

Circuncisão em Moçambique, diálogo entre tradições, bioética e biomedicina

Carlos Mabutana

Doutor em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade de Brasília (UnB)

RESUMO

Este artigo é um recorte de pesquisa de natureza qualitativa, baseada num estudo etnográfico, realizada junto ao grupo étnico Makonde, que habita no sul de Moçambique. Reflexiona sobre a prática tradicional da circuncisão como ritual de iniciação entre os Makonde e a influência que sofreu no contato com outros grupos étnicos e religiões e com o paradigma da biomedicina. Desenvolve uma breve caracterização histórica da circuncisão nas tradições culturais de diversos grupos étnicos do país e aponta para os desafios da prática da circuncisão tradicional em diálogo com as intervenções biomédicas relacionadas com a prevenção do HIV. Destaca o papel dos sanitaristas, bioeticistas e antropólogos para a compreensão das histórias singulares dos povos originários e suas formas de resistência ou de adesão aos saberes provenientes das medicinas científicas contemporâneas e da observância do consentimento informado e o respeito aos direitos humanos dos jovens que realizam estes processos de intervenção.

Palavras-chave: Circuncisão. Práticas Tradicionais. Biomedicina. HIV.

1 INTRODUÇÃO

A circuncisão masculina é a cirurgia mais frequente entre homens¹ e, entre alguns grupos étnicos, é uma prática ritual que simboliza a passagem da infância para a idade adulta². Pode ser interpretada como o momento de atribuição de papéis sociais ao homem em muitas tradições³. Trata-se de um assunto amplamente debatido na literatura médica, quer seja por sua correlação com a redução no risco de infecção por HIV⁴ ou pelos debates bioéticos sobre autonomia e limites da manipulação do corpo⁵.

Em países africanos, a circuncisão é prática tradicional em mais de 400 comunidades ou grupos étnicos⁶ e precisa ser compreendida a partir de perspectivas culturais e da medicina tradicional em seu encontro com as práticas colonizadoras, quer sejam decorrentes da expansão de religiões não originárias (como o Islã ou o Cristianismo) ou de práticas médicas contemporâneas relacionadas ao HIV^{7 8}.

Nas publicações sobre as práticas de saúde de povos da África subsaariana observa-se uma tendência, segundo pesquisadores mais críticos⁹, de estruturar narrativas a partir da perspectiva do dominador. Desta forma, sanitaristas, bioeticistas e antropólogos devem estar atentos às histórias singulares dos povos originários e às formas de resistência ou de adesão aos saberes provenientes das medicinas científicas contemporâneas. No que se refere à circuncisão, não é incomum que haja recusa de intervenções médicas alheias à prática tradicional¹⁰.

Neste artigo são apresentados alguns resultados de um estudo de aproximação etnográfica realizado entre o grupo étnico dos Makondes que residem em Moçambique. Se analisa o contexto sociocultural da

circuncisão na tradição autóctone e a influência que sofreu no contato com outras tradições. Ao final, são tecidas algumas reflexões sobre a saúde pública e bioética acerca do tema.

2 PERÍODO COLONIAL

Moçambique é um país da costa oriental de África que, ao longo dos tempos, foi ocupado por povos de diferentes origens e culturas, africanos originários, árabes, indianos e europeus. O país é predominantemente habitado pelos descendentes dos Bantu, um grande grupo etnolinguístico que povoa quase toda a África ao sul do Sahara compartilhando semelhanças sociolinguísticas de crenças, rituais e costumes¹¹. Segundo Firmino¹², em Moçambique existem treze grupos étnicos: (1) Swahilis, (2) Makuas (3) Lomués, (4) Makondes, (5) Yao ou Ajaua, (6) Maraves ou Nyanja, (7) Sena, (8) Chuabo, (9) Chonas incluindo os Ndaus, (10) Angonis ou Nguni, (11) Tsongas (divididos em Ronga, Changane e Vatswa), (12) Chopes, (13) Bitongas.

A circuncisão é uma prática tradicional africana que extrapola de longe um simples corte do prepúcio. Implica uma concepção de mundo e requer técnicas, processos de instrução e transmissão de habilidades para sua execução. A circuncisão é um símbolo cultural que se nutre de valores religiosos, étnicos e expressa mecanismos de inserção nas diversas sociedades onde ela vigora¹³. Em Moçambique, é praticada por razões étnico-religiosas pelos Swahilis, Makondes, Yao ou Ajaua, Makuas-Lomués, Sena, Chuabo, Chopes, Bitongas e Vatswa. Os Rongas e Changanas abandonaram o rito por imposição Nguni e ao lado da influência árabe/persa que queria impor a sua circuncisão, mas foram impedidos pelos portugueses.

Os portugueses e a Igreja católica tentaram extinguir os rituais iniciáticos da religião tradicional africana e parte dos comerciantes muçulmanos incentivaram os africanos a manter suas tradições culturais e crenças em oposição ao papel hegemônico da evangelização e da civilização portuguesa^{14 15}. A circuncisão tradicional só foi extinta efetivamente pelos Ngunes ao submeterem no sul de Moçambique os Rongas e Changanas à dominação e à consequente substituição da prática pelo rito de furar o lombo auricular utilizando canivete, como novo símbolo de identidade dos submissos ao imperador Manikusse ou Sochangana de Gaza.

Schwartz¹⁶ observa que os africanos escravizados levados para as Américas não foram impedidos de manter a prática dos rituais de passagem ainda que a circuncisão tenha sido desaconselhada pelos clérigos que os submetiam ao batismo que impunha a adesão ao cristianismo. Entretanto, subsistiam formas de resistência e de perpetuação cultural e religiosa mediante a manutenção de práticas tradicionais africanas no cativeiro. Sweet¹⁷, aponta que no começo do século XVIII, no Brasil, houve relato de recusa de escravos em manter relações sexuais com incircuncisos que podiam ser considerados não iniciados ou ritualmente impuros.

3 PERÍODO PÓS-COLONIAL

O fim da dominação colonial portuguesa, com a fundação da República de Moçambique em 1975, representou o surgimento de uma nova concepção de nação, de formas de organização política, econômica, cultural e religiosa que imprimiram novos rumos à sociedade emergente. Nesse novo contexto, há um avivamento da resistência pluriétnica cultural, das tradições orais dos povos locais que resistem a processos de deterioração colonial do seu universo sagrado, criando estratégias de manutenção das tradições. Atesta Ngole¹⁸, em sua análise antropológica dos Makondes, que havia tensões políticas por motivos religiosos, principalmente relacionados à imposição da fé católica durante a dominação portuguesa.

4 DJANDO YA VAMAKONDE E YAO

Os Makondes são descritos como guerreiros invencíveis, indomáveis e aferrados, pela sua resistência contra todas as forças que se opõem às suas crenças e tradições¹⁹. O resguardo das práticas corporais impostas a outras etnias na experiência iniciática *Likumbi* é uma demonstração de quanto estes estendem sua supremacia étnica para além das suas fronteiras. Na tradição oral, os Makondes consideram ter uma relação de parentesco profunda com os Yao, compartilhando aspectos da organização social e ritos de iniciação²⁰. Os Yao podem ser iniciados no *Likumbi* e sua ritualização pode ser validada por eles. Já os Makondes não aceitam ser iniciados no rito *Unhango* dos Yao e nem o validam.

Os Makondes mantêm vivas suas tradições centenárias e não têm permitido mudanças com relação à circuncisão. Com a pandemia de HIV, alguns optam em levar seus filhos à circuncisão médica. No entanto, a maioria não deixa de submetê-los à circuncisão feita mediante o uso de facas e sem anestesia para cumprirem com o ritual de passagem. Rejeita-se o uso da anestesia local na circuncisão tradicional na medida em que a dor e o sangramento são considerados experiências importantes na entrada do iniciado para a idade adulta.

A pesquisa revelou que alguns *Nalombwos* (mestres do rito) e jovens já iniciados, não assumiram integralmente a introdução de procedimentos biomédicos como o uso individualizado de uma lâmina de corte para cada iniciado. Previamente, os *Nalombwos* reutilizavam lâminas de corte em iniciados que não traziam a sua própria lâmina. Ao longo do trabalho de campo desenvolvido na coleta de dados deste artigo foi verificado que isto ainda acontecia evidenciando a complexidade do diálogo entre as intervenções biomédicas e as práticas tradicionais.

A iniciação é uma socialização étnica tanto para os Yao como para os Makonde, ainda que seja uma prática realizada de modo diferente em cada grupo²⁰. Por exemplo, evidenciam-se mudanças entre a circuncisão no ritual *Lupanda* Yao antes da influência árabe/ islâmica e a atual *Unhango*. Porém, apesar da composição estrutural semelhante dos rituais Yao e Makonde, a categorização do corte prepucial pode

diferir da prática biomédica²¹.

Porém, é importante acautelar sobre alguns procedimentos similares. A circuncisão Yao é também executada pelo *Angaliba*, mestre de iniciação, utilizando um único instrumento que serve para todos os iniciados e sem esterilização como é descrito nos relatos de participantes Yao²². Este autor descreve uma das diferenças estruturais iniciáticas entre o *Unhango* e *Likumbi*. No *Unhango* os pais alistam os neófitos e, após confirmação, comunicam ao régulo, autoridade tradicional local, que por sua vez endereça o convite à Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO). É a este que cabe indicar o *Ngaliba*, mestre da circuncisão tradicional, que não se encarrega apenas da cirurgia, mas do convite aos profissionais de saúde para eventuais episódios adversos no procedimento. Cabe ao *Nakanga* encarregar-se pela aprendizagem e coordenação iniciática.

Esta composição é mais democrática entre os Yao, por envolver a comunidade e sua estrutura. Nos Makondes que se deslocaram para o sul de Moçambique é notória a participação dos pais e da comunidade, mas não envolve a AMETRAMO nem o régulo. Todo o processo iniciático se circunscreve às funções do *Nalombwo*, o mestre cirúrgico, seu poder na iniciação é absoluto.

O *Likumbi* tem o seu início pelo entardecer, e alguns dos ritos que o antecedem são cercados de tabus e secretismo, razão pela qual sua realização nem sempre é anunciada com antecedência. Por exemplo, a circuncisão é feita subitamente a caminho do *Likuta* porque, na concepção Makonde, o *Likuta* é um local impuro e inseguro para a cirurgia caso os feiticeiros se antecipem a aprontar cilada para infeccionar a cirurgia dos *Vawali*, iniciados²¹. Contrariamente, os Yao segundo Namuholopa²², entram no local iniciático pelo amanhecer, após invocação dos ancestrais étnicos.

5 KUSOKA E O ISLÃ

O *Kusoka* é circuncisão nas línguas Bantu; já antes da invasão *Nguni* no Sul de Moçambique era prática ritual comum. A introdução do islã e da cultura árabe/persa em África na era mercantil teria afoitado o fascínio de Balta²³. O islã negro inserido no cotidiano das comunidades assumiu valores e tradições africanas na sua devoção, incorporando crenças e práticas autóctones locais à doutrina islâmica. O Islã é rígido na observância de seus princípios doutrinários, mas, em contrapartida, é flexível para incorporar práticas e costumes culturais, exceto na crença em um único deus, *Alá*, *wāḥid*, *aḥad* (uno – primeiro e único), piedoso e onipotente. Sua devoção assenta no *Sunna* ou tradição, julgamento analógico *Qiyas* e no consenso comunitário *Ijmá*, voltados para a incorporação e coesão social onde a vida religiosa não é separada do cotidiano da vida social. Esse é o respeito que se tem pela unicidade do direito islâmico que serve tanto para legislar a vida civil como a religiosa²⁴.

O costume *Kusoka* nas tradições autóctones de Moçambique predomina atualmente em todos os povos nativos das províncias, com exceção de Tete, Manica e Maputo. Segundo Alpers²⁵, estas tradições

sofreram ao longo do tempo influência cultural e religiosa islâmica. Este fato ocorre desde princípios do século VII na região, quando a atuação dos comerciantes e navegadores árabes e persas deu origem aos centros comerciais de Sofala, Ilha de Moçambique, Quiloa e Pemba.

Moçambique tem uma presença inegável e diversificada de muçulmanos, que, segundo relatos de Newitt²⁶, teriam sido descendentes de islamitas provenientes de diferentes quadrantes do mundo e de ramificações do islão. As cidades de Mafía, Zanzibar, Mombaça, Gedi, Melinde, Manda, Lamu, Pate, Faza Brava, Merca, Mogadíscio e os Estados de Comores, Madagascar, Socotorá, Meca, Iêmen, Omã, Pérsia, Índia, Ceilão, Indonésia, integraram a rede comercial do Índico nos séculos XII e XVII antes da presença portuguesa.

A permanência de muçulmanos na costa de Moçambique cooperou para a expansão de um Islão de denominações e atributos de diversas origens geográficas. Amide²⁷ explana que os árabes alteraram o cenário cultural e religioso dos Yao ao torná-los muçulmanos e operaram mudanças no *Unhango*, rito iniciático. De tal modo que, o *Unhango* se transformou em *Shahada*, rito de iniciação da fé islâmica antes chamados *Lupanda*, o rito masculino, e *Chiputo*, o ritual feminino. Amaral²⁸ considera que a maioria dos Yao perdeu o sentido tradicional da iniciação na devoção islâmica e transformaram rituais da sua tradição para o *Umm*, comunidade da vida religiosa muçulmana.

Maivasse²⁹, no estudo que fez no Bairro das Forças Populares de Libertação de Moçambique (FPLM), um dos maiores centros urbanos da cidade de Maputo, mostra que a prática da circuncisão tradicional está intrincada na tradição e na religião. Por outro lado, a alta classe social urbana lhe imprimiu transformações ajustando-as ao seu status de elite. O ritual cirúrgico e religioso islâmico com intervenção médica para prevenir a ocorrência de infecções de HIV neste grupo do centro urbano, é segundo a autora, um fenômeno recente.

Aí cessa o predomínio da circuncisão étnica, nos grupos sincretizados com o Islã, como foi descrito na tradição Yao. Os Makondes são os únicos que separam o espaço do *Djando*, circuncisão étnica, da tradição do *Shahada*, circuncisão islâmica. Eles não aceitam que a tradição islamita se imponha sobre a tradição étnica. O *Djando* se realiza no *Likuta*, mata sagrada. Marcos³⁰ conta que os Makondes que aceitam a islamização fazem o *Mwalimo*, escola corânica tradicional que ensina a base teológica do Alcorão aos iniciados.

6 ERA DO HIV E CIRCUNCISÃO MÉDICA

A panorâmica da circuncisão aqui apresentada espelha o contexto social em que o rito se circunscreve nas tradições culturais dos povos de Moçambique. Ver-se-á em seguida alguns efeitos no contexto da epidemia de HIV/aids e a prática da circuncisão biomédica.

A recomendação da circuncisão masculina para reduzir o risco de infecção por HIV da Organização

Mundial da Saúde (OMS) e do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaids) publicada em 2007, precipitou o debate em torno dos motivos da circuncisão tradicional não fazer parte da mesma estratégia. De acordo com esse documento, estudos observacionais mostraram em diversos contextos de países do continente africano que a prevalência de HIV era menor entre homens que tinham realizado a circuncisão.

Na procura de evidências científicas mais fundamentadas foram levados a cabo três ensaios clínicos randomizados desenvolvidos no Kenya, Uganda e África do Sul, que analisaram a eficácia, segurança e a aceitabilidade da estratégia, os resultados mostram que o procedimento reduz o risco de contrair o HIV em 60% nos circuncidados³¹. Ao mesmo tempo, os estudos evidenciaram que a circuncisão masculina não protege completamente de adquirir a infecção pelo HIV e, portanto, não dispensa o uso de outras estratégias de prevenção. Considerando esses achados, propiciou-se incorporar a circuncisão masculina realizada por profissionais médicos treinados, como mais um componente da cartela de medidas de prevenção disponíveis para reduzir a infecção heterossexual por HIV em homens. Determinou-se que a comunicação adequada desta estratégia é crítica e culturalmente sensível. Requer a disseminação de mensagens claras, acompanhadas da necessidade de tomar outras medidas de prevenção concomitantemente à circuncisão masculina, na perspectiva de uma prevenção integral ao HIV, incluindo a abstinência sexual nas seguintes seis semanas de realizada a circuncisão.

Do ponto de vista sociocultural, a recomendação da OMS³¹ reconhece o papel da circuncisão nas comunidades e em algumas religiões como a islâmica e a judaica. Nesse sentido, os serviços de saúde que irão ofertar esta intervenção, precisam estar devidamente estruturados para a execução apropriada desta estratégia, que envolve cenários seguros para a prática clínica em condições de assepsia, equipamento adequado e habilidades da equipe. E, em termos de direitos humanos e princípios éticos e legais, o documento alerta que esta intervenção suscita preocupação. Cabe aos serviços de saúde garantir o consentimento informado aos participantes dando a conhecer a eles detalhadamente os riscos e benefícios da intervenção, assim como evitar a coerção e a discriminação aos usuários, como parte da adesão às boas práticas médicas.

Estas recomendações também se estendem aos jovens e adolescentes junto aos quais é preciso contemplar aspectos de sua maturidade na realização do processo de consentimento informado. Ademais, o documento da OMS/UnaidS insta aos países a estarem atentos para que o procedimento da circuncisão não propicie o sexo não consentido, a violência doméstica ou atrele a circuncisão masculina à mutilação genital feminina. A circuncisão masculina precisa ser vista como uma oportunidade de fortalecer a saúde sexual e reprodutiva e de ampliar o acesso de jovens e de homens aos serviços de saúde.

A circuncisão médica preventiva de HIV em Moçambique trouxe dois novos modelos sociais de prática ritual. Primeiro foi o deslocar a circuncisão massiva iniciática das tradições étnicas para a medicina.

Segundo é que a prática clínica passou a orientar-se pelo principialismo de Beauchamp e Childress seguindo quatro princípios da Bioética que fundamentam a obrigação da assinatura do *termo de consentimento livre e esclarecido* (TCLE)³². O TCLE tem a sua importância porque impõe rigor no resguardo da autonomia do paciente, prova a ciência e concordância da sua participação em atos médicos, clareia os objetivos da intervenção clínica e a comunicação de riscos e benefícios da sua participação livre e consciente no procedimento³³.

A circuncisão médica em Moçambique é recomendada para crianças a partir de 10 anos de idade. Na prática, é realizada sem assinatura do TCLE e sem respeito aos princípios da Bioética. As crianças e seus pais/responsáveis não sabem dos prováveis efeitos negativos da circuncisão, tais são a perda de sensibilidade sexual, as complicações incapacitantes, o marketing médico para atrair pacientes e o teste forçoso de HIV. Tais aspetos levantam críticas. A circuncisão de menores sem consentimento dos pais/responsáveis não garante que menores de 10 anos sejam excluídos do programa, constituindo uma outra violação dos princípios bioéticos³⁴. Dois terços de circuncisões médicas ocorreram entre homens de 10 a 19 anos em África³⁵. No distrito de Chókwé-Moçambique foram circuncidados 19.201 homens com idade menor ou igual a 10 anos de idade no período de 2014 a 2019. Este fato levanta sérios questionamentos sobre a possível experimentação da circuncisão de adultos em crianças sem consentimento, segundo Hines⁴, a partir do trabalho de Jhpiego.

Os pais descreveram que seus filhos eram mobilizados pelos professores e enfermeiros na escola, levados aos postos de circuncisão pelos agentes de saúde. Assim, em hipótese alguma deveriam recusar pois tratava-se de uma ordem dos professores e profissionais de saúde. Temiam que sua recusa à circuncisão pudesse gerar uma punição, impedimento de frequentar a escola, bem como atos de discriminação e estigma no âmbito escolar (*Nguyama, 56 anos*).

Quando se trata de pacientes específicos, Miziara³⁶ diz que somente em risco de vida, a intervenção médica pode ser realizada mediante o consentimento tácito, e não é o caso. Svoboda³⁷ crê que, se a circuncisão de crianças é uma estratégia de controle de HIV, a ideia é que ela seja aplicável próxima à idade do início da atividade sexual. Para Dua³⁸ a circuncisão deve ser adiada até a maioridade, para que os homens possam dar o consentimento para a excisão do prepúcio com autonomia, escolhendo o tipo de procedimento. Somente nestas circunstâncias não há violação das regras ética médica.

A paternidade não atribui propriedade das crianças, por se tratar de seres com vontade e originalidade individual, se constituindo em sujeitos de ações que orientam a sua existência. Suas escolhas não são mais herança de tradições culturais, são atos de soberania pessoal e da decisão própria do indivíduo que têm vontade própria, direitos e graus diferentes de autonomia³⁹.

Em outro cenário, a circuncisão tradicional tem sido apontada como prática de risco para a infecção por HIV, considerando as limitações para garantir a assepsia no procedimento, bem como o tipo de incisão

e de remoção de tecido que é feito. Um desafio colocado para a biomedicina e para a medicina tradicional no que tange à circuncisão é encontrar pontos de convergência para um diálogo que dê lugar à compreensão do pluralismo médico que já existe nas sociedades⁴⁰. Ou seja, o uso de diversos mecanismos para o cuidado à saúde das pessoas que podem ou não ser complementares, concomitantes ou excludentes. É necessário reconhecer a existência e legitimidade dos saberes e das práticas tradicionais e as diversas concepções etiológicas e terapêuticas que subsistem nas sociedades, que não necessariamente podem ser classificadas em termos de eficácia e segurança como prevê a biomedicina. Portanto, há uma tensão estruturada entre os sistemas oficiais de saúde e os sistemas tradicionais embasada nas racionalidades dos procedimentos que são de natureza muito diferente e que somente fazem sentido nas especificidades dos seus respectivos referenciais socioculturais.

Daí que o sucesso dos programas de circuncisão masculina médica não deva basear-se apenas no número de homens circuncidados sem consentimento. A garantia da proteção e segurança de menores deve ser a prioridade, bem como a avaliação dos efeitos psicossociais, a sua qualidade de vida, a depressão, a qualidade de serviços prestados e o estigma decorrente da percepção da diferença de circuncidados e não circuncidados. Em algumas circunstâncias, o elevado número de circuncidados sem observância de todos os procedimentos busca satisfazer pontualmente as metas dos financiadores do programa⁴¹.

O sucesso dos programas de circuncisão médica contrasta com o crescente número de eventos negativos associados a esse procedimento que se traduzem no estigma e discriminação, questionando a relação custo-benefício das campanhas globais de circuncisão⁵.

7 A IDADE DE CONSENTIMENTO NO MUNDO

A idade de consentimento é legitimada em pessoas legalmente competentes para consentir a atividade sexual, ela varia de entre 11 - 21 anos em redor do mundo⁴². A postura universal diante do consentimento é uma prática a ser adotada nas estratégias da circuncisão de Moçambique. Seria ainda um suporte legal para os menores decidirem sobre a sua vida sexual. Muitos países em redor do mundo se preocupam com a idade legal de consentimento das crianças como parte da garantia dos seus direitos em relação à saúde. Nos casos de HIV, a idade de consentimento é uma proteção social dos pacientes ante a discriminação e estigma. Ao mesmo tempo é uma garantia de acesso aos cuidados de saúde para adolescentes na prevenção, tratamento e cuidados⁴³. Tal reconhecimento seria o reflexo do compromisso que o país assume na inclusão das minorias étnicas, das crianças em situação de vulnerabilidade e na proteção dos seus direitos de saúde. Estudos de Hein⁴⁴ e Coyne⁴⁵ argumentam que as crianças têm capacidade para decidirem sobre seus cuidados de saúde.

A adesão ao programa de circuncisão mostrou que crianças e pais/responsáveis não têm autonomia sobre a saúde de seus filhos. Ela está alienada a interesses de terceiros que agem em nome da salvaguarda

da saúde contra o HIV.

8 RISCOS E BENEFÍCIOS

A avaliação de riscos e benefícios na circuncisão é analisada sob a perspectiva da massificação cirúrgica na presunção da redução das chances de contágio do HIV. Os riscos devem ser medidos a partir dos efeitos terapêuticos e não pela massificação cirúrgica não terapêutica que não implicou em uma discussão sobre a perda do prepúcio, do valor que ele representa para o circuncidado e de danos corporais e psicológicos incalculáveis que causa⁴⁶. O que justifica a circuncisão de crianças inativas sexualmente? A teoria da redução da transmissão de infecções sexualmente transmitidas através da circuncisão é válida a partir da primeira relação sexual³⁸ que inicia em média aos 18 anos⁴⁷. Arruda⁴⁸ indica que a vida sexual ativa começa entre 7 - 18 anos nos homens e nas mulheres entre 7 - 17 anos. A infecção por HIV entre homens ocorre mais frequentemente entre os 20 - 30 anos de idade⁴⁹.

O princípio da não maleficência estipula que não se realizem atos que possam gerar danos inúteis às crianças e sem benefícios imediatos, neste caso, na retirada de um tecido corporal funcional^{50 51}. A circuncisão não terapêutica impõe à criança saudável o risco de danos sem benefícios. Isto constituiria então, um ato maléfico. Ainda sustenta o princípio que os médicos não podem receber ordens dos pais ou tutores das crianças porque o dever do médico é com o paciente⁵². A não maleficência é contrariada quando se circuncida uma criança sem o seu assentimento, nem consentimento dos pais e sob coação ao se fazer algo que pode ser considerado malicioso e supérfluo como a retirada do prepúcio.

O protocolo nacional da circuncisão adaptado a partir das recomendações do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e do Plano de Emergência do Presidente para Alívio da AIDS (PEPFAR), ainda não se aplica nas cirurgias massivas do país. É provável que o contexto local possa não ser adequado para a aplicação ética do TCLE³². Para Vaughn⁵³ a ausência do consentimento só pode ser justificada pela inaptidão de menor idade, doença mental, perturbações psíquicas, angústia, medo, pela dor, e pela incapacidade de tomar decisões pois, nem sempre conhece as implicações dos atos médicos para a sua saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O espectro de que a circuncisão masculina não terapêutica é um procedimento benéfico porque protege contra a transmissão do vírus HIV nutre o debate em torno a que essa prática deva ser realizada em crianças sem o consentimento das crianças ou dos seus pais. Para os apologistas da circuncisão sem consentimento, não há associação que equilibre a cirurgia e a eticidade, pois as incertezas se reduzem em atos médicos que salvaguardam a vida. Se há associação entre a cirurgia e a ética médica prática, deve haver uma política que resulte de longos anos de relação médico/paciente no seu agir.

A política da circuncisão do Ministério da Saúde de Moçambique inspirada nas recomendações da Unids⁴⁹ de 2007, pode ver sua implementação dificultada, segundo Junqueira⁵⁴, pela falta da cultura ética de consentimento profissional-paciente antes da era da circuncisão preventiva do HIV. Essa é uma dificuldade inerente aos momentos de introdução de uma nova tecnologia, seja ela leve ou dura.

Contudo, não há circunstância alguma que justifique que os pais usufruam do direito de escolha do que é melhor para a saúde dos filhos. Tampouco essa decisão dos pais deve ser tomada pelos médicos. Entretanto, a existência de leis e procedimentos éticos dissipa a omissão de responsabilidade médico-profissional.

REFERÊNCIAS

1. Hohlfeld A, Ebrahim S, Shaik MZ, Kredo T. Circumcision devices versus standard surgical techniques in adolescent and adult male circumcisions. National Library of Medicine - NCBI [Internet]. 2021 [acesso 31 jul 2022]; 3, Mar 31 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD012250.pub2.
2. Vigliotti V, Taggart T, Walker M, Kusmastuti S, Ransome Y. Religion, faith, and spirituality influences on HIV prevention activities: A scoping review. PLoS One [Internet]. 2020 [acesso 29 jul 2022]; 15(6):e0234720. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234720>.
3. Obladen M. Social Birth: Rites of Passage for the Newborn. Neonatology [Internet]. 2017 [acesso 30 jun 2022]; 112(4):317-323. DOI: <https://doi.org/10.1159/000477955>.
4. Hines JZ, Thompson R, Toledo C, Nelson R, Casavant I, Pals S et al. Prevalence of Voluntary Medical Male Circumcision for HIV Infection Prevention – Chókwè District, Mozambique, 2014–2019. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. [Internet]. 2021 [acesso 13 jul 2022]; 70(26):942-946. DOI: 10.15585/mmwr.mm7026a2.
5. Luseno WK, Stuart R, Gilbertson A. A review of public health, social and ethical implications of voluntary medical male circumcision programs for HIV prevention in sub-Saharan Africa. International Journal of Impotence Research [Internet]. 2021 [acesso em 02 ago 2022]; 1-10. DOI: 10.1038/s41443-021-00484-x.
6. Bongaarts J, Reining P, Way P, Conant F. The relationship between male circumcision and HIV infection in African populations. AIDS [Internet]. 1989 [acesso 04 ago 2022]; 3(6):373-377. DOI: 10.1097/00002030-198906000-00006.
7. Njeuhmeli E, Opuni M, Schnure M, Tchuente M, Stegman P, Gold E et al. Scaling Up Voluntary Medical Male Circumcision for Human Immunodeficiency Virus Prevention for Adolescents and Young Adult Men: A Modeling Analysis of Implementation and Impact in Selected Countries. Clin Infect Dis [Internet]. 2018 [acesso 12 jul 2022]; 66(suppl_3):S166-S172. DOI: 10.1093/cid/cix969.
8. Rudrum S. Promoting male circumcision as HIV prevention in sub-Saharan Africa: An evaluation of the ethical and pragmatic considerations of adopting a demand creation approach. Glob Public Health [Internet]. 2020 [acesso 14 jul 2022]; 15(9):1349-1363. DOI: 10.1080/17441692.2020.1761423.
9. Mkhwanazi N. Medical Anthropology in Africa: The Trouble with a Single Story. Med Anthropol [Internet]. 2016 [acesso 19 jul 2022]; 35(2):193-202. DOI: 10.1080/01459740.2015.1100612.
10. Mavundla TR, Netswera FG, Bottoman, B Toth F. Rationalization of indigenous male circumcision as a sacred religious custom: health beliefs of xhosa men in South Africa. Journal Transcult Nurs [Internet]. 2009 [acesso 04 ago 2022]; 20(4):395-404. DOI: 10.1177/1043659609340801.
11. Rego SV. Descrição sistêmico-funcional da gramática do modo oracional das orações em Nyungwe [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012.
12. Firmino G. A situação do Português no contexto multilíngue de Moçambique [artigo]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2010.
13. Marck J. Aspects of male circumcision in sub-equatorial African culture history. Health Transit Ver [Internet]. 1997 [acesso 05 jul 2022]; 7(Suppl):337-360. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10173099>.

14. Middleton J, Horton M. *The Swahili: The Social Landscape of a Mercantile Society*. Estados Unidos da América: John Wiley Professio; 2001.
15. Machaqueiro MA. Islão Ambivalente: A construção identitária dos muçulmanos sob o poder colonial português. *Cadernos de Estudos Africanos* [Internet]. 2011 [acesso 31 jul 2022]; 22:43-64. Disponível: <https://revistas.rcaap.pt/cea/article/view/8047>.
16. Schwartz SB. *Segredos Internos: engenhos e escravos na sociedade colonial 1550-1835*. São Paulo: Companhia de Letras; 1988.
17. Sweet JH. *Recriar África: Cultura, parentesco e religião no mundo afro-português (1441-1770)*. Lisboa: Edição 70; 2007.
18. Ngole SG. *Ritos de iniciação Masculina e suas transformações sociais no Planalto de Moeda entre 1924-1994* [tese]. Maputo: Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane; 1996.
19. Roseiro AHR. *Símbolos e Práticas culturais dos Makonde* [tese]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2013.
20. Catopola BJL. *Diálogo de Identidades entre Yao e Makonde do Norte de Moçambique*. In: 38º Encontro Anual da Anpocs; 24 set 2014 [Internet]. 2014 [acesso 03 ago 2022]. Disponível: <https://anpocs.com/index.php/encontros/papers/38-encontro-anual-da-anpocs/spg-1/spg10-1/9273-dialogo-de-identidades-entre-yao-e-makonde-do-norte-de-mocambique-huvilo-uma-estrategias-de-interacao>.
21. Mabutana C. *Análise das modalidades de Circuncisão praticada pelos Makondes de Boane sua implicação na saúde e prevenção do HIV* [dissertação]. Maputo: Faculdade de Medicina - UEM; 2016.
22. Namuholopa OMF. *O papel dos ritos de iniciação na comunidade Yaawo: caso da cidade de Lichinga-Moçambique* [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2017.
23. Balta P. *L'Islam dans Le Monde*. Paris: La Découverte Le Monde Editions; 1991.
24. Gonçalves JJ. *O mundo árabe islamismo e o ultramar português*. Lisboa: Centro de Estudos políticos e sociais da Junta de Investigação do Ultramar, Ministério do Ultramar Estudos de Ciencias e políticas sociais; 1958.
25. Alpers EA. *islam in the service of colonialism? Portuguese strategy during the armed liberation struggle in mozambique*. In: *Lusotopie* [Internet]. 1999 [acesso 22 jul 2022]; 6: 165-184. Disponível: https://www.persee.fr/doc/luso_1257-0273_1999_num_6_1_1258.
26. Newitt MDD, Newitt M, Newitt DM. *A history of Mozambique*. Indiana: Indiana University Press; 1995.
27. Amide JB. *"Wayao'we" no conhecido Niassa: os valores culturais e a globalização*. Maputo: Diname; 2008.
28. Amaral MG. *O povo Yao, subsídios para o estudo de um povo do Norte de Moçambique*. Lisboa: Ministério de Investigação Científica Tropical; 1990.

29. Maivasse CMJ. A influência islâmica nos ritos de iniciação masculina: a mesquita Missouri na cidade de Maputo. [Monografia]. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, faculdade de letras e ciências sociais; 2016.
30. Marcos DA. Os ritos de iniciação na cultura Yao e o impacto na pedagogia educativa no Niassa-Moçambique. Njinga & Sepé: Revista Internacional de Culturas, Línguas Africanas e Brasileiras São Francisco do Conde (BA) [Internet]. 2021 [acesso 13 mai 2022]; 1(1): 183-199. Disponível: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/njingaesape/article/view/559>.
31. World Health Organization. New data on male circumcision and HIV prevention: policy and programme implications: conclusions and recommendations. Technical Consultation on Male Circumcision and HIV Prevention: Research Implications for Policy and Programming. WHO/UNAIDS Technical Consultation [Internet]. 2007 [acesso 13 jul 2022]. 6-8 March 2007. Disponível: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43751>.
32. República de Moçambique. Faz a circuncisão. Torna-te Um Novo Homem. Edição: 1ª Impressão. Ministério de Saúde: 2014.
33. Silva LMP, Oliveira F, Muccioli C. O processo de consentimento na pesquisa clínica: da elaboração à obtenção. Arq Bras Oftalmol [Internet]. 2005 [acesso 05 ago 2022]; 68(5):704-747. Disponível: <https://www.scielo.br/j/abo/a/M9nkdmLNMvvwc54NcrDz4Gd/abstract/?lang=pt>.
34. Litleskare LA, Strander MT, Reidun F, Magelssen M. Refusals to perform ritual circumcision: a qualitative study of doctors professional and ethical reasoning. BMC Medical Ethics. 2020 [acesso 06 jun 2022]; 21:5. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-020-0444-0>.
35. Kripke K, Njeuhmeli E, Samuelson J, Schnure M, Dalal S, Farley T et al. Assessing progress, impact, and next steps in rolling out voluntary medical male circumcision for hiv prevention in 14 priority countries in eastern and southern africa through 2014. Plos One [Internet]. 2016 [acesso 12 jul 2022]. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158767>.
36. Miziara ID. Ética para clínicos e cirurgiões: consentimento. In: Revista da Associação Médica Brasileira [Internet]. 2013 [acesso 02 ago 2022]; 59(4):312-315. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.06.007>.
37. Svoboda JS. Nontherapeutic Circumcision of Minors as na Ethically Problematic Form of Iatrogenic Injury. In: AMA Journal of Ethics. 2017 [acesso 03 ago 2022]; 19(8):815-824. DOI: [10.1001/journalofethics.2017.19.8.msoc2-1708](https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.8.msoc2-1708).
38. Dua SG. Why male circumcision should be delayed. Doctors opposing Circumcision [Internet]. 2020 [acesso 17 jul 2022]. Disponível: <https://www.kevinmd.com/2020/12/why-male-circumcision-should-be-delayed.html>.
39. Le Breton D. Uma Breve História da Adolescência. Editora PUC Minas: 2017.
40. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2003 [acesso 12 jul 2022]; 8(1):185-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

41. Luseno WK, Field SH, Iritani BJ, Rennie S, Gilbertson A, Odongo FS et al. Consent Challenges and Psychosocial Distress in the Scale-up of Voluntary Medical Male Circumcision Among Adolescents in Western Kenya. *AIDS Behavior* [Internet]. 2019 [acesso 22 jul 2022]; 23(12):3460-3470. DOI: 10.1007/s10461-019-02620-7.
42. Barnett B. What is the Age of Consent in the United States?. BHW [Internet]. 2016 [acesso 29 jul 2022]. Disponível: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/revistabioetica/normaseditoriais.pdf>
43. Ndayishimiye P, Uwase R, Kubwimana I, Niyonzima JC, Dine RD, Nyandwi JB et al. Availability, accessibility, and quality of adolescent Sexual and Reproductive Health (SRH) services in urban health facilities of Rwanda: a survey among social and healthcare providers. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2020 [acesso 22 jul 2022]; 20(697). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05556-0>.
44. Hein IM, Vries MC, Troost PW, Meynen G, Goudoever JBV, Lindauer RJL. Informed consent instead of assent is appropriate in children from the age of twelve: Policy implications of new findings on children's competence to consent to clinical research. *BMC Medical Ethics* [Internet]. 2015 [acesso 27 jul 2022]; 76: 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0067-z>.
45. Coyne I, O'Mathúna DP, Gibson F, Shields L, Leclercq E, Sheaf G. Interventions for promoting participation in shared decision-making for children with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [acesso 18 jul 2022]. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008970.pub3>.
46. Darby R. Risks, benefits, complications and harms: neglected factors in the current debate on non-therapeutic circumcision. *Kennedy Inst Ethics Journal* [Internet]. 2015 [acesso 09 jul 2022]; 25(1):1-34. DOI: 10.1353/ken.2015.0004.
47. Njeuhmeli E, Hatzold K, Gold E, Mahler H, Kripke K, Seifert-Ahanda K et al. Lessons learned from scale-up of voluntary medical male circumcision focusing on adolescents: benefits, challenges, and potential opportunities for linkages with adolescent HIV, sexual, and reproductive health services. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014 [acesso 02 ago 2022]; 66(Suppl 2):S193-S199. DOI: 10.1097/QAI.0000000000000179.
48. Arruda EPT, Brito LGO, Prandini TR, Lerri MR, Reis RM, Barcelos TMR, Lara LAS. Sexual Practices During Adolescence. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2020 [acesso 15 jul 2022]; 42(11):731-738. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713411>.
49. Unaid. Prevention GAP report [Internet]. 2016 [acesso 06 ago 2022]. Disponível: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>.
50. Royal Dutch Medical Association (KNMG) to discourage non-therapeutic circumcision of male minors. Utrecht, the Netherlands: Royal Dutch Medical Association [Internet]. 2010 [acesso 03 jul 2022]. Disponível: https://www.circinfo.org/Dutch_circumcision_policy.html.
51. Tasmania Law Reform Institute (TLRI). Non-Therapeutic Male Circumcision [Internet]. 2012 [acesso 22 jul 2022]. Australia: Tasmania Law Reform Institute 2012. Disponível: https://www.utas.edu.au/__data/assets/pdf_file/0006/302829/Non-Therapeutic-Circ_Final-Report-August-2012.pdf.
52. American Academy Of Pediatrics Committee On Bioethics (AAPCB). Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics* [Internet]. 1995 [acesso 02 ago 2022]; 95(2):314-317. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7838658/>.

53. Vaughn L. Bioethics: principles, issues, and cases. New York: Oxford University Press; 2010.
54. Junqueira CR. Bioética. São Paulo/SP: Universidade Federal de São Paulo - UNA-SUS/UNIFESP; 2012.