

Sexualidade, corpo e doença em Moçambique: Implicações regulatórias.

Lucia Helena Guerra

Resumo

Neste artigo, vamos abordar questões envolvendo sexualidade e corpo, e como estas concepções operam sobre o ser ou torna-se mulher em Moçambique. As experiências da pesquisa de campo junto a mulheres acometidas pela Fístula Obstétrica, uma doença incapacitante decorrente do trabalho de parto, podem exemplificar estes desdobramentos e interpenetrações. Considerando que estamos falando de uma sociedade onde as concepções de família e gênero são embasadas em normas em relação ao papel social da mulher associado a procriação e ao cuidado do lar, as mulheres acabam sendo privadas do poder de decisão sobre as questões reprodutivas e práticas de sexo seguro. Por meio de uma observação detalhada, iremos refletir sobre os rituais de iniciação e as modificações corporais, examinando sobretudo como são conferidos significados provenientes de saberes modernos a estas práticas tradicionais como forma de legitimá-las.

Palavras-chaves: Sexualidade; corpo; doença; Moçambique.

Sexuality, Body and Disease in Mozambique: Regulatory Implications.

Abstract

In this article, we will address issues involving sexuality and body, and how these conceptions operate on being or becoming a woman in Mozambique. Field experiments with women with Obstetric Fistula, an incapacitating disease due to labor, may exemplify these unfolding and interpenetration. Considering that we are talking about a society where conceptions of family and gender are based on norms regarding the social role of women associated with procreation and care of the home, women are eventually deprived of the power of decision on reproductive issues and practices of safe sex. Through detailed observation, we will reflect on initiation rituals and bodily modifications, examining above all how meanings derived from modern knowledge are conferred on these traditional practices as a way of legitimizing them.

Key-works: Sexuality; Body; Disease; Mozambique.

Introdução

Textos produzidos no final do século XIX, pela imprensa e missões religiosas, associavam a sexualidade em África a um universo excessivo e desregrado, marcado pela “superstição pagã e sensualidade desenfreada” (Ranger, 1972:237). A doença do século, como foi chamada à epidemia de HIV/AIDS, está intrinsecamente associada a sexualidade e a moralidade (Mariano, 2017:75). As práticas sexuais estão sujeitas a uma análise profunda, de forma a compreender sua complexidade e encontrar melhores respostas para prevenção da doença. Neste contexto, pesquisadoras como Signe Arnfred (2015), Brigitte Bagnol & Esmeralda Mariano (2009), afirmam que está ocorrendo um processo de reconceitualização, de forma a desvincular as visões coloniais que consideravam a sexualidade africana depravada.

Alguns antropólogos, entre eles Luiz Henrique Passador e Omar Thomaz (2006), têm buscado demonstrar que práticas geralmente associadas à promiscuidade, constituem na verdade um universo regrado e altamente controlado. E associar a expansão da AIDS as formas tradicionais de comportamento sexual, se constitui como uma afirmação generalizante. Indo além, os autores afirmam que estas pessoas desconhecem essa esfera da vida social moçambicana, e tentam impor uma agenda internacional a uma realidade que lhes é estranha.

O discurso do sexo seguro entra em contradição com estas práticas e crenças e não estabelece canais de diálogo conciliatórios, propondo somente soluções drásticas, de ruptura e perdas para os valores considerados caros para as populações que se reproduzem em torno dessas crenças. (Matsinhe, 2006:180).

Essa não é uma questão específica de Moçambique, mas que é comum a outros países do continente africano (Passador, 2011). Nestas sociedades, as relações familiares e de gênero são embasadas em normas em relação ao papel social da mulher associado a procriação e ao cuidado do lar. O que acaba privando as mulheres, do poder de decisão sobre as questões reprodutivas e práticas de sexo seguro.

Usarei o termo sexualidade para me referir a elaborações culturais, que compreendem nas Ciências Sociais a significados, desejos, sensações, emoções, experiências que são

configuradas de modos diversos e em diferentes contextos sociais. Trata-se, portanto, de um conceito dinâmico que envolve tanto o discurso sobre o sexo e vida sexual, como aos processos e mecanismos que programam o exercício da sexualidade, num contexto, como o moçambicano, em que há determinantes que hierarquizam a sexualidade masculina e feminina (Osório e Macuácuá, 2013:86). Como afirma Maria Luiza Heilborn (1997), a sexualidade é profundamente marcada por uma organização de poder na qual é atribuída ao homem à condução dos rumos desse acontecimento.

Em diversas sociedades, a noção de corpo não é delimitada pelo corpo físico ou biológico, estendendo-se para além deste. De acordo com Sônia Maluf (2009) em muitas cosmologias os corpos sofrem deslocamentos de tempo e de espaço, que as concepções científicas modernas não admitiriam. Sendo necessário compreendermos as concepções de corpo em Moçambique, e como elas operam no campo da tradição, pois são elas que vão definir as experiências dos sujeitos em relação as doenças (Heilborn, 1997).

Existe ainda uma vasta discussão sobre a simbólica do corpo, suas partes, o interior e o exterior, os fluídos corporais, que se articulam com diferentes representações do puro e do impuro, das obrigações e interdições etc, e que demarcam diferentes concepções do corpo na cultura (Maluf, 2002:91).

Como a cultura, o conceito de corpo também é ativo e inconstante, sendo preciso reconhecê-lo além do seu aparato biológico, levando em consideração as experiências vividas por este indivíduo na sua interação social, visando uma configuração unitária do corpo (Mariano, 2010:76). Podemos sugerir que é o corpo social, no qual o corpo individual está inserido que ocupa o centro das atenções em Moçambique. Nesse sentido, o corpo individual é assumido como símbolo no qual o corpo social se inscreve, tornando-se modelo analítico, um instrumento de conhecimento que pode conformar, formar ou transformar o corpo social (Dias-Scopel, 2015:113). Para Esmeralda Mariano (Ibdem) o corpo feminino representa o lugar da inscrição social onde à transmissão do conhecimento e o processo de incorporações de gênero ocorre de forma “*explícita e implícita, consciente ou não, verbal ou gestual*”. A autora cita como exemplos deste processo o fato das mães salpicarem leite materno nos órgãos genitais da criança (de ambos os sexos) logo após o nascimento, o leite simboliza

potência sexual e propicia fertilidade, outro exemplo é o alongamento dos pequenos lábios vaginais, sob o qual nos deteremos mais adiante. Em ambos os casos o corpo feminino começa a ser moldado ainda na infância, preparando a menina para assumir o seu papel de mãe e esposa.

Através das crenças e rituais que informam e acompanham não só a menstruação, mas também a gravidez, o parto e noções de resguardo, as sociedades tendem a inscrever nos corpos da mulher marcas de ambiguidades, estereótipos de identidade, enfim, um amplo conjunto de atribuições socialmente significativas, baseadas em pressupostos socialmente construídos, com efeitos naturalizantes e normativos sobre a caracterização da mulher. (Matsinhe, 2006:175).

Outra modificação corporal realizada pelas mulheres em Moçambique, principalmente nas províncias do norte do país, são as tatuagens. De acordo com Conceição Osório e Ernesto Macuácuá (2013:190), mesmo nestas províncias existem diferenças nos ritos, que variam de acordo com os grupos étnicos. Entre os makondes, os *dinembos*¹ são feitos no rosto e nos seios, enquanto os makuas tatuam ao longo da zona púbica. Também podemos inferir que as tatuagens, realizadas por estes dois grupos étnicos, têm funções distintas. As tatuagens no rosto são uma marca identitária do povo makonde de ambos os sexos, mas no caso específico das mulheres serviam como afirmação de pertença ao grupo (no sentido de posse) evitando desta forma o assédio sexual dos homens de outros grupos, comerciantes árabes e colonos portugueses. Ao passo que entre as makuas, as tatuagens têm um poder fecundante e, sobretudo afrodisíaco (Altuna, 1985:298).

As tatuagens, assim como as missangas (contas de vidro usadas em volta dos quadris) servem para motivar o homem, uma vez que alguns homens não sabem como excitar sexualmente uma mulher; quando eles sentem a necessidade de ter relações sexuais eles pegam a mulher de surpresa, e sob essas circunstâncias ela tem poucas chances de chegar ao orgasmo, que é o prazer sexual. Contudo se a mulher tiver

¹ Nome utilizado pelos makondes para se referirem as tatuagens ou escarificações.

tatuagens em seu corpo, usar missangas e tiver os lábios da vagina alongados, o homem tem que começar brincando com essas coisas. Ao fazer isso, a mulher fica preparada para o ato sexual resultando em satisfação para ambas as partes (OMM, Província de Zambézia). (Arnfred, 2015:190)

De acordo com Sônia Maluf (2002:95) quando uma pessoa faz uma tatuagem no corpo, ela não está apenas inscrevendo símbolos, significados e valores culturais na pele ou na carne, esta também é uma forma de se constituir como um determinado tipo de sujeito. Pudemos constatar a importância das tatuagens, na construção da corporalidade feminina, durante pesquisa de campo realizada em Moçambique. Ao acompanhar as mulheres durante as consultas médicas tive a oportunidade de vê-las sem roupa, muitas possuíam em seus corpos tatuagens de traços geométricos (X – Δ). Dentre as quais a que mais chamou minha atenção foram às tatuagens de A.P. (38 anos – Nampula), eram escarificações de flores, folhas e ramos que iam se entrelaçando e tomavam conta de toda região do abdômen e das coxas. Ela me deixou apreciar-las e tocar-las, mas não me permitiu fotografar, sob a justificativa de que só seu marido poderia vê-las. Também me falou das funções sexuais das tatuagens, que vão além da estética, mas que provocam a excitação masculina pelo barulho que emitem quando os corpos se esfregam. No fragmento abaixo, extraído da obra da escritora moçambicana Paulina Chiziane, percebemos a importância das tatuagens:

O teu corpo é liso como o peixe-barba. Não tens sequer uma tatuagem.
O teu corpo não arranha. Não raspa. Não esfrega. Não deixa marcas. É
por isso que os homens te abandonam.
(Chiziane, 2004:182)

As experiências individuais da sexualidade são marcadas pelos contextos em que se produzem. As pessoas incorporam as aprendizagens socialmente localizadas que determinam os saberes e os sentidos atribuídos à vida sexual, nomeadamente o que é ou não lícito sentir e exprimir. Signe Arnfred, enxerga os rituais de iniciação como um espaço de autonomia das mulheres, mas para Conceição Osório e Ernesto Macuácuá, este espaço de subversão é

também um lugar onde a mulher aprende que o seu “valor” e o seu “poder”, estão centrados no seu corpo e nos seus usos. Desta forma ser mulher em Moçambique, significa...

(...) aprender a aceitar a sexualização do poder nas relações de género, isto é, conter e limitar o exercício da sexualidade da mulher a estratégias de manipulação, por um lado, e à sua submissão, por outro, ou seja, aquilo que é ensinado como a sua força é na realidade uma manifestação brutal do policiamento do seu corpo. (Osório e Macuácuá, 2013:86).

Nos ritos é possível observar como a vivência da sexualidade feminina e masculina é diferenciada pela ação que se exerce sobre a domesticação dos corpos. A perspectiva crítica da antropologia médica, a partir da análise de Esmeralda Mariano (2017:75), transcende o olhar fixo do corpo físico e os comportamentos isoladamente para explorar holisticamente o seu redor (ambiente e as redes das relações sociais e políticas) e o interior (experiências, emoções e sentimentos), o realmente vivido e experiencial dos corpos. Desta forma no próximo tópico iremos tratar especificamente da questão dos ritos de iniciação e da (re)construção do corpo feminino.

Os rituais de iniciação e a (re)construção do corpo feminino

Os ritos relacionados aos ciclos da vida sejam de nascimento, iniciação, passagem, matrimônio ou morte, tem sido objeto de estudo pela antropologia desde sua formação enquanto disciplina. As novas abordagens buscam desvincular o olhar para o rito como uma expressão imóvel, passando a olhar para as estruturas de poder que influenciam e orientam suas funções, organizam as representações e as práticas sociais (Osório, 2013). Em termos antropológicos, as práticas rituais, além de sublinharem a dimensão processual de construção do corpo feminino, expõe também a dimensão relacional/cultural envolvida nessa formação. É neste sentido que autoras como Esmeralda Mariano, Brigitte Bagnol e a própria Conceição Osório tem analisado como os rituais de iniciação influenciam a construção das identidades sexuais e de género. Para ilustrar como se encara o papel social feminino apresentamos um trecho, apesar de extenso, extraído do romance “Niketché - uma história de poligamia”:

Dedicamos um tempo à comparação dos hábitos culturais de norte a sul. Falamos dos tabus da menstruação que impedem a mulher de aproximar-se da vida pública de norte a sul. Dos tabus do ovo, que não pode ser comido por mulheres para não ter filhos carecas e não se comportarem como galinhas poedeiras na hora do parto. Dos mitos que aproximam as meninas do trabalho doméstico e afastam os homens do pilão, do fogo e da cozinha para não apanharem doenças sexuais, como esterilidade e impotência. Dos hábitos alimentares que obrigam as mulheres a servir aos maridos os melhores nacos de carne, ficando para elas os ossos, as patas, as asas e o pescoço. Que culpam as mulheres por todos os infortúnios da natureza. Quando não chove a culpa é delas. Quando há cheias, a culpa é delas. Quando há pragas e doenças, a culpa é delas porque sentaram no pilão, que abortaram às escondidas, que comeram o ovo e as moelas, que entraram nos campos nos momentos de impureza. (Chiziane, 2004:35/36)

Os rituais de iniciação, que marcam a passagem para a vida adulta, são feitos logo em seguida a primeira menstruação, sendo precedidos pelas modificações corporais, especificamente dos órgãos genitais. De acordo com a antropóloga moçambicana Esmeralda Mariano, o alongamento dos pequenos lábios vaginais² é iniciado na fase de pré-puberdade (08 aos 12 anos) e servirá no futuro desta menina, já que devido aos partos normais a vagina tende a sofrer uma progressiva dilatação, então os lábios alongados são introduzidos no orifício vaginal, durante o ato sexual para propiciar prazer sexual ao parceiro (Mariano, 2010:78).

Para Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) todos os procedimentos que envolvem alterações ou ferimentos dos órgãos genitais femininos, por razões que não sejam médicas, são considerados Mutilação Genital Feminina – MGF³. Inclusive as práticas como piercings, cauterização por queimadura do clitóris ou dos tecidos circundantes, cortes dos

² Nos grupos makonde, os pequenos lábios vaginais alongados, comumente designados de matuna, já entre os grupos sena e ndau o mesmo fenómeno é chamado de matingi.

³ A sigla MGF foi amplamente adotada a partir da Conferência Regional do Comitê Inter-africano sobre Práticas Tradicionais que afetam a Saúde das Mulheres e Crianças, realizada em 1990 na Etiópia.

tecidos circundantes do orifício vaginal e alongamento do clitóris e/ou dos lábios são classificadas como Introcisão, o quarto tipo de MGF⁴.

Segundo Bagnol & Mariano o alongamento dos lábios vaginais, cujo ato se designa *kukhuna-kupfuwa* ou puxa-puxa, é orientado por mulheres mais velhas, chamadas madrinhas, que geralmente são escolhidas pelas próprias mães, e devem acontecer ao nascer e ao pôr-do-sol.

Nas primeiras vezes, a madrinha demonstra como fazer puxando pessoalmente os *matingi* da jovem e assegura-se que está esteja procedendo corretamente. Os lábios são massageados e esticados de cima para baixo com as pontas do polegar e indicador de cada mão. Procede-se usando substâncias oleosas extraídas de amêndoas; frequentemente usa-se da fruta de *nsatsi* (rícino), que é queimada e pilada para extrair o óleo que lá se encontra. (Bagnol & Mariano, 2009:392).

O alongamento dos lábios vaginais está relacionado com a noção de feminilidade, de construção do corpo e os espaços de poder feminino. Esmeralda Mariano (2017:78) conta que sua capacidade de compreender o mundo das mulheres foi colocada em voga pelas suas interlocutoras, a medida que souberam que a pesquisadora, mesmo sendo moçambicana não passou pelos ritos de iniciação, sendo considerada por elas como uma mulher sem vida e com o corpo incompleto.

Durante meu campo de pesquisa, particularmente em Nampula (norte do país), em inúmeras ocasiões minhas interlocutoras falaram sobre as diferentes funções dos lábios vaginais alongados, todas relacionadas ao ato de “fechar” a vagina, que vai se abrindo (dilatando) principalmente após os partos naturais. Os lábios vaginais são introduzidos dentro da vagina antes do ato sexual, com o intuito de deixa-la mais “apertada”, “fechada”, propiciando desta forma um maior prazer sexual ao parceiro. Mas elas também usam os *matingi* para terem prazer sexual, da seguinte forma, como os lábios alongados estão fechando “a porta” o homem terá de manusear (brincar) com os lábios e os clitóris antes da penetração. Outra função tem mais a ver com a necessidade de fechar o corpo para se proteger de feitiços,

⁴ Os tipos de mutilação variam de acordo com o país e a cultura, mas de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância os tipos I (Clitoridectomia) e II (Excisão) são os mais frequentes, constituem de 80 a 85% das mutilações praticadas, enquanto o tipo III (Infibulação) acontece em 15 a 20% dos casos (UNICEF, 2005).

que usam os orifícios do corpo para entrar na mulher (Bagnol & Mariano, 2009:392). De acordo com Conceição Osório e Ernesto Macuácuá, são conferidos significados provenientes de saberes modernos a estas práticas tradicionais como forma de legitimá-las:

Quer dizer, se as *othuna* servem para dar prazer ao homem servem, também e além disso, segundo as imagens emprestadas (reinterpretadas) de um certo discurso “médico”, para manter a higiene. Uma situação similar pode ser encontrada na justificação da circuncisão que, nas zonas centro e norte do país, dá sentido ao que é ser homem (requerendo cerimónias específicas que não se limitam ao acto em si) e que aparece hoje introduzido no discurso cultural e médico, como constituindo uma protecção à contaminação do HIV e da SIDA. (Osório e Macuácuá, 2013:49).

Em Moçambique o projeto de desenvolvimento da FRELIMO reprimia as cosmologias tradicionais (poligamia, lobolo, rituais de iniciação), sua modernização implicava, de acordo com Signe Arnfred (2015), na desorganização das estruturas tradicionais de poder feminino em benefício de um projeto nacional (unificador). A autora conversou com várias mulheres que defendiam com vigor os rituais de iniciação⁵, sendo segundo elas, atributos que as mulheres devem possuir para serem mulheres, constituindo-se durante o processo ritual como um marcador da identidade feminina. A partir deste diálogo Arnfred, e outras antropólogas como Bagnol e Mariano, passaram a ver os rituais como espaços de autonomia feminina, enraizados em estruturas sociais e culturais de base matrilinear encontradas na região norte do país. Estas mulheres fazem uso dos “segredos” para manipular seus corpos e controlar seus parceiros, evidenciando uma tradição que se mantém viva e que faz com que as mulheres se sintam poderosas (Mariano, 2017:80). Esta visão vai de encontro a opinião de feministas moçambicanas, entre elas a socióloga Conceição Osório, para qual os *othuna/matingi*, vão além do reconhecimento da identidade feminina, sendo uma expressão do poder masculino, já que a mulher (re)constrói seu corpo para um modelo de feminilidade que assenta o exercício da sua sexualidade sob o controle e o poder masculino.

⁵ Arnfred trabalhou como socióloga na OMM – Organização da Mulher Moçambicana no período de 1981 a 1984.

Este elemento não significa maior capacidade de controlo do seu corpo, antes pelo contrário, evidencia toda a preparação recebida para agradar: não ter medo do homem não se refere a um confronto com a dominação masculina, tendo, pelo contrário, como fim, a satisfação sexual do homem, porque é esse conhecimento do outro que lhe permite, através da submissão, ser mulher. (Osório, 2013).

A concepção que se tem sobre o ser ou torna-se mulher em Moçambique, pode ser pensada como um dos sustentáculos da ocorrência dessas relações (Matsinhe, 2006:162). Diversos autores são unânimes em afirmar que, sobretudo nas zonas rurais, a prática sexual feminina começa quando aparece a primeira menstruação. Ainda de acordo com o autor esta noção de sexo é o principal marco delimitador da maioridade ou menoridade, estando associada com a ideia de disponibilidade da mulher para casar.

Dentro da cosmovisão nortista, mais especificamente Macua, uma mulher sem ter sido iniciada não pode casar [porque] ninguém te aceita. Se te aceita, logo depois te abandona. Não podes participar dum funeral, muito menos aproximar-te de um cadáver, porque não tens maturidade. Nem podes assistir a um parto. Não podes tratar dos assuntos de um casamento. Porque és impura. Porque não és nada, eterna criança (Chiziane, 2004:38).

Desta forma os rituais de iniciação, que marcam a passagem para a vida adulta, são feitos logo em seguida a primeira menstruação, sendo precedidos pelo alongamento dos lábios vaginais, conforme já descrito anteriormente. Conceição Osório (2013) cita a obrigatoriedade de exposição dos lábios alongados durante os rituais de iniciação, e a vergonha sentida pelas jovens que não foram submetidas a prática, ou que não conseguiram um alongamento suficiente. Passar pelos rituais de iniciação é, portanto, uma condição de adultez e de aceitação pelos homens que podem, legitimamente, devolver as esposas às famílias, com o argumento de que não estão satisfeitos.

A duração dos rituais de iniciação pode variar entre uma semana a um mês, quando as jovens são mantidas isoladas, longe da família e instruídas nos atributos que configurarão sua vida adulta (Osório, 2013). O isolamento ocorre em uma cabana cerimonial construída no mato com este propósito, durante o período da sua reclusão, o paradeiro das meninas é estritamente controlado (Arnfred, 2015:187). Elas são orientadas por mulheres adultas, as chamadas madrinhas, sobre cuidados higiênicos a ter durante o período menstrual e, sobretudo, a importância de se evitarem relações sexuais nesse período, assim como no período pós-parto, considerado de risco para saúde da criança e da própria mãe (Matsinhe, 2006:176). Além disso, também é durante o período do isolamento, que a menina vai começar a fazer tatuagens em seu corpo. De acordo com Signe Arnfred (2015:190) essas tatuagens são cortes na pele preenchidas com pó de carvão, quando cicatrizadas produzem uma superfície corporal irregular. As tatuagens corporais são consideradas como tendo um valor estético, assim como tendo importantes funções sexuais.

Após terem sido iniciadas as jovens estão disponíveis para casar:

Nesse período, as jovens são expostas no mercado local de casamentos, através do seu maior envolvimento em encontros ou reuniões somente frequentadas por adultos, ou através de redes de contatos inter e intrafamiliares, assim como através das liberdades das próprias jovens tomam no envolvimento com homens, jovens e adultos de sua preferência ou afinidade. (Ibdem:163).

Os rituais de iniciação, realizados ao longo da infância e puberdade, criam mecanismos de identificação e pertença ao grupo, ao mesmo em tempo que excluiu aqueles que não participam (Osório, 2013). Com o advento da modernidade muitas jovens não são submetidas aos rituais de iniciação, principalmente as que habitam as cidades. Em Maputo, pude perceber uma tendência das mulheres solteiras em participar do ritual denominado *kulaia*, nele as matronas são chamadas para aconselhar as jovens, com ensinamentos de “cama e mesa”, mostrando como devem tratar os maridos, cuidar da casa, dos filhos e outras “obrigações” da mulher. Durante minha pesquisa de campo tive a oportunidade de participar de um *kulaia*, não como pesquisadora, mas como iniciada. Primeiramente, foi solicitada a madrinha, uma senhora de origem macua, permissão para que eu, estrangeira, participasse do

ritual. Após alguns dias de espera recebi uma mensagem, de uma amiga que também ia participar, dizendo que minha participação foi autorizada. No dia marcado nos dirigimos para o local combinado, uma casa no bairro Alto Mae na cidade de Maputo. Cada mulher, devíamos ser cerca de doze, levou um prato de comida e bebidas, já que o ritual de aconselhamento dura o dia todo, se estendendo pela noite. As práticas rituais inserem-se, num contexto de privacidade e intimidade, desta forma antes de iniciar o ritual dizíamos nossos nomes em voz alta e o escrevíamos numa folha de papel, depois das apresentações o papel, chamado pela madrinha de “contrato” foi queimado, prometemos que não falaríamos o nome das nossas manas, nem contaríamos detalhes do ritual, mantendo desta forma o “segredo das mulheres”. Basicamente os elementos centrais que organizam o *kulaia* são ensinamentos do respeito ao marido (e sua família) e da vida sexual. Como Conceição Osório (2013) tinha sinalizado, o discurso sobre o respeito ao marido está sempre associado a um sentimento de tolerância e de inclusão que deve nortear as relações do casal, significando que a mulher deve ser obediente ao parceiro.

A dicotomia entre os sexos é objeto de conflito entre muitos jovens casais, principalmente por causa da influência da escola e da televisão, começando a ser posta em causa a subordinação feminina, embora na maioria dos casos se continue a imputar à mulher os deveres inerentes à cultura patriarcal (Ibdem). Posso citar como exemplo a narrativa de uma das mulheres presentes ao *kulaia*, ela contou que o marido estava lhe traindo e que não sabia o que fazer. A madrinha lhe orientou a comprar preservativos e colocar dentro da pasta do trabalho e no porta luvas do carro, pois se for para trai-la que ao menos não traga doenças para dentro de casa. Outra coisa, que deve ser evitado são as discussões bobas do dia-dia, pois se brigam o homem vai para rua, a mulher tem que manter o marido em casa, então deve fazer comidas gostosas, estar sempre limpa (*kubvalira*⁶) e bonita, para satisfazer o marido na cama. A maior parte dos aconselhamentos eram neste sentido, fazendo-me recordar de uma passagem bíblica: “*Toda mulher sábia edifica a sua casa; mas a tola a derruba com as próprias mãos*”. - Provérbios 14:1.

Para além da questão do respeito e obediência ao marido, também é abordada a questão da sexualidade, onde a madrinha ensina técnicas e posições sexuais, com um vibrador

⁶ Prática de lavar as partes íntimas, até três vezes ao dia, utilizando produtos como sabão, vinagre ou chás, introduzindo os dedos dentro da vagina e realizando movimentos giratórios (Bagnol & Mariano, 2009:394).

feito de madeira⁷. Estes “segredinhos” visam melhorar a relação sexual e o interesse do marido, evitando que o parceiro seja infiel ou polígamo. Durante o ritual do *kulaia* a madrinha nos mostrou, e nos presenteou com pequenas porções de estimulantes sexuais e produtos eróticos, explicando para que serviam cada um deles⁸.

Eu sou velha, mas quando aplica essa pomada torno como uma nova que qualquer homem que me apanhasse ficaria satisfeito ao dormir comigo. Essa satisfação poderia lhe obrigar que amanhã seguinte levasse na enxada ir para o campo e trabalhar com toda a vontade (OMM entrevista, Província de Zambézia) – (Arnfred, 2015:189).

Durante minha pesquisa de campo na cidade da Beira, recebi de presente de uma das pacientes uma pomada, que havia sido preparada pela sua mãe, para deixar a vagina mais “apertadinha” e dar mais prazer sexual ao marido. De acordo com Bagnol & Mariano (2009:393) a maioria das mulheres em Moçambique utiliza este tipo de substâncias para fechar, contrair ou reduzir o canal vaginal, estes produtos são chamados de *mankwala ya kubvalira*, que significa “remédio para pôr”. Geralmente são fornecidos pelos familiares (mães, avós, tias, madrinhas), mas também é possível compra-los nas feiras livres.

Grande parte destas, incluindo profissionais da saúde (enfermeiras e técnicas de medicina) já usaram produtos vaginais para secar, reduzir a lubrificação e apertar a vagina) e não reportaram efeitos negativos. As poucas que narraram efeitos indesejados da aplicação e inserção de produtos químicos e abrasivos, referiram-se à lacerações nos lábios vaginais, sensações de ardor, inchaço e secreções vaginais, que na perspectiva objetiva (ética) aumenta a susceptibilidade e vulnerabilidade às infecções de transmissão sexual (ITSs), incluindo o HIV. (Mariano, 2017:79).

⁷ O vibrador era feito de *mpingo*, madeira também conhecida como pau-preto, muito utilizada em Moçambique para confeccionar máscaras e esculturas.

⁸ Estes remédios são produzidos com folhas, raízes e cascas de árvores que são secadas e piladas até virarem pó. Podendo ser colocadas superficialmente na calcinha ou inserido na vagina (Bagnol & Mariano, 2009:393).

Em seu artigo “Notas sobre gênero e modernização em Moçambique” a socióloga Signe Arnfred mostra as diferenças entre os ritos de iniciação femininos realizados nas províncias de Moçambique, a partir da divisão geográfica delineada pelos rios Zambeze, fazendo a divisão entre o norte e o centro, e o Save entre o centro e sul. O que de alguma forma coincide com as especificidades dos grupos étnicos que habitam estas regiões. De acordo com sua análise, nas províncias do sul do país (patrilineares) as meninas são preparadas para serem objetos sexuais dos homens, ao passo que nas províncias do norte (matrilineares) as meninas são preparadas para serem sujeitos sexuais. Sendo comumente a colocação que as mulheres do norte, principalmente as da etnia macúá, dominam as artes do sexo, ao fazerem uso da sedução, do desejo e dos poderes sexuais para fazerem política e alcançarem seus objetivos. Mas, em tempos de mudança e fluxos migratórios para as cidades estas questões não são tão simples:

O material da OMM, tal como relatado acima, sugere uma relação entre matrilinearidade e fortes tradições de ritos de iniciação femininos, e patrilinearidade com o enfraquecimento dos ritos. Contudo, a relação não é nem direta nem simples: 50 ou 60 anos atrás havia ritos de iniciação femininos muito fortes no sul patrilinear (Cf. Junod, 1912/1974 e Earthly, 1933/1968). Os diferentes sistemas de parentesco parecem ter reagido diferentemente às influências modernizantes, afetando estruturas econômicas, assim como as ideológicas. (Arnfred, 2015:193).

Desde sua origem, Moçambique foi marcado por um forte aspecto de trânsito intercultural, com fluxos migratórios constantes conduzindo a fusões de tradições nortistas com o universo patrilinear sulista, quando práticas de povos macúas eram retraduzidas por diversos povos de Moçambique, sem falar das relações comerciais com os europeus e com os mouros. Os rituais de iniciação foram sendo sujeitos a circunstâncias políticas e sociais vivenciadas pelas comunidades, entretanto, para Conceição Osório e Ernesto Macuácuá (2013:17) apesar das modificações, permanecem nos rituais a manutenção das desigualdades de gênero em torno dos papéis sociais atribuídos, exercício da sexualidade e dos direitos das mulheres.

Para Signe Arnfred a modernização, tal qual ocorreu em Moçambique, atribuiu hierarquias de gênero e contribuiu para mudar a moral e as concepções de sexualidade, principalmente sob a égide do Cristianismo e do Islã. A introdução da moral cristã influenciou os significados dados a aprendizagem da vida sexual, antigos elementos dos rituais de iniciação que culminavam na relação sexual das crianças⁹, foram substituídos pela aprendizagem sobre como usar o corpo (Osório e Macuácuá, 2013:49).

Diferentemente das missões cristãs, o Islã não condenava os rituais de iniciação. Na verdade, os ritos foram islamizados (tanto os femininos quanto os masculinos), aparentemente sem fazer nenhuma mudança, quer seja nos rituais eles próprios ou, no caso das mulheres, no costume relacionado de estender os lábios vaginais, fazer tatuagens ou usar miçangas. (Arnfred, 2015:208).

Portanto, ritos e religião têm o seu encontro firmado, precisamente a partir da institucionalização da instrumentalização da mulher e dos seus papéis sociais reprodutivos e de subalternidade ao homem, fundamentados na Bíblia ou no Alcorão (Osório e Macuácuá, 2013:49). Durante o trabalho de campo na região norte, tive a oportunidade de conhecer mulheres macúas que foram iniciadas (tatuagens, lábios alongados), mas que professavam a religião islâmica, tendo um comportamento de subserviência em relação aos maridos. Segundo Fátima Mernissi (1985:44) o Islã aceita e reconhece a sexualidade feminina como subjetiva e ativa, tendo uma série de funções vitais, positivas. O controle islâmico sobre as mulheres é externo, dentre eles o fato de terem que usar véu na rua.

Este tópico tratou dos rituais de iniciação em Moçambique, demonstrando que apesar das mudanças e reconfigurações no contexto atual, eles ainda cumprem com a função de reprodução social dos grupos, mesmo em espaços recriados (como no exemplo do kulaia). Assim, os rituais de iniciação logram continuidade advogando através de argumentos tais como manutenção das práticas como uma maneira de manter viva a identidade cultural moçambicana e de coesão social através do sentimento de pertencimento à comunidade. Para Conceição Osório e Ernesto Macuácuá (2013:234), quando se fala em rituais tradicionais não

⁹ Conforme Arnfred (2011) e Pinho (2016) descrevem, nos rituais as mais velhas se utilizavam de um pau roliço, para anteciper ritualisticamente o defloramento da jovem.

é questionado se eles violam os direitos das crianças, das mulheres, se expõe os rapazes ao risco de contrair alguma doença através da prática da circuncisão realizada no mato, ou se legitimam o casamento infantil e desta forma expõe as meninas aos riscos de uma gravidez precoce. Isso acontece devido a lógica estabelecida, pelo poder tradicional, de que os rituais de iniciação são inerentes à cultura moçambicana. Em certa medida, a argumentação acima parece convencer. Dentro deste contexto é possível perceber uma tensão entre práticas que machucam (alongamento labial, tatuagens e circuncisão), mas que, por outro lado, se constituem como marcas corporais de pertencimento ao grupo (Segato, 2003: 31). Ilustrando um impasse, entre os direitos humanos e o direito consuetudinário dos povos “tradicionais”, que é muito caro para Antropologia.

Os Direitos Humanos Universais têm sido bastante debatidos nas Ciências Sociais. Para Gustavo Esteva (1998), a categoria surge como um novo cavalo de Tróia para a recolonização, empreendida pelo ocidente aos povos que não compartilham dos seus ideais universalistas. Em suma, o autor assume que as pretensões universalistas têm se constituído como um “abuso de poder” ocidental, ao não levar em conta os costumes e a própria cultura africana.

Nesse contexto, Laura Nader (1999) faz um paralelo entre a noção de violação dos direitos humanos em duas culturas diferentes a norte-americana e a africana. Para autora, enquanto o implante de silicone é visto pelas africanas como uma agressão ao corpo, esta é uma prática tipicamente ocidental. Ao passo que a remoção do clitóris seria uma violação dos direitos humanos na concepção das norte-americanas, mas é comum em diversos países africanos.

Em ambas as práticas, de circuncisão e de aumento de seios, a mutilação ocorre teoricamente em seu benefício, para a recriação de sua aparência feminina. A cirurgia nos seios femininos nos EUA possui um significado social muito semelhante ao da mutilação sexual na África. Em ambos os lugares a escolha da cirurgia reconstrutiva se dá fora do indivíduo, em nosso país como resultado de um processo de comercialização onde a mulher é mecanizada, medicada e mercantilizada. (Nader, 1999:77).

Para Claudia Bongianino (2010), o confronto entre as razões morais africanas e as morais ocidentais em relação as intervenções genitais femininas parece estabelecer um paradoxo, no qual dignidades são feridas em nome da proteção dos direitos humanos universais. Nesse sentido, seja a realização, seja a proibição pode ser lida como um insulto moral, sendo ambas extremamente violentas para as partes envolvidas. Com efeito, assim como as mulheres mutiladas justificam as práticas em termos culturais, para si e para os outros, em geral os antropólogos fazem o mesmo movimento culturalmente autojustificado (Diniz, 2001:30). O relativismo busca explicar as diferenças entre os povos, caracterizando-as como culturais, nesse sentido tanto a mutilação genital feminina, como o alongamento dos lábios vaginais, são justificados como valores morais válidos dentro do contexto sociocultural estudado.

Nesse sentido, nem a retórica dos direitos humanos, nem o relativismo antropológico são plenamente capazes de resolver os conflitos entre lógicas e práticas culturais distintas. (Bongianino et al, 2015).

Para as autoras, ambas retóricas são problemáticas, de um lado os direitos humanos universais com uma postura moral fixa, tenta impor sua verdade como absoluta; por outro lado o relativismo antropológico adota uma postura de tolerância radical, tenta legitimar as práticas, pelas crenças e costumes.

“Só pode ser feitiço”

No esteio das pesquisas de Evans-Pritchard e Mary Douglas, autores clássicos da antropologia, buscaremos subsídios para tratar de aspectos que envolvem o papel dos sistemas cosmológicos, na vida cotidiana e dos processos rituais, na resolução das desordens sociais. A crença na magia e na capacidade de produzir malefícios por meios ocultos e sobrenaturais, como demonstrou Evans-Pritchard (2005), com o exemplo dos Azande, é uma prática generalizada e contemporânea, embora possa assumir diversas formas ou ênfases de acordo com o contexto sociocultural (Matsinhe, 2006:149). Conforme suas crenças os indivíduos podem:

(...) usar consciente ou inconscientemente esses poderes sobre os outros, para atrasar a vida, fechar caminhos, roubar amantes, produzir doenças, mortes e uma infinidade de outros males. (Maggie, 1992:22).

Evans-Pritchard nos ensinou que a feitiçaria, o culto aos ancestrais e os rituais de purificação fazem parte de um sistema cognitivo, competente para explicação do infortúnio independente da singularidade ou particularidade em que ocorre (Matsinhe, 2006:150). Assim, como em outros países africanos, a morte e o infortúnio em Moçambique são percebidos por grande parte da população como uma força contaminadora (De Graça, 2002).

Investigação realizada com praticantes de medicina tradicional e seus clientes, sugere, de acordo com Cristiano Matsinhe (Ibidem:176), que a tuberculose é associada a violação de interditos sexuais, entre os quais, sexo com mulheres no período menstrual, puerperal ou com sangramento pós-abortivo. Pesquisas realizadas no Brasil por Ondina Leal (1995) e Soraya Fleischer (2007) também identificaram um padrão semelhante, onde o fluxo sanguíneo é limpo enquanto construtor da vida, sendo considerado sujo quando é resto de tudo que não presta mais no corpo (Leal, 1995:27). O sangue gerado depois do aborto, da gravidez e do parto é tido como sujo, ele precisa sair para fora do corpo feminino enquanto ele está aberto, havendo um risco, no caso de descumprimento deste interdito, que o sangue suba para partes superiores do corpo, como pulmão e cabeça (Fleischer, 2007:83). Como já indicava Mary Douglas (1991), há uma estreita relação entre alteridade e impureza¹⁰, as doenças uma vez associadas a esses elementos tendem a mobilizar as tradições como forma de purificação.

Esmeralda Mariano traz como exemplo o *ku-tchinga ndzaka* e *pita kufa*¹¹ ritual de purificação no qual, após a morte do marido, a esposa tem de manter relações sexuais com o cunhado, para que a família do falecido seja purificada e possa retomar às suas vidas após o luto. Nestes rituais também é comum a prescrição de não usar preservativo, como forma de assegurar o contato entre os fluídos sexuais masculinos e femininos (Matsinhe, 2006:165). Num país, onde quase 12% da população está contaminada pelo vírus HIV, práticas tradicionais como o *pita-kufa* que desestimulam o uso de preservativo passaram a ser severamente criticadas.

¹⁰ Particularmente para as mulheres mulçumanas, a fistula obstétrica pode estar associada a sentimentos de impureza. Sobre este aspecto ver: Islam, A.I., and A. Begum. 1992. A psycho-social study on genito-urinary fistula. Bangladesh Medical Research Council Bulletin 18, no. 2: 82–94.

¹¹ De acordo com Mariano (2010:86) o termo *ku-tchinga ndzaka* é utilizado no sul de Moçambique, enquanto *pita kufa* na zona central do país.

Nosso interesse em abordar estas elaborações sobre a racionalidade da feitiçaria, está no fato de que em Moçambique, os modelos cosmológicos são elaborados levando em conta a magia, o feitiço e a força dos ancestrais. Em seu estudo, sobre a dinâmica do HIV/AIDS em Moçambique Cristiano Matsinhe (Ibdem:146) observou que na maior parte do país, as doenças sexualmente transmissíveis estão associadas a comportamentos desviantes ou de práticas sexuais ilícitas (sexo antes do casamento, adultério e prostituição). Lógica semelhante ao que acontece em relação as complicações no trabalho de parto, onde as mulheres seriam responsáveis pela doença, vista como um “castigo” dos espíritos as que traem os maridos.

(...) “Então ali, parece que existe uma crença popular, quanto mais ela sofrer a dor do parto, dá a entender que ela andou com outros homens, então isso faz com que a família até ache isso bom, que ela sofra. Uma espécie de punição”. - Dr. Hélder Miranda – Hospital Central da Beira.

A associação da doença com feitiços, acaba por desencadear processos especulativos, sobre o que ou quem causou a doença. Em Moçambique, as enfermidades são comumente atribuídas às ações das mulheres e relacionadas em grande medida a sua sexualidade, corpo e fluidos (Passador, 2011). Esse tipo de discurso defende que as mulheres costumam subverter as normas estabelecidas na sociedade, e a Fístula Obstétrica (entre outras doenças) estaria presente como forma de punição. Neste contexto, o parto arrastado ou obstruído pode ser causado pela própria mulher (dentro de uma lógica de comportamento desviante) como castigo dos espíritos, mas também pode ser provocado por um feitiço lançado por outra pessoa (sogra, rival).

Esta ideia, de que complicações no trabalho de parto estariam associadas as noções de culpa, ou até de castigo divino, não é exclusiva de Moçambique. Estudo produzido pela *Health Poverty Action* (2011) em Serra Leoa, demonstra que para 57% dos líderes comunitários entrevistados o parto prolongado ocorre por “vontade de Deus”, atribuindo a doença a infidelidade feminina. Este tipo de interpretação, e suas implicações, são recorrentes na construção do imaginário social sobre a Fístula Obstétrica em África.

A discriminação veio ao de cima quando os seus próprios parentes, pais e irmãos, associaram a doença com facto de se ter casado com um homem que professa a religião muçulmana, pelo que Deus teria a castigado. Andou por todos os médicos tradicionais e unidades sanitárias do distrito de Gilé mas não conseguiu encontrar a solução para o seu problema de saúde. As amigas mais chegadas, pouco-a-pouco, começaram também a marcar distância e viam nela uma mulher amaldiçoada que só trazia desgraças no seio da comunidade. (Jornal de Notícias – 25/09/2015).

Uma outra versão do mesmo raciocínio, é o conceito de conflito geracional, corporizado na ideia de valores tradicionais em oposição aos valores da modernidade. Em sua tese de doutorado, o antropólogo Luiz Henrique Passador construiu um discurso baseado na dicotomia entre as categorias tradição e modernidade, e suas implicações no enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS em Moçambique.

Nas falas dos sujeitos pesquisados, o campo da “tradição” é remetido sempre a um tempo passado, um espaço remoto e uma alteridade sócio-cultural. Ao se referirem à “tradição”, os sujeitos utilizam expressões como “nos tempos”, “naquelas zonas” e “aquelas pessoas” para delimitarem discursivamente suas fronteiras analíticas, construindo marcadores de diferença que remetem o universo da “tradição” ao mato (termo empregado para se referirem ao universo rural), delimitando a cidade e seus signos de urbanidade como o território da “modernidade” (Passador, 2011).

Minha incursão em campos femininos e sensíveis ganhou mais profundidade e complexidade no contexto em que para elas a Fístula Obstétrica ocorre porque os valores da tradição, já não seriam mais respeitados. Estes valores estariam associados, entre outros, a ideia de que antigamente o parto era realizado em casa e que hoje em dia as mulheres têm procurado as unidades de saúde para terem seus filhos. Um último exemplo permite que percebamos que essa problematização:

O.A. (18 anos – Zambézia), casou aos 16 anos de idade e pouco tempo depois ficou grávida do primeiro filho. Quando começaram as dores procurou o Centro de Saúde próximo à sua casa, mas como o trabalho de parto estava obstruído foi transferida para o Hospital Rural do Alto Molócué, onde foi realizada uma cesariana de emergência. Infelizmente os médicos não conseguiram salvar o bebe que nasceu morto. Como decorrência do parto ela desenvolveu a fístula obstétrica e foi abandonada pelo marido, passando a morar com a tia em Nampula. (Notas de campo).

Durante a pesquisa de campo tive a oportunidade de conhecer a tia de O.A. (narrativa acima descrita). Observei sua conversa com outras acompanhantes, em sua maioria senhoras de idades, segundo as quais, antigamente elas, as mães e as avós tinham seus filhos em casa, mas hoje em dia as jovens querem ter filho no hospital, e (de acordo com elas) como consequência da operação (cesariana) passam a fazer xixi pela vagina.

Nessa mesma linha, também se avança o argumento de que a manutenção dos referidos valores tradicionais, de parto em casa realizado por parteira ou pela matrona, poderia evitar tais danos. Ao analisar o risco, Mary Douglas (1991) chama de inocente a percepção de que deveria haver mais educação em saúde, como se as pessoas se arriscassem porque não sabem dos riscos que estão correndo. A autora argumenta que a análise leiga sobre o comportamento frente aos riscos é equivocada, porque não leva em conta as questões morais e políticas. Transportando esse raciocínio para o contexto da Fístula Obstétrica, é necessário buscar a lógica que dá sentido ao comportamento arriscado das mulheres entrevistadas.

Para Lúcia Baiocchi, cirurgiã italiana radicada em Moçambique, atualmente trabalhando no Hospital Central da Beira, é necessário encontrar uma solução para o conflito entre igualdade de direitos e a tradição (WLSA, 2011). Para Dr.^a Lúcia negar cuidados médicos a uma mulher em trabalho de parto é uma violação do direito à saúde, sugerindo punição aos familiares da parturiente.

Precisamos de uma condenação exemplar para os parentes que não levam a mulher para o hospital na altura do parto, julgados por um

tribunal formal ou tradicional. Se uma família culpada disso for obrigada a pagar três cabritos, por exemplo, por um tribunal comunitário, será dado um forte sinal de condenação. – Dr^a Lídia Baiocchi (WLSA, 2011).

Vimos que a associação da doença com feitiçaria e castigo, não é um fato isolado, nem mesmo reside em um passado distante. É uma experiência atual e demanda uma avaliação que venha a observar o fato e suas implicações sociais. Na antropologia, o relativismo cultural, em confronto com os fundamentos da universalidade ética, tem gerado argumentos para discussões em torno do infanticídio e da mutilação genital feminina, mas que podem perfeitamente ser aplicados em outras instâncias.

Cada cultura pesa a si mesma e julga a si mesma. A mutilação feminina, portanto, não poderia ser avaliada como *certa* ou *errada*, mas sim *aceita* ou *rejeitada* socialmente, de acordo com o olhar da cultura local sobre este fato social. Para o relativismo radical não há valores universais que orientem a humanidade, mas valores particulares que devem ser observados e tolerados. E assim, em sua compreensão de ética, o *bem* e o *mal* são relativos aos valores de quem os observa e experimenta. (Lidório, 2008: 179).

A universalidade ética, por outro lado, pressupõe que os povos e culturas fazem parte de uma “aldeia global”, e que está possui valores universais de moralidade. Ronaldo Lidório (baseado nos argumentos de Sérgio Rouanet) afirma que o valor desta fundamentação é reconhecer que o homem, mesmo distinto e disperso compartilha valores inerentes. Para Roberto Cardoso de Oliveira (2001:57), o ponto crucial desta questão implica em afirmar que, o que já é parte da tradição ou do costume não pode necessariamente ser tomado como normativo. Isso não significa, ainda segundo Oliveira, que os valores morais não possam estar presentes nos costumes. Sendo necessário, portanto, estabelecer a diferença entre o costume e a moralidade, identificando a razão como elemento operador essencial e aplicando esta distinção dentro de nosso campo de estudo.

Experiências e significados da doença

A importância e o significado dados ao processo de construção social do binômio: saúde-doença esta normalmente relacionados às experiências e vivências de cada um dos atores sociais envolvidos no processo, dentre eles: o indivíduo, a família e os profissionais de saúde. Segundo, Ana Maria Canesqui (2007), a experiência da doença relaciona-se...

Aos aspectos privados da vida cotidiana, às rupturas das rotinas, ao gerenciamento da doença e à própria vida dos adoecidos, cujos cuidados não se restringem aos serviços de saúde e ao contato com os profissionais.

Sendo possível mostrar que a condição cultural interfere na forma como cada sociedade define seus sintomas de doenças e de saúde, e que a importância dada a cada um deles está relacionada com a cultura e as relações sociais (Barros, 2011: 13). Igualmente, sustenta-se que as questões inerentes à saúde e a doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais ocorrem, uma vez que as diferenças culturais podem influenciar na maneira como cada doente assume o seu papel de enfermo (Alves: 1993). Desta forma, conviver com mulheres acometidas pela fistula obstétrica¹² nesse espaço de interação hospitalar nos fez refletir como profissionais de saúde pouco consideram os significados do adoecer e a percepção do corpo e da doença entre estas mulheres.

O corpo, enquanto depositário de saúde ou doença, tem sido indagado para além dos riscos biológicos, mas como extensão do sucesso ou insucesso. Neste caso específico, o bem-estar da mulher não é visto como uma condição individual, mas como uma característica relacional. Para Bagnol e Mariano (2009:396) o bem-estar é definido em função da preparação para sexualidade, que culmina na concepção e no nascimento de uma criança. Para que isso aconteça o corpo da mulher tem que estar sadio, esta noção de saúde está ligada às práticas enraizadas numa visão específica do corpo e a maneira, culturalmente, adequada de se sentir e sentir seu corpo. Que estariam diretamente relacionadas a sexualidade e à reprodução. Desta forma a participação das jovens nos rituais de iniciação, entre eles o

¹² De acordo com dados da OMS a fistula obstétrica, e a cada ano há entre 50 mil e 100 mil novos casos, de acordo com o Fundo de População das Nações Unidas. A maioria dos casos estão concentrados nos continentes africano e asiático. Os indicadores sociais de Moçambique apontam para um quadro bastante problemático e propício para a expansão da doença, que está intimamente associada à pobreza: baixo IDH, casamentos prematuros, altas taxas de fertilidade e acesso limitado aos cuidados da maternidade segura.

alongamento dos lábios vaginais, são de extrema importância para saúde individual, psicológica e sexual, pois fazem parte do ethos para se sentirem mulheres (Ibdem).

O processo de adoecer envolve, portanto, as experiências subjetivas de mudanças físicas ou emocionais e a confirmação dessas mudanças por parte de outras pessoas. Dentro desta visão a fistula obstétrica seria uma ruptura da identidade feminina, podendo causar profundas mudanças na vida das mulheres e suas famílias, que se manifestam por desajustes físicos, emocionais, sociais e familiares. Os percursos de vida das mulheres com fistula são resultantes dos significados que lhe atribuem, tendo os profissionais de saúde um papel de cuidador, no sentido de cura-las através da cirurgia ou de capacita-las (no caso de colostomia, Auto Algaliação ou M. Pouch) para lidar com a nova experiência de vida.

Segundo Foucault (1980) a medicina tal qual conhecemos hoje teve início no final do século 18, até então, era grande a diversidade de práticas na arte de curar. Essa nova estrutura consiste, principalmente, em uma nova maneira de olhar e falar sobre os corpos e seu funcionamento, bem como sobre saúde e doença. Mudando, fundamentalmente, as relações entre o visível e o invisível.

Os sistemas tradicionais de saúde em Moçambique estruturam-se, como noutros países, pelo referido campo simbólico e articulam, por isso, família, economia, política, religião, magia e feitiçaria. É por ele que se modelam as representações e as práticas da saúde e da doença. Uma sociedade onde há comportamentos de ordem tende a ser constituída por membros saudáveis. A doença ou o infortúnio são pensados e representados como desordens, produzidas nas relações entre pessoas ou entre pessoas e seres sobrenaturais ou naturais (Fialho, 2003). Em Moçambique as opiniões em relação a doença e a busca pelo tratamento, são influenciadas pelo sistema de crenças, práticas, conhecimentos e interpretações que acabam determinando o modelo explicativo e o processo de atenção e cuidados (Loforte, 2003:23). Para a autora as sociedades têm atitudes bipolarizadas face o problema da doença, optando pela medicina tradicional, mesmo quando dispõe de acesso aos serviços públicos de saúde. Então doenças que afetam grande parte da população moçambicana, como malária, tuberculose, SIDA, não são nenhuma novidade, a grande questão de fato é como estas doenças são percebidas pelos doentes e abordadas pelos agentes de saúde (Passador e Thomaz, 2006).

A definição biomédica da doença, suas formas de prevenção, transmissão e tratamento, nem sempre está em acordo com o conhecimento e explicações dos fenômenos do senso

comum (Mariano, 2010:76). As análises sócio-antropológicas acerca do impacto dos saberes e práticas da biomedicina sobre as formas de cuidado com a saúde, e sobre os estilos de vida atuais, discutem a respeito da tendência de responsabilização dos indivíduos por sua própria saúde (Lopes, 2015:487). A disciplina dos corpos, na atualidade, ocorre a partir do aumento do domínio de cada um sobre seu próprio corpo (Foucault, 1975:37), ou seja, a saúde passa a ser uma das técnicas mais importantes da disciplinarização da sociedade. A biomedicina não leva em conta as formas como os indivíduos “*interpretam aquilo que entra ou sai do corpo, de fluidos corporais – suor, sangue, sêmen – a profilaxia*”. Sendo frequente em Moçambique discursos de negação da existência da doença por parte da população, principalmente quando confrontados com narrativas hegemônicas. Para Luiz Henrique Passador (2006) incorre-se o risco de que ações que visam o controle de epidemias terem sua eficácia comprometida pela resistência da população moçambicana em identificar-se com as suas propostas, devido à incompreensão do universo local por parte dos interventores.

Fiquei conversando com M.A.S (30anos – Gaza) e outras pacientes na varanda. Ela (que é soropositiva) me contou que contraiu a doença tomando banho de rio. Tentei explicar quais são as possíveis forma de contaminação pelo vírus HIV, mas acho que ela não se convenceu. Num tom de brincadeira disse que a última vez que fez sexo foi em 1998 (ano que desenvolveu a fístula), mas só em 2010 descobriu através de exame que era soropositiva. Na sua concepção é impossível a doença ter sido contraída através do sexo. (Notas de campo).

Para o autor, esta descrença não deve ser tratada como mera ignorância ou desconhecimento da população, mas como a ineficácia das propagandas e campanhas de educação em saúde aplicadas no país (Passador e Thomaz, 2006) que, a partir de uma visão biomédica, não levam em conta as dimensões psicológicas, sociais e culturais dos indivíduos. Assimilar, ainda que de modo parcial, o que é isso que se passa com seu corpo, é um processo que costuma ser longo e que gera, entre outras dificuldades, uma ambivalência extrema na construção da identidade feminina.

Conclusões finais

Em suma, como conclusão (ainda que inconclusiva) percebemos que a evolução do conceito de sexualidade, transitou de um um nível de obscenidade, para um enfoque político e social. O conceito é consentâneo à concepção de corpo, que por sua vez não esta delimitada pelo corpo físico ou biológico. Em países e regiões em desenvolvimento, como a África e Moçambique em particular, é evidente que se necessita trabalhar com conceitos mais amplos já que em muitas cosmologias o corpo pode sofrer deslocamentos de tempo e de espaço, que as concepções científicas modernas não admitiria. Sendo necessário compreendermos, que como a cultura, o conceito de corpo também é ativo e inconstante. Uma tendência importante, nessas situações tem sido discutir em conjunto os conceitos de corpo e saúde, observando como operam no campo da tradição, pois são eles que vão definir as experiências dos sujeitos em relação à doença (Heilborn, 1997).

Referências bibliográficas

ALTUNA, Raul Ruiz de Asúa. 1985. *Cultura Tradicional Banto*. Luanda: Secretariado Arquidiocesano de Pastoral.

ALVES, Paulo César. 1993. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública.

ARNFRED, Signe. 2015. *Notas sobre gênero e modernização em Moçambique*. In: Dossiê Corpos, trajetórias e valores: perspectivas de gênero, famílias e reprodução social em contextos africanos. Cadernos Pagu. Nº 45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332015000200181&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

BAGNOL, Brigitte e MARIANO, Esmeralda. 2009. *Cuidados consigo mesmo, sexualidade e erotismo na Província de Tete, Moçambique*. Physis [online] vol.19, n.2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200008

BONGIANINO, Claudia. 2010. *Entre normativas e vidas: As Intervenções Genitais Femininas na Itália*. Trabalho apresentado na 27ª Reunião Brasileira de Antropologia. Belém – PA. Disponível em:

http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_27_RBA/arquivos/grupos_trabalho/gt06/cfb.pdf

BONGIANINO, Claudia Fioretti. CRUZ, Denise Ferreira da Costa. CASTRO, Luísa Reis de. 2015. Feminino Sagrado, Profano e Científico: impasses nas intervenções genitais femininas. TOMO, nº 26.

BAGNOL, Brigitte. Gender, 2006. *Self, Multiple Identities, Violence and Magical Interpretations in Lovolo Practices in Southern Mozambique*. Tese de Doutorado em Antropologia. South Africa: University of Cape Town.

CANESQUI, Ana Maria. 1998. *Ciências Sociais e Saúde no Brasil: três décadas de ensino e pesquisa*. Ciência & Saúde Coletiva. III (1).

CHIZIANE, Paulina. 2004. *Niketche: uma história de poligamia*. São Paulo: Companhia das Letras.

DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. 2015. *A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de auto atenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku*. Brasília: Paralelo.

DINIZ, Débora. 2001. *Antropologia e os limites dos direitos humanos: O dilema moral de Tashi*. Disponível em: [http://www.abant.org.br/conteudo/livros/DIREITOS%20HUMANOS%201\[1\].pdf](http://www.abant.org.br/conteudo/livros/DIREITOS%20HUMANOS%201[1].pdf)

DOUGLAS, Mary. 1991. Pureza e perigo. Ensaio sobre a noção de poluição e tabu. Lisboa: Edições 70.

ESTEVA, Gustavo. 1998. *Autonomia y democracia radical: el transito de la tolerância a la hospitalidad*. In: Autonomías éticas y Estados nacionales. Miguel A. Bartolomé & Alícia M. Barabas (Orgs.). CONACULTA – INAH.

EVANS-PRITCHARD, Edward. 2005. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Tradução Eduardo Viveiros de Castro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

FIALHO, José. 2003. *A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde*. Cadernos de Estudos Africanos (Online), nº 4. Disponível em: <http://cea.revues.org/1567>. Acessado em 25/06/2007.

FLEISCHER, Soraya. 2007. *Sangue, Leite e Quarentena: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará*. Revista Campos, 8(2):81-97.

FOUCAULT, Michel. 1980. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
_____. 1975. *Vigiar e punir*. Petrópolis, Vozes.

HEALTH POVERTY ACTION. 2011. *Connection 3 - The Fistula Issue*. Disponível em: <https://healthpovertyaction.org/wp-content/uploads/downloads/2011/03/Connections-3-The-Fistula-Issue-web-version.pdf>. Acesso em: 08 de março de 2016.

HEILBORN, Maria Luiza. 1997. *Gênero, Sexualidade e Saúde*. In: Saúde, Sexualidade e Reprodução - compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: Editora da UERJ.

LEAL, Ondina Fachel. 1995. *Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas*. In Ondina F. Leal (Org.) *Corpo e Significado: Ensaio de antropologia social*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

LIDÓRIO, Ronaldo. 2008. *Não a morte sem dor*. In: SOUZA, Issac da Costa e LIDÓRIO, Ronaldo. (Org.) *A questão indígena – uma luta desigual: missões, manipulação e sacerdócio acadêmico*. Viçosa: Ultimato.

LOFORTE, Ana Maria. 2003. *Práticas culturais em relação à sexualidade e representações sobre saúde e doença*. Maputo.

LOPES, Andréia Aparecida Ferreira. 2015. *Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes*. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.486-500.

MAGGIE, Yvonne. 1992. Medo do feitiço: relações entre magia e poder no Brasil. Rio de Janeiro, Arquivo Nacional.

MALUF, Sônia Weidner. 2002. *Corpo e corporalidade nas culturas contemporâneas: abordagens antropológicas*. Esboços: Revista do PPG História da UFSC, n. 9.

MARIANO, Esmeralda. 2010. *A construção do corpo feminino na compreensão do conceito de gênero*. In: Gênero e Direitos Humanos em Moçambique. Nair Teles e Eugênio José Bras (Org). CIEDIMA: Maputo.

_____. 2017. *Ser antropóloga entre o local e o global*. Revista de Antropologia. V. 60, nº 3. USP.

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

MERNISSI, Fatima. 1985. *Beyond the Veil: A Historical and Theological Enquiry*. Oxford, Blackwell.

NADER, Laura. 1999. *Num espelho de mulher*. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 5, n. 10, p. 61-81.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. 2001. *A questão étnica: qual a possibilidade de uma ética global?* In: ARIZPE, Lourdes (org). As dimensões culturais da transformação global: uma abordagem antropológica. Brasília: UNESCO.

OSÓRIO, Conceição. 2013. *Identidades de gênero e identidades sexuais no contexto dos ritos de iniciação do centro e norte de Moçambique*. Boletim Outras Vozes. Disponível em: http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2013/12/Identidades_ritos.pdf

OSÓRIO, Conceição e MACUÁCUA, Ernesto. 2013. *Os ritos de iniciação no contexto actual: Ajustamentos, rupturas e confrontos construindo identidades de género*. WLSA Moçambique. Maputo.

PASSADOR, Luiz Henrique. 2011. *Guerrear, casar, pacificar, curar: O universo da “tradição” e a experiência com o HIV/AIDS no distrito de Homoine, sul de Moçambique*. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Brasil: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP.

PASSADOR, Luiz Henrique e THOMAZ, Omar Ribeiro. 2006. *Raça, sexualidade e doença em Moçambique*. Estudos Feministas, Florianópolis, 14(1): 336.

RANGER, Terence. 1972. *Adaption of African Religious Institutions, The Masasi Case*. In: Ranger, Terence; Kinambo, Isaria (Ed.). *The Historical Study of African Religion with Special Reference to East and Central Africa*. London/Ibadan, Heinemann Educational Books.

SEGATO, Rita Laura. 2003. *Uma agenda de ações afirmativas para as mulheres indígenas do Brasil*. Departamento de Antropologia. Série Antropologia nº 326, Brasília: UnB. Disponível em: <<http://www.dan.unb.br/images/doc/Serie326empdf.pdf>>.

VELEZ, Allyson et al. 2007. *The Campaign to End Fistula: What have we learned? Findings of facility and community needs assessments*. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Nº 99, PÁG. 143–150.

WLSA. 2011. *Omitidas: Mulheres com Fístula Obstétrica em Moçambique*. (Brochura): Maputo. Disponível em: <<http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/03/Brochura-Fistula.pdf>>.

OMS - Organização Mundial de Saúde. 2008. *Eliminating female genital mutilation. An interagency statement*. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf>.