iriam chegar à idade adulta, os que seriam saudáveis, os doentios e fracos [...]. Aquilo é como aquela coisa que fazem com as meninas quando têm a primeira menstruação [...], para não ficar grávida antes de crescer ou ter homem para se casar. A mãe e avô fazem aquela coisa de tratar o pano velho que ela usou na menstruação e enterravam em algum lugar que só a mãe e avó deviam saber [...]. Aquele segredo mágico era desenterrado quando ela casava e para poder fazer filhos. [...], é como aquilo [...] [NTEMBWA, 2019].

As crenças e práticas sobre saúde em cada cultura fazem parte do sistema lógico de juízos integrados na sociedade. Sua análise deve ser binária: natural-sobrenatural, magia-ciência, medicina primitiva-medicina moderna. Esta abordagem não obscurece a dinâmica cultural e a experiência do adoecimento em seus contextos geográficos e culturais. Desacredita-se o dogma de que a cultura é obstáculo à saúde, por compreender crenças e práticas que resistem às mudanças de toda natureza (Langdon, 2014). Esse é um pensamento etnocêntrico e ocidental no qual, só existem crenças nos outros sistemas culturais. Excepcionalmente esse pensar impera até agora nos sistemas de saúde, durante as campanhas e programas de promoção de saúde, na relação médico paciente, onde as crenças são interpretadas como dificuldades de comunicação e para mudanças no processo curativo (Good, 1994). Sem negar as possíveis barreiras reais, é preciso compreender que a cultura concebe os eventos numa lógica específica, diferente do mundo ocidental com a sua concepção particular do corpo somático. Há uma trilogia somática: corpo [carne], sangue e espírito. O espírito se impregna no corpo para lhe dar identidade. A identidade não é prestada pela cultura em que se nasce, pela língua e hábitos; ela é

marcada pela origem espiritual dos seus ancestrais. Júnior *et al.* (2014) explicam que o corpo é uni tridimensional no ser como estrutura humana. Ele encasca o sangue, corpo e espírito. O *Ngati* 'sangue' é um harmonizador que otimiza o funcionamento e vigor do corpo para se proteger de enfermidades através de fluidos sexuais, saliva, leite materno e o próprio sangue causador de doença. O *Svirhu* consiste em partes do corpo que correspondem à órgãos externos e internos com funções protetoras e higiênicas. O *Xiviri* configura o espírito da pessoa, sua identidade e personalidade que se projetam socialmente no *Xithuzi*, o que confere ao sujeito presença, identidade e personalidade.

A incorporação do *Ngati*, *Svirhu* e o *Xiviri* é o que dá vida à pessoa. A saída do *Ngati* do corpo é uma ameaça da morte. Quando o corpo está em vida, suas partes se agregam unos e interdependentes, constituído se o unitário corpo-espírito. Quando um sujeito morre, desaparece o seu físico, seu *Xiviri* jamais morrerá, ele permanece na espiritualidade entre os vivos da sua família e os mortos. A morte leva este homem a viver no bi cosmológico. Nele vive as duas experiências, a primeira é de estar ausente em corpo na sua família, a segunda é de estar presente em espírito. Pela espiritualidade experimenta também a sua presença entre os ancestrais da família.

Esta perspectiva da medicina primitiva expressa os trabalhos pioneiros da antropologia aplicada, surgida nos Estados Unidos depois da Segunda Guerra Mundial. Ela brotou entre os antropólogos nas pesquisas sobre a saúde, que tinham sua identidade nas crenças socioculturais que baseavam práticas locais de cura, ajudando a transformar barreiras em comportamentos saudáveis (Langdon, 2014).

A circuncisão como uma prática cultural que se situa para além do biomédico é também um ato psicopedagógico, espiritual, que traz os adolescentes para dentro da cosmologia do seu povo. Este universo cósmico, mágico-religioso, ao longo da história, alicerçou as bases biomédicas e seu processo de cura. Daí que negar o modelo tradicional de cura é corroer sua base epistemológica. Deste modo, a prática da circuncisão não se deve fundamentar na segregação biológica, na especialização, na tecnologia cimentada para o uso das minorias com poderio econômico.

CONVIVÊNCIA DE MODELOS DE SAÚDE

Se a aceitação da medicina tradicional está condicionada à produção de evidências biomédicas, a OMS (2002) recomenda que essa competência seja da atribuição das ciências biomédicas, que devem identificar, aprimorar e validar a sua eficácia terapêutica

para a sua integração no sistema nacional de saúde. Tal acontece com a medicina alopática que tem sua base biomédica na metodológica científica de observação, experimentação, controle e validação. Nesse prisma, entendo ser cabível o que Langdon (2014) articula, que a evidencia é produzida para reconhecer, inserir práticas curativas de um sistema de saúde que se reparte em três 'arenas', o profissional; o popular e seus especialistas; e o leigo, que é o primeiro agente familiar de cura impregnado entre diferentes interpretações da doença e cura.

É partindo destas arenas que Menéndez (2003) propõe a noção de autocuidado. Segundo ele, trata-se de uma estruturação sistemática de saúde que evolui entre coletivos populares, num modelo de atenção concebido localmente. Segundo o autor, o autocuidado corresponderia às práticas que a população usa individualmente ou em grupo, ao diagnosticar, explicar, atender, prevenir, controlar, aliviar, suportar, curar, o que afeta sua saúde. As causas e consequências podem ser reais ou imaginárias. Nesse processo não há intervenção direta e intencional dos curadores profissionais. Contudo, estes são a referência da atividade de autocuidado onde a prescrição de uso de um tratamento é autônoma.

O autocuidado é pensado em dois níveis, o amplo e o restrito. O amplo é importante para a reprodução biossocial dos sujeitos e microgrupos domésticos e funciona segundo fórmulas, objetivos e normas estabelecidas pela própria cultura do grupo. Aqui se incluem, a prevenção de doenças, preparação e distribuição de alimentos, limpeza da casa, do ambiente, do corpo, obtenção e uso de água, a relação com a morte segundo usos e costumes locais, cuidar de doentes no final da vida e o manuseio do cadáver dentro das crenças locais. No nível restrito cabem os processos de análise. Não obstante, é difícil estabelecer visivelmente o corte entre os dois níveis. Mesmo nas situações em que o autocuidado se refere ao âmbito individual, ele sempre desemboca nos microgrupos e grupos, que afetam a reprodução biossocial.

Menéndez (2003) acautela que, o autocuidado não pode ser confundido com automedicação, o uso de medicamentos sem prescrição médica no trato de algumas doenças, tal como é feito na visão da biomedicina. A automedicação é parte do autocuidado; ela não consiste apenas no uso de fármacos industriais, mas também na utilização de substâncias, desde chás verdes a substâncias psicoativas, incluindo álcool. Seu uso é decidido e utilizado por sujeitos e microgrupos com relativa autonomia de atuação em relação ao seu sofrimento e estímulo de certas condutas biopsicológicas. O "autocuidado" é também desenvolvido na biomedicina dentro dos sistemas de saúde, ao

educar os pacientes no cultivo de hábitos saudáveis, que proporcionem a prevenção de certas doenças.

Menéndez (2012) reposiciona que há nas sociedades latino-americanas uma coexistência de formas de cuidado das doenças, e a biomedicina assume a preeminência. Nestes operam as seguintes formas de cuidado: biomédicas; medicina tradicional; medicamentos alternativos ou paralelos; de tradições acadêmicas não ocidentais e o autocuidado.

Em conclusão, automedicação é um padrão comum entre indivíduos e grupos, que em vez de erradicá-la, deve ser melhorada, aprimorada em atos de educação promoção e prevenção em saúde estando o sujeito consciente da política de redução de danos e riscos. Nos autocuidados o cientista expõe não apenas o meio de melhorar a saúde individual e coletiva; é um espaço de potencializar, dar voz e empoderar os grupos e coletividades (Menéndez, 2012). Este modelo pode ser funcional para grupos que se organizam a partir de algum problema de saúde como os Alcoólicos Anônimos, Neuróticos Anônimos, e pode ser adotado por movimentos feministas e outros.

Segundo Hruodbeorth (2016), a medicina tradicional é cotada como a adição de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em presunções, crenças e experiências de diferentes culturas autóctones, que podem ser explicáveis na lógica dos cuidados de saúde para prevenir, diagnosticar e tratar as doenças físicas e mentais. A OMS informa que em alguns países em desenvolvimento, a medicina tradicional é utilizada por cerca de 80% da população rural. Ela embolsa simpatia, apoio, respeito, familiaridade e aceitação cultural da comunidade; em certos lugares chega a superar em alta os profissionais da biomedicina concentrados nas áreas urbanas. Devido à escassez de profissionais da saúde nas áreas rurais, a medicina tradicional suplanta a falta assistencial às populações, fornecendo seus serviços, onde é única forma de acessar aos cuidados de saúde, e sua persecução ao direito à vida. Como não acolher que esse é o modo natural de as comunidades acessarem serviços de cuidados à saúde num equilíbrio que supera de certo modo as desigualdades sociais, de acessibilidade e poderio econômico mirando a obtenção da qualidade desejada?

A medicina complementar e alternativa, segundo WHO (2013) é o conjunto de práticas de saúde externas às tradições do país e aos povos locais que não fazem parte da tradição autóctone, nem da medicina convencional. Não se encontram absolutamente integrados no sistema nacionais de saúde; seu uso em alguns países se alterna com a medicina tradicional. O uso da medicina tradicional chinesa na reabilitação física e

fisioterapêutica, na melhoria da prestação de cuidados de saúde em Moçambique, é um exemplo eloquente da combinação de modelos terapêuticos dentro de um sistema nacional de saúde.

A população só tem uma escolha do modelo assistencial de saúde na existência de uma diversidade de modelos de atenção de saúde a ofertar. Isso cabe no axioma segundo o qual, o lugar da cultura, a interação entre a pessoa e seu contexto social, sua história, são essenciais no processo de escolha do tipo de tratamento (Alves & Souza, 1999). Essa é a razão de um sistema de saúde de composição variada de serviços que expressa os modelos sociais de doença e cura, num contexto de liberdade política democrática, em que a medicina convencional nem sempre está ancorada às tradições e crenças culturais das populações. Mais do que uma escolha, o direito à saúde não se abrevia à possibilidade de ser atendido numa unidade sanitária, no domicílio, no ambulatório, usando tecnologia médica da última geração. Ele se realiza na garantia de uma extensa qualidade de vida através da oferta de serviços amplos em interlace com o que é o básico, na educação e promoção de saúde para que o cidadão conheça o que pode adoecê-lo, e assim aprende a prevenir-se dentro dos meios que possui, tendo acesso a todos serviços segundo suas convicções.

RECONHECIMENTO DA MEDICINA TRADICIONAL

O panorama mundial que a medicina tradicional apresenta, especificamente em países com um déficit de cobertura de assistência médica, mobilizou o Congresso de Medicina Tradicional da OMS, a fazer fortes apelos para uma renovação dos cuidados básicos de saúde. O anúncio foi feito partindo de evidências que recomendavam a revisita do lugar da Medicina Tradicional na comunidade; a necessidade de ter um olhar positivo sobre as suas múltiplas contribuições na saúde comunitária, o que permite que a prestação dos cuidados de saúde seja na maneira mais justa, acessível, barata e direcionada para o indivíduo Hruodbeorth (2016). Onde a medicina tradicional é o maior provedor de serviços de saúde, seus profissionais são recursos valiosos e sustentáveis. O que torna imprescindível a sua formação profissional para garantirem a prestação de cuidados primários conectados às equipes biomédicas no contributo para um sistema de saúde prático, aconchegante, eficaz e culturalmente aceitável.

Pela importância estratégica que a medicina tradicional tem desempenhado na cobertura universal no acesso à assistência médica, foi reconhecida pelas Nações Unidas

a herança e o conhecimento tradicional dos povos nativos e suas práticas medicinais tradicionais. Estas devem ser respeitadas, preservadas, promovidas e garantida a conservação dos seus recursos de cura, como animais, minerais e plantas Bodeker *et al.* (2005).

Qual é o benefício das nações ao reconhecerem a Medicina tradicional num momento em que tem sido comum que hospitais, clínicas médicas e consultórios apostam em recursos tecnológicos para a otimização de trabalho? Segundo Menéndez (1994) o processo saúde doença, cuidado, danos à saúde constituem eventos comuns e universais que operam estruturalmente de diferentes modos em todas as sociedades e nas redes sociais. Dentro de cada coletivo social a medicalização é presente nos sistemas e grupos sociais, que não geram apenas representações e práticas, estruturas e conhecimentos para enfrentar, coexistir, resolver e, se possível erradicar as doenças, num mundo em que os governos tendem a ocidentalizar e universalizar cada vez mais o sistema de saúde. De acordo com Michel Foucault (1999), do século XVIII para o XIX a espécie humana entrou nas estratégias dos cálculos do poder político, pois a vida biológica e saúde foram transformados em focos básicos do poder sobre a vida, na denominada estatização biológica. A politização do bio (vida) foi o traje clássico do biopoder que se encadeia em dupla imagem. Primeiro, como uma anátomo-política do corpo que visa discipliná-lo, e segundo é uma estratégia de politização da vida do próprio povo que passa a entender sua vida exclusivamente na única dimensão. Na biopolítica de Foucault, estão ressaltadas as noções de sexualidade, raça e deterioração para a otimização da componente biológica humana. Historicamente ela estava ligada à constituição, à tonificação estatal e afirmação burguesa médico-jurídico, visando duplamente medicalizar e introduzir normas jurídicas na sociedade de modo a estabelecer domínio sobre ele.

A medicalização estruturada já presente nas sociedades tradicionais é absolutamente contrária, quando se opõe pela prática contínua dos seus modelos de trato e representações sociais que a doença tem dentro da medicina tradicional. A medicina tradicional se tornará absolutamente contrária à politização social enquanto encaminha as populações, sobretudo pobres a encontrarem soluções médicas do seu adoecer para além da hegemônica biomédica. Perpetuando assim, a sua liberdade de viver segundo conceitos de saúde autóctones. Mais ainda, a multiplicidade de modelos assistenciais à saúde é um verdadeiro desvio ao controle estatal da população e do processo de adoecimento. Processo esse, que interessa ao poder estatal na produção patológica que emerge da urbanização rural e mudanças nos modos de vida que se tornam razões suficiente para

medicalizar e comercializar a saúde, produzindo ciclicamente desigualdades sociais, que são um risco para a saúde pública pois, leva o pobre a não pagar a sua saúde.

Segundo Menéndez (1994) o adoecimento, morte, o cuidar da doença e da morte não devem ser definidos a partir de profissões e certas instituições, específicas e especializadas, é importante que a própria sociedade construa ações, técnicas e ideologias dentro do âmbito profissional de cada sociedade, pois os eventos de doença e cura só têm seu significado social coletivo dentro das suas fronteiras sociopolíticas. Dentro disso, a doença é um evento da vida coletiva com a maior simbologia e representação coletiva estruturada na sociedade contemporânea, onde o sofrimento tem sido o eixo principal a construir o sentido coletivo.

Em Moçambique, foi dado um passo no sentido de reconhecer e regular a medicina tradicional em 1992, logo após o fim da guerra civil (1977-1992). Com a criação da “Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique “(AMETRAMO) como instituição regulamentada pelo governo, requer-se a carteira de filiação aos curandeiros que realizam atendimentos de consultas e oráculos ou mediante recebimento de espíritos de antepassados (Acçolini & Sá Júnior, 2016).

NASCER NO LIKUMBI E N’GOMA

A passagem da adolescência para a vida adulta entre os *Makondes* é marcada por rituais de passagem, sendo o *Likumbi* o rito masculino e o *N’goma* rito feminino. O *Djando* [circuncisão] se torna o selo, a marca da participação do *Mwali* no rito masculino que lhe confere preparo para lidar com as vicissitudes da vida adulta e padronizar seu comportamento para uma interação social responsável. O costume confere ainda ao *Mwali*, o direito participativo na vida étnica como um ator social capaz de responder solicitudes sociopolíticas.

Esse enquadre social do *Mwali* no universo dos adultos, realizar-se no ritual *Likumbi* que segundo Mabutana, 2016 se divide em ritos não incisivos e incisivos. Esta divisória visa corresponder a condição socioeconômico de cada um. Pois, todos têm a obrigação étnica de iniciar seus filhos, mas nem todos reúnem condições financeiras para arcarem com os seus honorários. Esses rituais apresentam as seguintes características:

A circuncisão *Makonde* explicita a natureza das tradições autóctones representadas: O *Lidjando*, retirada de todo o prepúcio, assemelha-se à circuncisão médica, excede na pele retirada; risco, muito sangramento, inchaço da parte coronal e da glândula, frequência

de complicações. *Nthindoo wa kulumula*, retirada parcial do prepúcio sem medida exata, deixa a glande com coberta desigual e exige correção cirúrgica. O *Djando*, entalhe duplo sobre o corpo do pênis ou nas extremidades do prepúcio. É de baixo risco, por causar menor lesão no prepúcio. *Nthindoo wa Kuenga*, corte de porção de pele do corpo do pênis ou nas extremidades do prepúcio ou ainda, rasgo da extremidade do prepúcio em forma de V, tem alto risco de infecção e complicações.

Os ritos não incisivos, não oferecem autenticidade étnica, pois em várias conversas foi explícita a necessidade de marcar no corpo do iniciado o símbolo étnico *Makonde*. Estes sustentam que o marco símbolo é importante em várias ocasiões, como para ter acesso ao local de iniciação, onde o símbolo pode ser exigido como prova iniciática acompanhada de repetição de fórmulas aprendidas no rito, isto é, os iniciados não cumpriram integralmente o rito, tal como é da exigência étnica., etc. Daí que não garante direitos plenos ao iniciado, geram discriminação.

No alongamento do prepúcio se destacam as impressões de alguns idosos. Eles indicam que a prática é ainda presente entre os *Makondes* em Cabo Delgado com maior acervo da tradição. Descrevem que a prática é também usada na cura de fimose em jovens e adultos, com dificuldades de retrair o prepúcio e expor a glande. Segundo eles, nem sempre o hospital é a melhor escolha para todos, a tradição se encarrega de resolver este evento, que é comum entre pessoas que não circuncisaram plenamente o prepúcio. Rickwood (1999) aponta que a fimose pode estar associada a balanite, representado 40% de casos associados a fimose, em que fica difícil a sua identificação, nos casos que o prepúcio só permite a exposição da glande parcialmente entre jovens e adultos.

Os depoimentos de idosos sobre o alongamento do prepúcio são importantes padrões de reflexão, que indicam a existência de uma prática terapêutica que creio ser natural, mas subestimada pela biomedicina. Por tal subestima, tende a desaparecer como rito iniciático e curativo da fimose. Improficuamente a prática já não sobrevive entre os *Makondes* que vivem na área urbana. O que chama em auxílio a hipótese de a circuncisão *Makonde* nas áreas urbana ser uma prática com fins identitários, e pouco preocupada com a prevenção de doenças entre seus sujeitos. A hipótese da Ferreira (1975) invoca que a circuncisão era prática *Makonde* já antes do contacto com os árabes e asiáticos. Entretanto, o contacto com estes influenciou o modo de circuncidar. Assim, alguns passaram a tirar todo prepúcio, o que foi interpretado como um desrespeito cultural, e assim foram zombados, 'a *Vatchope ni Vahembana*'. Isto é, os *Makondes* se aliaram sua identidade aos

Chopes e Bitongas, dois dos três grupos étnicos que praticantes da circuncisão no sul de Moçambique.

A história de vida que um homem de 50 anos descreve o padecimento com fimose, mesmo circuncisado no rito. Iniciado em Mueda, narra como o rito é também uma terapia:

Em 1985 fui levado ao *Likumbi* pelo meu tio materno, tinha 8 anos de idade, na altura vivia em *Mueda*. No ritual foi me retirado uma pequena porção do prepúcio e quando estava com 12 anos se deu conta que para puxar o prepúcio para traz dói-me bastante, o que dificultava a higienização após urinar e mesmo durante o banho. A situação deixava-me bastante constrangido e envergonhado, que passei a não tomar banho com os meus amigos. Entretanto, numa das ocasiões ganhei coragem e contei ao meu irmão mais velho, amostrando-lhe o pênis com fissuras no prepúcio. O que dificultava a higienização depois de urinar, ardia de comichão. A solução foi fazer o alongamento do prepúcio durante longo tempo com óleo de rícino [NDULUYA,2019].

Desde a presença portuguesa até o período pós independência, os *Makonde* sofreram uma imposição cultural posta em ação pela igreja católica, com destaque para a missão de *Nangololo* em *Muidumbe*, sob pastoral dos Padres Monfortinos, Capuchinhos e outros em *Mueda*. Sobre as transformações *Makondes* alguns Missionários relataram ter sido importante a intervenção da igreja naquele povo. Os batizados ganharam consciência de quanto seu corpo é templo sagrado de Deus, e não mais precisavam de mutilar o corpo, seja porque que razão fosse. Cristo foi mutilado por todos, a vida jamais deveria ser posta em risco em nome da salvação. A mutilação transcendia a cultura, afetava a saúde, causava sofrimento e morte, porque a mutilação, a imagem dos dentes era a sangue frio e sem medicação, era desumano. A igreja ajudou os *Makonde* a saberem respeitar o seu próprio corpo, a abandonarem a mutilação labial, a escarnificação do corpo. Não entendemos ter havido destruição da cultura, mas uma ela inculturação, ressignificada no diálogo com o Evangelho de Cristo, que é sempre atual e nova para a humanidade.

Os depoimentos de idosos oriundos de Cabo Delgado, os relatos de Ngole, 1986 certificam que a religião católica não só transformou a cultura *Makonde*, como lhes levou a abandonar as modificações corpóreas que faziam a partir da arte tecnológica tradicional, os ritos. Tomam o exemplo do [*Inambo*], que deixou de ser um rito de escarnificar o corpo

todo, para se reduzir ao [*Ndjando ya vamakonde*], um simples símbolo marcado no prepúcio.

FIGURA 7 – MAKONDE COM INAMBO



Foto: Francisco Rafael N'chivanga, 2001

FIGURA 8 – MAKONDE COM NDONA



FIGURA 9 – MULHER MAKONDE COM NDONA



Foto: Francisco Rafael N'chivanga, 2001

FIGURA 10 - CAMINHO DE ACESSO AO LIKUTA



FIGURA 11 - MARGENS DO RIO UMBELUZI



Foto: Carlos Mabutana, 2019

FIGURA 12 - LIKUMBI



Foto: Carlos Mabutana, 2019

FIGURA 13 - INICIADOS PRONTOS PARA O DESFILE



Foto: Francisco Rafael N'chivanga,
2001

INSTRUMENTOS E MEDICAMENTOS

O uso de recursos terapêuticos naturais, data desde a idade da humanidade, quando o homem descobriu que a própria natureza lhe oferece cura para o seu adoecimento, entre minerais, vegetais e animais. O efeito curativo por meios naturais, teria se consolidado em crença e religiosidade, de que o homem pela natureza se cura. Os *Makonde* têm na natureza o que cura suas enfermidades, a doença da criança, das feridas circuncisas, o fechamento do seu corpo contra os espíritos dos feiticeiros [*Muwavi*] no *Likumbi* através do ritual [*Ku kuva Likumbi*]. Isso mostra o lugar que a medicina tradicional ocupa na vida étnica, de onde brota a relação natureza-doença.

O uso da cura iniciática assegura a autenticidade ritual desde o *Lipanda* até o dia de saída *Kudjaluka*. Quanto aos instrumentos de corte usam: canivete, lâmina bisturi e lâmina gillette. Medicamentos: óleo de rícino [*Mbalika*], Extratos de vegetais para proteção do local de iniciação [*Ku kuva Likumbi*, *N'goma* ou *Kuzikwita N'goma*], *Nkova*[amuleto], *Ntumbati* [esta planta só existe em Cabo Delgado], *Sinavenavi*, mel e outros que o *Nalombwo* nunca os revela a ninguém. Entre convencionais usam, pomadas cicatrizantes e analgésicos.

O *Ntumbati* por não ser uma planta local, para conservarem seu extrato, pilam suas copas e conservam em bolinhas para secar. Para o uso, é diluída em água, e produz uma coloração acastanhada. Segundo seus atores ela purifica o corpo das

impurezas e perigos da infantilidade e nascença. A infância é uma doença a curar, logo a nascença, deve tomar medicamentos que o protegem e sua adolescência até a idade adulta, e o rito iniciático marca o fim da doença infantil.

O uso da oleaginosa é já tradicional na medicina popular, para tratar dores nas articulações, trato do cabelo, hidratação da pele, e trato de inflamações. É uma substância importante no rito vaginal de que irei debruçar-me mais adiante. O mel à mistura com extratos de plantas, não só é aplicado no corpo dos *Mwali*, como lhes é dado para consumir em pequenas porções em diferentes momentos iniciáticos. Este é o [*Nthela*] remédio essencial da iniciação.

O rito associa o material *Lipanda*, *Nthela*, ao incorporar [gestos mágicos, fórmulas] para agregar os iniciados ao seu grupo étnico. Nesse cenário, os *Nalombwo* são os únicos atores da iniciação outorgados a fazer a mágica curativa da infantilidade dos *Mwali*. Sendo que, todos os outros que o fazem fora da iniciação, esses são os verdadeiros *Mmwavi* feiticeiros. E faz sentido que, os *Mwali* e as mães entrem no primeiro ato ritual *Kwangalela* aconselhamento. Pois, todos entram na casa escolhida entre a porta e as pernas abertas do *Nalombwo*. Para a cerimônia, este fica de corpo nu, apenas com uma capulana que lhe cobre da cintura ao joelho. Este gesto faz parte de tantos outros, que em situações normais são tabus sociais. Neste caso, não o são, porque são atos iniciáticos permitidos apenas ao *Nalombwo*.

CIRCUNCISÃO INVENTADA FACE AO HIV

A reflexão sobre a problemática da circuncisão é evidente em estudos da UNAIDS/WHO (2007) no Quênia, Uganda e África do Sul, desponha que homens não-circuncidados estão sujeitos a mais contaminações e bactérias, de outro modo, a circuncisão tradicional não oferece segurança no ambiente em que se realiza. A partir desse pressuposto, Mabutana (2016) concluiu ser eminente melhorar o ambiente pouco seguro da circuncisão *Makonde*. A essa tensão, junta se a mostra, de quanto as práticas e tradições étnicas podem ser uma contribuição científica no combate ao adoecimento, orientados num único sistema nacional de saúde, e em contextos socioculturais adversos.

O corte do cabelo é o primeiro rito [*Kuchangula ugwimbo*] a que se submete o *Mwali* para entrar no *Likumbi*. Os relatos étnicos ressaltam que o cabelo de nascença

é por si impuro, devendo ser rapado, e assim o fazem. Sobre isso Meslin (2014) adverte que o parto é impuro, sendo necessário purificar o recém-nascido e a mãe. É um perigo de contágio a acautelar, para não se repercutir no presente e futuro da criança. Assim cortam o cabelo os iniciados e suas mães. Como o *Nalombwo* faz esse ritual? Molha primeiro o cabelo de cada um com *Inubati* uma substância extraída de *Ntumbati*. Faz o ato mergulhando o rabo de boi *Nshila* numa panela de barro onde está diluído o *Inubati* em água, e molha um por um os iniciados, após este ritual o corte do cabelo é feito pelos familiares ou pessoas próximas como já citei antes. Auxiliados pelas mulheres idosas, o *Nalombwo* amara o *Nkova* no pescoço de cada *Mwali*, o amuleto que os protege da mágica e bruxaria durante no *Likumbi*. Assim faz depois de ter dado a lambar uma pitada de mel misturada com outros extratos vegetais à pau nos lábios.

FIGURA 14 – INICIADOS E MÃES DEPOIS DO KUCHANGULA UGWIMBO



Foto: Francisco Rafael N'chivanga, 2001

LIPONDA, COMIDA INICIÁTICA

O *Liponda* dos *Makonde* se afeiçoa ao mito da criação em Gênesis (1,29) na descrição da primeira lei dietética de Deus para o homem nos termos: “Eis que vos dou todas as ervas que dão sementes em toda a terra, todas as árvores que dão frutos

e sementes para serem vossos alimentos”. O rito faz renascer a gênese do veganismo do ser humano desde a seu gene mitológico.

A exegese bíblica é clara, que nunca foi intenção de Deus deixar o homem matar os animais para a sua dieta alimentar. Dunn (2012) reforça a ideia ao titular que, “Os ancestrais humanos eram quase todos vegetarianos “, na obra ele propõe o retorno aos hábitos alimentares dos nossos ancestrais para a sustentabilidade do ecossistema ecológico, posto que algumas espécies são extintas pela ganância insaturável e autodestrutiva humana com fins alimentares e outras futilidades, o que causa o desequilíbrio ambiental.

Evidências recentes indicam que o consumo de carne é causa de várias doenças. Contudo, nada indica que as mudanças para dieta vegana poderão levar a nossa expectativa de vida a estar próxima dos nossos primitivos, levaria sim, ao aumento da qualidade de vida Schwartz (2008).

É uma reflexão interessante sobre a visão e simbolismo autóctone que os *Makonde* têm na representação ritual, a consciência do que deve orientar a sua relação com a natureza, e com os vegetais seus alimentos naturais, nos quais não consta a carne animal. Este é um verdadeiro retorno às origens da natureza humana, transmitida no simbolismo iniciático, não só aos *Mwali*, mas a humanidade global. Três autores conceituados já tinham renunciado a visão similar a dos *Makonde*. Primeiro, porque para eles os animais são criações naturais que estão ao nível do homem, eles são conscientes e sencientes tal como o humano.

A outra razão o retorno ao veganismo, segundo Francione (2008) é uma restauração da paz entre o homem e os animais, sobretudo com a natureza, através do reconhecimento do *status* de propriedade dos animais, das diferenças entre os direitos e o bem-estar dos animais, e a teoria dos direitos dos animais baseada apenas no sentimento. Entre os teóricos e defensores dos direitos dos animais e sua senciência, estão o moralista e filósofo Tom Regan (1938-2017), o jurista Gary Francione e o filósofo Peter Albert David Singer.

O *Liponda* separa os adolescentes da dieta da infância para uma dieta de pessoas adultas, depois este rito são levados para dentro da palhota onde recebem do *Nalombwo* as primeiras instruções de vida adulta acompanhados pelas mães. Desta casa saem de corpo todo untando no óleo iniciático. Estão prontos a partirem para [*Likuta*] casa iniciática na floresta.

FIGURA 15 – O LIPONDA



Foto: Francisco Rafael N'chivanga, 2001

A partida dos *Mwali* para o *Likuta* é um momento insólito à misto de tristeza, incerteza e alegria, que as mães dos candidatos à iniciação simbolizam em deitarem-se de barriga no pátio do *Lipanda* até o regresso do *Nalombwo* e todos que acompanham os *Mwali* para *Likuta*, onde serão circuncidados. A mesma mística de tristeza não se revelar nos homens e jovens. Da conversa mantida com estes, o momento é de euforia, porque os *Mwali* vão se tornar homens, deixarão de estar sob a proteção das mães e compreenderão o quanto a vida é tão insensata e imprudente. A dor e o sacrifício lhes tornará homens crescidos e prontos para a vida adulta. As fases iniciáticas duras são os segredos que a natureza os revela, o quão devem estar preparados, porque a vida não lhes será fácil. Quem não aprender durante a iniciação as lições transmitidas pelos mais velhos, será réu da própria natureza, que não terá misericórdia de quem não se preparou para a vida.

KUTUNDUVANGA LIKUMBI

A dança e canto aflora sempre os ritos, as batucadas são vocativas dos ancestrais [*Vachinhakala*] para virem dançar com o povo a celebração da entrada dos *Mwali* no cenário da vida adulta étnica. É neste perfil que partem os *Mwali*, *Nalombwo*,

Bwana e outros para o *Likuta*. Entretanto tudo já mudou, o *Nalombwo* já não usa o canivete para circuncidar. Cada *Bwana* leva a sua lâmina na mão, pronta para entregar ao *Nalombwo* para o sacrificar o prepúcio. Os olhos infantis que assistiam cortes sargentos de prepúcios, já não assistem o cenário. O pavor e gritos são brandos, porque o corte é suave e pouco goteja do prepúcio em oferenda de sacrifício aos ancestrais [*Vachinhakala*].

O sentimento sobre as novas formas de circuncidar, não foram de concesso na comunidade. Para uns era uma intromissão médica para repelir a tradição e ocidentalizar a prática. Apagando para sempre o que durante décadas eles têm vindo a resguardar. Uns eram favoráveis ao posicionamento do *Nalombwo* que acolheu a introdução do que chamaram de “eventos da época”, como o risco das infecções de transmissão sexual, de cortes malfeitos e outros. Entre as pessoas favoráveis às mudanças, figuram agentes de sensibilização comunitária, para a circuncisão médica do hospital distrital, que concidentemente são membros influentes nos ritos de iniciação *Makonde*. As autoridades políticas locais, que têm sido porta de acesso para a sensibilização de jovens e pais a aderirem a circuncisão médica, também foram favoráveis as mudanças. Contudo, a liderança do *Nalombwo* e seus coadjutores foi determinante para o exercício de mudanças dentro do ritual. Segundo este, somente ele conhece os riscos e problemas que eram ameaça à crença no *Likumbi*. Para os jovens já iniciados, a mudança era importante, porque lhes permitia circuncidarem-se no hospital e finalmente cumprir a tradição sem muitos riscos e inibições da tradição. Dado a assinalar, foi que quase em todos os grupos a maioria dos *Mwali* se apresentavam com circuncisão médica no rito, estado apenas para o cumprimento do ritual étnico.

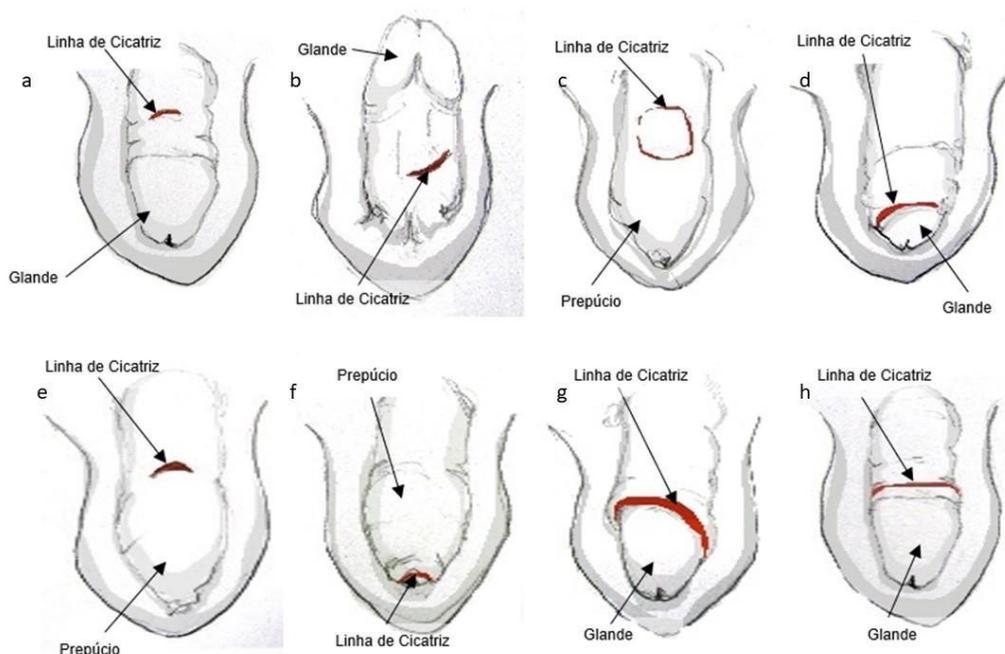
Por sua vez os pais expressaram seu sentimento numa mística de pessimismo e satisfação quanto ao que para eles é introdução de aspectos que retiram o crio tradição ao rito, para uns é modernizar e para outros ainda é levar a tradição ao caos, para o bem da ocidentalização. Para uns as combinações da tradição com a medicina convencional é uma necessidade para a prevenção do HIV e outras doenças relacionadas. Contudo, sublinham a necessidade da preservação das suas tradições. Pois, para eles as epidemias não devem significar o fim das tradições, mas para a sua “civilização” como se referiram por este termo e outros como, “ocidentalizar”, “matar a tradição”.

As coisas estão a mudar, nos nossos tempos era muito duro, [...] agora ainda vai ficando brando, já não usam canivete como ontem[...] alguns já fizeram no hospital. Vem aqui só para passear [...], outros só um pequeno corte que não dá ferida nenhuma nem mal-estar [...]. Tudo segue o tempo de civilização, novas técnicas de evolução moderna, desde que não ensinem a negar as origens a estes filhos[...]até lá no Europa tem tradição, não tem? Aqueles que são médicos saíram daquela *Likuta*, alguns esquecem isso, [...] até diz que pode trazer médico quando eles estiverem doentes ou com feridas que não curam. Arre! Conosco não foi bem assim, era tudo com *Nthela wa Makonde* só[...] quando estivesse doente, huumm[...]. É bom[...] esses são fracos, crescem com injeção e, [...] porque hoje há muita doença que nem conhecemos. Nós tínhamos poucas coisas como, comer, roupa, medicamento, escola, hospital, água potável, vacinas[...], veja como era a nossa saúde, boa. No *Likumbi*, nosso corpo era preparado para não adoecer do nada, fechavam nosso corpo contra tudo[...], que podia adoecer nosso corpo. Então, muita coisa foi com os velhos e a revolução, [...] fazer lá na nossa terra, ainda é melhor sabia?! Na tradição verdadeira de *Vamakonde* mesmo. Hoje tem tudo, mas não tem vida, não tem saúde. Está a entender a diferença de tempos! [MPUYA,2019]

As descobertas deste estudo em novas práticas de circuncidar, destacam um novo caráter de modificação do órgão genital. Os diversos modos de cortes do prepúcio que eram caraterísticos da diversidade cultural *Makonde* associados à identidade étnica, masculinidade sexual e outras reduziram-se a um corte simbólico para manter a tradição. Permitiu ainda reduzir a incidência de sangramento excessivo, complicações de cura, cortes desiguais de pele, inchaço. Para além, indicou uma redução de infecções pelo HIV reportados nos ensaios clínicos de Auvert, *et al.* (2005), Bailey, *et al.* (2007), Gray *et al.* (2007) na circuncisão tradicional.

O estado fisiológico peniano dos *Mwali* apresentava duas categorias: (i) os de prepúcio intacto; (ii) os de circuncisão médica. Para ambas as categorias foi adoptado o corte simbólico, mantendo os objetivos da tradição. Podendo os não circuncidados optarem pela circuncisão médica se assim o desejarem. A intervenção no modelo *Makonde* de circuncidar se tornou um meio eficaz de assegurar a preservação do património cultural e a história que, está por detrás do sentido étnico. É uma reposição do [*Ndjando*], o sentido étnico das escarnificações corporais, o *Inambo* identitário. As mudanças foram propostas partindo destes modelos tradicionais que vigoravam no sei do grupo étnico.

FIGURA 16 - CIRCUNCISÃO ANTES PRATICADA PELOS MAKONDE

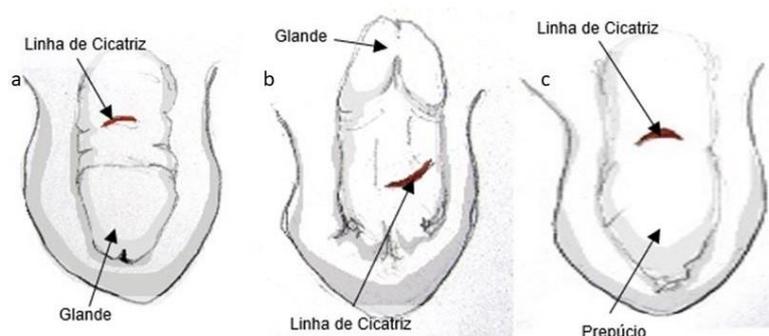


Fonte: Carlos Mabutana, 2019

A UNAIDS/WHO (2007) acentua a importância de conhecer a diversidade e significados da circuncisão tradicional para a introdução da circuncisão médica. Sithole *et al.* (2009) acentua que essas associações que se vinculam aos grupos são pontes de recepção para mudanças de concepções culturais sobre a circuncisão e seu modo de execução. Estudos de Vallely AJ *et al.* (2017) revela que entre os circuncidados nas tradições ,nem todos sabem relatar o tipo de corte de prepúcio a que foram submetidos, o que mostra a prior, o quanto é importante conhecer as diversas formas de circuncidar para uma intervenção que vise mudar, melhorar as

práticas da tradição. Compreender quais são os métodos, risco e benefícios que representam na vida sexual nos iniciados. Após a intervenção foram inventados os modelos de circuncidar que se seguem para a redução de riscos decorrentes do procedimento.

FIGURA 17 - CIRCUNCISÃO INVENTADA



Fonte: Carlos Mabutana, 2019

Os *Makonde* apresentavam dez variantes de cortes do prepúcio que os congreguei em três categorias principais. Variante (1) composta pelas fig. d, g, h; Variante (2) composta pelas Fig. c ,e, f; Variante (3) composta pelas fig. a, b. Dentre as categorias encontram-se variantes de cortes que estão associadas à identidade dos diferentes *Makonde* como, os de *Moeda*, *Muedumbe*, *Nangade*, *Mocimboa da Praia* e *Makomia*, em cada grupo há cortes que são específicos que o vinculam ao *Nalombwo* e ao território sob seu governo , o tipo de instrumento usado, parte do órgão genital onde está marcado o protótipo de corte. Esses detalhes são comuns entre grupos étnicos. No período escravocrata era comum achar-se escravos pertencentes a determinado senhor, marcados por um símbolo em determinada parte do corpo que identificava a quem pertencia o escravo.

Os modos de circuncidar reergue um velho problema, é a circuncisão ou higiene dos órgãos genitais que protege das infecções sexualmente transmissíveis e HIV? Ainda que o debate aparente ter emudecido para dar lugar à estudiosos da circuncisão tradicional, apontam este ritual de ser o foco de transmissão das infecções durante o seu processo.

KUVIKA N'GOMA

Os ritos de iniciação *Makonde* masculinos e femininos foram sempre caracterizados pelos mesmos cerimoniais étnicos. São os grupos de homens e mulheres que são guardiãs das práticas étnicas, como o *Likumbi*, *N'goma* e *Mapiku*, e estabelecem uma comunicação e unidade entre os diferentes grupos na diáspora. Os ritos masculinos e femininos diferem apenas na terminologia, porém preservam os modelos de manipulação dos órgãos sexuais masculinos e femininos. Enquanto os homens se submetem ao *Djando* corte do prepúcio, as mulheres se submetem à *Mathuna* manipulações dos lábios vaginais através do seu alongando, a depilarem os pelos pubianos para evitarem piolhos. Segundo a ONU (2012), a mutilação genital seria a manipulação que visa alterar a fisionomia vaginal fora de fins médicos. A conceituação é embaraçosa, se comparada à cirurgia ninfoplastia na remoção de excesso de pequenos lábios vaginais por razões estéticas. Me parece rituais similares na máxima, dois pesos e duas medidas, considerando-se procedimentos similares. Uma é criminalizada, e a outra legitimada na ordem médica ocidental. Nessa perspectiva tanto homens como mulheres passam pelas escarnificações corporais ou mutilação genital. Algo que difere nos *Makonde*, *Makua*, *Sena* e *Yao*. O mesmo rito existia entre as mulheres Tsongas do sul de Moçambique, e designavam por *Mileve* os lábios vaginais alongados, que chegavam a atingir dez a quinze centímetros. Caso uma mulher não tivesse os lábios alongados era devolvida à casa dos pais pelo marido Junod (2006). A descrição desperta minha atenção, pois percebe-se como, tanto o homem como a mulher passavam por rituais similares no seu sentido de forma e simbolismo étnico. O que intui a ideia de igualdade de gênero na cultura *Makonde*.

Na explicação de uma das mestrinas *Nalombwo Kongwe*, ela conceitua o *Mathuna* como um rito semelhante ao corte do prepúcio, porque as mulheres também têm pênis, o clitóris. No entanto, alongam os pequenos lábios vaginais como seu ritual iniciático que as prepara a terem o corpo sexualmente adulto e preparado para o desempenho de tarefas domésticas na futura família. Para a *Nalombwo Kongwe* a iniciação *Makonde* foi sempre de caráter étnico, pois até o casamento só era permitido entre eles. Em casos específicos era com os *Makua* e *Yao* com os quais partilham até hoje suas práticas iniciáticas. Alúmia que no passado o hábito de alongarem os lábios vaginais era feito simultaneamente com o *Inambo*, a limagem dentaria e

perfuração do lábio superior para o uso do *ndona*, um objeto de adorno labial que era usado pelas mulheres e homens *Makonde*. Todo o ritual feminino não era realizado dentro de uma casa como acontece hoje, no passado era na floresta no *Kamango* tal como os rapazes ficam no *Likuta* na floresta. O acolhimento na palhota era nos dias próximos ao fim do período de isolamento. Quem não fizesse um dos ritos era estigmatizado, tal como deu exemplo do que aconteceu com ele própria nos termos que se seguem:

Entre *N'goma* com meninas da minha idade, devia ter 15 ou 16 anos de idade quando minha mãe soube que eu estava crescida (menstruada)[...] e era muito bonita que já havia famílias que vinham conversar com os meus pais a pedirem que depois da iniciação eu fosse noivar. A disputa era maior que nem eu sabia com quem iria se casar. Acontece que na altura que entrei *N'goma*, os Padres já não aceitavam que fizéssemos o *Inambo*, e eu não fiz porque era batizada na Igreja Católica em *Mueda* [...], diziam que cortar nosso corpo era pecado, então não fiz tatuagem na cara[...] anos depois, nenhum rapaz queria namorar comigo. E eu estava triste, porque as amigas estavam casadas com filhos[...]. Minha mãe decidiu levar-me a fazer tatuagem, aí os rapazes vinham de todos os lados. Queriam casar comigo. Escolhi um, o mais bonito com uma tatuagem bonita como a minha[...] (NAFASI, 2019).

Conversas com algumas mulheres que entram no *N'goma* já há anos e hoje a maioria delas são donas de casa, disseram não se sentirem bem protelarem que as filhas não sejam iniciadas por serem tempos modernos. Contaram ser difícil, especialmente uma menina não participar nos ritos de iniciação, porque tira a autoestima da família e da própria filha. Para além do desprestígio indicam ser um perigo para a vida sexual da menina, porque se não passou da iniciação a probabilidade de ela engravidar, contrair doenças de transmissão sexual, por falta de uma informação correta junto das mulheres mais velhas é maior. Afirmam que qualquer um se informa junto das amigas na adolescência, mas deve ouvir e aprender das pessoas mais experimentadas na vida. Mais ainda referem que, mesmo o

aprendido na escola é mais uma informação que formação humana. Uma, destacando sua observação reiterou: “[...] na escola como é que você vai ter uma professora que, [...] ainda tão nova, sem experiência de vida a ensinar meninas para não falharem no seu projeto de vida de mulheres? ...a vida sexual numa cultura é um submundo amplo e diferente a respeitar [...].”

Enfatizam que a escola tem o seu papel fundamental para o conhecimento humano, mas não é capaz de formar cada mulher dentro de princípios de uma diversidade cultural. Cada uma é mulher como aprende no seu próprio meio étnico, com seus valores, segredos e identidade sexual. Essas mulheres descrevem o que acham que a escola não ensina de modo nenhum,

Ensinam o que é ser mulher a sua higiene e mais[...] por ser fase em que o corpo muda, aprendemos a não brincarmos cedo com rapazes, porque [...] há perigo nisso, [...] ensinam a saber proteger-se até dos homens grandes que sempre procuram enganar as donzelas com promessas falsas. A outra proteção é sexual, o sexo é protegido das doenças em qualquer ambiente... a mulher deve aprender como vestir sua roupa íntima, com se sentar em qualquer momento, principalmente quando está menstruada [...]. Puxar os lábios vaginais com óleo de rícino é uma maneira de proteger o corpo [...]. Isso tem muitos benefícios para a saúde [...] saber higienizar bem e não deixar a vagina secar. Isso para além de ser um risco para a saúde sexual; acontecer isso, os homens fogem porque ela cheira mal, secou por não lubrificar e vai dificultar a penetração. Então tem que saber lubrificar para poder abrir e para poder fazer sexo normalmente com um homem. Se ele não for suficiente maduro, não tiver cortado, não tiver passado do ritual, não vai acontecer nada. Porque ela pode muito bem se movimentar e não chegar no ponto da felicidade. Eu como mulher preparada entendo muito bem que ele não é homem, (Entrevistas, 2019).

As iniciadas expressaram encontram na *Kongwe Nalombwo*, na madrinha [*Anyoke mwalii*] as pessoas indicadas, com experiência de vida para transmiti-las, pois

conhecem os segredos da vida étnica sexual que não se confundem com outra identidade de ser mulher. Dão exemplos de algumas práticas culturais que são típicas da sua etnia, como a posição de dar parto, que é especificamente diferente com a do hospital, os rituais do parto, tanto antes como os de pós-parto, o corte do cordão umbilical, os remédios do trato umbilical e os comuns para o crescimento do recém-nascido e prevenção de doenças da infância, como asma, epilepsia que chamam de doenças da lua ou da cobra e outras. Dentro do explanado, retomaram o alongar os pequenos lábios vaginais, nos seguintes termos:

O *Matuna* para muitos pensam que assegura o homem para não fugir [...], não é verdade[...] *Matuna* não segura nenhum homem. O que segura é o amor, é o carinho, é a atenção. *Matuna*, os nossos antepassados inventaram para ser um divertimento para homem, porque não bastava só ter os seios, não, elas também queriam se divertir. Então, começaram a inventar outros meios, assim como fazem, furar brinco, furar orelha, pôr brinco no nariz, procurar a beleza. Então procuraram a beleza através da *Matuna* [...]. *Matuna* é para diversão do casal. E é higiene pessoal. É uma beleza que a gente tem[...] (MPIWA, 2019).

A conversa com as mulheres foi o iceberg para retomar o *Inambo* prática que ainda vive no *N'goma*, isso está nas entrelinhas do que uma delas diz “O que fazemos lá são coisas de mulher *Makonde*, [...] são quase iguais ao que fazem aos homens, [...] não posso falar [...]”. Pode ser que as mulheres ainda mantenham, embora com certa suavidade os pequenos cortes sobre os lábios vaginais como um ritual descendente do *Inambo* rebatido antes. Mais, é a parelha ritual que com isso reconstrói uma lógica que teria sido desfeita com o abandono das escarnificações corporais e faciais ao baixo ventre. Não estou a dizer que as mulheres provavelmente fazem excisão do clitóris. Trata-se apenas de algo não revelado que deixa espaço de análise. A parelha ela se reconstrói na coerência de binários: alongamento do prepúcio/ alongamento dos pequenos lábios vaginais; circuncisão / escarnificações ou incisões vaginais.

Isso é feito num lugar que só entra mulheres, não é permitido a presença de homens[...] como eles também, no mato onde ficam

não pode entrar mulher, qualquer homem que por qualquer razão entrar no *Kamango* onde fazemos os rituais ele está mal conosco[...]. A regra é a mesma, ficamos somente mulheres. Ficamos todas como viemos ao mundo, ninguém deve ir onde estamos[...] chegar lá e ver todas sem nada no corpo é gravíssimo, gera um problema[...], não se mete nada na vagina, [...] para, sei o quê [...] entramos virgens e saímos como entramos. Ficamos virgens até o casamento e sabemos tudo sobre a vida com o homem. O que fazemos lá são coisas de mulher *Makonde*, [...] são quase iguais ao que fazem aos homens, [...] não posso falar. Se descobrem que alguma menina já não é virgem[...], está grávida, isso é gravíssimo, para sair de lá só pode ser depois de os pais pagarem multa por causa dessa grande vergonha [...] e volta para casa sem ser iniciada (UHURU,2019).

As madrinhas são apontadas como sendo as que melhor transmitem a experiência e segredos da vida sexual. Educar no seio étnico acham ser importante não só para as meninas que ainda não se casaram, assim como é bom para as casadas saberem perseverar a vida na família. Asseguram ser esse o espaço de harmonização de famílias, evitando a traição tanto dos maridos como a delas, pois, a traição hoje tem consequências nefastas, as infecções de transmissão sexual. Algumas acreditam que um homem não circuncidado é um perigo eminente para a vida sexual. E hoje que já não é mais asseverado o casamento homoétnico dizem aprenderem a convencer o parceiro incircunciso a ir a circuncisão, nem que seja médica, pois isso assegura uma vida sexual acomodada e segura em tempos de HIV. Não perderam ocasião para apontarem os aspectos negativos dos ritos de iniciação.

Até hoje não consigo tomar banho com outras mulheres. [...], reparo e quando vejo que elas não têm o que tenho, fico do meu lado para não verem nada de mim. Não gosto que elas perguntem por que tenho essas coisas longas embaixo[...], quando as crianças saem dos ritos de iniciação não há momento específico de explicar que elas ainda precisam de crescer, ainda

não chegou o momento de pôr em prática todas as coisas que aprenderam no *Kamango*. Então, algumas já saem com a curiosidade[...] é isso que alguns dizem, ritos de iniciação ensinam as meninas a casar cedo antes de terem uma formação acadêmica para o amanhã. Então, muitas [...] depois abandonam a escola e já estão num casamento prematuro[...] alguns dizem que as crianças entram cedo nos ritos. Mas se não entrarem naquela idade menstrual já fica tarde. Aí, pode acontecer tudo, a criança experimentou o sexo e acabou com o futuro dela (MULOTA, 2019).

A maneira como se constrói a corporeidade é como se impõe os modelos de controle social Foucault (1996), o que para Le Breton (2017) é ordenar o corpo segundo finalidades que são mediadas pela política do Estado. Dois objetivos colidem, os étnicos e os da política de uma nação, para o desfasamento destas contrariedades, que por muitos foi manifestada e visibilizada pelas gritantes ausências de alunos na escola durante o período iniciático. Evidenciam ausência de uma política educacional inclusiva, das tradições de um povo majoritariamente campesino e de rituais que contrastam com a ocidentalização da educação e um olhar com sacralidade para a natureza e sua própria vida. Os casamentos prematuros verso ritos de iniciação que as mulheres levantam neste estudo, seus males são apontados aos rituais por autores como, Braço, 2008; Osório, 2013 e outros.

FIGURA 18 - MWALI EM PROCISSÃO PÓS INICIAÇÃO



Fonte: Foto: Francisco Rafael N'chivanga, 2001

O aditamento de contraceptivos à vida sexual e aparição da epidemia de HIV, teriam relevado a importância do estudo da sexualidade individual e coletiva das sociedades inspiradas num contexto ocidentalizado como referencial de reflexão mediante construção do homem moderno Giddens (1992). Para o autor o moderno é ocidental sobre o qual se deve compreender a sexualidade de diferentes povos do planeta.

FIGURA 19 - MWALI COM SUAS MADRINHAS E PADRINHOS EM PROCISSÃO NAS RUAS



Fonte: Foto: Francisco Rafael N'chivanga, 2001

A realidade entre os grupos estudados mostra uma diferença na abordagem da educação sexual dos adolescentes. Para uns a sexualidade é uma transformação do corpo e vida do adolescente, lugar onde ele se descobre um ser a caminho da vida adulta, na sua vivência com os outros. Há ainda grupos que olham para a sexualidade como uma construção social que acentua o papel do homem para garantir a subsistência da família. Porém, todos ressaltam ser importante a moralidade como um valor étnico que hoje transcende a etnia [...] a palhota não se manterá firme enquanto não tiver estacas fortes que sustentem o teto [...]. No entanto o que me intrigou foi a pouca abordagem do HIV/ SIDA, o risco do sexo precoce, o uso do preservativo e outros modos de prevenção das infecções de transmissão sexual. As disparidades traíram a expectativa que tinha antes de estar no campo com os diferentes grupos. Entretanto, os mesmos grupos reconhecem que têm uma grande lacuna sobre temas de saúde sexual reprodutiva. Clamam por uma formação que os capacitem melhor para as diferentes abordagens da vida sexual com os adolescentes. Consideram ser importante a formação de adolescentes pois, possibilitará os *Mwali* conjugarem o que aprendem no *Likumbi* com a abordagem científica para a melhoria da saúde humana. Tudo porque reconhecem que a etnia é um mundo pequeno que visa apenas observar valores restritos, mas precisa de olhar para o mundo.

Observei nos quatro campos de pesquisa que os *Mwali* eram compostos principalmente por crianças menores de dez anos de idade. O que contrasta com os objetivos para os quais a iniciação se propõe, como várias vezes foi enfatizado no

diálogo com diferentes grupos, “incutir a responsabilidade, passar experiências de vida para harmonização com os conflitos, marcar identidade étnica do corpo, sexualizar o corpo segundo práticas e valores étnicos”. Para estes, a presença precoce de crianças no *Likumbi* é desculpada pelas razões. A criança passou a ser disputada pela tradição étnica iniciática e a escola, “[...] parece que não temos direito de ensinar a nossa tradição aos nossos filhos[...]. Manifestavam assim os pais o seu espanto. Entendem que se a criança não entra na iniciação nos primeiros anos de escolarização, o risco de ele não aprender corretamente a tradição é maior, porque a escola ensina as crianças a negarem suas práticas e tradições étnicas. Entendem por outro lado, que a escola exerce autoridade social que lhes impede de levar os filhos à iniciação através “calendarização que contrasta com os períodos iniciáticos “. Do diálogo com os professores das escolas dos locais de estudo e os responsáveis do ritual, apurei que nesses locais o problema está ultrapassado, pois, as crianças só vão à iniciação no fim do ano letivo. Porém, apontam que a disputa é ainda notória em Cabo Delgado sua zona de origem. Contudo, a comunidade reafirma que a harmonização do período de iniciação à escolar foi proposta da escola para não perder os alunos e não porque respeita a iniciação étnica.

Sobre a disputa Braço (2008) inscreve na lógica de atuação da escola, por ser um espaço de relações, de conflitos, consensos entre saberes e práticas humanas culturais diversas congregados no espaço político que se alimenta da cultura do Estado, que se nega a manifestação da pluralidade social. Porém, os ritos de iniciação têm sido o preferencial, pois a abordagem da educação sexual entre jovens que frequentam a igreja e grupos de jovens não tem tabus INJAD (2021). Isso revela a grande distância que separa a escola da tradição com a escola formal ou oficial.

MAPIKU: ENSINO DA TRADIÇÃO

O *Mapiku* é uma expressão artística musicada, expressa no corpo *Makonde* que o interliga ao onipotente étnico. A sua compreensão está configurada no corpo e em várias configurações simbólicas como as escarificações, pinturas corporais e tatuagens. Estas são uma linguagem expressiva comunicativa com a mágica e o poderio do sobrenatural. As marcas corporais são uma identidade ímpar, são a arte expressa na cerâmica, nas máscaras que expressam sonhos, costumes e crenças de

estar a viver num mundo com o qual está em sintonia. O *Mapiku*, a máscara do dançarino, em cada passo transmite suas convicções e crenças no espírito mítico, nas variadas formas de estar no mundo espiritual do *Makonde*. Tudo se pode resumir que, *Mapiku* é dança, arte, teatro, música, expressão corporal e sobretudo tradição.

Mapiku provém do morfema *Lipiku* singular de *Mapiku*. É a nomenclatura atribuída à máscara esculpida em madeira, mas também ao dançarino mascarado. A máscara representa as espiritualidades que se personificam no mascarado e dançam os segredos do mundo mítico na relação com a humanidade. Essa comunicação e manifestação credibiliza o encontro dos iniciados com os seus ancestrais no momento específico de contacto com a divindade Narciso (2016).

[...] *Mapiku* é a nossa dança divinatório da iniciação, sem ele não há iniciação[...], essa dança nasceu no *Likumbi e N'goma*. Era uma dança dos homens, não assistiam os não iniciados e as mulheres. Metia medo ver aquele vulto misterioso, mascarado a dançar [...], dançava-se na floresta no *Likuta* onde ficavam os *Vamwali*, só depois vinha para a aldeia. Esta é a descrição feita por um dos interlocutores bastante versado sobre os ritos *Makondes* e a simbologia que o *Mapiku* tem na iniciação. Foram vários momentos de conversa, dos quais ressalta que, o *Mapiku* é uma dança mítica, através dela o mundo dos vivos revitaliza a sua relação com os [*wapantimaliki*] ancestrais personificados na máscara *Lipiku* do dançarino que abrolha entre os mortos pela invocação. O *Mapiku* é lugar de convivência e renovação do mito das origens étnicas. Na dança há um gênero expressivo de sensações de mutações ontológicas apontadas para o sagrado, a cadeia rítmica da dança, os gestos e a encenação mesclada no bailado são a contemporização da cultura *Makonde*.

O protótipo para Alves (1988) é o mito que reconstrói a beleza trágica e emocionante do destino de todos os participantes, pois quando os corpos estremecem ao ouvir o coro do canto, se sentem navegando juntos num corpo em que o indivíduo é espelho contemplativo da sua própria alma. Assim, o mito amarra os corpos solitários num destino comum.

FIGURA 20 - MÁSCARA



Foto: Francisco Rafael N'chivanga, 2001

No decurso da história da humanidade a dança foi um meio educativo e religioso de excelência pela sua mais completa e complexa forma expressiva comunicativa Mendes (2001), através dela Silva (2009) compreende que o processo educativo se torna integral entre corpo e mente e aproxima divindades em rituais, ilustram isso as lendas, crenças sobre a relação divina com a natureza e o teatro, ela transmite mensagens corporais educativas ao povo para uma disciplina e harmonia social. Ela prepara o corpo de jovens para desenvolverem a coragem e destemor, incitando-os a serem incisivos pelos ideais nobres da vida. Enquanto isso, Le Breton (2017) encontra na dança uma expressão comunicativa com o Além, em que o dançarino salta com um pé sobre a terra e o outro no espaço, mantendo um equilíbrio entre os dois mundos, manifestando o quão ambíguo é a sua posição de mediação.

FIGURA 21 - DANÇARINO DE MAPIKU



Foto: Francisco Rafael N'chivanga, 2001

O som mítico de *Mapiku* é produzido pelos batuques com a designação de *Ligoma*, *Likuti*, *Singanga*, *Neya* e *Ntoji* a acompanhar as canções também típicas do ritual. Pela importância que cada um destes batuques tem na produção sonora e na musicalidade necessária Narciso (2016) segreda que na falta de um deles não se pode realizar o ritual. Seus tocadores são pessoas que granjeiam respeito na comunidade. Entre os grupos estudados, o de Maragra a orquestra é composta por pessoas com idade para além de 60 anos e jovens que se trocavam no toque ao longo do ritual.

Os batuques são obras artísticas produzidos em diversos formatos como, de cálice, almofariz, espigão e cilíndricos e o corpo de ressonância pode ser feito de pele de gazela, antílope ou ainda cabra conclui o autor.

IGREJA E RITOS DE INICIAÇÃO

Henri Junod (1863-1934) foi um etnógrafo e missionário suíço que trabalhou inicialmente no sul de Moçambique e posteriormente no norte da África do Sul, na província de Limpopo, entre o povo Tsonga. Na edição da obra “Usos e costumes dos Bantu – A vida de uma tribo sulafricana”, em 1912, Junod questionava o valor da circuncisão praticada em algumas tribos, onde reconhecia que as lições dadas aumentavam o vigor físico dos rapazes e os iniciava para a caça e outras habilidades na família. Entretanto, esse autor não acreditava na utilidade e valor ritual para o futuro da economia dos territórios do sul da África. Para ele, a iniciação era um espaço de promoção da imoralidade sexual dos adolescentes (Junod, 2006). Passado um século, é incontestável e visível o quanto os ritos de iniciação foram e são espaço educativo e de promoção da saúde sexual étnica de jovens e adolescentes, semente e esperança do cristianismo africano, depois que o Concílio Vaticano II atualizou as tradições da igreja católica para os novos tempos no Sínodo Especial dos Bispos para África (Vaticano, 2009). Nesse sínodo, destacou-se a religião tradicional africana como um espaço distinto onde brota e vive a maioria do cristianismo africano. É uma religião que abarca a totalidade da existência, sendo fonte de inspiração para compreender e se expressar em ações de reconciliação, paz e justiça. Outra razão de fundo para um relativo reconhecimento da religião tradicional africana está relacionada com o colonialismo português em Moçambique. Tais factos estimularam a igreja católica a encontrar na inculturação dos ritos de iniciação, a escola da tradição, uma aproximação à fé em seus ancestrais. É sobre essas tradições que está a ser construída a igreja cristã africana.

A igreja católica em Moçambique se deparou, nas suas três arquidioceses, com os ritos de iniciação inculturados na tradição africana e com os ritos de iniciação. Seu reconhecimento não parte da vontade unilateral da igreja, mas nasceu da vontade dos cristãos que têm nas suas tradições o que melhor guia os seus filhos na vida cotidiana cristã. Assim, a educação tradicional de costumes locais encontra-se com a tradição do Evangelho de Cristo. O processo de inculturação dos ritos de iniciação teve seu início na diocese de Pemba, terra dos *Makonde*, no que Ngole (1996) chamou de *Likumbi* da Igreja ou do Padre. Foi com o Padre Ezequiel Pedro Gwembe que os

retiros de iniciáticos se firmaram na nova igreja católica em Moçambique, primeiro na Arquidiocese de Maputo. Foi com este espírito que os retiros de iniciação se estenderam para as arquidioceses da Beira e Nampula. Entretanto, Beira é uma diocese com predominância étnica *Ndau e Sena*. Os *Sena* têm a circuncisão na sua iniciação e os *Ndaus* não a tem. Segundo alguns missionários a Igreja foi neutra quanto à introdução da circuncisão por não ser costume de todos os cristãos beirenses, mas também para não alimentar conflitos étnicos no sei religioso.

No entanto, a Igreja foi omissa na sua missão, pois, os *Sena* católicos jamais deixariam de serem circuncisados por serem cristãos. Era importante que a circuncisão dos *Sena* fosse feita dentro da inculturação e na estratégia cristã sem espaço para querelas étnicas.

Na estratégia missionaria, os retiros de iniciação chegaram à diocese de Niassa, pertencente à arquidiocese de Nampula, pela mão do Monsenhor Joaquim Miqueias. Este foi quem inculturou os ritos de iniciação se tornando mestre. Os ritos de iniciação no Niassa são um costume dos *Yao e Makua*, o que permitiu unir a vontade dos cristãos e do clérigo seguindo princípios da tradição do povo local na educação e evangelização. A experiência levou o clérigo a replicar a experiência em Quelimane como descreve na obra “Segunda experiência da iniciação tradicional, Quelimane, 1994”. Vale destacar que Zambézia é habitada principalmente pelas etnias *Makua, Lomué e Chuabo*, sendo que estes últimos não têm ritos iniciáticos. A introdução dos rituais de iniciação na diocese de Quelimane foi propiciada pela similaridade étnica entre os *Lomué e Makua*, tal como já referenciei no capítulo anterior da relação parental dos *Makonde* com os *Makua*. Partindo desta experiência religiosa, segundo conta um missionário, os *Chuabo* ficaram fascinados com a iniciação de inspiração *Lomué* trazida pelo monsenhor. Assim, os pais manifestaram seu interesse em educar seus filhos segundo a tradição africana, como elemento que compõe a educação cristã na base das tradições do povo.

Foi esta uma experiência assinalável de uma inculturação da tradição, mas sobretudo que se renova em busca de novas formas de educação, introduzindo elementos contemporâneos importantes na formação humana com reflexos na saúde.

MITHAWA NA IGREJA PRESBITERIANA

A opinião de Junod sobre os ritos de iniciação no trecho adiante, revela que a escola africana estaria em declínio por ensinar valores contrários à moral cristã e por estar a educar em valores avessos ao mundo ocidental. A instalação de missionários na Missão *Nangololo* transcorreu com uma total incompreensão do valor dos ritos de iniciação, o que os levou a várias tentativas de substituir o ritual iniciático *Makonde* pelo batismo. As tentativas foram fracassando, o que obrigou o missionário a negociar modelos consensuais de iniciação mesmo que dentro deles houvesse valores que incompreensíveis para a igreja cristã. Por essa via, os ritos perduram até agora na Missão de *Nangololo* e em outros locais de Cabo Delgado (Ngole, 1996).

Experiências dos Padres Ezequiel e Miqueias têm similaridade em alguns aspectos com o modelo educativo adotado pela Missão Suíça, atual Igreja Presbiteriana em Moçambique, embora este último tenha o condão de ter ido muito para além de uma dimensão estritamente local. Segundo Linder (2001) a igreja debateu-se com a necessidade de fortalecer a educação cristã dos jovens, que era de certo modo enfadonho nos seus conteúdos e momentos iniciais, pois apenas ensinava o canto e a oração. Seu fortalecimento foi feito pelos valores dos ritos de iniciação africana. E com estes, sugeriram os *Ntlawas* ou ainda *Mintlawa*, grupos de jovens que nasceram no seio da igreja inspirados no encontro de valores da tradição africana com o evangelho cristão. O mérito de *Mintlawa* foi de ter estendido uma educação religiosa local para o âmbito nacional. Cruz e Silva (1999) relembra que após o golpe militar de 1926 em Portugal, as restrições legislativas levaram ao encerramento do que os portugueses chamavam de estações exteriores de educação. A Missão Suíça usou os *Mintlawa* para substituir o vazio aberto no sector de educação oficial e introduziu a língua local no sistema escolar.

Assim sendo, os ritos de iniciação são valores da civilização africana em ascensão no contexto de modernização, porém negados pelas concepções ocidentais medicas. Contudo, eles sempre foram capazes de se impor em todas as circunstâncias que atentaram contra a sua continuidade social. Foram céleres em suas transformações para responderem aos novos valores e práticas temporais de preservação da vida humana.

CAPÍTULO 7. TERRITÓRIO, ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

SÍNTESE

O capítulo descreve os novos paradigmas sociais que emergiram do HIV/SIDA, como a negação dos direitos de cidadania pela condição sorológica que se apossou sobre a pessoa. O preconceito, estigma, discriminação e etnicismo que segregaram comunidades já com histórico de pobreza, vulnerabilidade e inferiorizadas pela sua condição de identidade étnica, fato que ditou a exclusão do programa nacional de circuncisão médica para a redução de infecções no Norte de Moçambique. Delineia aspectos socioeconômicos, geopolíticos de relação com o exterior de um Estado acabado de sair de uma situação de guerra civil, as proporções disso no cotidiano das populações, a maior incidência de casos de HIV/SIDA na região. Os conflitos entre a tradição e a biomedicina que caracterizaram o período de implementação da circuncisão médica. Descreve a visão interpretativa dos profissionais de saúde sobre a circuncisão nas tradições locais a partir do seu referencial profissional.

CONCEITOS E ESTIGMAS

O vírus de HIV/SIDA assombrou a década de 80, e novos conceitos sociais emergiram no debate das ciências biomédicas e sociais. Foram identificadas práticas que não mereceram reconhecimento como direitos da cidadania nas livres escolhas de cuidados curativos prestados tanto pelos serviços públicos como pela coletividade. Preconceito, vulnerabilidade, estigma, discriminação verbalizaram a negação da participação social dos pacientes de HIV/SIDA na vida comunitária. Mas por outro lado, as palavras passaram a ser as chaves na pesquisa e nos debates e publicações, a fim de se compreender seus étimos linguísticos, sua praticidade e elevar-se em tudo para atenuar o sofrimento, tanto físico como psicológico das suas vítimas, no que violava seus direitos e dignidade no adoecimento. Foram vários os conceitos e práticas que arrolavam pacientes com HIV/SIDA na época, a vulnerabilidade, estigma, discriminação distinguiram novas categorias sociais entre os infetados e afetados pela doença mortal e crônica de que não se vislumbrava ainda sua cura.

Todas as categorias de pessoas infectadas e afetadas pelo HIV/SIDA conceituam a vulnerabilidade que fragilizou o vínculo de acesso à serviços e benefícios com principal referência às populações de condição sociocultural acometida a contrair a doença do século. Pois, segundo Chambers (2006), a vulnerabilidade qualifica o estado de pobreza da população e do próprio indivíduo em

si no ambiente em que vive, entre os grupos vulneráveis. Na proeminência de contraírem a infecção, estão as mulheres gestantes e os lactantes, crianças, bem como as comunidades tribais socialmente desfavorecidas. A partir desse raciocínio, pode se postular que a vulnerabilidade é a priori, premissa para o estigma. Segundo Parker (2013), o estigma reproduz relações de poder, dominação e controle, e seu desdobramento leva certos grupos à desvalorização e valorização num contexto discriminatório aliado às desigualdades sociais.

O vocábulo estigma tem sua origem no latim medieval *stigmatizāre*, tomou o étimo *stigmat / stigmata* que significa picada, marca feita de ferro quente, sinal, tatuagem (Houaiss *et al.*, 2009). Entre romanos o estigma era uma marca de distinção de escravos e criminosos para que a sociedade soubesse que eram membros inferiores da sociedade. Por isso, o estigma é uma construção social que indica a condição de desgraça social do cidadão podendo se constituir em uma distinção social que diferencia os que sofrem afecção de alguma doença, principalmente se for contagiosa. Nele, submerge o reconhecimento da marca distintiva e a desvalorização do sujeito que sofre o preconceito e discriminação (Lopes, 2015). O estigma na Grécia Antiga, já era associado à vergonha, desvalorização e humilhação. Na Idade Média, era vinculado à bruxaria; além de representar forte aversão às mulheres, era sinônimo de doença mental coisa vista como contrária à ordem moral (Arboleda-Flórez, 2008).

O estigma propicia preconceitos e desigualdades já existentes, como estereótipos de gênero, raça e etnia. Ser preconceituoso é assumir hábitos, costumes e crenças pessoais ou étnicas, desfavoráveis ao grupo visto como hegemônico. O preconceito contribui a segregar a sociedade em pequenos grupos. Neste âmbito de desunir, Zambedetti (2014) explica que o estigma é um padrão mental que estabelece analogia entre a observação idealizada e a teoria para desprestigiar, desqualificar o indivíduo, tomado a priori a possibilidade de possuir ou contrair o HIV/SIDA no meio em que vive. Para Parker (2013), determinados atributos são usados principalmente para harmonizar os acometidos pela doença mental e pelo vírus da imunodeficiência humana. Portanto, o alvo do estigma e preconceito não é aleatório, ele está relacionado à grupos humanos, enquanto o estigma se aplica ao indivíduo.

Os binários doença / deficiência e comportamento são os elementos sobre os quais se constroem o estigma e preconceito com o fim de explorar e dominar socialmente certos grupos. A estes são impostas normas sociais catalogadas de

preventivas de doenças, mas elas têm na sua essência o rebaixamento social e manutenção de pessoas na condição de vulnerabilidade, caso não se desvinculem das suas práticas culturais. Portanto, somente a assimilação os livrará de não ouvirem vozes e gestos de estigma na sua relação social, pois suas cores culturais já não são diferentes do mundo civilizado (Phelan *et al.*, 2013).

A UNESCO (2005), no artigo 11 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos diz que não se pode dissociar o estigma da dignidade humana, isto é, estigmatizar é um ato criminal contra a dignidade universalmente conferida à humanidade, se não simplesmente omissão do merecimento do nobre lugar a que pertence o homem como ente natural. Discriminar, estigmatizar entes humanos individuais, grupos sociais, seja a que pretexto for, é violar a dignidade humana no seu imo como tal, nos direitos sagrados que o assistem.

A discriminação e estigma ganham esteio por se ratificarem em experiências individuais de usuários de serviços de saúde, instituições escolares, mulheres, idosos, jovens e pessoas de diferentes estratos sociais que vivem com o HIV/SIDA. Elas se buscam sobretudo em grupos sociais conotados com certo tipo de estigma, que se concretiza pela discriminação por conta de um fator que realça a sua situação social, como doença mental, HIV, velhice, juventude, gênero, raça e etnia (Monteiro *et al.*, 2012). O estigma é um ato que geralmente se manifesta de pessoas para pessoas ou para populações vulneráveis. Estes dois fenômenos são atualmente um protético da humanidade que segundo UNAIDS (2020) em 25 Países, mais de 50% de adultos têm discriminado os que vivem com HIV. O estigma contra pessoas que vivendo com HIV ainda é comum em 82 países que criminalizam a transmissão, exposição, divulgação de pessoas com HIV; as trabalhadoras do sexo são criminalizadas em 103 países; em 108 países o consumo ou posse de drogas para uso pessoal é criminalizado.

O estigma merece solenidade quando seu mentor é o poder público que o pulsa sobre os grupos étnicos, populações vulneráveis desprovidas de autoproteção, quando em justa exigência de seus direitos de cidadania. Neste estudo, o corpus da ciência do estigma são os grupos étnicos e suas práticas de circuncisão peniana cunhadas de “estágios opostos à civilidade”, “práticas antissépticas de propagação do HIV/SIDA”. São estes atributos argumentos suficientes que validam a exclusão de certas etnias do programa de circuncisão em Moçambique.

Aliás, o programa nacional de circuncisão reconhece que a discriminação e estigma influenciam a vulnerabilidade e a chance de as pessoas se infectarem com o HIV porque são marginalizadas. Entre elas se contam, homens, mulheres e crianças em reclusão, crianças de rua, trabalhadoras do sexo, homens que fazem sexo com homens, população trans, usuários de drogas (CNCS, 2008). Entretanto, Casimiro (2005) aponta que a exclusão dos ritos de iniciação, a separação racial, regional e étnica, a desatenção com os maiores corredores regionais de interação social, como zonas de contato com Zimbábue, Malawi e Tanzânia, países com alta prevalência de infecções por HIV na região, resultam em um aumento da incidência de casos entre os grupos populacionais. A exclusão é indicada na UNAIDS (2020) como causa direta da morte de 690.000 pessoas por doenças relacionadas à HIV/SIDA em 2019 em todo mundo.

MIGRAÇÃO E HIV/SIDA

A pobreza se acentua em África, e sua causa está associada aos desastres naturais e humanos que arrasam seus territórios, obrigando suas populações a viverem constantes mobilidades temporárias ou permanentes, circunstâncias que desde a existência humana têm sido o *modus vivendi* para se desembaraçar das diversas intempéries. A migração tem sido a solução de crises, mas com ela vão e voltam pelo território as doenças e IST. Na migração, as políticas de saúde nem sempre protegem todos os cidadãos que estão em seu território. Há países que discriminam emigrantes e não lhes prestam serviços de saúde, o que coloca em risco a saúde de coletivos já vulneráveis, os próprios migrantes, deixando-os em condições ainda piores.

Outro foco é que mesmo entre populações não migrantes é gritante a falta de saneamento do meio e também de serviços de cuidados à saúde principalmente em áreas urbanas. É nessas áreas e em grandes aglomerações suburbanas que os migrantes buscam estarem perto do que lhes propicia melhores condições de vida.

De acordo com o relatório da ACNUR, cerca de 18 milhões de pessoas em África são forçadas a serem refugiadas internas e externas em outros países (Albu, 2019). Moçambique é dos grandes corredores migratórios da África Austral. Mostra escassa estabilidade em razão dos seus problemas internos que provocam

migrações constantes, tendo deslocamentos dentro do país e para fora dele. Isso faz com que o país tenha tido um histórico de busca de refúgio que inicia após a independência de 1975 e se estende pelos tempos atuais, onde populações de outros continentes são atraídas pelo boom da exploração de recursos naturais em Moçambique e outros coletivos buscam o caminho da metrópole na África do Sul.

As migrações populacionais são fatores adverso às estratégias de combate de pandemias e outras doenças que afetam pessoas geralmente empobrecidas, que vivem em situações socialmente marginalizadas. Isto exige que as políticas estratégicas sejam constantemente adaptadas, tal como se reconstruam os sistemas de saúde para darem resposta aos problemas de saúde em um contexto diverso e complexo de fatores sociais.

A maioria da população migrante é vulnerável pelas condições a que está sujeita nos locais de fixação. O risco dessa população para contrair e propagar o HIV/SIDA é proporcional à sua mobilidade. Certo é que os locais de refúgio exigem estratégias específicas para a contenção da propagação do HIV. A exemplo disso, a agência BBC (2018) reportou que os Médicos sem Fronteira projetaram circuncidar 100.000 homens na Zambézia contemplando tanto população migrante como local. Programa semelhante foi replicado entre emigrantes de outros países na África do Sul, não obstante, o país não fazer parte da oferta da circuncisão médica voluntária da organização mundial da saúde.

O território de Moçambique é um grande corredor migratório que liga os países da região Austral com a África Oriental através das províncias de Cabo Delgado, Nampula e Niassa. Isto faz crer que estas províncias mereciam destinação de recurso para a implementação do programa de circuncisão médica, do programa de saúde da mulher e adolescente para deter a incidência de HIV e conseguir seu tratamento.

A partir do quadro abaixo pode se perceber a evolução do número de procedimentos do programa de circuncisão médica em todo o território nacional.

QUADRO 4 – PROCEDIMENTOS DE CIRCUNCISÃO NAS PROVÍNCIAS DE MOÇAMBIQUE, 2014-2019

Província	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Niassa	-	-	588	79	471	8.680
Cabo Delgado	-	-	191	330	-	-
Nampula	1.366	517	6.318	6.507	8.622	11.621
Zambézia	16.136	11.864	73.518	92.383	98.122	10.2423
Tete	2.979	18.747	21.178	58.244	45.943	66.567
Manica	4.304	60.557	31.700	54.352	56.724	80.067
Sofala	12.693	27.433	55.932	44.490	35.018	52.364
Gaza	17.154	36.434	33.432	26.188	31.312	25.521
Maputo Província	12.679	16.830	14.414	18.946	23.849	19.190
Maputo Cidade	11.955	25.958	15.808	13.861	11.830	24.157
Nacional	79.266	198.340	253.079	315.380	311.891	390.590

Fonte: MISAU Relatório Anual, 2019

O reflexo da falta do programa de circuncisão, saúde sexual e prevenção do HIV é explicitado pelos dados da Quadro acima apresentada. É questionável o critério que ditou as escolhas de províncias para a execução do programa de circuncisão médica. Se por hipótese foi pelo critério de população, pelos dados do censo de 2017, Nampula tem a maior população do país, que é cerca de 6.335.121 habitantes, estando acima de Zambézia que tem 5.709.418 habitantes. Entretanto, entre 2014 e

2018, Zambézia realizou um número muito maior de circuncisões que Nampula (INE, 2019).

A leitura de dados na Quadro leva à pergunta: como é que foram alcançados os pequenos números de circuncidados nas províncias de Nampula, Cabo Delgado e Niassa? Eles refletem resultados de um programa que não foi desenhado para a população civil, seus objetivos e objetos eram militares, seus parentes e aconchegados aos acampamentos militares. É assim, que seus resultados demonstrem pouco desempenho porque a população foi atrelada a um programa que não lhe era destinado (MDN, 2018).

A PREVENÇÃO DO HIV

“Prevenir é melhor do que remediar”; este adágio é popularmente conhecido, e se faz presente a todo instante na praticidade ordinária da vida humana. A Saúde Coletiva ensina que a prática preventiva traz benefícios para a saúde humana evitando futuros casos e revertendo a lógica de que a cura é melhor. A cura, para além de danos que pode causar no organismo humano e social, acarreta custos.

Contudo, só se obtém benefícios da saúde preventiva se a ação governamental na saúde pública for feita a partir de uma análise interdisciplinar com a epidemiologia, o planejamento e a gestão em saúde, levando em conta a política pública e a contribuição das ciências sociais na interpretação do intrincado fenômeno saúde-doença.

Quando os princípios de prevenção não são explorados pelos gestores, seus efeitos têm repercussão no alto custo na prestação de serviços de saúde à população. Segundo Horvitz (2001) e William (2005) aquando da introdução da circuncisão médica voluntária, os países da região austral de África estavam com alta prevalência de HIV e Moçambique ocupava a 9ª posição e última na região com a prevalência de 9,9%. Transcorridos 18 anos, a UNAIDS (2020) indica que o país se posiciona em 6º lugar com maiores prevalências de HIV da região.

Em análise comparada de dados regionais entre o leste e sul de África de 2012 a 2018, Moçambique tem a maior prevalência de adultos que não atendeu às suas necessidades de planejamento familiar entre adolescentes solteiras e casadas

sexualmente ativas, com idades de 15 a 24 anos, na mesma proporção de mulheres grávidas HIV positivas, com 15 a 24 anos de idade (UNAIDS, 2020).

As mulheres sofrem duplo estigma e discriminação. Primeiro, a discriminação e estigma étnicos por serem mulheres de determinada origem. É caso para pensar, se as mulheres soropositivas da cidade de Maputo sofrem impacto nas suas vidas em razão da sua vulnerabilidade, o que se pode pensar das que vivem no norte de Moçambique? Quando estudos demonstram o quanto o estigma e discriminação comprometem por exemplo a adesão à terapia antirretroviral TARV, para além de minar o acesso social necessário para enfrentarem a infecção e doença.

Vale lembrar que Nutor e colaboradores (2020) indicam que a prevalência de infecção pelo HIV tem sido maior entre mulheres (15,1%) que entre homens (10,2%). Este dado mostra escassa significância variação nas as províncias de Moçambique.

O que isso significa? Que o país não fez o necessário para conter a incidência de casos especialmente em áreas expostas ao risco como nas regiões de grandes fluxos migratórios inter-regionais. Nem teve um plano de contenção para atender a saúde da mulher e adolescente de modo a reduzir problemas de saúde nessa faixa etária.

O quadro abaixo evidencia a falta de informações acerca da performance dos programas de prevenção de HIV/Aids e sugere que o déficit ou a ausência nessa oferta de serviços é compensada pelo aumento da cobertura de unidades sanitárias com TARV. Essa oferta de TARV estaria cuidando de um número crescente de pacientes que não tiveram acesso a programas de circuncisão médica e saúde sexual da mulher e adolescente. Portanto, a opção foi pelo princípio de que, é melhor curar que prevenir com todos os custos que isso significou para a saúde humana e econômica.

QUADRO 5 - GRAU DE CUMPRIMENTO DAS METAS DE TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL (TARV) NAS UNIDADES DE SAÚDE (US), 2019

Província	Meta	Realizada	% Realizado
Niassa	144	170	118
Cabo Delgado		126	n/a
Nampula	203	208	102
Zambézia		247	n/a
Tete		134	n/a
Manica	108	114	106
Sofala		157	n/a
Inhambane	131	137	105
Gaza		145	n/a
Maputo Provincia		105	n/a
Maputo Cidade		39	n/a'
Nacional		1582	n/a

Fonte: MISAU Relatório Anual, 2019

Raimundo (2011) analisou o efeito migratório no estudo e formulação de programas de combate ao HIV. Propõe que, não se pode ignorar o êxodo rural das populações, as migrações regionais e suas variantes como, os conflitos armados, migrações sazonais, a migração pendular, que deslocam diariamente indivíduos para ações da vida cotidiana tais como, trabalhar, estudar, realizar atividades de esporte e lazer. Isto junto com o fluxo de transporte de mercadorias e passageiros nas maiores rodovias locais e nas interligações de países, constituem todos eventos potencialmente difusores do HIV nas diversas realidades regionais.

Quem são os excluídos do programa da circuncisão e outras estratégias direcionadas a impedir a propagação do HIV?

Na teia da exclusão se encontram os *Makonde, Mwani, Makua, Lomwe, Yaawo, Nyanja*, conhecidos pela valorização étnica dos seus valores identitários. Tais povos são entendidos como atrasados porque se apegam às práticas das quais se serviram seus ancestrais para introduzirem os adolescentes na cultura.

Sobre os territórios étnicos foi elaborado o construto de culturas de risco de contração do HIV / Aids, cimentada na noção de que as práticas e crenças nos ritos de circuncisão são focos de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis. Outrossim discriminatório é a ausência de estudos sobre as práticas curativas das populações e suas culturas em Moçambique. Seriam os estudos a demonstrarem o quanto as tradições étnicas têm e quanto podem contribuir à redução das ITS e onde é preciso introduzir mudanças, i.s.es, inculturar, para promover melhoras na saúde da população. Entre os poucos estudos produzidos, abordam-se meramente as técnicas, instrumentos usados, a medicina curativa baseada em recursos naturais como plantas, animais e outros. Os estudos culturais devem explorar essencialmente as práticas médicas, por serem fontes que asseguram a cura do adoecimento, garantindo uma sociedade saudável e capaz de levar o seu desenvolvimento social.

Garrido *et al.* (2007) está convencido que assim se coloca todo o saber, sentimento, execução e planejamento do que é essencial para a gestão e providência do futuro da pandemia. A escassez de literatura sobre a circuncisão nas tradições e a contribuição que pode dar no combate ao HIV faz com que a base seja constituída por estudos clínicos e não por investigações antropológicas das tradições. As evidências clínicas se impuseram perante o sentido étnico cultural dos africanos passaram a ser vistas como únicas evidências do que protege contra as ISAT. Parte dessa informação científica já era do domínio étnico nos seus diferentes modos de realizar a circuncisão entre os povos de África, Pacífico, Américas e Asia.

LIKUMBI & N'GOMA EXCLUIDOS DA MEDICINA TRADICIONAL

Práticas de medicina tradicional foram reconhecidas e incorporadas à política de saúde de Moçambique pela Resolução Nº 11/04 de 2 de março de 2004 do Conselho de Ministros. Tinha-se em vista reconhecer o lugar e o valor que têm os cuidados de saúde nas suas diferentes formas, principalmente, na redução da dor e o sofrimento de pacientes (Menendez, 2003). Isso, na perspectiva de integrar tais

práticas ao Sistema Nacional de Saúde, trazendo saberes que partem da era ancestral passando pelo do período colonial até a época atual. Para Menendez (2003), a integração das práticas de saúde das tradições é um aspecto importante na supressão do antagonismo entre as visões diferentes e modos de cuidar os pacientes. Porém, a efetivação dessa visão política se retarda na ação integrativa dos praticantes da circuncisão tradicional no Instituto de Medicina Tradicional (MISAU). O MISAU deu um trato diferente e especial à AMETRAMO. E se pergunta, qual era o propósito do apoio da Saúde na criação do associativismo dos médicos tradicionais? É claro que estava a intenção concreta de buscar na medicina tradicional, a colaboração em saberes curativos das plantas medicinais e fitoterápicos, na execução de projetos de pesquisa e promoção do acesso seguro e uso racional destes recursos no desenvolvimento tecnológico e inovações de enriquecimento do uso sustentável da biodiversidade para os cuidados de saúde. O MISAU não tem essa leitura sobre os praticantes dos ritos de iniciação e a circuncisão tradicional.

As razões de exclusão destes saberes das tradições não podem ser simplesmente de natureza técnico-científica; são de natureza política, pois, nelas prevalece o alto entretom hegemônico político governativo, que construiu o seu projeto fotoativo sob os médicos tradicionais associados, o que legitimou de certo modo a exclusão perpetuada pelo governo sobre os outros atores de práticas sociais de cura. A AMETRAMO surgiu como espaço legitimado de Marketing Biomédico para a coleta de saberes, plantas medicinais nativas de uso comum nos cuidados de saúde. A associação de médicos tradicionais e seus estágios curativos são parte das práticas curativas ainda não reconhecidas. Estas práticas ainda são cognominadas de obscurantistas, de praticantes de ilícitos médicos, de pseudociência e mais. Ninguém duvida que a integração da circuncisão e outras alopáticas no sistema nacional de saúde só poderá ocorrer na iniciativa do governo, e tão pouco, pela necessidade que seus atores sentem no seu dever profissional de se unirem ao governo para contribuírem na prestação dos cuidados de saúde.

Segundo Fleury e Ouverney (2008), a gestão e proteção social exige formulação de objetivos e tipos de valores reguladores da política para levar ao alcance dos fins a atingir. Tais ações, mobilizam o envolvimento de todas as instituições sociais para a construção, dinamização e gestão. Para acreditação da política, esta deve se inspirar nas diretrizes universalistas da Organização Mundial de Saúde, nas

necessidades coletivas como estratégia e proposta de garantia de melhor qualidade de vida à população.

A criação do Instituto de Medicina Tradicional em Moçambique não é um ato que significa construção de políticas públicas setoriais. Ainda em diálogo com Fleury e Ouverney (2008), é certo que mesmo que a construção de políticas e estratégias de implementação seja fato real, não significa conquista política assumida. Ainda é necessário compreender os problemas setoriais envolventes na sua complexa e extensa composição, desenvolver meios de ação e programas setoriais de execução. Isso envolve todas as etapas de execução, de atividades programadas até o alcance de indicadores de avaliação. No contexto MISAU, os seus efeitos são verdadeiramente políticos, e não de economia de saúde, onde se tira a priori, a lição excludente de comunidades da circuncisão médica.

Para Fleury e Ouverney (2008), as políticas têm na sua virtude o Welfare State (Estado de bem-estar) que deve resultar do envolvimento coeso e sadio entre o Estado, Sociedade e Cultura, onde a melhoria de condições de trabalho e de um processo que dita conquistas no processo democrático é a magnificência. É ainda uma consolidação da luta delineada pelo cidadão na condição de pobre, excluído na sua condição social de vulnerável. Somente nesta condição é alcançável o maior sucesso de proteção social do cidadão buscando ainda reduzir as desigualdades sociais através da garantia da equidade racial e étnica. O processo de transformação do direito à saúde, pode se chamar de processo de socialização da saúde, pois ele realiza-se na sombra do direito político.

Restringir o acesso aos serviços de circuncisão é inobediência a Declaração de Alma Ata, onde os cuidados primários de saúde são inspirados no respeito humano levando em consideração a cultura e a escolha política. Recusar-lhe estes serviços é ignorar ações de pesquisa biomédica que visam educar para a saúde, em métodos protetivos e preventivos, é ainda negar-lhes o controle de doenças endêmicas locais, seu tratamento e fornecimento de medicamentos. Essas ações, para além da saúde envolvem todas as instituições e comunidades.

O estigma e discriminação foram pontos de agenda da conferência de Alma Ata WHO (1978) e Ottawa WHO (1986), que chamaram à responsabilidade os Estados para trabalharem o conceito de acesso à saúde a partir de princípios de universalidade, equidade e justiça social, com vista à redução das desigualdades

existente entre os diferentes grupos sociais no contexto comunitário. Para Parker (2013), a exclusão social de indivíduos e grupos, são preconceitos e atos discriminatórios que reduzem os direitos à saúde, marginalizam e dificultam ciclicamente o acesso aos cuidados de saúde.

ETNICIDADE E ESTIGMA

O conceito étnico remete à ascendência de grupos humanos sobre os outros (Heusch, 2000). Etnia é do étimo francês *ethnie*, que deriva do grego *ethnos*, significa povo. No século XIX foi usado para designar diferentes raças e é também aplicado na definição “povos primitivos”. Contribuiu para criar uma barreira entre “raças”, numa classificação dicotômica entre superior e inferior. Foi de uso pejorado na administração colonial em África onde o termo foi utilizado no lugar da “tribo” para dividir populações africanas e perpetuar a sua dominação. As populações eram caracterizadas segundo traços físicos e culturais para a sua distinção tribal (Godelier, 1971). Etnia ainda, é de uso irônico e eufêmico de raça, sinonímia de grupo minoritário. A diferença com raça reside no fato de que etnia compreende os fatores culturais, religiosos, linguísticos, incluindo também os hábitos gastronômicos, de vestimentas e outras tradições.

Entretanto, a etnia tem sua importância sociopolítica (Cashmore, 2000). Ela comunga identidades étnicas comuns, produz bens socioculturais que relembram a historicidade dos seus ancestrais e suas diferenças com os demais. Portanto, os bens socioculturais são ações simbólicas com simbiose de protesto; eles fizeram jus à atenção que merecem mediante dessemelhanças sociais, culturais, econômicas e políticas no Moçambique contemporâneo. Já Barth (1998) diz que o elemento político é estratégico nos momentos em que a comunidade precisa de achar soluções para os conflitos gerados pelo antagonismo das classes sociais na sua diversidade étnica. A etnia tem a virtude de ser o baluarte da unidade interétnica para o desenvolvimento da identidade e nacionalismo sociopolítico em territórios de diversidade cultural; suas dessemelhanças de ancestralidade, linguísticas, de hábitos e tradições rituais e de crenças se incorporam em ideários políticos públicos para evolução.

A etnia é entendida na generalidade por ser uma comunidade humana delimitada por laços de parentesco e de sangue, de herança linguística e cultural, que de regra reivindicam uma estrutura social, política e um território.

A concepção de etnia, enquanto construto colonial na África, se tornou um legado para os africanos. O etnicismo substituí o racismo. A partir desta construção, a segregação étnica e exclusão exacerbam os conflitos modernos em muitas culturas depois da independência. Dos vários exemplos de conflitos étnicos africanos, cito o conflito ruandês entre os tutsis e hutus, que contaram com a encoberta cumplicidade da França e a passividade da Organização das Nações Unidas (ONU) e da comunidade internacional, que assistiram impune o genocídio (Mendonça, 2013). Este conflito resultou no massacre de um pouco mais de 800 mil pessoas em cem dias. O conflito Xhosas e Zulus em plena luta contra o *apartheid* na África do Sul, foi instigado pela minoria bóer. Não faltam exemplos, como de Libéria, Senegal, Congo, Burundi, Sudão etc. Estes disseminam um etnicismo hegemônico sobre certos grupos étnicos que desponta em estigma e discriminação, sempre a pretexto de desobediência que pode ser cultural, religiosa, ancestral e geopolítica. Em Moçambique, as rivalidades étnicas nunca geraram conflitos, mas geram discursos de intolerância étnico-política como “o poder está nas mãos dos changanas”, ou que o centro e o norte do país são os produtores da riqueza para alimentar a elite do sul. Esses fatos remetem a uma reflexão: por que a luta pela independência, a guerra civil dos 16 anos, o ataque de Cabo Delgado, partiram do centro e norte de Moçambique?

Julgar os outros por viverem segundo tradições dos seus ancestrais gera conceitos de superioridade, abre caminhos para conflitos étnicos e separatistas. São vistos nesta concepção, os *Makonde*, *Mwani*, *Makuas*, *Lomwe*, *Yaawo*, *Nyanja* e outros grupos étnicos. Os *Makonde* em estudo, fazem parte dos grupos étnicos que preservam seu patrimônio social com a mesma heterogeneidade cultural, com laços autóctones próximos entre si, mas por outro lado, diferentes por se situarem entre os de baixo índice de desenvolvimento social no país.

As características adiante apontadas fazem parte do leque de descritores usados no Relatório do Desenvolvimento Humano das Nações Unidas de 2015, para qualificar e posicionar países avaliados. Moçambique ocupou o 180º lugar entre os 188 países avaliados no ranking mundial, e ainda se posicionou em 7º lugar entre os dez países mais pobres do mundo, posição péssima entre os que vivem em

constantes conflitos armados (PNUD, 2015). Os territórios do norte do país têm uma contribuição enorme para os índices de pobreza às expensas da falta de infraestrutura que se refletem, por exemplo, em longas distâncias para as populações acederem aos serviços básicos, como saúde, escola, e água potável, para além da falta de energia e viação. Segundo a OMS (WHO, 2016), nas mesmas regiões são comuns as doenças negligenciadas e o HIV/SIDA. As doenças tendem a desfigurar e incapacitar física e emocionalmente sua população, impedem as crianças de frequentar a escola e aos pais de trabalhar, limitando suas potencialidades.

NORTE DE MOÇAMBIQUE ESQUECIDO

O norte de Moçambique herdou da colonização portuguesa pouca atenção se comparada com o resto do país. O cenário foi semelhante depois da independência. A guerra contra a ocupação colonial e a Guerra dos Dezesesseis Anos (guerra civil moçambicana), não deixaram as populações viverem em paz. Atualmente Cabo Delgado, o berço da luta pela independência, está a viver uma nova guerra movida pela insurreição islâmica. O filósofo Ngoenha (2021) aponta como causas deste novo conflito armado, as discrepâncias sociais, o radicalismo político, a pobreza extrema no norte do país contrastando com uma zona sul privilegiada. No Norte, jovens desesperados facilmente se filiam ao grupo armado islâmico atraídos pela esperança de uma vida melhor. Tal é o Moçambique contemporâneo, oficialmente já proclamado regionalista e dividido pelo etnicismo que se concretiza no associativismo, tendo como exemplos a Associação de Estudantes Naturais e Amigos de Zambézia, Associação dos Naturais e Amigos da Província de Inhambane, Associação dos Naturais e Amigos de Matutuíne e tantas outras designações existentes em quase todo o território nacional. Esta é a nova identidade, o etnicismo, regionalista e racista que impera nos novos moldes de olhar um país que já foi uno e indivisível durante a luta contra a dominação colonial.

Torna-se evidente como o associativismo étnico-regionalista se tem transformado na nova “civilização” cultural que discrimina e estigmatiza sempre o mesmo sujeito, o analfabeto, o pobre, incapaz de reverter por si próprio a sua situação que o torna contestável pelas elites.

A situação étnica de Moçambique remete-me a Marc Augé (1993), ao sutilar a tecnologia na modernidade, na sua obra “Não lugares”. Ruminando a partir do autor, atualmente, o lugar pelo qual lutamos para conquistarmos do colono se singularizou apenas do primitivismo interpretativo colonial para o moderno. O tecnológico aspirado para o ideário clássico do pós-modernismo restritivo se tornou lugar elitizado, de minorias. Este não pode ser partilhado por todos. No texto do autor está subjacente o diálogo entre o intelectual privilegiado que aprendeu a ler as convulsões mundiais que restituíam a liberdade das colônias com o intelectual nato que sentia e vivia com o povo, lado a lado, a dor da opressão e mobilizou a todos, desde o camponês ao operário para a luta. E no fim do combate vitorioso, esse intelectual nato tristemente não pode usufruir do bem, fruto do sangue derramado e preço da independência. Porque supostamente ainda não civilizou. Porque ainda vive no nominado mundo atrasado e obscuro dos ancestrais.

Isto responde a minha velha inquietação sobre a liderança do movimento de libertação de Moçambique pelos grupos étnicos do Sul, num processo em que os *Makonde* foram os primeiros a iniciarem a luta de libertação. Ncomo (2003) indica que o processo de luta exigia a unidade interétnica até a consolidação da independência. E como tal unidade exigia a utópica extinção da diversidade ideológica e étnica para permitir a formação da nova nação moçambicana sem etnias, os *Rongas* e *Changanas* formaram a aliança para assumirem a liderança da FRELIMO. Já os *Makonde*, em sua maioria menos alfabetizados, assumiam o protagonismo de combate no terreno. Porém, o etnicismo abafado veio à tona na escolha do substituto de Eduardo Mondlane, presidente da FRELIMO assassinado a 3 de fevereiro de 1969 em Dar es Salaam (Ncomo, 2003).

Ontem fomos um povo que soube unir-se pela justa causa da liberdade, quando nossas ideias, nossa inspiração não podia ter espaço de materialização, porque o nosso solo pátrio estava sob domínio colonial e fascista de Antônio de Oliveira Salazar que durou mais de 30 anos. Hoje, independentes, somos um povo livre, mas não podemos partilhar na mesma gamela da pátria libertada, o fruto do nosso sacrifício, pois, é explícita a frase “tu ainda não ascendeste aos novos modos de ser no mundo moderno”. Poderia chamar a essa nova contextualização, de colonização cultural, por ser um ato de negar a manifestação cultural, étnico-tribal de um povo a outro povo da mesma pátria. Ele assim se proclama contrário ao princípio da ciência na apreciação

cultural, que é respeitar o homem cultural sem obstruir sua autonomia; não agir com o sentido de fazer mal à sua culturalidade, e que todos os atos sobre a cultura tragam sempre benefício e justiça para seus atores. Em Kottak (2019), as tribos dominantes se contrapõem ao principalismo, hierarquizando as etnias para a ascensão ao poder como um evento inevitável, mas também dogmatizam a inteligência como condição *sine qua non* para o exercício do poder. Vêm a dominação como sendo algo natural, biológico; algo transmitido de geração em geração, e perene entre a humanidade.

Portanto, foi neste ideário que se construiu o berço do nazismo hitleriano, trazendo a ideia de povos inferiores, *Untermenschen*, que tiveram de aceitar a dominação e exploração de um povo supremacista. Se já não existe o domínio colonial, as ideologias sobrevivem entre os povos das outrora colônias europeias que se subjugam na arena do etnicismo para ocuparem a hegemonia dominadora das maiorias étnicas “superiores” sobre as minorias. Há uma clara substituição colonial estrangeira pela colonização étnica cultural das minorias. É neste cânone que se constroem novos modelos de estigma, discriminação que ainda conflituam a política doméstica africana no período pós-colonial em África, em Moçambique e, especificamente, em Cabo Delgado.

Mediante o cenário descrito, questiona-se: Inhambane seria uma outra província pobre? A única semelhança que tem com as três províncias do norte de Moçambique é a existência preservada da circuncisão autóctone dos *Bitonga*, *Chope* e *Vatswa*, pois Inhambane tem alto padrão de desenvolvimento socioeconômico entre as províncias do sul em contraste com o norte do país. Já desde a colonização, Inhambane teve o privilégio de gozar do protecionismo militar e econômico português sendo considerada a predileta “terra de boa gente”. Daí que, por exemplo, que não tenha sofrido a invasão *Nguni* (clã zulu originário da atual África do Sul já mencionado acima), que arrasou com toda a estrutura social do sul ao centro de Moçambique. A invasão foi o culminar da grande crise social que abalou a África austral nas primeiras décadas do século XIX, e que criou uma divisão étnico-cultural entre os povos locais.

Em D'adesky (2013), as evidências do estigma social demonstram o quanto a sociedade não se reconhece nas suas diferenças. Ademais, são as desigualdades que se impõem às origens humanas, por incapacidade racional de aceitar o outro tal como ele é, seja na sua identidade cultural, política ou religiosa.

VIOLÊNCIA E MARKETING

Para Fish *et al* (2020), no novo contexto epidemiológico de HIV, a implementação do programa de circuncisão em África segundo recomendação da UNAIDS/WHO (2007), é mais uma incitação ao estigma e discriminação racial dos africanos. Sobre estes reina a crença de homem hiper sexual e promíscuo que se junta à noção do africano sem higiene sexual. As causas de maior incidência de infecções pelo vírus HIV em África podem ser sociais.

Catalunya (2007) questiona a aderência massiva à circuncisão médica em países que vivem dificuldades com limitações de recursos, escassez de profissionais e consequente baixo índice médico-paciente, fuga de funcionários da rede pública para organizações não governamentais à procura de melhores salários e benefícios. A população adere à circuncisão médica por coerção político-ideológica sem explicação clara dos objetivos. Não se pode ter um serviço massivo de alto padrão de qualidade em ambiente inapropriado. As próprias condições inadequadas de circuncisão podem contribuir a multiplicar novos casos de infecção pelo HIV, incrementando mais ainda a prevalência em África.

Quanto à alegação de a poligamia ser um fator multiplicador de infecções de HIV, é importante não se confundir a poligamia com o concubinato. Existe uma diferença entre estes. O polígamo vive uma relação cultural e moralmente aceita mantendo uma relação parental oficial com as suas esposas e famílias. Estes granjeiam respeito no meio social. Claro que essa visão não é partilhada por aqueles que olham as tradições africanas com preconceitos.

O concubinato foi sempre subversivo à ordem moral; é um ilícito que viola a estrutura da ética sexual africana por não chamar à responsabilidade conjugal e paternal dos “cônjuges” e suas famílias para uma relação de construto parental perene, incitando a promiscuidade sexual. Deste modo, o concubinato figura como um fenómeno não exclusivo de África. Ele é universal, e em cada contexto sociocultural tem a sua justificação. Para a reflexão poligâmica há que trazer para a senda dialogal não só os epidemiologistas e infectologistas, mas essencialmente as comunidades religiosas sem exceção de nenhuma. Pois, a poligamia é um valor africano sustentado até na doutrina islâmica, e no catolicismo sobrevive despercebidamente e mansamente sob o pretexto de ser um valor da cultura.

Para Fish *et al* (2020), a solução às altas prevalências de HIV em África, verificadas por elevadas taxas de soropositividade, não se resolve apenas mediante a massificação da circuncisão médica. Há que entender os vários cenários específicos do continente na sua diversidade sociocultural e geopolítica. Siegfried *et al* (2009) assinalaram a falta de estudos de viabilidade de aceitação e custo-efetividade cirúrgica de um programa que tem a circuncisão médica paralela às práticas tradicionais. Por outro lado, os programas de saúde convencionais nem sempre se alinham na visão sociocultural de vida na tradição orientada para o coletivo étnico com outras perspectivas de saúde (Skovdal *et al.*, 2011; Aggleton, 2007). Para mais, não se pode contornar por detrás da circuncisão, a fome, a baixa escolaridade, a miséria, o desemprego, a exiguidade de serviços de saúde, e a ainda não conquistada independência econômica. Mas também não podem ser razões que otimizam o racismo contra os negros que marcaram o seu passado e presente num mundo cada vez mais desigual. Além destes embates, os estudos clínicos de 2007 realizaram atropelos biomédicos de falta de informação dos objetivos cirúrgicos. O quarto estudo clínico de Uganda, por exemplo, foi suspenso por razões de violação de princípios éticos. Homens infectados eram intencionalmente deixados infectarem as mulheres, algo humanamente inconcebível.

Portanto, o problema transcende o estigma e discriminação de africanos, suas práticas socioculturais e sua medicina curativa, tudo está encaminhado para novos modelos de colonização de África. Segundo Fish *et al.* (2020) nasce “*A new Tuskegee*” de África, fazendo alusão ao estudo em que homens negros de Alabama, nos Estados Unidos, foram deliberadamente deixados sem tratamento para a sífilis. É interessante constatar como o continente africano e suas tradições estão sendo ignorados na solução dos seus problemas de saúde pública, decorrentes dos inúmeros conflitos sociais da sua história. O maior problema de saúde que os africanos vivem se estende a todas as áreas econômicas que se resume na crise de acesso à tecnologia e recursos para dinamizar a exploração de recursos econômicos. Por essa razão, se torna ainda continente refém do absolutismo econômico mundial.

Secco (1997) reinterpreta a queda do muro de Berlim e a crise das utopias como a extinção dos protótipos ideológicos africanos. Pois, o mercado passou para a gerência de blocos que o gerem no principalismo do novo colonialismo nos países dependentes, bloqueando assim a emergência de projetos nativos. A tecnologia se

tornou padrão imposto às ex-colônias para viabilização do seu isolamento do resto do mundo, colocando-os ainda na nova condição colonial. É tão evidente a reinterpretação de Secco, quando a UNAIDS/WHO (2007) omite nas recomendações aos gestores mundiais de saúde, a necessidade de estudo e melhoria do ambiente e dos procedimentos étnicos cirúrgicos penianos africanos, para que as soluções sejam achadas localmente com auxílio de outros saberes tecnológicos. O HIV/SIDA não é a única patologia que poderia ser contraída em cirurgias penianas realizadas em condições sanitárias precárias; há também as hepatites B e C, e a sífilis, que precisam de controle. Segundo Hanafiah *et al.* (2013), o genótipo 1 do vírus da Hepatite C é o mais prevalente no mundo, causando cerca de 1 milhão de mortes e 3 milhões de novas infecções anuais. O modo principal de transmissão é por contato de sangue e fluídos mediante a partilha de material de incisões ou injeções. Creio que vale a pena uma reflexão profunda que encontre na circuncisão e suas tradições a mitigação do HIV/SIDA e outras patologias como hepatites e sífilis. Pois, eximir-se de pensar em soluções locais sustentáveis é aceitar novos modelos de colonização.

O programa de circuncisão médica tinha realizado até o ano 2018, 1.637.568 operações (UNAIDS, 2019). Parte destes pacientes residem nos distritos da Província de Maputo segundo descrição médica local. O distrito de *Boane* tem merecido destaque na promoção da circuncisão por congregar grupos multiétnicos do país compostos por militares do quartel local. Entre eles se destacam, militares na ativa, reservistas e desmobilizados, que formaram famílias e estão difundindo as suas tradições da circuncisão. Outra razão é que *Boane* é um distrito fronteiriço com o Reino de Essuatini (ou eSwatini, antes de 2018 chamado pelo nome colonial de Suazilândia) e com a República da África do Sul que apresentam altas taxas de prevalência de HIV/SIDA. A circuncisão é uma medida que objetiva impedir a transmissão transfronteiriça do HIV.

Neste íterim, os *Makonde* e outras etnias se juntam para a iniciação dos adolescentes, e nos mesmos locais são implementadas campanhas de mobilização para a circuncisão médica. Ai, surge o conflito entre a tradição e o programa de circuncisão médica. A tradição se sente desprestigiada com a abordagem pública da vida sexual e da circuncisão na propaganda médica em áreas residenciais. Há uma disputa pela posse de atuação territorial entre os dois atores da circuncisão. Contudo, segundo a tradição, o antagonismo é acentuado pelo atentado violento à moral social

e seus valores, perpetuado pela medicina convencional. A tradição aponta e critica a existência de mulheres a falarem da vida sexual na presença de menores, do órgão peniano, os simuladores de pênis para o uso do preservativo, e os panfletos ilustrativos do pênis circuncisado.

Todos os eventos descritos pelos *Makonde* que expõem seu sigilo iniciático foi interpretado por vários de seus membros, repetidas vezes, como atos propositados para “desacreditar a tradição”, “apagar a crença nos ancestrais *Makonde*”, “branquear a cultura e seu povo”, “negar que o outro tem cultura”. Outro facto que ainda consideraram como atentado à iniciação, é o populismo com que é abordada nas campanhas a circuncisão, especificamente onde se sabe que ela é uma prática comum.

Indignado com o modo como a circuncisão é abordada na campanha médica, um ancião desabafa:

Jamais ensinamos que se pode falar da vida sexual em público, perante crianças, mulheres, e entidades respeitáveis, proceder desta maneira é faltar respeito a toda comunidade, é escandalizar as pessoas. Não é isso que se quer. O respeito pelas hierarquias, pelas idades das pessoas é importante. Manter o pudor é a forma mais inteligente de manter harmonia e respeito pelo próximo. É importante que tanto as crianças e adultos saibam o que não se deve falar em público. Na nossa tradição isso é muito importante, a criança que segue essas regras é educada, respeita os pais e toda a comunidade. Então, alguém destruir tudo que é útil em nós, porque ele tem coisas melhores para ensinar, não parece ser justo. Toda a nossa cultura é exposta como peixe à venda, onde o cliente escolha o melhor. É assim como hoje é vista a nossa tradição (WAMPILA, 2019).

A abordagem da sexualidade, o cair dos tabus parece natural. Mas as campanhas sem tabus são descritas pelos *Makonde* como a maior profanação do seu sagrado, o qual é depositário da pedagogia mitológica que garante o *éthos* da tradição

ao longo de gerações. Os *Makonde* ratificam que isso é uma absoluta intolerância a outros modelos de viver e construir a sexualidade em outras culturas.

Guérios (1956) está convencido que os povos sentem ameaçado o seu mundo a depender do modo com que se faz a abordagem de assuntos considerados tabu, como os relativos à sexualidade. Os objetivos da campanha e circuncisão passam em preparar os adolescentes para renunciarem à crença nas representações mágicas religiosas étnicas. Querem criar um sentimento, uma nova moral sexual que dista das tradições africanas. Representantes das tradições ancestrais lamentam que os tabus estejam a ser quebrados em público, sob um olhar indigno de ser apreciado pelas crianças e adolescentes. Porque é nos tabus que aprendem a guardar o sigilo, a privacidade da sua vida, e é no silêncio que fazem a experiência de autoconhecimento pessoal na escuta dialógica silenciosa com a natureza na reclusão do *Likuta*.

Portanto, são estes *ethos* e práticas que constroem a personalidade e singularidade do ser humano. Os tabus sexuais protegem a sociedade do que fere a decência moral pública e familiar inibindo elementos considerados funestos na formação da personalidade.

A propósito, o clássico Espinosa coloca as propostas ascensionais nas formas usuais que as sociedades têm para levarem as crianças da servidão à liberdade. Isto as afasta de tudo que lhes impeça conquistarem a sua alegria como seres em devir. Ele resume que, na vida intentamos esforços para que o infante se transforme, tanto quanto a sua natureza e conveniência o permite (Espinosa, 2004).

Malinowski (2012) ensina que a sexualidade é vivida em culturas nativas com sentido adverso às tradições europeias, que acentuam a importância no biológico, lugar de afetividade, que acomoda o imo cultural europeu, influenciado instituições como o casamento e a família. Em tradições nativas, a sexualidade expressa aspirações reprodutivas acalcanhadas no desejo, no prazer dentro de uma sacralidade. A sexualidade influi no social, no cultural e na estruturação familiar pelo potencial socioeconômico. Vale escutar o gênero discursivo de Malinowski ao relacionar crianças e adolescentes no processo de sua maturidade. Lê-se que sua vida afetiva será erguida no berço de acordo com o modo em seus genitores viveram sua cordialidade amorosa. Sublinha, assim, o como é relevante compreender as relações socioculturais para a apreensão de como se constrói a sexualidade em cada contexto cultural. Ele é absolutamente diversificado e complexo na sua universalidade.

O ambiente é intensamente denso e difícil de estabelecer negociações, pois todos declaram que circuncidar faz parte da sua cultura organizacional; tudo que cada ator faz está alinhado às suas crenças, valores e normas de atuação. Face a essa polarização, a saúde entende ser esse um momento importante de quebrar mitos e tabus invocados em seus discursos e material publicitário. Às razões para a quebra do suporte da tradição, acrescentam-se o uso de tabus, de instrumentos cortantes não esterilizados e a realização da cirurgia sem anestesia, a sague frio. Estes têm sido apontados como os fatores que desencadeiam outros problemas de saúde após a cirurgia. Daí, sua substituição deve ser não só pelas campanhas urbanas, mas por ações interventivas de circuncisão massiva comunitária utilizando todos os meios disponíveis, campanhas domiciliares, influenciadores de opinião pública e clínicas móveis. A estratégia tem maior aceitabilidade porque as pessoas estão no seu meio e mobilizam-se em grupos para aderirem à circuncisão.

Assim, as ações de saúde se prezam em romper com as tradições que atrapalham o progresso da campanha de circuncisão na urbe e na área rural onde residem os mentores das tradições. Para o efeito, não há uma estratégia dialogal capaz de suplantar as diferenças de interpretação da circuncisão. As campanhas contam com o envolvimento de líderes comunitários, religiosos e agentes comunitários. Entre discursos causais para as ações se ouve:

Se tivéssemos de esperar que as tradições se influenciassem pela dinâmica da vida para mudarem por si as suas práticas nocivas ao programa, teriam de esperar muitos anos para a sua concretização. Não se pode pensar duas vezes, é necessário agir de imediato contra o HIV/SIDA antes que estenda o seu campo de atuação. Esse é um programa crucial para a nossa vida. Esses médicos tradicionais que fazem circuncisão às nossas crianças em ambientes impróprios deviam responder por isso. Com as nossas ações, a tradição já não tem espaço de atuação sobre os meninos dessa era em que estamos. Isso, porque todos vão sendo circuncidados. Em alguns locais as nossas metas são inesperadamente ultrapassadas entre 20 a 40% como fruto das campanhas e mobilização com os meios de que nos dispomos. A aderência é maior; o que se pode

questionar perante fatos? A tradição ficará para trás, sem campo de atuação para ritos de iniciação. Essa geração está a ser iniciada na era tecnologia. Assim se acaba com a tradição que não beneficia as pessoas, elas próprias abandonam (NARCISO, 2019).

As campanhas urbanas e rurais de circuncisão são feitas por ativistas, contratados localmente e coordenados pelos agentes de saúde do hospital distrital. Algo que me chamou a atenção é a presença de muitas mulheres ativistas nas campanhas. Interpreto a presença delas em duas análises. A primeira, é que ao abordarem a circuncisão em campanhas, isso impacta na aderência cirúrgica de homens. Mas também pode ser uma questão de oportunidade que elas encontraram para saírem do ciclo vicioso de falta de renda própria para o sustento das suas famílias num meio social desigual. Segundo Agy (2018), as mulheres rurais vivem dificuldades para ultrapassarem a baixa renda que contrasta com a longa jornada de trabalho e uma saúde cada vez precária.

Entre as ativistas há mulheres *Makonde*. Conversando com elas para saber como aderiram ao papel de ativistas, estas concordaram em que as dificuldades de subsistência contaram bastante. Pois vivem muitas dificuldades para alimentarem suas famílias. Essa foi a razão de fundo apontada para se juntarem ao programa de circuncisão médica. Não deixaram de assinalar que se sentiam mães com o dever de contribuírem para a salvaguarda da vida de seus filhos. Entre elas foi possível ouvir a opinar:

Como mulher que sou, algumas coisas que devo falar na campanha ficam difíceis para eu falar sobre elas. Sabe por quê? No ensino da nossa tradição é sabido que não devemos falar do que aprendemos no *Kamango*, nem tão pouco. Porque estou a trabalhar, quero dinheiro as vezes tenho que esquecer o meu lugar na tradição e falar o que vai garantir o pão para a minha família. Este ano não choveu, há fome e não tenho comida para dar aos meus filhos. Respeito muito a tradição, mas quando apareceu esse trabalho não podia perder a chance. É pouco o que dão, mas o dia que recebo de acordo com o número de

jovens e adolescentes que recrutei, pronto, compro alguma coisa para comer uns dias. Assim a vida vai... (NKORE, 2019).

UNAIDS (2019) aponta que entre os países prioritários na implementação da circuncisão médica já foram circuncidados 22.611.178 homens, o que pressupõe que essa população era vulnerável à infecção pelo HIV. A vulnerabilidade fragiliza o público já afetado pelas difíceis condições de sobrevivência. A condição de vulnerabilidade social a que são sujeitas as mulheres citadas no trecho do diálogo, colocam-nas em situação de alienação cultural, em troca da sua sobrevivência.

Por outro lado, é importante entender que a identidade africana somente sobreviverá à nova colonização se for capaz de impor suas crenças, seu percurso sociocultural, traçar seu destino, sem deixar de reconhecer que depois da colonização a África produziu culturas sincretizadas com o ocidente. Esta é uma razão suficiente para soluções que partam dessa diversidade contextual e não unicamente do saber ocidental para um problema de saúde global como o HIV.

Segundo Said (1995) depois da colonização não existem identidades castiças. É neste prisma, que exalto a valorização da heterogenia e diálogo absoluto com referencial na diversidade do problema de saúde como o HIV/SIDA, ao qual se soma o covid-19. No mundo contemporâneo, a responsabilidade preventiva pandêmica é de todos, porque o ritmo de mobilidade humana pelo mundo tem aumentado e potencializado o risco de contágio de doenças e sua disseminação a diferentes regiões do mundo. O relatório do IV Congresso Nacional de Medicina Tropical, realizado em Lisboa em 2017, aponta que a vulnerabilidade é frequente entre populações migrantes e trabalhadores do sexo na Europa. Contudo, os hábitos culturais não são influentes na dispersão de infecções de transmissão sexual. A sujeição a condições cruéis e de desonra como emigrantes é o que mais propicia o risco de infecção pelo vírus de HIV (Viveiros & Matos, 2017).

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E TRADIÇÕES

No diálogo com diferentes atores do programa de circuncisão médica voluntária, como médicos, enfermeiros, gestores e comunidade, e da releitura da resolução Nº 11/04 de 2 de março de 2004 do Conselho de Ministros, se reconstrói o

itinerário institucional da medicina tradicional. Agregam-se os médicos tradicionais *Tinyanga*, mas por missão, devia agregar os ritos de iniciação. A colaboração das tradições na prevenção de doenças através do uso de psicoativos naturais e práticas curativas espirituais vem já desde séculos, sendo uma das missões que o governo se atende a alcançar ao estabelecer acordos de colaboração com as tradições.

No debate sobre as formas de contágio por infecções de HIV/SIDA, a circuncisão tradicional e seus atores foram postos à margem de ações de redução da alta de incidência de infecções, e em paralelo foi elaborado um plano de promoção de saúde com o fim de conter os riscos de infecções entre etnias excluídas, em momento que o resto do país acolhia o programa de circuncisão médica. Entretanto, os gestores do programa de circuncisão nos vários subsistemas locais opinaram que os ritos de iniciação estão fora do círculo de abrangência da circuncisão médica por insuficiência financeira. Para outros, é em respeito à lei, pois, todas as práticas que atentam a saúde e vida devem ser postos à margem das ações médicas.

As narrativas expressam a existência de intervenções regulares na comunidade que incidem sobre todos os atuantes da saúde comunitária para a prevenção do HIV. Apontam a medicina tradicional como referência das suas atuações, pois estão interessados em promover uma circuncisão tradicional segura. Porém, observam que há uma grande distância entre o que está planejado e o executado. A diferença se estende até ao nível de implementação nos círculos comunitários, onde algumas comunidades já têm formação, mas outras nunca tiveram informação, muito menos formação. Na abordagem junto a esses atores consta a formação para os praticantes dos ritos de iniciação e para parteiras tradicionais. Com eles falam sobre a circuncisão, aconselhamento sexual de jovens e adolescentes e sobre o que é ser homem e ser mulher, o ser menino ou ser rapaz, o ser criança, os riscos de casamentos prematuros, a gravidez precoce, o parto seguro, a subnutrição, e outros. No entanto, o número de praticantes está bem acima do que pode estar no controle do Ministério da Saúde por falta de pessoal e outros meios básicos.

Para a melhoria da qualidade de vida das populações, a OMS propõe desde a Carta de Ottawa 1986, o empoderamento das populações para assumirem a melhoria dos determinantes da sua própria saúde (WHO, 1986). Na ótica de Levin, Katz e Holst (1977), as estratégias suscitam o interesse comunitário em se arrojarem pelo autocuidado da sua saúde. Pois, os serviços públicos enfrentam dificuldades de

variada ordem para a providência de serviços, especialmente dificuldades de ordem financeira e de recursos humanos treinados, mas também de acessibilidade às comunidades. O autocuidado é acentuado na possibilidade de os leigos poderem prestar cuidados de saúde a si e à comunidade em benefício coletivo, na prevenção, diagnóstico e tratamento sob a supervisão do sistema de atenção à saúde.

Parte considerável dos profissionais de saúde reconhecem o valor social dos ritos de iniciação na formação humana, i.e., as concepções culturais de ser mulher e ser homem, e respeitam tais ritos na preparação para a vida adulta. Consideram a iniciação um ensinamento único, onde jovens e adolescentes aprendem sobre a vida, desde o nascer até à morte dentro das suas tradições. O que aprenderam fica para sempre gravado nas suas vidas mesmo que venham a ser doutores ou fazerem parte das elites sociais. A iniciação prepara os iniciados para a vida sexual e marital, mas não proporciona saberes profundos sobre a proteção contra as IST. Nos seus discursos, chamam os mestres de iniciação de “fazedores de condutas”, “construtores da saúde comunitária”, “mestres de humanismo”, “trilhadores da educação”. Um dos maiores problemas de baixa escolarização e da evasão escolar no norte de Moçambique é justamente causado, em parte, pela prioridade dada ao ingresso nos ritos de iniciação.

É necessário equilibrar a aprendizagem nos seus aspectos de transmissão de conteúdos com o equilíbrio físico-psíquico conforme a idade dos iniciados de modo a poder assimilar a passagem à vida adulta. Cria-se um vazio que, segundo depoimentos, fere os direitos de crianças e adolescentes. Tais casos acontecem principalmente no norte do país, em Niassa, Nampula e Cabo Delgado, e em comunidades maioritariamente muçulmanas.

Experiências pelo mundo têm vindo a mostrar que muitos dos problemas que as comunidades enfrentam nem sempre requerem disponibilidade financeira avultada para a sua solução. Elas necessitam sim, de troca de experiências e saberes entre as comunidades. Assim, se estabelece um equilíbrio social ao verem reconhecidas suas experiências para a redução da sua pobreza e desigualdade social. As comunidades não podem ser elementos estranhos quando procuram soluções dos seus problemas. Menéndez (2003) reafirma que não resta dúvida que os grupos sociais são o eixo do cuidado das suas próprias enfermidades. Elas são capazes de levarem suas formas

tradicionais e populares de cuidado à ascensão social, a caminho da industrialização e aumento do consumo de seus serviços e produtos pelas elites sociais.

Ainda sobre a aspiração para introduzir e ampliar a circuncisão médica sem sobrecarregar o sistema de saúde, suprimindo a escassez de pessoal médico, a OMS recomenda o modelo MOVE (Modelo para Otimização do Volume e Eficiência). Com este, pode-se desenhar a troca e partilha de tarefas. A troca de tarefas seria por exemplo, o treinamento dos mestres dos ritos de iniciação pelos médicos em matéria cirúrgica para melhorarem o que vem fazendo nas suas práticas rituais de circuncisão. A estratégia empondera a comunidade e permite que os médicos possam se empenhar em outras atividades de saúde comunitária (Management Sciences for Health, 2012).

Entretanto, o epílogo deste capítulo é o diálogo para o fim do estigma e discriminação. Ele deve envolver a tríade Ministério de Saúde, a comunidade e seus líderes étnicos e também a academia. Cabe a estes atores formular uma solução. À academia cabe-lhe a mediação, pelo seu papel de ator imparcial na ciência e de capacidade de busca de soluções baseadas em evidências, com realce na valorização de todos os saberes comunitários.

CIRCUNCISÃO E RISCOS À SAÚDE

Em todas as sociedades a puberdade representa um período complexo e crítico do acréscimo humano. Tal etapa é caracterizada pelo desenvolvimento físico e emocional, pelo desejo de novas experiências de vida, junto com mudanças psíquicas, amadurecimento sexual, e o surgimento potencial de novos conflitos e desafios na relação com os outros. Nesta fase se dá o início da adolescência que gera alterações corporais profundas resultantes das transformações biológicas que geram demandas de encaminhamento diferenciado (Travassos & Ceccarelli, 2016).

Embora pouco estudada, a adolescência tem sido vista desde a antiguidade pelo prisma da impulsividade e excitabilidade. Na antiga Grécia, os jovens eram submetidos a um verdadeiro adestramento cujo fim seria inculcar-lhes as virtudes cívicas e militares. Aos 16 anos podiam falar nas assembleias e a maioridade civil era atingida aos 18 anos, momento que eram inscritos nos registros públicos da cidade (Grossman, 1998).

Como se pode depreender, cada sociedade tem o seu modo específico de encaminhar os adolescentes para a vida adulta, como fizeram os egípcios, gregos romanos e outros povos desde a antiguidade mais remota. Entre eles alguns tinha a circuncisão como ritual iniciático. A operação é cada vez mais usada como uma técnica de higienização e profilaxia de doenças que acometem o órgão peniano.

Mariza Corrêa, uma antropóloga brasileira, ao ser interpelada sobre a ausência da mutilação genital feminina e masculina na história da antropologia do Brasil, disse ser surpreendente que o assunto não conste nos registros, mesmo que tenha sido uma prática rara ou frequente. Quando se interessou pelo tema e fez o mapeamento do campo bibliográfico, percebeu que há mutilação feminina e masculina no ocidente e não apenas em terras do Islão, do Oriente ou da África.

Práticas de circuncisão ou ablação parcial genital estão presentes nas Américas entre os povos originários, embora com uma frequência muito menor que no Oriente Médio, sul da Ásia e África. Na América do Sul, a circuncisão feminina em diversos graus, é praticada por povos de língua Pano do Alto Purús, Ucayali, Javari (na fronteira Brasil – Peru – Bolívia), pontualmente na Venezuela e na Colômbia pelos povos Embera – Chamí (de língua Chocó, na costa Pacífica e cordilheira ocidental colombianas); e povo Nasa / Páez (de língua Chibcha; sudoeste da Colômbia). A militância feminista e organizações humanitárias têm considerado tais práticas como fisicamente mutilantes e como símbolos de subalternidade das mulheres e profunda desigualdade de gênero (Tomazi & Both, 2017). Tais símbolos não são adscritos à circuncisão masculina.

No Brasil, a circuncisão é realizada por uma minoria que não chega a 2% da população masculina (Morris *et al.*, 2016). Há, também, a circuncisão não ritual, realizada apenas com propósitos higiênicos e profiláticos e não por razões religiosas. Neste sentido, nos Estados Unidos chegou-se a proporções altas da população masculina geral circuncisada sendo mais de 80% (Morris *et al.*, 2016). Nesse país, surgiram movimentos a favor do banimento da circuncisão geral e da circuncisão por razões biológicas de sexo ambíguo. Contra toda a expectativa criada em torno de um possível banimento da circuncisão, 80% de homens americanos são circuncisados, e não é por razões religiosas, porque nem todos são judeus ou muçulmanos. Contudo, a circuncisão foi incorporada nas estratégias americanas de prevenção de IST (Abreu *et al.*, 2003).

A UNAIDS/WHO (2007) não especificou os países que era imperioso introduzirem a circuncisão médica; o critério foi a prevalência abaixo de 20% de homens circuncidados, junto à progressão de infecção pelo HIV. Parte-se do pressuposto de que a circuncisão oferece benefícios individuais, imediatos e a longo prazo na saúde pública. Esta estratégia deve se adicionar a outras de prevenção de cada país. Por outro lado, a recomendação reflete a previsão de dificuldade que África teria para conter a progressão da pandemia no continente dentro das suas limitações.

Atualmente há uma grande procura pelo uso tecnológico que determine a melhor evidência de eficácia, efetividade e eficiência no tratamento de doenças ou na sua prevenção (Nita *et al*, 2009). Nesse cenário a circuncisão é uma tecnologia de apurada avaliação para a prevenção do HIV/ SIDA e de câncer peniano (Lobrigatte *et al.*, 2015). Portanto, ela pode ser indicada para países que têm uma situação epidemiológica de risco em contextos socioeconômicos deficitários.

A fimose é a incapacidade de retração plena do prepúcio para a exposição da glândula. Ela pode ser de dois tipos: fimose primária ou fisiológica e fimose secundária ou patológica. A fimose não deve ser confundida com excesso de pele do prepúcio. Se o prepúcio se retrair expondo toda a glândula do pênis, mesmo com muita pele, não é fimose (Lopes, 2015).

Ela é comum entre recém-nascidos, e ao longo do crescimento tende a desaparecer. A circuncisão é indicada em casos de fimose por ser fator de risco para a balanite recorrente e infecção urinária. É também indicada a homens adultos e idosos com refluxo vesico-ureteral, problemas renais graves e balanite xerótica obliterante (Nita *et al.*, 2009). A fimose não tratada pode ocasionar obstrução urinária e, em casos extremos, pode causar o aumento da pressão, dilatação da uretra e da bexiga levando a insuficiência renal pós-renal (Pereira, 2000). A circuncisão reduz riscos de IST em homens com fimose e nas suas parceiras, em relações heterossexuais, do câncer cervical.

O câncer de pênis é raro em países do primeiro mundo, e no Brasil afetou 10.265 brasileiros entre os anos de 2016 e 2020, com uma alta taxa de morbimortalidade no Maranhão, Piauí, Sergipe, Pará e Tocantins. Dado que colocou o país no ranking dos cinco países mais prevalentes do mundo, entre os quais, Quênia, Uganda, Egito e Índia Rodrigues (2021). Esse câncer representa 2% de todos os tipos de câncer que atingem pessoas do sexo masculino. Ele ocorre principalmente

no Norte e Nordeste, regiões com acentuada pobreza e desigualdade social (Coelho, 2018).

Segundo a Sociedade Brasileira de Urologia, a média de registros de diagnóstico de câncer de pênis (carcinoma de células escamosas do pênis) no Brasil é de 2.000 casos por ano, alertando para o diagnóstico tardio ligado à falta de informação e de acesso aos serviços de saúde. A pandemia de Covid-19 afetou a detecção e registro de casos (SBU, 2021). A presença da fimose e a falta de higiene adequada são os principais fatores de risco para a ocorrência do câncer de pênis. Associado à doença, encontra-se também a infecção com cepas de HPV (papilomavírus humano) oncogênicas. Estima-se que 50% da incidência de câncer de pênis esteja associada a esse vírus que também provoca o condiloma no pênis, conhecido como verruga genital (INCA, 2019). No caso do HPV, a doença é imunoprevenível, mas infelizmente a cobertura de vacinação para HPV entre adolescentes do sexo masculino é baixa.

Países que têm a circuncisão neonatal como costume cultural ou prática médica têm a incidência baixa do carcinoma de pênis. Os hábitos de higienização do órgão peniano e a circuncisão precoce são fatores preventivos da neoplasia na idade adulta que passa por lesões pré-cancerosas em pessoas com fimose (INCA, 2020). A circuncisão pode ser uma estratégia de reduzir a ocorrência do câncer de pênis particularmente entre a população com higiene peniana precária. Obviamente, conforme dito acima, não é a única medida. É importante a educação em saúde com esclarecimentos sobre a higiene do pênis que deve ser externa e interna, expondo a glândula e lavando as duas partes com água e sabão (Rodrigues, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência etnográfica que vivi com os *Makonde* é distante da vivência da minha cultura. Porém, permitiu perceber o quanto os homens não precisam de impor mudanças à cultura do outro, pois as próprias circunstâncias sociais apresentam novos paradigmas de convivência. Saber por que os *Makonde* têm o seu constructo social de um modelo particular de vida, visto estranho por uns e aceito por outros, constituiu-se em um referente importante para a proposta de mudança das suas práticas de circuncidar. A cultura e suas práticas rituais mudam quando seus sujeitos atribuem novos sentidos e significados aos símbolos étnicos, na relação com os seus ancestrais e a natureza.

O antagonismo extremo de posições institucionais oficiais e as tradições étnicas com práticas de identidade *Makonde*, surgiu da noção das autoridades de saúde de que a tradição é foco de transmissão do HIV/SIDA. Isto levou os cientistas a encontrar a proteção contra o HIV na circuncisão enquanto estratégia médica para a redução da transmissão em espaço impermeável para o diálogo ou, ainda, para uma escuta não respondida que tende a gerar tédio ou indiferença. Na modernidade já não é a força de domínio cultural sobre os outros que muda os preceitos e vivências culturais, a experiência vivida pelos seus integrantes e os valores contemporâneos tem força nada suficiente para enfraquecer o passado, e criar um novo contexto social. Diante disso, o diálogo se impõe como a força moderna e democrática que permite a sobrevivência harmônica de culturas e povos no mesmo espaço.

A vivência no seio de *Makonde* fez com que aprendesse a dinamizar mudanças e procedimentos rituais na tradição de um povo. O ponto de partida para liderar as mudanças foi, primeiro, estudar e ter um conhecimento profundo dos rituais étnicos de iniciação e do seu sentido. O melhor que entendi na convivência com os *Makonde* foi que só se muda uma cultura de modo pacífico quando se aceita viver nessa cultura, aprendendo o sentido da sua linguagem e simbologia.

O uso da etnografia como método me aproximou ao campo das ações rituais a partir das suas técnicas que me envolveram com os seus atores na pesquisa. Foi a estratégia teórica-metodológica que me permitiu ter o melhor ordenamento de pensamento e enredo das etapas rituais que me levaram a situar a circuncisão no contexto social e cultural que vivenciei. Minha escrita foi essencialmente feita a partir

das vozes Makondes com as quais dialoguei no trabalho de campo. Essas falas denotam práticas ancestrais de cura que tradicionalmente têm existido nesse povo.

A pesquisa proporcionou a oportunidade de descobrir outras práticas de autocuidado e atenção à saúde que são praticadas na recuperação da saúde física, psíquica, emocional e social nos Makondes. Ainda para superar essa lógica, propiciou espaço de reflexão sobre o como as crenças e práticas curativas de povos autóctones podem ser parte de mesmo sistema nacional de saúde com a medicina convencional sem antagonismo, e com respeito às diversidades étnicas e culturais, que primam pelos direitos democráticos que caracterizam as sociedades contemporâneas.

Os processos de adoecimento não podem ser vistos apenas como uma ameaça à vida; eles podem contribuir como estímulo às mudanças culturais para melhores práticas que contribuem para o equilíbrio das necessidades do bem-estar do corpo e da mente. Há uma conexão das práticas rituais com a saúde, com as racionalidades médicas, e com as diversas práticas de prevenção, tratamento e cura.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. (2000). **Dicionário de filosofia** (4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- ABREU, Carolina et al. Entrevista com Mariza Côrrea. In: **Cadernos de Campo (São Paulo 1991)**, v. 11, n. 11, p. 103-122, 2003.
- ACÇOLINI, Grazielle; SÁ JÚNIOR, Mário Teixeira. Tradição – Modernidade: a associação de Médicos tradicionais de Moçambique (AMETRAMO). *Mediação – Revista de Ciências Sociais* v. 21 n.2: 49. DOI: [10.5433/2176-6665.2016v21n2p49](https://doi.org/10.5433/2176-6665.2016v21n2p49)
- ACKERKNECHT E. **Medicine and ethnology**. Selected essays. Baltimore: John Hopkins Press, 1971.
- AGGLETON, Peter. “Just a snip”: a social history of male circumcision. In: **Reproductive health matters**, v. 15, n. 29, p. 15-21, 2007.
- AGUIAR, Eurico. **Medicina: uma viagem ao longo do tempo**. Domínio público, 2010.
- AGY, Aleia Rachide. Desigualdades de género em contextos rurais em Moçambique: estudos de caso em localidades na província de Nampula 1. In: **Desafios para Moçambique 2018**. Project: Gender Inequalities. Disponível em: <https://www.researchgate.net/> Acesso em: 03 set. 2021.
- ALBU, Daniela. UNHCR Global Trends Report: Forced displacement in 2018. In: **Drepturile Omului**, p. 114, 2019.
- ALCORÃO**. Português. Alcorão. Tradução: Mansour Challita. Rio de Janeiro: Associação Cultural Internacional Gibran, 1995.
- ALPERS, Edward. **Towards the History of the Expansion of the Islam in East Africa: The Matrilineal Peoples of the Southern Interior**. In: Alpers, Edward. Ranger, Terence and Kinambo, Isaria (Ed.). *The Historical Study of African Religion with Special Reference to East and Central Africa*. London/Ibadan, Heinemann Educational Books, 1972.
- ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: **Experiência de doença e narrativa**, v. 1, p. 125-38, 1999.
- ALVES, Rubem. **Mares Pequenos – Mares Grandes (para começo de conversa). As razões do mito**. Campinas: Papirus, p. 13-21, 1988.
- AMARAL, Sérgio Miranda. *Revista Âmbito Jurídico* nº 226 – Ano XXV – novembro/2022.

ANTUNES, Juliano Fabricio. ISLAMISMO, RELIGIÃO OU TERRORISMO? In: **Revista Ensaios Teológicos**, v. 4, n. 1, 2019.

APPIAH, Kwame Anthony, na casa do meu pai: A África na filosofia da cultura, Rio de Janeiro, Contraponto, 1997.

ARBOLEDA-FLORÉZ J. The rights of a powerless legion. In: Arboleda-Flórez J, Sartorius N, editors. Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions. Chichester: John Wiley & Sons; 2008. p. 1-17.

ASNIS, Nelson. A prática da circuncisão no Judaísmo em questão. In: **WebMosaica**, v. 7, n. 1, 2015.

ASSIS, Jaqueline Tavares de; CNCEIÇÃO Maria Inês Gandolfo; LIÇENÇA, ET ALL. **Medicina tradicional no Brasil e em Moçambique: definições, apropriações e debates em saúde pública**. O Público e o Privado · nº 31 · jan/jun · 2018.

AUGÉ, Marc. L'anthropologie de la maladie. In: **l'Homme**, p. 81-90, 1986.

AUGÉ, Marc. **Não lugares**: introdução a uma antropologia da sobremodernidade. 1ª edição francesa. 1993.

AUVERT B, TALIAAR D, LAGARDE E, SOBNGWI-TAMBEKOU J, SITTA R, PUREN A. **Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial**. *PLoS Med*. 2005;2: e298.

AYRES, José Ricardo Carvalho; **Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: Lições apreendidas e desafios atuais**. *Interface-Comum. Saúde, educ.* v6, n11, p.11-24, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/01.pdf> Acesso em: 9 jun. de 2019.

AZEVEDO, Gilson Xavier de. A manifestação experiencial dos cristãos de Antioquia nos Cristianismos originários e a controvérsia da circuncisão. In: **Revista Fragmentos de Cultura - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 21, n. 4, p. 597-612, 2011.

BAILEY RC, EGESAH O, ROSENBERG S. **Male circumcision for HIV prevention: a prospective study of complications in clinical and traditional settings in Bungoma, Kenya**. *Bull World Health Organ*. 2008 Sep;86(9):669-77.

BAILEY RC, MOSES S, PARKER CB, AGOT K, MACLEAN I, KRIEGER JN, et al. **Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial**. *Lancet*. 2007; 369:643-56.

BANWARI M. **Dangerous to mix: culture and politics in a traditional circumcision in South Africa**. *Afr Health Sci* 2015; 15:283-7. 10.4314/ahs.v15i1.38.

BARTH, Fredrik. Os grupos étnicos e suas fronteiras. In: POUTIGNAT, Philippe; STREIFF-FENART, Jocelyne **Teorias da etnicidade**. Tradução de Elcio Fernandes, p. 185-227. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1998.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BBC. NEWS 30 April 2018.

BEGA, Maria Tarcisa Silva. Implicações sociais do uso das técnicas de manipulação genética: aplicação em países de terceiro mundo. In: **Educar em Revista**, n. 11, p. 33-44, 1995.

BIBLIA DE JERUSALEM (BJ), Nova Edição Revista e Ampliada. São Paulo: Paulus, 2006.

BOEDKER, Gerard; CHI-KEONG, Grundy; CHRIS, Burford; GEMMA, Shein, KIN. et al... WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine. Kobe, Japan: WHO Centre for Health Development, 2005.

BONI, Paulo César; MORESCHI, Bruna Maria. Fotoetnografia: a importância da fotografia. Doc On-line, n.03, dezembro 2007, www.doc.ubi.pt, pp. 137-157.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina/Pierre Kühner**. 11^o ed. Tradução Maria Helena Bertrand. Rio de Janeiro, 2012.

BOYER, Pascal, "La tradition comme genre énonciatif", en: Poétique, No. 58, pp. 233-251, 1984.

BRINK, Pamela J.; EDGECOMBE, Nancy. What is becoming of ethnography? In: **Qualitative Health Research**, v. 13, n. 7, p. 1028-1030, 2003.

BRITANNICA, The Editors of Encyclopaedia. "ethnography". Encyclopedia Britannica, 6 Dec. 2020, <https://www.britannica.com/science/ethnography>. Accessed 21 July 2022.

BUNSON, Margaret. **Nile festivals. Encyclopedia of Ancient Egypt**. Infobase Publishing, p. 278, 2009.

CALCAGNO C. [**Circumcision: what do we cut when we are cutting?**]. *Urologia*.;74(2):73-9. Italian, Apr-Jun 2007.

CAMERON BE, et al. **Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men.**; ii: 403-7, Lancet 1989.

CANIVETE, Belchior. **A patrimonialização do nyau e a redução de sentido.** In **Revista USP**, n. 106, p. 97-106, 2015.

CARVALHO, Lázaro Messias de. **Doença e cura em África:** medicina tradicional e pastoral da saúde no povo "Chuabo": uma questão de inculturação. Roma Editora, 2009.

CASHMORE, Ellis. **Dicionário de relações étnicas e raciais.** 2ª Ed. Selo negro Edições, 2000.

CASIMIRO, I. M. et al. O impacto sócio-económico do HIV/SIDA, numa perspectiva de género: agregados familiares e comunidade nas cidades de Maputo e Quelimane. In: **Estudos moçambicanos**, n. 21, p. 85-92, 2005.

CATALUNYA, Medicus Mundi. **Mulher, SIDA e o acesso à saúde na África Subsaariana, sob a perspectiva das ciências sociais.** 2007.

CATECISMO DA IGREJA CATÓLICA (CIC). Coimbra: Gráfica, 1999.

CATOPOLA, Brasão. **Diálogo de identidade:** análise das estratégias de construção de identidade entre os Yao e Makonde do norte de Moçambique. Dissertação. UFBA. Salvador, 2011.

CHABEL, M. **Histoire de La Circoncision:** Des Origines a nós Jours. Editora: Editions Balland, 1992. ISBN: 11520914.

CHAMBERS, Robert. Vulnerability, coping and policy (editorial introduction). In: **IDS Bulletin**, v. 37, n4, p. 33-40, out. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1759-5436.2006.tb00284.x>> Acesso em: 03 set. 2021.

CHO, C.H.; LECKENBY, John D. Copytesting of advertising on the WWW: clicking motivation profile. In: **PROCEEDINGS OF THE CONFERENCE-AMERICAN ACADEMY OF ADVERTISING.** American Academy of Advertising, 1998. p. 26-36.

CLAVERT, Manisa Salambote. **Da Densa Floresta Onde Menino Entrei, Homem Saí.** Rito Iromb na Formação do indivíduo Wongo. biblioteca24horas, 2009.

CLIFFORD, James. **A experiência etnográfica.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

CNCS - Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA / Ministério da Saúde de Moçambique. Declaração de Compromisso Universal no Combate ao HIV/SIDA. Relatório de Progresso para a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA 2006-2007. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA; 2008.

CNCS - Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA / Ministério da Saúde de Moçambique. Plano estratégico nacional de resposta ao HIV e SIDA 2015–2019 PEN IV. Maputo, Mozambique: Mozambique Ministry of Health, Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA; 2015. 10.5585/eccos. n37.5829

COELHO, Ronald Wagner Pereira et al. Penile cancer in Maranhão, Northeast Brazil: the highest incidence globally? In: **BMC urology**, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2018.

CORK, Michael A., et al. **Mapping male circumcision for HIV prevention efforts in sub-Saharan Africa**. *BMC medicine*, 18.1: 1-15, 2020.

COSTA, Odvaldo Cipriano da. Brit -Milá : um pacto de Corte. A influência da circuncisão no pensamento Judaico Cristão. Editor: Club de Autores, 14 de dezembro de 2014.

COSTA, Sérgio; BOATCA, Manuela. **Corpos e fronteiras**: uma conversa com Ella Shohat. Novos estudos CEBRAP, n. 97, p. 209-218, 2013.

CRUZ E SILVA, Tereza. A missão suíça em Moçambique e a formação da juventude: a experiência de Eduardo Mondlane (1930-1961). In: **Estudos moçambicanos**, n. 16, p. 67-104, 1999.

D'ADESKY, Jacques. Diversidade, direitos humanos e justiça social. In: **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, v. 79, n. 3, jul./set. Brasília: TST, 2013.

DAVEL, Eduardo Paes Barreto; FANTINEL, Letícia Dias; DE OLIVEIRA, Josiane Silva. **Etnografia Audiovisual**: Potenciais e Desafios na Pesquisa Organizacional. *Organizações & Sociedade*, v. 26, n. 90, 2019.

DAVIDSON, C. **Transcription: Imperatives for qualitative research**. *International Journal of Qualitative Methods*, 8, 1-52, 2009.

DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS. MEASURE DHS, 2006 (<http://www.measuredhs.com>). Acessado 28 november, 2019.

DIAS, Jorge., Margot. DIAS. **Os Makondes de Moçambique. vida social e ritual**. Lisboa, 1970.

DIEHL, Astor Antônio; TATIM, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas**: métodos e técnicas. Pearson Brasil, 2004.

DOUGLAS M., MALULEKE T. X. **Traditional male circumcision: Ways to prevent deaths due to dehydration**. *American Journal of Men's Health*, 2016.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo**, Editora: Perspectiva, Publicação Jaumir, 1966.

DRAIN PK, HALPERIN DT, HUGES JP, et al. Male circumcision, religion, and infectious diseases: an ecologic analysis of 118 developing countries. *BMC Infect Dis* 2006; 6:172. 10.1186/1471-2334-6-172.

DUNN, Rob .**Os ancestrais humanos eram quase todos vegetarianos** 23 de julho de 2012.

DURKHEIM, E. **Formas elementares da vida religiosa**: O sistema totêmico na Austrália (P. Neves, Trad.). 2000.

DUTRA, Alexandre Bezerra. **Pacto da circuncisão**: um estudo sobre a aliança da circuncisão entre Deus e Abraão em Gênesis 17. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2019.

EASTERN CAPE PROVINCIALDEPARTMENT OF HEALTH. (2011). *Circumcision statistics, South Africa*. Retrieved from <https://pmg.org.za/committee/16354>.

ELIADE, M. **Initiation, rites, sociétés secrètes**. Paris: Gallimard, 2001.

ESPINOSA, B. **Tratado da reforma da inteligência**. Trad. de Lívio Teixeira. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

EUGENIUS IV, Pope. **Bull of Union with the Copts**. Tanner, N.P. (trans.). Session 11, Ecumenical, Council of Florence, 1442.

FABIAN, Johannes. **Time and the other**: How anthropology makes its object. Columbia University Press, 2014.

FANTINATO, M. C. C. B. **Identidade e sobrevivência no morro de São Carlos: representações quantitativas e espaciais entre jovens e adultos**. São Paulo: Tese de Doutorado-Faculdade de Educação da USP, 2003.

FARIAS, Pe Ademir Nunes. **A consciência e o discernimento sociopolítico no Catecismo da Igreja Católica**. *Vida pastoral*, mai./jun 2016, ano 57 n. 309. São Paulo: Paulus Editora, 2016. Disponível em: <<https://www.vidapastoral.com.br/edicao/a-consciencia-e-o-discernimento-sociopolitico-no-catecismo-da-igreja-catolica/>> Acesso em: 01 abr. 2021.

FERREIRA, António Rita. **Pequena história de Moçambique pre-colonial**. Fundo de Turismo, 1975.

FISH, Max et al. A new Tuskegee? Unethical human experimentation and Western neocolonialism in the mass circumcision of African men. In: **Developing World Bioethics**, 2020; 00:1-16. Disponível em: <wileyonlinelibrary.com/journal/dewb> Acesso em: 03 set. 2021.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de saúde: uma política social. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 23-64, 2008.

FLOR, D. M. et al. **Cultura Religiosa**. Organizado por Universidade Luterana do Brasil. Canoas: Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, 2017.

FOUCAULT, Michel et al. **Les Anormaux Cours au Collège de France**. 1999.

FOUCAULT, Michel; ABRAHAM, Tomás. **Genealogía del racismo**. Buenos Aires. Altamira, 1996.

FRANCIONE, Gary L. **Animals as persons: Essays on the abolition of animal exploitation**. Columbia University Press, 2008.

FREUD, Sigmund. Moisés e o monoteísmo. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud* (J. Salomão, trad., vol. 23, pp. 15-150), (1996b). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1934-1939).

FREUD, Sigmund., Totem e tabu. Trad. Samuel Jankelevitch. Totem e Tabu. Paris: Payot & amp, 2001.

GAARDER, Jostein; HELLERN, Victor; NOTAKER, Henry. **O Livro das Religiões**. Tradução: Isa Mara Lando. Revisão técnica e apêndice: Antônio Flavio Pierucci. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

GARRAFA V.; LORENZO C. Moral imperialism and multi-centric clinical trials in peripheral countries. In: **Cad Saúde Pública** [Internet]. 2008. Disponível: <<http://bit.ly/2iQKsRC>> Acesso 22 nov 2014.

GARRIDO, Pedro B. et al. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 72-79, 2007.

GATRAD, A. R.; SHEIKH, A.; JACKS, H. Religious circumcision and the human rights act. In: **Archives of disease in childhood**, v. 86, n. 2, p. 76-78, 2002.

GEWEHR, Rodrigo Barros et al. Sobre as práticas tradicionais de cura: subjetividade e objetivação nas propostas terapêuticas contemporâneas. In: **Psicologia USP**, v. 28, n. 1, p. 33-43, 2017.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. Unesp, 1992.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 6. ed. Reino Unido: Editora Penso, 2001.

GODELIER, M. A Antropologia Econômica. In: COPANS, J. et alii. Antropologia, ciência das sociedades "primitivas"? Lisboa, Edições 70, 1971. p. 219-304.

GOFFMAN, Erving. Representações. In: **A representação do eu na vida cotidiana**, v. 7, 1985.

GOOD, Byron J. **Medicine, rationality and experience**: an anthropological perspective. Cambridge University Press, 1994.

GOPALKRISHNAN N. **Cultural Diversity and Mental Health**: Considerations for Policy and Practice. *Front Public Health*. doi: 10.3389/fpubh.2018.00179. PMID: 29971226; PMCID: PMC6018386. 2018 Jun 19; 6:179.

GRAY RH, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F, et al. **Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda**: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007; 369:657–66.

GROSSMAN, Eloisa. La adolescencia cruzando los siglos. In: **Adolesc. Latinoam**, v. 1, n. 2, p. 68-74, 1998.

GUÉRIOS, Rosário Farâni Mansur. **Tabus linguísticos**. Rio de Janeiro: Organização Simões Editora, 1956.

GUERRA, Danilo Dourado. Messias e Heróis: a ressignificação do messianismo popular na comunidade joanina. In: **Revista Fragmentos de Cultura - Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 25, n. 3, p. 325-340, 2015.

GUILHEM D. Resenha: Double standards in medical research in developing countries. In: **Cad Saúde Pública**. 2005. Disponível: <<http://bit.ly/2jMSFFq>> Acesso 20 ago 2021.

GUN, Saul. História da circuncisão. In: **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 4, n. 1-2, p. 92, 2002.

HABERMAS, Jurgen. El futuro de la naturaleza humana i Hacia una eugenesia liberali? Barcelona, Ediciones Paidos, 2002; 146p.

HAMMADEH, J. Sagrado 2013 | Saúde e Higiene: Islamismo. In: **Canal Canal Futura**, 18 nov. 2014. Vídeo (2 min.) Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=0AJdCwp6U5>> Acesso em: 27 out. 2020.

HANAFIAH, K. Mohd et al. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. In: **Hepatology**, v. 57, n. 4, p. 1333-1342, 2013.

HERZLICH, Claudine. Fragilidade da vida e desenvolvimento das ciências sociais no campo da saúde. In: **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 193-203, 2005.

HOBBSAWM, Eric; RANGER, Terence. A invenção das tradições. In: **Paz e terra** v. 1, p.997. Rio de Janeiro, 1984.

HORWITZ, Simonne. Migrancy and HIV/Aids: a historical perspective: histories of reproductive health and the control of sexually transmitted disease in Southern Africa: a century of controversy. In: **South African Historical Journal**, v. 45, n. 1, p. 103-123, 2001.

HOUAISS, A., VILLAR, M., & FRANCO, F. M. D. M. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro, Objetiva, 2009.

HOUNTONDJI, Paulin. African philosophy. Myth and reality. 2ª Edição. Tradução de Henri Evans. Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press, 1996.

HRUODBEORTH, David. Medicinas tradicionais. O que estamos esperando para implementar as resoluções da OMS? In: **Revista Longeviver**, n. 49, 2016.

HUSSERL, E. **A Idéia da Fenomenologia**, Lisboa: Edições 70, 1986.

IDOWU, Bolaji. Olódùmarè : **God in Yoruba Belief, Ikeja** : Longman Nigeria, 1982.

INJAD. **Inquérito Nacional Sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens e Adolescentes. Moçambique**. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA 1996-2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Publicações. Infográficos. Apoio à decisão no rastreamento do câncer de próstata. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Abordagem Básica para o controle de câncer. 6ª edição revista e atualizada. Rio de Janeiro, RJ 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (INE). **Estatística da Cultura**, Cidade de Maputo 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (INE). **Resultados definitivos**. IV Recenseamento geral da população, 2017. MAPUTO – abril, 2019.

JOCHELOVITCH, Sandra e BAUER, Martin W. Entrevista Narrativa. In: **BAUER, Martin W. e GASKELL, George. Pesquisa Qualitativa com Texto Imagem e Som: Um Manual Prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

JÚNIOR, B.; MAHUMANA, N.; JESUS, J. **O que é Saúde Mental?** Lisboa: Escolar Editora, 2014, p.104.

JUNOD, H. Usos e costumes dos Bantu (Tomo I). In: **Maputo**: Arquivo Histórico de Moçambique. (Obra original publicada em 1912), 1996.

KESEBIR, Selin & KESEBIR, Pelin. How Modern Life Became Disconnected from Nature. September 20, 2017.

KLEINMAN A. **Patients and healers in the context of culture. Berkeley (CA)**: University of California Press; 1980.

KNAUTH, Daniela Riva, & MACHADO, Paula Sandrine. (2013). "Corrigir, prevenir, fazer corpo": a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersex. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), (14), 229-241. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872013000200010>.

KOTTAK, Conrad Phillip. **Introducción a la antropología cultural. Espejo para la humanidad**. Madrid: Mac Graw Hill Interamericana de España SL, 2019.

KÜMMEL, Werner Georg. **Introdução ao Novo Testamento**. São Paulo: Paulinas, 1982.

LACERDA, Aline Lopes de. A fotografia nos arquivos: produção e sentido de documentos visuais. In: **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 19, n. 1, p. 283-302, 2012.

LANGA, Adriano. **Questões cristãs à religião tradicional africana (Moçambique)**. 2. ed. Editorial Franciscana. Braga, 1992.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. In: **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 1019-1029, 2014.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010 May-Jun; 18(3):458-65.

LAU FK, JAYAKUMAR S, SGAIER SK. Understanding the socio-economic and sexual behavioural correlates of male circumcision across eleven voluntary medical male circumcision priority countries in southeastern Africa. *BMC Public Health* 2015; 15:813. 10.1186/s12889-015-2135-1.

LAWAL TA, OLAPADE-OLAOPA EO. **Circumcision and its effects in Africa. Transl Androl Urol**. Apr;6(2):149-157,2017.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. 6.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

LEVIN, L.S.; KATZ, A.H.; HOLST, E. **Self-care**: lay initiatives in health. London: Croom Helm, 1977.

LÉVI-SATRAUSS, Claude. **O cru e o cozido. Mitológicas 1.** São Paulo, CosacNaif, 2004.

LÉVI-STRAUSS, Céaude – **Mito e Significado.** Tradução de António Marques Bessa Capa de Edições 70, 1978.

LIMA, Kayete Chaves de Oliveira. **Assistência à mulher muçulmana no Brasil:** Uma análise da Religião entre o sistema religioso islâmico e a política Nacional de atenção integral à saúde da Mulher. Dissertação. Universidade Metodista São Paulo. Bernardo do Campo. 2016.

LINDER, Adolphe. **Os suíços em Moçambique.** Creda Communications, 2001.

LOBRIGATTE, Marcos Francisco Pereira; PEREIRA, Emmanuel Orquides; SAQUETI, Estéfano. Perfil Clínico E Epidemiológico Do Câncer De Pênis Em Um Serviço De Referência Regional, Campo Mourão, Paraná. Vol. 9, n. 1, pp. 20-23 (dez. 2014 – fev. 2015) In: **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR.** Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141130_220229.pdf> Acesso em: 26 dez. 2021.

LOPES JR., Aury. **Direito Processual Penal.** 9. Ed. São Paulo: Saraiva, 2012.

LOPES RM, D'Imperio M. Atlas de Pequenas Cirurgias em Urologia. Fimose. 2015. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-412-> acessada em: 18 outubro 2019.

MABUTANA, Carlos. **Análise das modalidades de Circuncisão praticada pelos Makondes de Boane sua implicação na saúde e prevenção do HIV.** Dissertação. Faculdade de Medicina, UEM, 2016.

MACLAREN D, TOMMBE R, MAFIL'O T, MANINENG C, FREGONESE F, et al. Foreskin cutting beliefs and practices and the acceptability of male circumcision for HIV prevention in Papua New Guinea. BMC Public Health. 2013 Sep 9; 13:818. doi: 10.1186/1471-2458-13-818. PMID: 24015786; PMCID: PMC3846639.

MAFFIOLI, Elisa M. Is traditional male circumcision effective as an HIV prevention strategy? Evidence from Lesotho. PLoS One. 2017 May 12;12(5): e0177076.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Etnografia como prática e experiência. In: **Horizontes antropológicos**, v. 15, n. 32, p. 129-156, 2009.

MAIVASSE, Catija Marja Judião. **A influência islâmica nos ritos de iniciação masculina: a mesquita Missuri na cidade de Maputo.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Eduardo Mondlane.

MALINOWSKI, Bronislaw et al. **Argonautas do Pacífico ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. V. Civita, 1976.

MALINOWSKI, Bronislaw. **A vida sexual dos selvagens**. 2ª Edição. Francisco Alves, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/3488>> Acesso em: 03 set. 2021.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV) para Prevenção do VIH**. Resumo técnico, 2012. Disponível em: <https://www.msh.org/resources?field_resource_type%5B0%5D=Publication> Acesso em: 03 set. 2021.

MANJATE, Fernando. **Nyau-gule wamkulu**: património oral e intangível da humanidade. ARPAC-Instituto de Investigação Sócio-Cultural, 2014.

MAUSS, Marcel. The gift: (expanded Edition) Chicago: The University of Chicago Press/ Hau Boks, 2015.

MAUSS, Marcel. Transmission de la cohesion sociale. Tradition Education. In: **Cohesion sociale et divisions de la sociologie**, Oeuvres, v. 3, p. 328-46, 1969.

MBEMBE, Achille. **As Formas Africanas de Auto Inscrição**. In **Revista Estudos Afro-Asiáticos**, Ano 23, nº 1, 2001, pp. 207-209.

MBITI, John Samuel. **Concepts of God in Africa**. London: SPCK (April 1970).

MEDDEB, Abdelwahab. **O islã entre civilização e barbárie. Civilização e barbárie**. São Paulo, 2004.

MELLO, Márcio Luiz; OLIVEIRA, Simone Santos. **Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1024-1035, 2013.

MENDES, Mirim G. **A dança**. 2ª ed. – São Paulo: Ática, 2001.

MENDONÇA, Marina Gusmão de. O genocídio em Ruanda e a inércia da comunidade internacional. In: **Brazilian Journal of International Relations** – BJIR, Marília, Edição Quadrimestral v. 2, n. 2, p.300-328 mai./ago. 2013.

MENÉNDEZ, Eduardo Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização. Rabelo PC, Rabelo MC, organizadores. In: **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz / Relume-Dumará, p. 71-92, 1998.

- MENÉNDEZ, Eduardo. **Continuidade e descontinuidade do projeto de saúde mexicano. Crise e reorientação neoconservadora.** In: Baía de Ignacio Almada (coord.) Saúde e crise no México. Editora do Século XXI, México, 1990.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 335-345, 2012.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?. In: **Alteridades**, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: **Ciência & saúde coletiva**, v. 8, p. 185-207, 2003.
- MENÉNDEZ, Eduardo. **Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatan.** México: Ediciones de la Casa Chata. 1981.
- MENÉNDEZ, EL. Miradas antropológicas o miradas medicalizadas: Reflexiones sobre las diferencias entre ciencias médicas y antropología social. En: García Acosta V, De la Peña G, (coords.). Miradas concurrentes: La antropología en el diálogo interdisciplinario. México DF: Publicaciones de la Casa Chata; 2013. p. 225-252.
- MESLIN, Michel. **Fundamentos de Antropologia Religiosa:** a experiência humana do divino. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2014.
- MESQUITA, Antônio Neves de. **Povos e nações do mundo antigo. Uma História do Velho**, 1992.
- MÍGUEZ, Nestor. Conflito e liberdade: Gálatas 2: 11-14 e as lutas intraeclesiais. In: **Ribla**, v. 76, n. 3, p. 149-161, 2017.
- MINISTERIO DA DEFESA NACIONAL (MDF). DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MILITAR. **PROGRAMA DO HIV/SIDA NAS FADM.** Reunião Conjunta MISAU/PEPFAR 13 dez. 2018.
- MINISTERIO DE SAÚDE. **Anuário Estatístico de Saúde 2019.** Direção de Planificação e Cooperação. Maputo, 2020.
- MINISTERIO DE SAÚDE. Boletim Epidemiológico. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** Número Especial dez.2021.
- MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Faz a circuncisão. Torna-te Um Novo Homem.** Edição: 1ª Impressão: 2014.
- MIQUEIAS, J. **Segunda experiência da iniciação tradicional.** Quelimane: 1994.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. In: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 309-320, 2016.

MONTEIRO, Charles. História, fotografia e cidade: reflexões teórico metodológicas sobre o campo de pesquisa. In: **MÉTIS: história & cultura**, v. 5, n. 9, 2006.

MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza Vieira; KNAUTH, Daniela. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010) In **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 170-176. Rio de Janeiro, 2012.

MORRIS, B. J., & ELEY, C. Male Circumcision: An Appraisal of Current Instrumentation. In (Ed.), **Biomedical Engineering - From Theory to Applications**. Open. <https://doi.org/10.5772/18543>, 2011.

MORRIS, Brian J.; WAMAI, Richard G.; Henebeng, Esther B.; TOBIAN, Aaron A.R.; Klausner, Jeffrey D.; BANERJEE, Joya; HANKINS Catherine A. Estimation of country-specific and global prevalence of male circumcision. **Popul Health Metrics** 14, 4: <https://doi.org/10.1186/s12963-016-0073-5>. 2016.

MOSES, Stephen; FRANCIS A. Plummer; JANET E. Bradley; JECKONIAH O. Ndinya-Achola; NICO J.D. Nagelkerke; and ALLAN R. Ronald. "Male Circumcision and the AIDS Epidemic in Africa." *Health Transition Review* 5, no. 1 (1995): 100–103. <http://www.jstor.org/stable/40652184>.

MUBARAK, Caleb. **Introdução ao Islamismo**. Tradução: Hellen Ramiro de Araújo. Rio de Janeiro: Junta de Missões Mundiais, 2014.

NARCISO. Alcides Rafael Madeira. África em Cultura: Mapiku e seus mistérios. 22 de maio de 2016. <<http://www.pordentrodaafrica.com/cultura/africa-em-cultura-mapiko-e-os-seus-misterios>>. Acesso em: 12 set. 2021.

NASCIMENTO, Samuel Ulisses Chaves Nogueira do. **Circuncisão na Torah: História, Religião e Saúde**. 2013.

NASSER, Salem Hikmat. Direito islâmico e direito internacional: os termos de uma relação. In: **Revista Direito GV**, v. 8, n. 2, p. 725-744, 2012.

NEUSCHARANK, Angélica. **Possibilidade da lousa digital interativa para o uso hipermídia da imagem no contexto escolar**. Monografia- Universidade Federal de Santa Maria, RS, 11 de julho de 2014.

NGOENHA, Severino. **Apoio Militar Cabo Delgado**. STV, Grande Entrevista 21/04/2021. Canal Visão Anónima, 24 abr. 2021. Vídeo (59 min.) Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=lirdBuT-sAM>> Acesso em: 05 set. 2021.

NGOLE, S. G. **Ritos de iniciação Masculina e suas transformações sociais no Planalto de Moeda entre 1924-1994**, Maputo, 1996.

NITA, Marcelo Eidi et al. Métodos de pesquisa em avaliação de tecnologia em saúde. In: **Arquivos de Gastroenterologia**, v. 46, n. 4, p. 252-255, 2009.

NUNES, Maria de Lourdes Martins Saraiva da Silva; RAMOS, Natália. Cuidar em contexto de diversidade cultural: representações e vivências do corpo em diferentes culturas. In: **RECIIS– Revista Eletrônica de Com. Inf. Inov. Saúde**, p. 70-86, 2011.

NUTOR J. et al. **Predictors of high HIV+ prevalence in Mozambique: A complex samples logistic regression modeling and spatial mapping approaches**, 2020. PLoS ONE 15(6): e 0234034. Disponível em <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234034>> Acesso em: 22 dez. 2021.

NUTOR JJ, DUODU PA, AGBADI P, DUAH HO, OLADIMEJI KE, GONDWE KW. Predictors of high HIV+ prevalence in Mozambique: A complex samples logistic regression modeling and spatial mapping approaches. PLoS One. 2020 Jun 4;15(6): e0234034.

OFFICE OF INTERNATIONAL RELIGIOUS FREEDOM. 2018 **Report on International Religious Freedom**. Disponível em: <<https://www.state.gov/reports/2018-report-on-international-religious-freedom/>> Acesso em: 01 abr. 2020. Washington (EUA): Bureau of Democracy, Human Rights and Labor, 2019.

OGEDA, Bruno da S. et al. A Sociedade Judaica do Primeiro Século e o Domínio Romano. In: **Vários Orientes**. Rio de Janeiro: Edições Sobre Ontens/LAPHIS, 2017 Disponível em: < www.revistasobreontens.site > Acesso em: 28 mar. 2021.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O trabalho do antropólogo**. Unesp, 2000.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Circuncisão masculina tradicional entre jovens: uma perspectiva de saúde pública no contexto da prevenção do HIV**. Genebra, 2009. Disponível em http://www.malecircumcision.org/programs/documents/TMC_final_web.pdf [Google Scholar]: Acesso : 02 setembro 2021.

OMS. Relatório Mundial da Saúde. FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE O caminho para a cobertura universal. Edição: CPLP- Comunidade dos Países da Língua Portuguesa,2010.

ONU MULHERES. Organização das Nações Unidas Mulheres. **Nações Unidas proíbem a mutilação genital feminina.** 2012. Disponível em: <<http://www.unwomen.org/en/news/stories/2012/12/united-nations-bans-female-genital-mutilation/>> Acesso em: 10 fev. de 2021.

ONUSIDA; CPLP. **Epidemia de HIV nos países de língua oficial portuguesa - 4ª edição,** 2018.

PARKER, Richard. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: **Estigma e saúde**, Monteiro S, Villela W. (Orgs). Versão revista e ampliada. Tradução Carla Vorsatz. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 25-46, 2013.

PASSOS, Rômulo. **História Natural da Doença.** 2018. Editora Brasileiro & Passos. Disponível em: <www.romulopassos.com.br> Acesso em: 04 nov. 2020.

PEIRANO, Mariza. A análise antropológica de rituais. In: PEIRANO, M. (Org) **O Dito e o Feito: Ensaios de Antropologia dos Rituais.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2003, p. 17-42.

PELTZER K, KANTA X, BANVINI M. **Avaliação de um programa de treinamento em circuncisão masculina mais seguro para cirurgiões e enfermeiras tradicionais de Ndebele em Gauteng, África do Sul:** usando observação direta de procedimentos de circuncisão. *Afr J Trad CAM.* 2010; **7** (2):153-159.

PEREIRA, Nuno Monteiro. **Fimose e circuncisão:** um tema em crescente controvérsia. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa, Lisboa, Portugal.2000.

PHELAN, Jo; LINK, Bruce; DOVIDIO, John. Estigma e preconceito: um animal ou dois. In: **Estigma e saúde**, Monteiro S, Villela W. (Orgs.). Tradução de Roberta Ferro Rodrigues. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 183-201, 2013.

PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha. **Islã:** religião e civilização, uma abordagem antropológica. Aparecida, SP: Editora Santuário, 2010.

PITTS, J. **Social Control: The concept. In International Encyclopedia of sciences.** (Vol.14) ed.D. Sills, Macmillan., Now York, 1968.

PNUD. **Human Development Report 2006 Beyond scarcity: Power, poverty and the global water crisis**. New York, 2006. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en>> Acesso em: 03 set. 2021.

PNUD. **Human Development Report 2015: Work for Human Development**. New York, 2015. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en>> Acesso em: 03 set. 2021.

POUILLON, J. Tradition: transmission ou reconstruction. In J. Pouillom (Org.), *Fétiches sans fétichisme* (pp. 155-173). Paris: Maspero, (1975).

PRADIN, Reginaldo. O CANDOMBLÉ E O TEMPO. Concepções de tempo, saber e autoridade da África para as religiões afro-brasileiras. *Rev. bras. Ci. Soc.* 16 (47),2001.

RAGIP, Haji Sheikh Muhammad. O islam e as ciências médicas. In: **Mundo saúde**, p. 471-87, 2000.

RAIMUNDO, Inês M. Migração e HIV/SIDA em Moçambique: Desafios da região centro de Moçambique. In: **GEOUSP Espaço e Tempo**, v. 15, n. 2, p. 43-55, 2011. Disponível em <<https://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/74204>> Acesso em: 03 set. 2021

RENNIE S, PERRY B, CORNELI A, et al. **Perceptions of voluntary medical male circumcision among circumcising and non-circumcising communities in Malawi**. *Glob Public Health* 2015; 10:679-91. 10.1080/17441692.2015.1004737.

RICKWOOD, A. M. K. Medical indications for circumcision. In: **BJU international**, v. 83, n. 1, p. 45-51, 1999.

ROCHA, Ana Luiza Carvalho da; ECKERT Cornelia. **ETNOGRAFIA: SABERES E PRÁTICAS**. In Ciências Humanas: pesquisa e método. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

RODRIGUES, Alex. Câncer de pênis atingiu mais de 10 mil brasileiros nos últimos 5 anos. In: **Agência Brasil**. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/cancer-de-penis-atingiu-mais-de-10-mil-brasileiros-nos-ultimos-5-anos>> Acesso em 22 dez. 2021.

ROGERS, Wendy; BALLANTYNE, Angela. RECIIS – Elec. J. Commun. Inf. Innov. In: **Health**. Rio de Janeiro, v.2, dec. 2008.

ROSA, Milton; OREY, Daniel Clark. The field of research in ethnomodeling: Emic, ethic and dialectical approaches. *Educ. Pesqui.*, São Paulo, v. 38, n. 04, p. 865-879, out./dez. 2012.

SAID, Edward W. **Cultura e Imperialismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SANABRIA, Antonio. Compendio de la historia universal de la medicina y la medicina venezolana. In: **Compendio de la historia universal de la medicina y la medicina venezolana**. 1999. p. 345-345.

SANTOS, Boaventura. de S. Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v. 78, p. 3-46, 2007.

SANTOS, Elói Corrêa dos. Ritos e Rituais Sagrados nas quatro matrizes religiosas do Brasil. In: **Subsídios Pedagógicos para o ensino religioso**. Informativo da Associação Inter-Religiosa de Educação n. 45, abr. 2019.

SANTOS, M. F. dos. **Dicionário de filosofia e ciências culturais A – C**. São Paulo: Matese. v. 1, 1963.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.3, p.602-618, 2016.

SBU – Sociedade Brasileira de Urologia. Pandemia afetou o diagnóstico de câncer de pênis, alertou a SBU. In: Sociedade Brasileira de Urologia <https://portaldaurologia.org.br/publico/release/pandemia-afetou-o-diagnostico-de-cancer-de-penis-alerta-sbu/>. Publicado em 20/01/2021.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. *Psicologia USP*, v. 17, n. 2, p. 11-41, 2006.

SCHWARTZ, Richard. The Schwartz Collection on Judaism, Vegetarianism, and Animal Rights. Flatbush JC on November 16, 2008.

SECCO, Carmen Lucia Tindó. A crescente exclusão da África e da América Latina na “era dos vídeos”: Uma reflexão. In: **interFACES**, v. 3, n. 1, p. 81-90, 1997. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/interfaces/article/view/32837>> Acesso em: 03 set. 2021.

SIEGFRIED, Nandi et al. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. In: **Cochrane database of systematic reviews**, n. 2, 2009.

SIEGLER AJ, MBWAMBO JK, DICLEMENTE RJ. **Acceptability of medical male circumcision and improved instrument sanitation among a traditionally circumcising group in East Africa**. *AIDS Behav* 2012; 16:1846-52. 10.1007/s10461-012-0262-6.

SILVA, Alessandra Tavares; BIANCO, Anna Carolina Lo. O Moisés de Freud: saber e transmissão na psicanálise. In: **Estilos da Clínica**, v. 14, n. 26, p. 216-235, 2009.

SILVA, Jouberto Heringer da. **O Islã: Origem, Pensamento, Costumes**. Disciplina História do Pensamento Religioso I, Prof. Dr. Paulo Romeiro. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2016.

SILVA, Silvana dos Santos. A dança: sentidos e significados. In: **Revista Digital efdeportes**. 2009.

SITHOLE, Bonginkosi et al. Only skin deep: limitations of public health understanding of male circumcision in South Africa. In: **SAMJ: South African Medical Journal**, v. 99, n. 9, p. 647-647, 2009.

SKOVDAL, Morten et al. Masculinity as a barrier to men's use of HIV services in Zimbabwe. In: **Globalization and health**, v. 7, n. 1, p. 1-14, 2011.

SORJ, Bernardo; BONDER, N. Identidade judaica, diversidade e unidade. In: **Tribunal da História**, v. 2, p. 323-339, 2004.

SPRADLEY, J. **The ethnographic interview**. New Your, 1979.

STACEY, Aisha. Higiene pessoal (parte 1 de 2): Limpeza é metade da fé. In: **2013 IslamReligion.com**. Disponível em: <<https://www.islamreligion.com/pt/articles/2149>> Acesso em: 05 fev. 2021.

TEMPELS, P. *La Philosophie Bantoue*. Paris: Présence Africaine, 1965

THEISSEN, Gerd. **A religião dos primeiros cristãos: uma teoria do cristianismo primitivo**. Paulinas, 2009.

TOMAZONI, Larissa; BOTH, Laura Jane Ribeiro Gambini. Mutilação genital feminina na América Latina: as mulheres Emberá-Chamí e Shipibo-Conibo. *Cadernos da Escola de Direito e Relações Internacionais Vol. 27 No. 1: 134-155*. 2017.

TRACTENBERG, Moisés. Psicanálise da circuncisão: judaísmo, cristianismo, islamismo e as mutilações genitais em crianças e adolescentes. In: **Psicanálise da circuncisão: judaísmo, cristianismo, islamismo e as mutilações genitais em crianças e adolescentes**. 2007. p. 193-193.

TRAVASSOS, Maria do Rosário de Castro; CECCARELLI, Paulo Roberto. Ritos de passagem: o lugar da adolescência nas sociedades indígenas Tembé Tenetehara e Kaxuyana. In: *Reverso*, v. 38, n. 71, p. 99-106, 2016.

TUNNER, Victor. *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. Petrópolis: Editora Vozes; 1974.

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2021. UNAIDS Data 2021. Geneva: United Nations. Disponível em:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf

UNAIDS AND WHO. **PROGRESS BRIEF**. Uneven progress on the voluntary medical male circumcision. (2007-2020), APRIL 2022.

UNAIDS. **A saúde não deve ser um privilégio dos ricos — o direito à saúde pertence a todos**, 2020. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2020/01/a-saude-nao-deve-ser-um-privilegio-dos-ricos-o-direito-a-saude-pertence-a-todos/>> Acesso em: 10 fev. 2021.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) World Health Organization (WHO). UNAIDS/04.45E. English original, December 2004.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) World Health Organization (WHO). UNAIDS English original, HIV/AIDS, 2007.

UNAIDS. Novo relatório do UNAIDS mostra que podemos acabar com a AIDS até 2030. 3 de junho de 2021.

UNAIDS. UNAIDS DATA 2020. STATE OF THE EPIDEMIC.REFERENCE, 2020.

UNAIDS. **Voluntary Medical Male Circumcision**, UNAIDS 2019 Reference. Global HIV Prevention Coalition. Disponível em: <<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/>> Acesso em: 26 dez. 2021.

UNAIDS/WHO. Uneven progress on the voluntary medical male circumcision. UNAIDS AND WHO | PROGRESS (2007-2020) BRIEF APRIL 2022.

UNAIDS/WHO. Safe, voluntary, informed male circumcision and comprehensive HIV Prevention: programming guidance for decision-makers on human rights, ethical and legal considerations. Geneva 27 – Switzerland, June 2007.

UNESCO, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 19 de outubro de 2005. Tradução brasileira de responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. Disponível em: <www.bioetica.catedraunesco.org.br> Acesso em 17 jul. 2021.

URIARTE, Urpi Montoya, « **O que é fazer etnografia para os antropólogos** », Ponto Urbe Dezembro de 2012. URL: <http://journals.openedition.org/pontourbe/300>; Acesso em 17 setembro. 2019.

VALLELY, Andrew J. et al. Dorsal longitudinal foreskin cut is associated with reduced risk of HIV, syphilis and genital herpes in men: a cross-sectional study in Papua New Guinea. In: **Journal of the International AIDS Society**, v. 20, n. 1, p. 21358, 2017.

VAN GENNEP, Arnold. **Os ritos de passagem**. Petrópolis: Editora Vozes, 1977.

VATICANO. **A Concílio Constantinopolitano I do Sumo pontífice João Paulo II ao Episcopado da Igreja Católica pelo 1600º Aniversário do I Concílio de Constantinopla e pelo 1550º Aniversário do Concílio de Éfeso**. Cartas Apostólicas, 1981. Libreria Editrice Vaticana. Disponível em: <http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pt/apost_letters/1981/documents/hf_jp-ii_apl_25031981_a-concilio-constantinopolitano-i.html> Acesso em: 01 abr. 2020.

VATICANO. A igreja em África ao serviço da reconciliação, da justiça e da paz. II Assembleia Especial para a África. Sínodo dos Bispos, Lineamenta 69. Secretaria Geral do Sínodo dos Bispos e Libreria. Editrice.Vaticana,2009.

VIEIRA, Sérgio (1978). “**O homem novo é um processo**”. In: **Tempo**. Maputo, Nº 398, pp. 27-38.

VIEIRA, Sérgio. O homem novo é um processo, in: Revista Tempo, n.0 398, janeiro de 1978, pp. 27--38.

VIVEIROS, Miguel; MATOS, Olga. 4th National Congress of Tropical Medicine and 1st Lusophone Meeting on AIDS, Tuberculosis and Opportunistic Diseases. In: **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, v. 16, p. 7-14, 2017.

WEISS HA, Larke N, Halperin D, et al. Complicações da circuncisão em neonatos masculinos, lactentes e crianças: uma revisão sistemática. *BMC Urol* 2010; 10: 2. 10.1186 / 1471-2490-10-2.

WEISS HA, QUIGLEY MA, HAYES RJ. **Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis**. *AIDS*. 2000; 14:2361–70.

WERBNER, Richard P. The argument of images: From Zion to the Wilderness in African churches. In: *Theoretical Explorations in Africa*. Routledge, 2013. p. 263-296.

WHO. Case study 10: Incorporating VMMC into traditional circumcision contexts in Mberengwa, Zimbabwe. In: **Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations**. Guidelines. August 2020. Editora WHO.

Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-000854-0>> Acesso em: 26 dez. 2021.

WHO. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaration of Alma Ata. Alma Ata: Cazaquistão, 1978.

WHO. **Essential medicines and health products, Traditional Medicine: Definitions.** Geneva: WHO, 2016.

WHO. First International Conference on Health Promotion, Ottawa Charter for health promotion. Ottawa: Canadá, 1986.

WHO. **New data on male circumcision and HIV prevention:** policy and programme implications: WHO. 2007.

WHO. PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta De Ottawa.** Ottawa, nov. 1986.

WHO. Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases. **Cobertura do Tratamento em Massa de DTN.** Moçambique e as doenças tropicais negligenciadas, 2016. Disponível em: <https://unitingtocombatntds.org/wp-content/uploads/2018/01/Mozambique_por.pdf> Acesso em 03 set. 2021.

WHO. **Universal health coverage (UHC)**, Fact sheet N°395, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/en/>> Acesso em: 10 fev. 2021.

WHO. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.

WHO. World Health Organization. Voluntary medical male circumcision for HIV prevention. 2018. <https://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/vmmcprogress-brief-2018/en/>. Accessed 29 Apr 2020.

WHO. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023?** World Health Organization, 2013.

WILCKEN A, KEILEI T, DICK B. **Traditional male circumcision in eastern and southern Africa: a systematic review of prevalence and complications.** Bull World Health Organ. 2010 Dec 1;88(12):907-14.

WILLIAM, B. "Spaces of vulnerability: migration and HIV/AIDS in South Africa". In: **SAMP**, Cape Town, n. 24, Jonathan Crush (ed.),2005.

ZAMBEDETTI, Gustavo. **O paradoxo do território e os processos estigmatização da AIDS na atenção básica em saúde.** Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

ANEXOS

ANEXO A - FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Entrevistador: Fazer uma breve introdução sobre o objetivo da pesquisa e pedir autorização para fazer o registo e gravação da entrevista. Em seguida ler as informações contidas no questionário.

O meu nome é _____ e o meu contato é.
Eu estou fornecer informações para um projeto de pesquisa: Reinventando o corpo e a tradição na prática da circuncisão masculina: um estudo sobre a comunidade Makonde do Sul de Moçambique

O resultado da pesquisa vai nos ajudar a perceber o ambiente e os motivos em que se realizam os ritos de iniciação masculina. Com o resultado da pesquisa, pretende-se conhecer a eficácia das intervenções cirúrgicas de iniciação masculina, os benefícios e os riscos que podem representar à saúde humana.

Para ter resposta a algumas destas perguntas gostaria de convidar o Sr. (a) a tomar parte nesta pesquisa. Se aceita vamos pedir para participar numa entrevista na qual vai responder as perguntas que vem no nosso modelo. Nele vou pedir que responda em função da sua [experiência pessoal/situação]. A sessão de perguntas que figuram no modelo vai ser moderada por mim. Posso gravar num aparelho as suas respostas? Se não deseja responder a qualquer pergunta feita durante a entrevista gravada pode dizê-lo e vamos passar para a pergunta seguinte. Pode deixar de participar no estudo em qualquer momento que desejar sem nenhuma consequência. Diga-me que quer parar e eu vou parar de fazer-lhe perguntas.

A informação registrada é considerada anônima e confidencial, isto é, não vou perguntar ou escrever o seu nome, e ninguém além do pesquisador vai ter acesso às informações colhidas durante a sua entrevista. A entrevista gravada dura normalmente entre 45 minutos e uma hora.

Não haverá benefício direto para o Sr. (a), no entanto, as suas respostas as perguntas vão ajudar-nos a compreender melhor os aspectos relacionados com as práticas de iniciação masculina entre os Makondes.

As fotografias e guiões de entrevistas gravadas vão ser guardados num acervo que somente o pesquisador terá acesso e os dados portarão um código. Cada participante terá um número correspondente ao código que vai ser guardado em

lugar fechado a chave a qual apenas o pesquisador terá acesso. Algumas fotografias e frases das entrevistas serão colocadas no estudo, respeitando a confidencialidade e o anonimato.

Tem qualquer pergunta em relação à pesquisa antes que começamos a entrevista?
Uma vez que todas as perguntas forem respondidas poder-se-á começar a entrevista.

ANEXO B – CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Eu _____ fui convidado/a participar no estudo” reinventando o corpo e a tradição na prática da circuncisão masculina: um estudo sobre os VaMakonde do Sul de Moçambique”

Eu li as informações acima [ou foram-me lidas]. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas e estas foram respondidas de maneira satisfatória. Eu concordo em participar voluntariamente no estudo e compreendo que tenho o direito de me retirar a qualquer momento sem que isso de maneira nenhuma tenha consequência sobre mim [ou os meus cuidados de saúde se relevante].

(Assinatura do participante ou seu guardião) ou (impressão digital se o participante não sabe escrever)

(Investigador)

NB: Os termos e assuntos entre parêntese devem ser adaptados pelo entrevistador para assegurar que os/as entrevistados/as tenham uma boa compreensão dos assuntos e não sejam ofendidos/as ou confusos/as pela linguagem utilizada.

Entrevistador: Fazer uma breve introdução sobre o objetivo da pesquisa e pedir autorização para fazer o registo e gravação da entrevista. Em seguida ler as informações contidas no questionário.

O meu nome é _____ e o meu contato é:..... Eu estou fornecer informações para um projeto de pesquisa: “Reinventando o corpo e a tradição na prática da circuncisão masculina: um estudo sobre a comunidade VaMakonde do Sul de Moçambique”

O resultado da pesquisa vai nos ajudar a perceber o ambiente e os motivos em que se realizam os ritos de iniciação masculina. Com o resultado da pesquisa, pretende-

se conhecer a eficácia das intervenções cirúrgicas de iniciação masculina, os benefícios e os riscos que podem representar à saúde humana.

Para ter resposta a algumas destas perguntas gostaria de convidar o Sr. (a) a tomar parte nesta pesquisa. Se aceita vamos pedir para tirarmos fotografias só da parte genital. A sessão de fotografias será feita por mim. As fotos serão usadas exclusivamente para esta pesquisa. Pode deixar de participar no estudo em qualquer momento que desejar sem nenhuma consequência. Diga-me que quer parar e eu vou parar de tirar-lhe as fotos.

A informação registada é considerada anónima e confidencial, isto é, não vou perguntar ou escrever o seu nome, e ninguém além do pesquisador vai ter acesso as fotografias colhidas. A sessão de fotografias dura normalmente entre 3 e 6 minutos.

Não haverá benefício direto para o Sr. (a), no entanto, as suas fotografias vão ajudar-nos a compreender melhor os aspectos relacionados com as práticas de iniciação masculina na sua comunidade.

As fotografias e entrevistas gravadas vão ser guardadas numa pasta com código conhecido só pelo pesquisador. Cada participante terá um número correspondente ao código que vai ser guardado em lugar fechado a chave a qual apenas o pesquisador terá acesso. Algumas fotografias e frases das entrevistas serão colocadas no estudo, sem deixar de respeitar a confidencialidade e o anonimato.

Tem qualquer pergunta em relação à pesquisa antes que começamos a sessão de fotografias? Uma vez que todas as perguntas forem respondidas poder-se-á começar a sessão de fotografias.

ANEXO C - ENTREVISTAS - MAKONDE

Resumo das Perguntas da narrativa

Introdução da Entrevista narrativa.

Os objetivos da pesquisa foram explicados antes, e este instrumento faz parte dos instrumentos desenhados para a coleta de informações. Daí se concorda em participar da entrevista, podia começar por contar sobre quando fez o Likumbi/ N'goma e aonde.

Dados demográficos.

Onde vive?

Sexo:

Idade:

Profissão:

Quantos anos de serviço:

Se concorda em participar da entrevista, podia começar por contar sobre quando fez o Likumbi/ N'goma e aonde.

Fale do que pensa da circuncisão tradicional e o HIV/SIDA.

Como pensa que a tradição pode ser parceiro da medicina biomédica na prevenção do HIV/SIDA?

ANEXO D - ENTREVISTAS - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Resumo das Perguntas da narrativa

Introdução da Entrevista narrativa.

Os objetivos da pesquisa foram explicados antes, e este instrumento faz parte dos instrumentos desenhados para a coleta de informações. Daí se concorda em participar da entrevista, podia começar por contar sobre quando fez o Likumbi/ N'goma e aonde.

1. Dados demográficos.

a. Sexo:

b. Idade:

c. Profissão:

d. Anos de serviço:

2. Se concorda em participar da entrevista, podia começar por contar sobre o que sabe da circuncisão tradicional e o que pensa da sua permanência na vida étnica até hoje.

3. Fale do que sabe sobre a circuncisão tradicional e o HIV/SIDA.

4. Pensa que a tradição pode ser parceiro da medicina biomédica na prevenção do HIV/SIDA?

NB: As perguntas foram sempre adaptadas em função da narrativa extensa ou curta do entrevistado.

ANEXO E - CERTIFICADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 **Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo** 

(CIBS FM&HCM)

Dr. João Saraiva, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta da (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): Carlos Mabutena
Protocolo de investigação: sem versão de 2019
Consentimentos Informados: sem versão e sem data
Questionários: sem versão e sem data
Guião de entrevista: N/A

Do estudo:

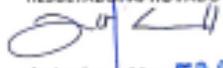
TÍTULO: "Reinventando o corpo e a tradição na prática da circuncisão masculina: um estudo sobre a comunidade Makonde do Sul de Moçambique."

E faz constar que:

- 1ª Após revisão pelos membros do Comité do protocolo durante a reunião do dia 14 de Novembro de 2019, e que foram incluídas no acto nº 20/2019, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.
- 2ª Que a revisão se realizou de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.
- 3ª Que o protocolo está registado com o número CIBS FM&HCM/106/2019.
- 4ª Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.
- 5ª Que foi declarado um conflito de interesse por parte do proponente por ser um dos membros do CIBS FM&HCM. O membro não esteve envolvido durante a discussão do protocolo.
- 6ª O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.
- 7ª A aprovação tem validade de 1 ano e termina a 11 de Dezembro de 2020. Um mês antes dessa data o investigador deve enviar um pedido de renovação se necessário.
- 8ª Recomenda aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.
- 9ª Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos.

É emitido

RESULTADO: APROVADO

 **CIBS**
FM&HCM

Assinado em Maputo em 22 de Dezembro de 2019

Faculdade de Medicina, Av. Salvador Allende nº702, telefone: 21428076 www.cibs.ucm.mz Página 1 de 1

Digitalizado com CamScanner