INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Entre Tradição e Modernidade: Práticas de Nascimento na Libéria e Moçambique em Perspetiva Comparada

Sílvia dos Santos Rodrigues

Mestrado em Estudos Africanos

Orientadora:
Doutora Sónia Pintassilgo, Professora Associada,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Julho, 2026

SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Entre Tradição e Modernidade: Práticas de Nascimento na Libéria e Moçambique em Perspetiva Comparada

Sílvia dos Santos Rodrigues

Mestrado em Estudos Africanos

Orientadora:
Doutora Sónia Pintassilgo, Professora Associada,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Julho, 2026

Ao meu filho,

que partiu, mas cuja presença permanece em tudo o que sou

e jamais deixará de habitar o meu coração.

Esta tese, esta conquista, é também tua.

Em cada página, em cada esforço e em cada superação, esteve presente a tua memória, silenciosa,

mas profundamente viva.

Pela força que me deste sem saber,

pelo amor que permanece para além da ausência

e pela marca eterna que deixaste na minha vida,

este trabalho é uma pequena homenagem ao amor imenso que nos une -

um amor que nem o tempo, nem a distância, poderão apagar.

Em cada página existe também um pouco de ti.

Levo-te comigo, hoje e sempre.

Agradecimentos

A conclusão desta dissertação representa não só o fim de um percurso académico, mas também um processo profundamente pessoal, repleto de desafios, aprendizagens e superações.

Em primeiro lugar, gostaria de expressar a minha sincera e profunda gratidão à minha orientadora, a Professora Doutora Sónia Pintassilgo. Desde o início da minha licenciatura até ao término deste mestrado, acompanhou todo o meu percurso académico com dedicação. Mais do que professora e orientadora, tem sido uma presença na minha vida, uma amiga que me apoiou e amparou nos momentos mais difíceis. O seu acompanhamento, a sua humanidade, a sua disponibilidade e o seu rigor científico foram determinantes para a consolidação das minhas competências académicas e para a concretização deste trabalho.

Aos docentes da licenciatura em Sociologia, deixo também um agradecimento muito especial. Foi graças a este percurso que adquiri as ferramentas, os conhecimentos e o olhar crítico que me permitiram desenvolver esta dissertação.

Agradeço igualmente aos docentes do Mestrado em Estudos Africanos do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa, cujas contribuições enriqueceram o enquadramento teórico e analítico deste trabalho, bem como ao Iscte pelo ambiente exigente e estimulante proporcionado ao longo desta etapa.

À minha família, expresso a minha mais profunda gratidão. Em particular, à minha irmã e ao meu cunhado, que são o meu porto de abrigo e os meus pilares. Obrigada pelo apoio incondicional, pela força, pela presença constante e por nunca me deixarem desistir, mesmo nos momentos mais difíceis.

Por fim, o meu pensamento mais sentido vai para o meu filho. À sua memória, que me acompanhou em cada passo deste caminho e foi fonte de força, amor, sentido em todos os momentos e motivação para nunca desistir.

A todos, o meu mais sincero agradecimento.

Resumo

A presente dissertação analisa, de forma comparativa, as práticas culturais de nascimento dos Kpelle, na Libéria, e dos Macua, no norte de Moçambique, no período entre 2000 e 2023. O objetivo é compreender como os cuidados materno-infantis são construídos, legitimados e transformados em contextos marcados pelo pluralismo terapêutico e por trajetórias históricas distintas.

A nível metodológico, é adotada uma abordagem comparativa e interdisciplinar, baseada na análise de documentos, combinando dados qualitativos, como a literatura académica, estudos etnográficos, documentos históricos, políticas públicas e relatórios institucionais, e dados quantitativos relativos a indicadores de saúde materno-infantil. A análise está organizada em quatro dimensões: regimes de legitimidade do cuidado, redes de autoridade feminina, rituais de produção da pessoa e interfaces com a biomedicina.

Os resultados evidenciam que a biomedicina constitui o modelo dominante nas políticas de saúde, definindo o risco em termos clínicos. No entanto, persistem conceções locais que integram dimensões morais, sociais e espirituais, originando regimes concorrentes de legitimidade. As redes de autoridade feminina, que incluem parteiras tradicionais, mulheres mais velhas e especialistas rituais, mantêm um papel central, assumindo formas diferenciadas: institucionalizadas entre os Kpelle e estruturadas pela matrilinhagem entre os Macua.

Conclui-se que a institucionalização do parto não substitui os saberes locais, mas gera processos de hibridização e negociação. A eficácia das políticas de saúde depende da articulação entre a biomedicina e as epistemologias locais, sendo o nascimento um campo de disputa epistémica e de governação do corpo, no qual se definem formas legítimas de cuidado.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil; Práticas culturais de nascimento; Biomedicina; Epistemologias locais; Autoridade feminina; Kpelle (Libéria) e Macua (Moçambique).

Abstract

This dissertation provides a comparative analysis of the cultural birth practices of the Kpelle in Liberia and the Macua in northern Mozambique between 2000 and 2023. The aim is to understand how maternal and child care is constructed, legitimized, and transformed in contexts marked by therapeutic pluralism and distinct historical trajectories.

Methodologically, a comparative and interdisciplinary approach is adopted, based on document analysis, combining qualitative data—such as academic literature, ethnographic studies, historical documents, public policies, and institutional reports—with quantitative data regarding maternal and child health indicators. The analysis is organized into four dimensions: regimes of care legitimacy, networks of female authority, rituals of personhood, and interfaces with biomedicine.

The results show that biomedicine is the dominant model in health policies, defining risk in clinical terms. However, local conceptions that incorporate moral, social, and spiritual dimensions persist, giving rise to competing regimes of legitimacy. Networks of female authority, which include traditional midwives, older women, and ritual specialists, maintain a central role, taking on different forms: institutionalized among the Kpelle and structured along matrilineal lines among the Macua.

It is concluded that the institutionalization of childbirth does not replace local knowledge but generates processes of hybridization and negotiation. The effectiveness of health policies depends on the articulation between biomedicine and local epistemologies, with birth serving as a field of epistemic dispute and bodily governance, within which legitimate forms of care are defined.

Keywords: Maternal and child health; Cultural birth practices; Biomedicine; Local epistemologies; Female authority; Kpelle (Liberia) and (Makua) Mozambique.

Índice

Agradecimentos iii

Resumo v

Abstract vii

Introdução ... 1

Capítulo 1. Enquadramento teórico e contextual ... 3

1.1. Revisão da literatura ... 3

1.1.1. Conceitos de etnicidade e identidade cultural ... 4

1.1.2. Antropologia do nascimento ... 6

1.1.3. Colonialismo e poder da medicina ... 8

1.2. Fatores coloniais e sociais ... 10

1.2.1. Breve história da Libéria e dos Kpelle ... 11

1.2.2. Breve história de Moçambique e dos Macua ... 12

Capítulo 2. Problemática e objetivos da investigação ... 15

Capítulo 3. Metodologia ... 16

Capítulo 4. Análise e discussão de resultados ... 20

4.1. Regimes de legitimidade do cuidado ... 20

4.2. Redes de autoridade feminina ... 25

4.3. Rituais e produção da pessoa ... 28

4.4. Interfaces com a biomedicina ... 32

4.5. Tendências quantitativas (2000–2023) e leitura interpretativa comparada ... 36

Conclusões ... 39

Referências Bibliográficas ... 41

Anexos ... 44

Anexo A: Indicadores demográficos e de saúde materno-infantil selecionados (Libéria vs. Moçambique; 2000/2020/2023) ... 44

Anexo B: Índice sintético de fecundidade (N.º médio de filhos por mulher), Libéria e Moçambique, 2000-2023 ... 44

Anexo C: Taxa bruta de natalidade (por mil indivíduos), Libéria e Moçambique, 2000-2023 ... 45

Anexo D: Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023 ... 45

Anexo E: Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023 ... 46

Anexo F: Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023 ... 46

Anexo G: Partos realizados em uma unidade de saúde e partos assistidos por profissionais de saúde qualificados (%), Libéria e Moçambique, 2000-2023 ... 47

Introdução

O nascimento é um acontecimento universal na sua dimensão biológica, mas profundamente variável enquanto construção social, cultural e política. Para além do processo biológico do parto, trata-se de um fenómeno no qual se cruzam conceções do corpo, relações de género, regimes de autoridade, cosmologias e modos de produção e legitimação do conhecimento. Em diversos contextos africanos, o parto é vivido como um evento coletivo e relacional, organizado por redes de parentesco e vizinhança, mediado por especialistas locais e frequentemente enquadrado por rituais de proteção, passagem e integração social. Estas práticas coexistem, por vezes em tensão, com modelos biomédicos e dispositivos institucionais que, ao reorganizarem os cuidados materno-infantis, reordenam também as hierarquias do saber, os critérios de legitimidade e as formas de autoridade.

É neste contexto que se insere a presente dissertação comparativa sobre as práticas culturais de nascimento de dois grupos etnolinguísticos africanos: os Kpelle, na Libéria, e os Macua, no norte de Moçambique. Embora situados em geografias e trajetórias históricas distintas, ambos se inserem em universos socioculturais em que a reprodução está associada à identidade coletiva, à espiritualidade e a formas específicas de autoridade feminina, incluindo a centralidade das parteiras tradicionais e de outras especialistas associadas ao ciclo reprodutivo. Em paralelo, a Libéria e Moçambique enfrentam desafios persistentes na saúde materno-infantil, num cenário em que as políticas públicas e as reformas do setor da saúde nem sempre incorporam de forma substancial os sistemas locais de conhecimento e de cuidados, gerando tensão, adaptação e reconfiguração das práticas.

A escolha destes casos responde a uma dupla preocupação analítica. Por um lado, pretende-se compreender de que forma trajetórias coloniais e políticas diferenciadas - a dominação americo-liberiana na Libéria e o colonialismo português direto em Moçambique - moldaram as estruturas do campo da saúde, as lógicas de legitimação dos cuidados de saúde e o estatuto social das parteiras tradicionais. Por outro lado, pretende-se analisar como as práticas de nascimento, enraizadas em universos simbólicos específicos, persistem, se transformam ou se reconfiguram no período contemporâneo, em interação com os processos de medicalização e de reforma institucional.

A questão central que orienta esta investigação é a seguinte: quais são as semelhanças e diferenças entre as práticas culturais de nascimento dos Kpelle (Libéria) e dos Macua (norte de Moçambique) e de que modo essas práticas refletem relações históricas, políticas e epistémicas específicas?

Com base nesta questão, definem-se os seguintes objetivos: interpretar rituais, normas sociais e significados cosmológicos associados ao nascimento; caracterizar o estatuto e a autoridade das parteiras e dos atores locais do cuidado, bem como as formas de aprendizagem e de reconhecimento; analisar o impacto das políticas e das reformas na organização dos cuidados de saúde (acesso, mediação e resistência); examinar as articulações, as tensões e os sincretismos entre a medicina tradicional e a

biomedicina[1]; e comparar a forma como os diferentes legados coloniais influenciam os modos contemporâneos de regulação do nascimento.

Metodologicamente, é adotada uma abordagem comparativa e interdisciplinar, combinando análise qualitativa e quantitativa, baseada exclusivamente em fontes documentais de natureza etnográfica, histórica, estatística e institucional, cobrindo o período entre 2000 e 2023.

O contributo original desta dissertação consiste em estabelecer um diálogo comparativo sistemático entre dois contextos raramente abordados em conjunto na literatura: Kpelle, na Libéria, e Macua, no norte de Moçambique. Ao fazê-lo, evidencia-se como diferentes legados coloniais e regimes de governação produzem configurações específicas de hierarquização do saber, de reconhecimento (ou marginalização) das parteiras tradicionais e de reconfiguração das práticas rituais e de nascimento. Em termos científicos, a tese contribui para os Estudos Africanos ao abordar o nascimento como um campo de disputa epistémica e de governação do corpo, no qual são definidos regimes de verdade, fronteiras institucionais entre "tradição" e "ciência" e formas legítimas de cuidado. Ao demonstrar que os processos de medicalização não apenas reordenam autoridades e circuitos de confiança, mas são também apropriados, reinterpretados e integrados nos contextos locais, a investigação propõe uma grelha analítica que articula a cosmologia, o género, o poder, as instituições e as políticas públicas. Este enquadramento permite compreender como os cuidados maternos são produzidos na intersecção entre a história colonial, o pluralismo terapêutico e a transformação institucional. Deste modo, a dissertação não se limita a descrever práticas, mas procura explicar como e por quem o nascimento é definido, regulado e legitimado, produzindo conhecimento relevante para os debates académicos e para a formulação de políticas de saúde culturalmente informadas, epistemicamente reflexivas e socialmente eficazes.

A dissertação estrutura-se em quatro capítulos. O primeiro apresenta o enquadramento teórico e contextual, abordando conceitos fundamentais como etnicidade, identidade cultural, antropologia do nascimento, colonialismo e poder biomédico, bem como os contextos históricos e sociais dos países em análise. O segundo define a problemática e os objetivos da investigação. O terceiro descreve a metodologia. O quarto desenvolve a análise comparativa das práticas culturais de nascimento na Libéria e em Moçambique, seguido das conclusões.

[1] Neste trabalho, e seguindo a proposta de Meneses (2004), opta-se pelo uso do termo "biomedicina", por se tratar de uma designação analiticamente mais precisa e amplamente utilizada nas ciências sociais, o que permite evitar a carga valorativa associada à expressão "medicina moderna", sobretudo em contextos africanos, onde coexistem e interagem vários sistemas terapêuticos.

CAPÍTULO 1

Enquadramento teórico e contextual

1.1. Revisão da literatura

A presente investigação inscreve-se num diálogo interdisciplinar entre a antropologia, os estudos culturais e os estudos africanos, partindo do pressuposto de que o nascimento excede a sua dimensão biológica e deve ser compreendido como fenómeno cultural, simbólico e político. Neste sentido, a revisão da literatura mobiliza contributos que permitem: problematizar as hierarquias epistémicas que atravessam a produção de conhecimento sobre África; compreender a etnicidade e a identidade como processos dinâmicos e situados; e enquadrar as práticas de nascimento no pluralismo terapêutico e nas relações de cooperação e tensão entre os sistemas médicos locais e a biomedicina.

Em conformidade com Hountondji (2008), é adotada uma postura reflexiva face aos contextos sociopolíticos que estruturam a produção de conhecimento e às assimetrias que frequentemente definem o que é considerado "saber legítimo" no estudo das sociedades africanas. Esta orientação não funciona como um bloco teórico abstrato, mas sim como uma chave de leitura transversal para interpretar as disputas de autoridade e validação dos cuidados nos casos analisados.

Para compreender as variações nas práticas de nascimento e evitar interpretações essencialistas, é necessário clarificar o conceito de "cultura" e "etnicidade". Barth (2005) é fundamental ao demonstrar que as identidades coletivas são negociadas em fronteiras sociais e políticas, permitindo assim abordar as práticas culturais como dinâmicas, históricas e relacionais, em vez de as considerar como traços fixos. Trabalhos mais recentes reforçam esta perspetiva ao demonstrarem que as identidades culturais são produzidas na interação entre tradições locais, a circulação de modelos externos e reconfigurações políticas (Junior e Perucelli, 2019; Lynch, 2018), incluindo os usos estratégicos e epistemológicos da etnicidade em contextos pós-coloniais (Rodrigues, 2019; Marques, 2022). Este enquadramento é útil para analisar o nascimento enquanto espaço de reprodução e negociação identitária, por exemplo, através de rituais, prescrições corporais e normas de autoridade, sem pressupor homogeneidade interna ou uma continuidade intocada ao longo do tempo.

No domínio específico da antropologia do nascimento, a literatura destaca o parto como um evento simultaneamente fisiológico e social, repleto de significados cosmológicos, redes de cuidados e formas comunitárias de regulação. Gottlieb (1995) mostra como a dor, o risco, a proteção e a segurança são culturalmente definidos e como a experiência do nascimento tende a ser interpretada de forma situada, articulando o corpo, as relações sociais e a dimensão espiritual. Esta abordagem ajuda a compreender a importância central das parteiras tradicionais e de outras especialistas locais, não apenas como "prestadoras de cuidados", mas também como mediadoras de pertença, proteção e integração social do

recém-nascido, frequentemente recorrendo a repertórios rituais e conhecimentos transmitidos por vias não institucionais.

Um eixo decisivo desta dissertação é, na linha da análise proposta por Meneses (2004), a relação entre a biomedicina e os sistemas médicos locais, tratada como um campo de tensão e negociação e não como uma substituição linear. No contexto do Congo colonial, Hunt (1999) propõe o conceito de "léxico colonial" para descrever a forma como as instituições, as categorias e as práticas biomédicas reconfiguraram a experiência do nascimento e reorganizaram as hierarquias do conhecimento, frequentemente subordinando ou proibindo as práticas locais. Este contributo é particularmente relevante para se compreender como a biomedicina pode atuar como um dispositivo de normalização, ao definir padrões de "boas práticas" e regimes de legitimidade. Sem repetir extensamente a discussão sobre a colonialidade, é importante reter que a disputa em torno do nascimento envolve também a autoridade sobre o corpo e a validade do conhecimento. Neste sentido, recorre-se a Ortner (2011; 2016) para sustentar que as experiências corporais são sempre mediadas culturalmente e interpretadas politicamente, o que permite analisar como as classificações (por exemplo, "tradicional" - "moderno") contribuem para a produção de assimetrias. A referência a Mbembe (2016) é feita enquanto instrumento conceptual para pensar a dimensão política dos cuidados e da proteção, ou seja, como certos corpos e vidas são mais (ou menos) reconhecidos como merecedores de investimento e segurança, evitando aprofundamentos teóricos que não sejam retomados na análise empírica.

Em termos de delimitação, os conceitos que serão retomados no capítulo analítico são os seguintes: a noção de identidades e práticas como processos negociados e situados, para interpretar rituais e normas do nascimento como manifestações de pertença e autoridade; a abordagem do nascimento como fenómeno social e cosmológico, bem como campo de definição cultural de risco e segurança; e o enquadramento do encontro entre a biomedicina e os sistemas locais como uma reconfiguração de léxicos, categorias e legitimidades, complementado por uma análise da mediação cultural do corpo e da produção simbólica de hierarquias. A discussão mais ampla sobre a produção de conhecimento e as hierarquias epistémicas funciona como um fio crítico transversal, orientando a forma como os conflitos de autoridade e de reconhecimento do cuidado são interpretados, sem se transformar num bloco teórico autónomo, desligado da análise.

1.1.1. Conceitos de etnicidade e identidade cultural

A compreensão da etnicidade e da identidade cultural é indispensável nesta dissertação, não como um exercício de teoria geral, mas como uma ferramenta analítica que permite interpretar a forma como as práticas de nascimento produzem um sentimento de pertença, autoridade e legitimidade nos contextos em estudo (Kpelle, na Libéria, e Macua, no norte de Moçambique). Em vez de considerar o "grupo étnico" como uma entidade fixa, esta investigação parte do princípio de que a etnicidade funciona como uma forma de organização social da diferença, que se torna particularmente visível em momentos de forte carga simbólica, como a gravidez, o parto e a incorporação social do recém-nascido.

Neste contexto, a etnicidade refere-se aos processos de identificação e diferenciação baseados em referências partilhadas, como a língua, a memória histórica, as normas morais, as práticas rituais e as formas de parentesco. No entanto, a relevância destes processos não decorre de uma suposta "essência" cultural interna do grupo. Segundo Fredrik Barth (2005), o foco desloca-se do inventário de traços culturais para as fronteiras sociais: é na interação com outros grupos e instituições - e na necessidade de definir quem pertence e quem não pertence ao grupo - que a etnicidade se estabiliza, transforma ou torna-se politicamente significativa. Esta perspetiva é particularmente útil para analisar as práticas de nascimento, na medida em que permite considerá-las como práticas situadas, atravessadas por negociações e por contextos concretos (familiares, comunitários e institucionais), evitando interpretações que cristalizam a "tradição" como algo homogéneo ou intemporal.

A literatura sobre África destaca também que a etnicidade deve ser compreendida como uma categoria histórica e política, frequentemente utilizada como instrumento de governação, reivindicação e identificação. Sem nos alongarmos numa discussão mais aprofundada sobre colonialidade, é importante reter um ponto operacional: as classificações administrativas e as reconfigurações territoriais contribuíram para fixar e tornar legíveis certas identidades coletivas, ao mesmo tempo que abriram espaço para usos estratégicos da etnicidade no período pós-independência. Neste sentido, Marques (2022) demonstra como a etnicidade pode funcionar como instrumento de gestão e de disputa de poder, ao passo que Rodrigues (2019) realça a sua dupla natureza: por um lado, pode gerar solidariedade e proteção social; por outro, pode conduzir à exclusão e à desigualdade quando se torna rigidamente politizada. Lynch (2018) complementa esta leitura ao salientar a natureza mutável e contextualizada das identidades étnicas, que adquirem relevância social quando baseadas em experiências partilhadas e em relações concretas de reconhecimento, desigualdade ou marginalização. Para os efeitos desta dissertação, estes contributos são mobilizados de forma limitada, sendo sobretudo úteis para compreender quem detém autoridade para definir o cuidado legítimo no nascimento e como certas práticas são defendidas, reformuladas ou contestadas em contextos de reforma institucional e medicalização.

A identidade cultural é aqui entendida como um processo relacional, através do qual os indivíduos e os grupos constroem um sentido de identidade em referência a uma comunidade simbólica. Ou seja, a identidade não "existe" antes da interação social, mas é produzida por narrativas, expetativas e reconhecimentos. Esta conceção aproxima-se da de Stuart Hall (2006), para quem a identidade é sempre construída na relação entre o "eu" e o "outro", através de representações e práticas que definem a pertença e a diferença. Em termos analíticos, esta perspetiva permite compreender os rituais e as normas associados ao nascimento como mecanismos de construção da pessoa e de integração social. O nascimento não se limita à vinda ao mundo de um corpo, mas à constituição de um sujeito socialmente reconhecido, com um lugar numa linhagem, numa rede de relações e numa ordem moral e cosmológica.

Nesta dissertação, "cultura" não é tratada como um conjunto fechado de traços, mas como um repertório de significados e práticas que se atualiza em situações concretas. Deste modo, os rituais, as

prescrições corporais, as regras de resguardo, as formas de nomeação e a proteção espiritual são analisados como práticas que produzem continuidade social e legitimidade, mas também como espaços onde se observam mudança e reinterpretação, sobretudo quando interagem com normas biomédicas e políticas públicas. A vantagem deste enfoque é dupla: evita descrições excessivamente generalistas sobre a "cultura africana" e permite observar com precisão como certas práticas são mantidas, ajustadas ou renegociadas consoante os intervenientes (famílias, parteiras, líderes locais, profissionais de saúde) e os contextos (casa, comunidade, unidade de cuidados de saúde).

Para efeitos do capítulo analítico, estes conceitos serão retomados de forma explícita em três níveis. Em primeiro lugar, a noção barthiana de fronteira orientará a leitura comparativa sobre a forma como o nascimento estabelece a pertença, nomeadamente quais as práticas (nomeação, purificação, proteção e restrições) que funcionam como sinais de incorporação e critérios de reconhecimento comunitário. Em segundo lugar, a etnicidade enquanto recurso político e institucional será utilizada para interpretar os conflitos e mediações em torno da autoridade das parteiras e da legitimidade das práticas locais, sobretudo quando confrontadas com dispositivos biomédicos que classificam, regulam ou desvalorizam determinados procedimentos. Em terceiro lugar, a identidade cultural enquanto processo relacional sustenta a análise do nascimento como um momento privilegiado de produção da pessoa, no qual se articulam o corpo, o parentesco, a espiritualidade e as normas morais, evidenciando que "segurança" e "cuidado" não são apenas categorias técnicas, mas também categorias socialmente definidas.

Portanto, este subcapítulo não tem como objetivo apresentar uma teoria geral sobre etnicidade e cultura, mas sim definir um conjunto de ferramentas conceituais necessárias para a comparação entre Kpelle e Macua: etnicidade como fronteira negociada, etnicidade como recurso e arena de poder e identidade como construção relacional. É com este recorte que a dissertação analisará o nascimento enquanto prática na qual se produzem pertença, autoridade e legitimidade e na qual se observam continuidades e reconfigurações em condições de mudança institucional contemporânea.

1.1.2. Antropologia do nascimento

A antropologia do nascimento analisa o parto e a chegada de uma criança não apenas como eventos biológicos, mas também como processos sociais através dos quais se constroem a pessoa, o parentesco, a autoridade e a legitimidade. Em vez de considerar o nascimento um momento puramente "médico", esta área de estudo mostra como este momento concentra normas morais, expectativas de género, formas de cuidado, linguagens rituais e mecanismos de reconhecimento social. O que está em causa não é apenas "como se nasce", mas sim quem pode intervir, com que autoridade, em nome de que saber e com que efeitos na pertença e na proteção.

Um contributo central da literatura é a ideia de que o nascimento é atravessado por vários regimes de conhecimento, ideia amplamente discutida na antropologia do parto, que mostra como diferentes formas de saber adquirem autoridade em contextos específicos (Jordan, 1978, como citada em Letsch, 2021; Hunt, 1999). Diferentes sociedades - e, muitas vezes, diferentes intervenientes dentro da mesma

sociedade - legitimam combinações variáveis de saberes empíricos, espirituais, comunitários e biomédicos para orientar decisões e práticas perinatais, produzindo aquilo que Jordan descreve como "authoritative knowledge", isto é, "knowledge that counts" em situações concretas de decisão (Jordan, 1978, como citada em Letsch, 2021). Deste modo, o parto transforma-se numa arena de negociação e disputa, onde se definem fronteiras entre o que é considerado "cuidado adequado", "risco aceitável" e "intervenção legítima", fronteiras essas historicamente moldadas por processos coloniais, institucionais e epistemológicos (Hunt, 1999; Meneses, 2016). É neste ponto que os estudos sobre a medicalização e a institucionalização do parto são particularmente úteis, não para afirmar uma oposição simplista entre "tradição" e "modernidade", mas para observar como as categorias biomédicas podem redefinir prioridades, tempos, espaços e autoridades (Foucault, 1988), e como essas redefinições são aceites, contestadas ou apropriadas localmente, em regimes plurais de cuidado e conhecimento (Meneses, 2004; Santos & Meneses, 2009).

Nos contextos africanos, a literatura antropológica tem demonstrado que o nascimento é frequentemente considerado um acontecimento relacional e cosmológico, no qual a proteção do recém-nascido e da mãe envolve tanto cuidados físicos como práticas de salvaguarda social e espiritual. No estudo de Gottlieb (1995), por exemplo, o parto é apresentado como um momento em que a criança é vista como estando em trânsito entre domínios, sendo que as redes femininas, os rituais e as práticas de cuidado contribuem para a constituição do recém-nascido enquanto sujeito social. Esta abordagem é pertinente para a presente dissertação, na medida em que permite considerar os rituais e as prescrições (resguardos, purificações, nomeação e proteção) como tecnologias sociais de incorporação e não como "adornos culturais" periféricos.

Neste contexto, as parteiras tradicionais e outras especialistas locais ocupam um lugar analiticamente decisivo. A literatura descreve-as menos como uma "alternativa à biomedicina" e mais como mediadoras entre dimensões do cuidado: interpretam sinais do parto, mobilizam conhecimentos adquiridos por experiência prática, combinam plantas medicinais com tabus e orações e coordenam relações familiares e comunitárias num momento de elevada vulnerabilidade. Estudos como o de Lori (2009) salientam que a gravidez e o parto podem estar rodeados de segredo, restrições e rituais de proteção, precisamente por serem estados percecionados como vulneráveis - uma vulnerabilidade que não se limita ao risco biomédico, mas que abrange a reputação, o equilíbrio social, a proteção espiritual e a integridade moral. Olukoju (2006) chama a atenção para o papel das cerimónias de atribuição de nomes e das performances rituais (música e narrativas), sublinhando que "nomear" é um ato social que confere estatuto, pertença e continuidade, ao inscrever a criança numa linhagem e numa história coletiva.

Um segundo contributo relevante para a dissertação é a ênfase na agência e na hibridização nas interfaces entre sistemas médicos. Em vez de retratar as mulheres e as comunidades como meras recetoras passivas de reformas sanitárias, a literatura mostra práticas de combinação seletiva e pragmática entre os cuidados locais e os serviços biomédicos. Ao discutir a reorganização colonial do parto, Hunt (1999) evidencia como a introdução de maternidades, a formação de parteiras/enfermeiras

e novas categorias de intervenção instituíram hierarquias de saber, mas também como as mulheres africanas negociaram e reconfiguraram essas mudanças, produzindo formas híbridas de cuidados de saúde. Para a presente investigação, este aspeto é crucial: mais do que demonstrar uma "substituição" do tradicional pelo biomédico, interessa identificar onde se formam as tensões (classificações de risco, proibições, encaminhamentos, exigências institucionais) e como os intervenientes locais respondem (mediação, adaptação ritual, alternância de itinerários terapêuticos, estratégias de legitimação).

Por fim, a antropologia do nascimento coloca uma exigência metodológica: evitar que as categorias analíticas importadas apaguem o sentido local das práticas. Ortner (2016) salienta que as experiências corporais são sempre mediadas e interpretadas culturalmente, o que impede interpretações que reduzam as práticas africanas a "arcaísmos" ou "resistências irracionais". Neste trabalho, esta cautela tem um objetivo específico: descrever e interpretar as práticas sem as reduzir a meras tradições culturais ou a um obstáculo à saúde pública, mas também sem as idealizar, mantendo a atenção às condições materiais, às desigualdades e às mudanças institucionais.

Este subcapítulo será utilizado de forma operacional no capítulo analítico, não como uma teoria geral do nascimento, mas como um conjunto de lentes para observar e comparar como o cuidado é organizado e como a autoridade é distribuída em torno do parto entre Kpelle e Macua. Em primeiro lugar, a análise retoma a questão dos regimes de saber e de legitimidade, ou seja, a forma como são definidas localmente categorias como "risco", "segurança" e "intervenção adequada", bem como os intervenientes - família, parteiras, líderes comunitários e profissionais de saúde - que reivindicam autoridade para decidir e justificar essas decisões. Em segundo lugar, será considerada a dimensão relacional do nascimento através das redes e formas de autoridade feminina, com foco no papel das parteiras e das redes de mulheres na organização prática dos cuidados de saúde, na gestão do acesso aos mesmos e na mediação entre as expetativas familiares, as normas comunitárias e as exigências das unidades sanitárias. Em terceiro lugar, o capítulo analítico retoma os rituais enquanto dispositivos de produção da pessoa e da pertença, examinando a forma como a nomeação, os resguardos, as purificações e as práticas de proteção operam como mecanismos de incorporação do recém-nascido na linhagem e na comunidade, conferindo-lhe estatuto social e continuidade moral. Por fim, a comparação incidirá nas interfaces com a biomedicina, identificando onde e como se produzem tensões, acomodações e formas híbridas entre práticas locais e protocolos institucionais, por exemplo, em encaminhamentos, partos institucionais, restrições impostas e estratégias de negociação. Deste modo, a antropologia do nascimento funciona, neste trabalho, como uma grelha de leitura para compreender como o nascimento articula a pertença, o cuidado e a autoridade em contexto de mudança institucional e como essas articulações diferem (ou convergem) nos dois casos em estudo.

1.1.3. Colonialismo e poder da medicina

A introdução e consolidação da biomedicina em África não pode ser interpretada como uma simples "difusão" de conhecimento científico; foi, historicamente, um processo marcado por relações coloniais

de poder que reestruturaram instituições, autoridades e regimes de legitimação do saber, com efeitos diretos no nascimento e nos cuidados maternos. Neste sentido, a medicina funciona como um dispositivo técnico e político simultâneo, capaz de redefinir o que é considerado um cuidado "seguro", quem está autorizado a intervir e quais as práticas reconhecidas (ou desvalorizadas) como válidas.

Um referencial central para este debate é a proposta de Nancy Rose Hunt (1999), que descreve a formação de um "léxico colonial" do nascimento: um conjunto de categorias, rotinas, objetos e instituições (maternidades, registos, protocolos, instrumentos obstétricos, formação de enfermeiras/parteiras segundo modelos europeus) que reconfigurou a experiência do parto e reorganizou as suas autoridades. O ponto analítico decisivo não é a existência de inovação técnica, mas sim a forma como essas tecnologias e instituições produziram hierarquias de conhecimento e deslocaram o parto das redes comunitárias de mulheres para espaços institucionais que passaram a definir, com pretensão de universalidade, normas de higiene, risco e intervenção. A partir daí, as práticas locais foram frequentemente classificadas como "superstição", "atraso" ou "anti-higiene", o que justificou a sua repressão, marginalização ou tolerância condicionada (Hunt, 1999).

Esta reorganização representou também uma transformação simbólica e moral do corpo feminino. Ao reduzir o parto a um evento predominantemente fisiológico, o paradigma biomédico tende a subalternizar as dimensões sociais e cosmológicas que, em muitos contextos africanos, estruturam o sentido de cuidado e proteção (Gottlieb, 1995). As consequências não se ficam pela substituição de práticas, mas estendem-se à redefinição de autoridade: quem "sabe" sobre o parto, quem decide e quem é responsabilizado. Neste contexto, a proposta de Ortner (2011; 2016) é útil para sustentar a ideia de que as experiências corporais são culturalmente mediadas e de que classificações como "moderno/tradicional" podem funcionar como instrumentos de deslegitimação, reconfigurando a autonomia e o estatuto social das mulheres e das parteiras.

Para enquadrar o poder médico como forma de governo, esta dissertação recorre à ideia de biopoder de Foucault (1988), entendida como a gestão de populações através de políticas e conhecimentos sobre a vida, a saúde e a reprodução. No contexto africano, a noção de necropolítica (Mbembe, 2016) é utilizada como ferramenta para refletir sobre as desigualdades estruturais na proteção da vida, nomeadamente sobre quem tem acesso a cuidados de saúde, em que condições e com que reconhecimento institucional. O objetivo é sustentar um ponto específico: a medicalização do nascimento opera como uma forma de governação que produz diferenças de valor e de prioridade nos cuidados de saúde, frequentemente articuladas com desigualdades sociais e históricas.

No entanto, a imposição do paradigma biomédico não eliminou os sistemas locais de cuidados de saúde nem anulou a capacidade de ação das mulheres. A literatura mostra antes processos de negociação, adaptação e hibridização, ou seja, combinações seletivas entre itinerários biomédicos e práticas locais, reinterpretações rituais, mediações informais e estratégias pragmáticas de acesso a serviços. No período pós-colonial, os programas de integração/formação de parteiras tradicionais em contextos de reforma sanitária e pós-conflito ilustram tentativas de articulação institucional que, ainda assim, não resolvem

as assimetrias de autoridade e reconhecimento (Dolo et al., 2016). Em paralelo, estudos como o de Granjo (2009) evidenciam que o diálogo entre a biomedicina e os terapeutas tradicionais tende a permanecer marcado pela desconfiança e pela desigualdade simbólica, apesar da continuidade do recurso a especialistas locais em muitas regiões, sobretudo onde a presença e a confiança no sistema formal são limitadas.

Em suma, neste subcapítulo, o "poder da medicina" é definido como um fenómeno que se manifesta na capacidade de classificar (o que é risco/seguro), regular (o que é permitido/proibido), institucionalizar (onde se deve nascer) e autorizar (quem pode intervir). Ao mesmo tempo, assume-se que as práticas locais não são resíduos do passado, mas sim repertórios ativos de cuidados de saúde, em negociação permanente com as reformas do Estado e com os protocolos biomédicos.

Este enquadramento será retomado de forma operacional em três frentes: a noção de "léxico colonial", que permite identificar como as categorias, os protocolos e os dispositivos institucionais reorganizam o nascimento e hierarquizam os saberes; a análise das assimetrias de legitimidade entre parteiras tradicionais e profissionais biomédicos, observando como se traduzem em práticas concretas; e as formas de negociação e hibridização, ou seja, como os atores locais (mulheres, famílias, parteiras e autoridades comunitárias) acomodam, contestam ou combinam itinerários de cuidados de saúde. Deste modo, "colonialismo e poder da medicina" não surge como um bloco teórico autónomo, mas sim como uma grelha para interpretar empiricamente os casos Kpelle e Macua, identificando onde se produzem tensões, quem ganha/perde autoridade e como se redefine o que conta como um cuidado legítimo no nascimento.

1.2. Fatores coloniais e sociais

As práticas de nascimento na Libéria e em Moçambique são moldadas menos por "tradições" isoladas e mais por trajetórias coloniais específicas, pela capacidade (ou fragilidade) do Estado e por arranjos sociais de cuidados que condicionam o acesso, a confiança institucional e a distribuição da autoridade no parto.

Na Libéria, a dominação americo-liberiana e a construção desigual da cidadania e dos serviços públicos contribuíram para uma cobertura sanitária irregular e para a persistência de mediações comunitárias. Neste contexto, as redes de parentesco e as parteiras tradicionais mantêm uma centralidade prática e simbólica, tanto por continuidade social como em resposta às limitações de acesso e à falta de previsibilidade dos serviços.

Em Moçambique, o colonialismo português e a posterior reorganização do setor da saúde pelo Estado produziram modelos de cuidados de saúde fortemente institucionalizados, mas com uma aplicação territorialmente desigual. No norte do país, onde vive o povo Macua, o parto está associado a redes familiares alargadas e a autoridades locais, coexistindo com o sistema biomédico em regimes variáveis de cooperação, tensão e adaptação.

1.2.1. Breve história da Libéria e dos Kpelle

A Libéria ocupa uma posição singular no continente africano por ter emergido, no século XIX, de um projeto de repatriação de afro-americanos libertos, promovido pela *American Colonization Society*, que resultou na instalação de uma colónia em 1822 e na proclamação da república em 1847 (Akpan, 1973; Starr, 1913). Este processo fundacional produziu, desde cedo, uma clivagem estruturante entre os americo-liberianos, que concentraram o poder político, económico e simbólico, sobretudo a partir de Monróvia, e as populações autóctones, frequentemente designadas como "indígenas" nas gramáticas administrativas e políticas do Estado. Apesar de representar uma minoria demográfica, a elite americo-liberiana instituiu um modelo de governação inspirado nos Estados Unidos e consolidou hierarquias duradouras no acesso à cidadania, à educação e aos serviços públicos, incluindo os cuidados de saúde (Akpan, 1973). A extensão da autoridade estatal ao interior foi gradual e desigual, tendo preservado, durante longos períodos, margens significativas de autonomia comunitária e reforçado a centralidade de redes locais de regulação social.

A diversidade etnolinguística da Libéria inclui mais de vinte grupos, dos quais os Kpelle constituem um dos maiores, concentrando-se sobretudo na região central (especialmente nos condados de Bong e Nimba) e em áreas transfronteiriças com a Guiné. A literatura descreve os Kpelle como estando, historicamente, associados a economias agrárias e a formas densas de organização comunitária, baseadas em redes de parentesco e em mecanismos locais de coesão e mediação (Britannica, 2024). Do ponto de vista sociopolítico, a vida comunitária articula chefias locais e conselhos de anciãos com instituições de socialização e autoridade, incluindo as sociedades Poro (masculina) e Sande (feminina), frequentemente referidas como centrais na transmissão de normas morais, estatutos sociais e repertórios rituais. Para os efeitos da presente dissertação, esta dimensão não é relevante como descrição etnográfica exaustiva, mas sim porque a Sande (e, mais amplamente, as redes femininas por ela organizadas) surge na literatura como um espaço privilegiado de socialização, controlo moral e legitimação de papéis associados à feminilidade, fertilidade e maternidade (Olukoju, 2006). Em termos analíticos, isto ajuda a compreender por que razão o nascimento pode ser entendido, entre os Kpelle, como um processo de incorporação social que mobiliza autoridades e repertórios de proteção que vão para além do domínio estritamente biomédico.

Ao longo dos séculos XIX e XX, as missões cristãs e as estruturas associadas ao Estado contribuíram para a expansão das escolas e das unidades de saúde, bem como para a difusão das práticas biomédicas, embora de forma territorialmente desigual e com maior concentração nos centros urbanos e nos eixos institucionais (Walker, 2007). Para os efeitos desta investigação, é sobretudo importante reter que esta expansão não substituiu automaticamente os sistemas locais de cuidados de saúde: em contextos de distância, custos, intermitência institucional ou baixa confiança, as famílias continuaram a recorrer a mediadores comunitários, incluindo parteiras tradicionais e especialistas locais, sobretudo em áreas rurais. Esta coexistência deve ser interpretada como resultado de trajetórias históricas e de condições de acesso, e não como um mero "atraso" cultural.

A guerra civil (1989-2003) agravou de forma decisiva as fragilidades estruturais do Estado e do sistema de saúde através da destruição de infraestruturas, da escassez de profissionais e dos deslocamentos populacionais, com impactos diretos na prestação de cuidados materno-infantis (Dadzie e Kanagasabai, 2022). Nestas circunstâncias, a literatura destaca o papel reforçado das parteiras tradicionais e dos circuitos locais de cuidados de saúde, que passaram a colmatar as lacunas deixadas pelo colapso (ou pela insuficiência) dos serviços formais, mantendo a sua relevância no período posterior de reconstrução e reorganização do setor (Dolo et al., 2016). No âmbito desta dissertação, este contexto é particularmente relevante para compreender as razões pelas quais a assistência ao parto pode oscilar entre a unidade de cuidados de saúde e o domicílio, e como as práticas locais persistem mesmo quando as políticas públicas promovem o parto institucional.

Assim, este subcapítulo será mobilizado nesta dissertação apenas como contexto analítico para três dimensões centrais: as suas trajetórias históricas de formação e de fragilidade institucional, incluindo os efeitos duradouros da guerra civil, na acessibilidade, previsibilidade e confiança nos serviços de saúde; a organização social dos Kpelle, com particular atenção ao papel das redes comunitárias e das instituições de socialização, nomeadamente a Sande, na legitimação de autoridades femininas e na gestão social do nascimento; e a coexistência de circuitos biomédicos e locais de cuidados de saúde, em que as parteiras tradicionais e outros mediadores comunitários continuam a desempenhar um papel decisivo na definição do risco, da proteção e da adequação dos cuidados de saúde. É a partir destas dimensões - e não de uma descrição etnográfica exaustiva ou de uma leitura essencialista da "tradição" - que o Capítulo 4 analisará como se constroem, na prática, as decisões sobre o local do parto, a autoridade legítima e as negociações quotidianas entre o domicílio, a comunidade e a unidade de cuidados de saúde, numa perspetiva comparativa com o caso macua.

1.2.2. Breve história de Moçambique e dos Macua

A trajetória contemporânea de Moçambique é marcada pelo colonialismo português, pela luta de libertação e pelos prolongados efeitos da guerra civil, processos que condicionaram a construção do Estado, a cobertura territorial dos serviços públicos e a organização concreta dos cuidados de saúde. É importante reter três marcos estruturantes para esta dissertação: a consolidação tardia e coerciva da ocupação colonial, em que a administração e a missão produziram hierarquias sociais e assimetrias regionais (Hedges et al., 1993; Barrios Diaz, 2023); a independência em 1975 e a reconfiguração do Estado e dos serviços públicos, incluindo o setor da saúde (Machel, 1975); e a guerra civil (1977-1992), que destruiu infraestruturas, fragmentou redes sociais e agravou as desigualdades territoriais, com impactos duradouros na acessibilidade e na confiança nos serviços, sobretudo fora dos principais centros (Ducey & Emerson, 2015; Granjo, 2009).

No recorte geográfico desta dissertação - o norte de Moçambique - estas dinâmicas são particularmente relevantes, dado que a prestação de cuidados materno-infantis ocorre frequentemente em condições de cobertura desigual e de circulação entre diferentes espaços e autoridades. É neste

contexto que se situam os macuas, frequentemente descritos como o grupo etnolinguístico mais numeroso do país, concentrado sobretudo nas províncias de Nampula, Zambézia, Niassa e Cabo Delgado, com extensões transfronteiriças (Comboni Missionaries, 2016). A língua *makhuwa* desempenha um papel central na comunicação quotidiana e na transmissão cultural e a subsistência está frequentemente associada à agricultura familiar e a redes de reciprocidade locais (Comboni Missionaries, 2016; Costa, 2022). Para os efeitos desta dissertação, estes elementos são relevantes apenas na medida em que ajudam a explicar por que razão os cuidados de saúde no momento do nascimento tendem a estar ancorados em redes familiares e comunitárias que não se esgotam no contacto com a unidade de cuidados de saúde.

Um ponto organizador decisivo na literatura sobre os macua é a referência a formas de parentesco matrilineares, nas quais a descendência e a pertença se estruturam em torno da linhagem materna, ainda que a autoridade política formal possa ser exercida por chefes masculinos, cuja legitimidade está articulada com essa mesma linhagem (Costa, 2022). Este aspeto é aqui abordado de forma estritamente analítica, na medida em que ajuda a explicar a centralidade das mulheres, das redes femininas e das mediadoras do cuidado nos momentos reprodutivos, bem como a densidade social do nascimento enquanto processo de incorporação do recém-nascido na linhagem e na comunidade. Em paralelo, a literatura realça que as dimensões rituais e espirituais (incluindo cerimónias de iniciação e mediações com os antepassados) integram a construção da identidade pessoal e a regulação moral da vida social, influenciando as expectativas de proteção, resguardo e legitimidade do cuidado (Medeiros, 2007; Costa, 2022).

No domínio dos cuidados e da cura, trabalhos de referência mostram a persistência e a relevância dos especialistas locais, frequentemente designados por *tinyanga*, que combinam terapias, mediação espiritual e gestão social da adversidade e da doença, num contexto em que a saúde é entendida como equilíbrio físico, social e espiritual (Granjo, 2009; Granjo, 2010). A presença colonial e missionária difundiu práticas biomédicas e modelos cristãos, contudo, a literatura também documenta processos de coexistência e reinterpretação, ou seja, a incorporação seletiva de elementos externos sem o abandono total dos repertórios locais (Pedro, 2021). No período pós-independência, o Estado procurou expandir o sistema de saúde e promover o parto institucional. No entanto, as limitações infraestruturais, a desigualdade territorial e a confiança variável nas instituições contribuíram para a continuidade de itinerários de cuidados plurais e para uma relação ambígua (por vezes cooperativa, por vezes tensionada) entre a biomedicina e os sistemas locais (Granjo, 2009).

Este subcapítulo será utilizado como contexto explicativo em três pontos: os efeitos da guerra e da desigualdade territorial na acessibilidade efetiva aos serviços e na previsibilidade dos cuidados de saúde; a organização social dos cuidados de saúde no norte, com atenção à matrilinearidade e às redes femininas enquanto estrutura de pertença, mediação e autoridade no parto; e a coexistência de circuitos biomédicos e locais, incluindo o papel dos *tinyanga* e dos mediadores comunitários na gestão do risco, proteção e legitimidade dos cuidados de saúde. É a partir destas três dimensões - e não de uma teoria geral sobre a

colonialidade - que o Capítulo 4 analisará como se definem, entre os Macua, o “cuidado adequado” e o “parto seguro”, quem decide e como se negociam, na prática, as interfaces com a unidade de cuidados de saúde.

Assim, no Capítulo 4, a comparação entre Kpelle e Macua incidirá sobre a forma como estas trajetórias históricas e configurações sociais moldam, no quotidiano do parto, a distribuição de autoridade, a definição de risco e as negociações entre os cuidados comunitários e os serviços biomédicos.

CAPÍTULO 2

Problemática e objetivos da investigação

A presente investigação parte do entendimento de que o nascimento é um processo simultaneamente biológico, social e político, no qual se definem legitimidades de cuidado, se distribuem autoridades e se confrontam diferentes regimes de saber. Em conformidade com o enquadramento teórico apresentado no Capítulo 1, é adotada uma postura crítica em relação às hierarquias epistémicas na produção de conhecimento sobre África (Hountondji, 2008), analisando-se as práticas de nascimento como fenómenos historicamente situados e moldados institucionalmente. A problemática centra-se na tensão entre, por um lado, as políticas de saúde materno-infantil e os dispositivos biomédicos que promovem o parto institucional e, por outro, os repertórios locais de cuidados organizados por redes comunitárias, mediadoras femininas e especialistas rituais.

O estudo adota um desenho comparativo, orientado pelo princípio "problema comum, contextos distintos", e examina as práticas culturais de nascimento entre os Kpelle (Libéria) e Macua (norte de Moçambique). A análise incide nas diferenças históricas e institucionais, nomeadamente trajetórias políticas e coloniais não equivalentes, bem como configurações locais de mediação dos cuidados de saúde e organização das redes femininas. Para garantir a comparabilidade empírica, é utilizada uma grelha comum que abrange os regimes de legitimidade, a autoridade feminina, os rituais de produção da pessoa e as interfaces com a biomedicina.

A questão central que orienta a investigação é a seguinte: "Quais são as semelhanças e diferenças nas práticas culturais de nascimento entre Kpelle (Libéria) e Macua (norte de Moçambique) e como estas refletem relações históricas, institucionais e epistémicas específicas?"

O objetivo geral é compreender, de forma comparativa, a organização, a legitimidade e a transformação das práticas culturais de nascimento entre os Kpelle e os Macua, bem como a sua articulação com políticas públicas e serviços biomédicos entre 2000 e 2023.

Os objetivos específicos consistem em: identificar os repertórios rituais e normativos associados ao nascimento e à proteção do recém-nascido; caracterizar o papel das parteiras tradicionais e de outras mediadoras locais na prestação e mediação dos cuidados; analisar os efeitos das políticas de saúde materno-infantil no acesso, encaminhamentos e formas de controlo do parto; examinar os contextos de articulação, tensão e hibridização entre práticas comunitárias e protocolos biomédicos; e relacionar as convergências e divergências observadas com as trajetórias históricas e institucionais de cada contexto.

CAPÍTULO 3

Metodologia

A investigação adotou uma estratégia metodológica mista e comparativa, adequada à análise de um objeto simultaneamente cultural, institucional e histórico: as práticas de nascimento e a sua relação com as políticas públicas e os serviços biomédicos.

O estudo é organizado a partir de dois estudos de caso relativos aos grupos étnicos Kpelle, na Libéria, e Macua, em Moçambique, que permitem analisar realidades socioculturais distintas, historicamente situadas e marcadas por trajetórias coloniais diferenciadas. Esta opção permite a articulação entre escalas macroestruturais, como políticas públicas de saúde e agendas globais, e práticas socioculturais locais associadas ao nascimento. A análise incide sobre inferências analíticas e não sobre generalizações estatísticas, com comparações sustentadas por uma grelha comum.

A seleção da Libéria e de Moçambique assenta no seu potencial comparativo: ambos enfrentam desafios persistentes na saúde materno-infantil, tendo sido alvo, no período recente, de reformas e programas no setor. Simultaneamente, apresentam trajetórias coloniais e de formação do Estado distintas, com efeitos na organização da saúde e na governação do parto. A escolha dos grupos Kpelle e Macua obedece a três critérios: relevância demográfica e presença em regiões onde coexistem o parto comunitário e o parto institucional; pertinência para analisar as redes femininas, as parteiras tradicionais, a mediação dos cuidados de saúde e os repertórios rituais; e, existência de um corpus académico suficiente para uma análise documental comparativa.

O período temporal da investigação abrange o intervalo entre 2000 e 2023, um intervalo que se revela pertinente do ponto de vista metodológico para os dois contextos. No que se refere à Libéria, o período em questão abrange o final da guerra civil e o processo de reconstrução após 2003, marcado por reformas institucionais e pela expansão das políticas de saúde materno-infantil (Dadzie & Kanagasabai, 2022; Ministry of Health of Liberia, 2024). Em Moçambique, o período em questão abrange uma fase de consolidação do Estado e de aprofundamento das políticas públicas de saúde, associada à crescente integração em agendas globais de desenvolvimento (Granjo, 2009; Conselho de Ministros, 2021). Este período comum permite a comparabilidade ao colocar os dois países em momentos de reconfiguração institucional influenciados por agendas internacionais de reforma das políticas de saúde, sendo um período em que se intensifica o discurso do "parto seguro" e se reconfiguram os itinerários dos cuidados de saúde.

A recolha de dados é exclusivamente documental, integrando fontes estatísticas, com indicadores de saúde, planos e relatórios institucionais, e literatura académica, estudos etnográficos e históricos, sobre o pluralismo terapêutico e a institucionalização dos cuidados de saúde. A seleção do corpus segue critérios de relevância analítica, adequação temporal, credibilidade editorial, excluindo materiais opinativos, textos sem base empírica ou estatísticas sem metadados. Na componente quantitativa, apenas

são consideradas séries temporais com continuidade longitudinal, definição estável e fonte claramente identificável, evitando-se valores isolados e definições incompatíveis.

O conjunto de fontes documentais mobilizadas como material empírico da investigação encontra-se sistematizado no quadro que se segue, onde são distinguidos os tipos de fontes, os âmbitos geográficos e as respetivas funções analíticas:

Quadro 3.1: Fontes documentais mobilizadas como material empírico (2000–2023)[2]

Tipo de fonte	Instituição / Autor	Documentos / Dados específicos	Âmbito geográfico	Função analítica na dissertação
Estatísticas internacionais	UNICEF	UNICEF Data Explorer (mortalidade materna, neonatal e infantil; partos institucionais; assistência qualificada ao parto)	Libéria; Moçambique	Enquadramento quantitativo das tendências de saúde materno-infantil e leitura interpretativa
	World Bank	World Development Indicators (fecundidade, natalidade, mortalidade materna e infantil)	Libéria; Moçambique	Tendências demográficas e de saúde; comparabilidade temporal e contextualização estrutural
	WHO / UNFPA	Trends in Maternal Mortality 2000–2023	Libéria; Moçambique	Validação comparativa das tendências e leitura crítica dos resultados em políticas globais
Documentos de política pública	Ministry of Health of Liberia	National RMNCAH+N Policy 2024–2031	Libéria	Análise dos regimes institucionais de legitimidade do cuidado
	Governo de Moçambique	Política Nacional de Saúde (Resolução n.º 13/2021)	Moçambique	Enquadramento normativo do parto institucional
Relatórios institucionais e estudos de implementação de políticas[3]	WHO	Comunicados e perfis de país	Libéria; Moçambique	Contextualização e organização do sistema de saúde e das reformas; enquadramento operacional das práticas institucionais
	UNICEF	Relatórios humanitários e de saúde materno-infantil	Libéria; Moçambique	Leitura crítica de cobertura/fragilidades estruturais vs. qualidade dos cuidados/acesso desigual aos cuidados

[2] O presente quadro sistematiza as fontes documentais mobilizadas como material empírico da investigação, incluindo estatísticas, documentos institucionais, relatórios e literatura etnográfica utilizada como evidência secundária. Estão incluídos conceitos teóricos apenas quando operacionalizados na análise empírica comparativa. As referências usadas exclusivamente como enquadramento teórico geral constam apenas da bibliografia final.

[3] No caso moçambicano, o corpus empírico de implementação é constituído maioritariamente por documentos estatais e relatórios de organismos multilaterais, refletindo uma governação mais institucionalizada do setor da saúde, em contraste com a Libéria, onde predominam estudos de implementação programática gerados no contexto da reconstrução pós-conflito.

	Dadzie & Kanagasabai (2022)	Análise de política de saúde	Libéria	Governação dos cuidados primários
	Dahn et al. (2025)	*Task-shifting* e formação	Libéria	Organização prática dos cuidados
	Lori et al. (2013)	Parteiras e maternidades	Libéria rural	Mediação comunitária
	Last Mile Health (2025)	Programas comunitários	Libéria	Redes locais de cuidado
	UNFPA (2025)	Tendências da mortalidade materna	Moçambique	Resultados das políticas de saúde materna
	Conselho de Ministros de Moçambique (2021)	Política Nacional de Saúde e Estratégia da sua Implementação	Moçambique	Governação do setor da saúde; normatividade do parto institucional
Literatura antropológica e etnográfica (fontes analíticas)	Lori (2009); Olukoju (2006); Käihkö (2019)	Práticas de nascimento, parteiras e sociedades Sande/Poro	Kpelle – Libéria	Regimes locais de legitimidade; reconstrução das práticas culturais e autoridade feminina
	Granjo (2009; 2010); Assunção (2018); Costa (2022); Silva (2023)	Rituais, *mwikho*, matrilinhagem, *tinyanga*	Macua – Moçambique	Análise dos rituais, redes femininas e produção da pessoa
História e contexto político-social	Akpan (1973); Starr (1913)	Formação do Estado liberiano	Libéria	Interpretação histórica da governação do cuidado
	Hedges et al. (1993); Barrios Diaz (2023);Meneses (2016; 2018); Morais (2014)	Colonialismo português, saúde e saberes locais	Moçambique	Pluralismo terapêutico; relação entre colonialismo e institucionalização da saúde
Teoria e enquadramento analítico (mobilizados empiricamente)	Hunt (1999); Jordan (1978) via Letsch (2021); Santos & Meneses (2009)	*Authoritative knowledge*, léxico colonial, epistemologias; Medicalização do nascimento; pluralismo	Comparativo	Leitura transversal das interfaces entre biomedicina e saberes locais

A explicitação do corpus documental assegura a transparência metodológica, clarifica os critérios de seleção das fontes e permite controlar a comparabilidade entre os casos da Libéria e de Moçambique, constituindo a base empírica da análise desenvolvida no capítulo seguinte.

A comparação baseia-se numa grelha comum composta por quatro dimensões:

- Regimes de legitimidade do cuidado (incluindo definições de risco, segurança e intervenção adequada, atores com autoridade decisória e critérios de encaminhamento e controlo);

- Redes de autoridade feminina (incluindo o papel das parteiras tradicionais, a mediação comunitária e as dinâmicas de reconhecimento e confiança);

- Rituais e produção da pessoa (incluindo nomeação, resguardo, purificação e proteção como mecanismos de integração e continuidade moral);

- Interfaces com a biomedicina (incluindo tensões, acomodações, hibridizações e arenas de negociação entre repertórios locais e protocolos institucionais).

Sempre que disponíveis para o período de 2000 a 2023, são analisadas tendências de natalidade, fecundidade, mortalidade neonatal, infantil e materna, bem como partos institucionais e assistência

qualificada. Estes indicadores têm uma função contextual e devem ser interpretados com cautela, tendo em conta limitações como a subnotificação, estimativas modeladas, mudanças de método e cobertura desigual.

A componente qualitativa consiste numa análise de conteúdo temática orientada pelos quatro eixos comparativos. Esta análise incide sobre o corpus documental mobilizado no estudo, nomeadamente documentos de política pública e planos nacionais de saúde, relatórios institucionais e de implementação produzidos por organismos internacionais e entidades nacionais, bem como literatura antropológica e etnográfica relativa às práticas de nascimento entre os Kpelle (Libéria) e os Macua (norte de Moçambique). O procedimento envolve a síntese de cada caso, a construção de unidades comparáveis (atores, arenas e mecanismos) e a comparação cruzada, de modo a identificar convergências, divergências e explicações ancoradas no contexto histórico-institucional. A integração das componentes qualitativa e quantitativa segue um modelo convergente: os indicadores contextualizam as condições estruturais e os dados qualitativos explicam os mecanismos associados às práticas de cuidados de saúde, às redes femininas, aos repertórios rituais e às interfaces com a biomedicina. A triangulação entre estatísticas, documentos institucionais e literatura etnográfica reforça a solidez das interpretações.

As limitações do estudo são substanciais e delimitam o alcance das conclusões. A ausência de trabalho de campo direto (sem entrevistas nem observação) implica uma dependência exclusiva das fontes documentais, o que pode limitar a captação de dinâmicas recentes e acentuar assimetrias entre os casos analisados. A densidade e a natureza das fontes podem não ser simétricas entre os casos, o que gera o risco de um detalhe desigual, mitigado pela aplicação da mesma grelha comparativa. A comparabilidade estatística é limitada pela subnotificação, estimativas e definições variáveis, o que justifica a utilização contextual dos indicadores. Reconhece-se também que os relatórios institucionais e parte da literatura podem refletir um viés (por exemplo, uma ênfase no parto institucional), o que leva a uma ilustração de práticas menos visíveis, exigindo uma leitura crítica. Categorias como “risco”, “segurança” e “cuidado adequado” podem ter traduções locais específicas, pelo que são utilizadas como lentes analíticas e não como rótulos universais. A abordagem é ética e reflexiva, distinguindo os diferentes tipos de evidência, explicando os respetivos limites e evitando exotizações, de modo a assegurar a transparência dos critérios de seleção e de análise.

Em suma, a estratégia metodológica adotada fornece a base analítica necessária para compreender, de forma comparativa, as práticas de nascimento entre Kpelle e Macua, assegurando o rigor através da triangulação e da leitura crítica das fontes. Com este enquadramento estabelecido, o capítulo seguinte apresenta a análise dos resultados, discutindo os padrões e mecanismos identificados nos quatro eixos comparativos.

CAPÍTULO 4

Análise e discussão de resultados

Este capítulo constitui o núcleo analítico da dissertação. O seu objetivo não é apenas descrever práticas, mas sim explicar como e por quem o nascimento é definido, regulado e legitimado em dois contextos distintos - Kpelle, na Libéria, e Macua, no norte de Moçambique - e o que essa comparação revela sobre a autoridade, o cuidado e a transformação institucional no período entre 2000 e 2023. A análise parte do princípio, desenvolvido nos capítulos anteriores, de que o nascimento funciona como uma arena onde se confrontam regimes de legitimidade do cuidado, redes sociais e políticas de saúde, produzindo tensões, acomodações e formas híbridas que não podem ser reduzidas a uma oposição entre "tradição" e "biomedicina".

Em termos analíticos, o capítulo aborda quatro dimensões: os regimes de legitimidade do cuidado (definições de risco, segurança e intervenção adequada); as redes e a autoridade feminina (as parteiras, as redes de mulheres e a mediação do cuidado); os rituais e a produção da pessoa (a incorporação social, a proteção e a pertença); e as interfaces com a biomedicina (as tensões, as acomodações e as hibridizações). Em cada uma, a análise privilegia relações causais de tipo qualitativo, ou seja, mecanismos de decisão e negociação, articulando evidência documental, literatura etnográfica e enquadramento institucional.

A comparação é conduzida de forma controlada e simétrica: em vez de organizar o capítulo por país (o que tende a resultar em dois relatos paralelos e pouco comparáveis), a discussão é estruturada em torno dos eixos analíticos comuns aos dois casos. Este procedimento permite identificar, para cada eixo: convergências, ou seja, padrões partilhados na institucionalização do parto e na classificação do risco; divergências, ou seja, formas específicas de autoridade e mediação; e mecanismos explicativos que ligam essas diferenças a trajetórias históricas e arranjos sociais concretos. Deste modo, cada secção responde à mesma questão: o que muda (e o que permanece) quando os protocolos institucionais e os repertórios locais se encontram e que efeitos tem essa interação sobre as decisões e a legitimidade no parto?

Esta estrutura reforça o argumento central do capítulo, segundo o qual as práticas de nascimento não são "resíduos culturais", mas sim formas socialmente eficazes de organizar a proteção, a pertença e a autoridade, que estão em contínua reconfiguração devido a políticas públicas, ao acesso real aos serviços e às disputas de legitimidade.

4.1. Regimes de legitimidade do cuidado

As políticas de saúde materno-infantil na Libéria e em Moçambique não se limitam a organizar serviços; também produzem regimes de legitimidade do cuidado, ou seja, sistemas que definem quem está autorizado a intervir no parto, que práticas são consideradas seguras e que riscos devem ser prevenidos. Estes regimes resultam da convergência entre a normatividade biomédica, as agendas globais, as

capacidades institucionais e os repertórios locais de proteção e funcionam como mecanismos de regulação do nascimento.

Um primeiro elemento destes regimes é a definição institucional do risco. Em ambos os países, as políticas públicas definem o risco obstétrico sobretudo como risco clínico, associado a complicações fisiológicas e à ausência de assistência qualificada (Dadzie e Kanagasabai, 2022; World Health Organization [WHO], 2024; United Nations Population Fund [UNFPA], 2025). A segurança é, portanto, equacionada em termos de parto institucional, protocolos e presença de profissionais acreditados, que se tornam os critérios oficiais de intervenção "adequada". A biomedicina torna-se, assim, o "conhecimento autoritativo", ou seja, a forma de saber que define o que conta como cuidado legítimo e o que deve ser corrigido, substituído ou tolerado.

No entanto, esta definição não elimina as formas locais de conceber o risco e a segurança. Entre os Kpelle, na Libéria, o conceito de risco abrange dimensões morais, sociais e espirituais, como a feitiçaria, os conflitos ou a inveja, que podem pôr em risco a capacidade reprodutiva (Lori, 2009; Olukoju, 2006). Entre os Macua, no norte de Moçambique, o risco é igualmente concebido como instabilidade cosmológica e moral, sendo regulado pelos *mwikho* (tabus) e pelas obrigações da linhagem materna (Comboni Missionaries, 2016; Costa, 2022). Em ambos os casos, o nascimento exige proteção ritual e social, e não apenas vigilância clínica. Assim, o risco é plural: é clínico nas políticas, mas mais amplo nos contextos comunitários.

A consequência é a criação de regimes concorrentes de legitimidade. Enquanto as políticas públicas definem a segurança com base nas infraestruturas e competências formais, os repertórios locais definem-na como equilíbrio moral, espiritual e relacional. Isto cria processos de negociação e hibridização: muitas mulheres recorrem ao pré-natal e ao parto institucional, mas combinam esses cuidados com rituais, proteções, mediações espirituais ou autoridade feminina local (Lori, 2009; Granjo, 2009; Santos & Meneses, 2009). A intervenção "adequada" não corresponde apenas ao protocolo biomédico, mas sim ao conjunto de ações que satisfaçam simultaneamente critérios clínicos e critérios comunitários de segurança.

Na Libéria, este regime de legitimidade é moldado por um contexto de reconstrução institucional, marcado pela escassez de profissionais de saúde e pela dependência de programas internacionais. Estratégias como a *task-shifting*[4] não só aumentam a capacidade clínica (Dahn et al., 2025), como também reforçam o estatuto da biomedicina enquanto referência superior. As parteiras tradicionais são sobretudo integradas para a vigilância e o encaminhamento (Ministry of Health of Liberia, 2024), o que confirma a lógica do "léxico colonial" descrito por Hunt (1999): a política reconhece a utilidade das mediadoras locais, mas subalterniza os seus saberes. Na prática, no entanto, a segurança continua a

[4] Definição da Organização Mundial da Saúde: "Task shifting involves the rational redistribution of tasks among health workforce teams. Specific tasks are moved, where appropriate, from highly qualified health workers to health workers with shorter training and fewer qualifications in order to make more eficient use of the available human resources for health."

depender destas redes, dado que as infraestruturas e os circuitos de referência permanecem frágeis (Bartle, 2025; WHO, 2024).

As políticas de saúde materno-infantil na Libéria consolidaram a biomedicina como modelo normativo dominante, articulando-se com as agendas globais de saúde e com a reconstrução institucional pós-guerra. A prioridade atribuída ao parto institucional, à assistência qualificada e à expansão dos cuidados de saúde primários reflete a definição oficial de risco e segurança, baseada no conhecimento biomédico, como *authoritative knowledge* (Jordan, 1978, como citada em Letsch, 2021). A institucionalização do parto redefiniu o que é considerado um cuidado legítimo, criando um regime de autoridade em que os conhecimentos tradicionais são apresentados como complementares ou residuais (Hunt, 1999).

No entanto, entre os Kpelle, o conceito de risco é mais abrangente, incluindo forças espirituais, tensões sociais e vulnerabilidades morais (Lori, 2009; Olukoju, 2006). O silêncio sobre a gravidez funciona como uma tecnologia social de proteção[5] e os tabus alimentares e comportamentais regulam o corpo de forma integrada com as normas morais e as relações sociais:

> If I had a pregnant woman living with me in the house I would advise them not to eat certain animals like monkey. Monkey can make yelling [cause the infant to yell] and certain animals, if you eat tricky deer, the baby will be jerking [convulsing]. (Lori, 2009, p. 114).

As dificuldades no parto podem ser interpretadas como desequilíbrios espirituais, diagnosticados e corrigidos por líderes rituais, uma vez que nas sociedades Poro e Sande a autoridade "is ultimately located in the spiritual world" e assenta na responsabilidade de "protecting community interests and guaranteeing order" (Käihkö, 2019, p. 8).

Apesar da expansão dos serviços formais e do aumento dos partos institucionalizados desde 2010[6], a mortalidade materna e neonatal continua elevada[7], o que revela limitações ao nível da qualidade dos cuidados, das infraestruturas e dos mecanismos de encaminhamento (Ministry of Health of Liberia, 2024; WHO, 2024). Assim, os regimes de legitimidade dos cuidados de saúde coexistem em tensão: a biomedicina afirma-se institucionalmente, enquanto os regimes locais definem o risco e a segurança através de uma visão holística do corpo, da moralidade e da espiritualidade.

Em Moçambique, as políticas de saúde materno-infantil enquadram-se num projeto estatal, pós-independência, que concebe a saúde como um pilar da cidadania social, da modernização e da igualdade, ainda que condicionado pela herança colonial portuguesa, pela guerra civil (1977-1992) e pela integração do país em agendas globais de desenvolvimento e de saúde pública (UNFPA, 2025; WHO,

---

[5] "Belief in witchcraft or magical powers underlies the Secrecy Surrounding Pregnancy and Childbirth for women… "So because of fear I try to go away and find some place to stay until I deliver so they (her husband and/or his other wives) don't bewitch me."" (Lori, 2009, p. 99)

[6] Anexo G: Partos realizados em uma unidade de saúde e partos assistidos por profissionais de saúde qualificados (%), Libéria e Moçambique, 2000-2023

[7] Anexo D: Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023 e Anexo F: Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023

2025). Após o conflito, estas políticas passaram a ser moldadas por necessidades internas, nomeadamente a redução da mortalidade materna e infantil, e por orientações externas, com forte influência de organismos multilaterais responsáveis pelo financiamento, definição de prioridades e monitorização.

Assim, a definição institucional de risco e segurança ocorre num contexto de relativa estabilidade estatal, mas com uma forte dependência de financiamento externo. A mediação comunitária está mais formalizada, contando com agentes comunitários responsáveis pela educação sanitária, acompanhamento e encaminhamento (Conselho de Ministros, 2021; UNICEF, 2020). No entanto, entre os macuas, a legitimidade dos cuidados de saúde permanece profundamente enraizada na matrilinhagem e nos mecanismos rituais que regulam a proteção da mãe e do bebé (Costa, 2022; Comboni Missionaries, 2016). Assim, mesmo com unidades de saúde acessíveis, a avaliação de risco e a decisão sobre o que fazer continuam a depender das autoridades femininas da linhagem, das parteiras e, quando necessário, dos *tinyanga* (Granjo, 2009; 2010). A política pública define o parto institucional como uma intervenção adequada, mas, a nível local, a sua adequação depende da garantia simultânea de segurança clínica e cosmológica.

No entanto, a expansão da biomedicina ocorre num contexto de pluralismo terapêutico historicamente enraizado, no qual as etiologias sociais, morais e espirituais estruturam a compreensão da gravidez, do parto e da doença (Morais, 2014; Granjo, 2009, 2010).

Entre os Macua, o nascimento inscreve-se num regime normativo que articula o corpo, a moralidade, o parentesco e a espiritualidade. A gravidez e o parto são momentos críticos regulados pelo *mwikho*, um conjunto de tabus que define condutas apropriadas, comportamentos permitidos e formas de gerir a vulnerabilidade (Comboni Missionaries, 2016). Embora a literatura não apresente uma teoria sistemática de "vulnerabilidade espiritual", os estudos sobre o norte de Moçambique convergem na ideia de que os momentos liminares - a menstruação, a gravidez, a iniciação e o parto - exigem proteção, sigilo e vigilância ritual (Assunção, 2018; Silva, 2023).

O "risco" é, assim, entendido de forma ampla, não apenas como risco clínico, mas também como risco moral, social e cosmológico, relacionado com conflitos, feitiçaria e desarmonia com os antepassados (Granjo, 2009; Granjo, 2010). O parto é um ponto de equilíbrio entre o corpo e a linhagem; quando este equilíbrio é ameaçado, recorrem-se a curandeiros tradicionais (*tinyanga*), que interpretam os desequilíbrios e realizam rituais de reconciliação (Granjo, 2009).

O nascimento é, simultaneamente, um acontecimento fisiológico e uma atualização da ordem social e cosmológica da matrilinhagem (*nihimo*), integrando vivos e antepassados (Comboni Missionaries, 2016; Costa, 2022). Assim, o que constitui "cuidado adequado" é definido localmente através de um sistema de legitimidade ritual e moral - um verdadeiro regime de "saber autoritativo", no sentido de Jordan (1978, como citada em Letsch, 2021).

A comparação entre os Kpelle e os Macua mostra que os regimes de legitimidade do cuidado operam em campos epistemológicos plurais, nos quais o risco, a segurança e a intervenção adequada

são definidos em camadas clínicas, morais e cosmológicas (Gottlieb, 1995; Hunt, 1999). Em ambos os contextos, a gravidez e o parto são momentos liminares que exigem vigilância, proteção e controlo social ritualizados, mas os mecanismos que sustentam essa legitimidade diferem consoante as formas locais de organização social.

Entre os Kpelle, o risco é interpretado através de uma ontologia relacional, segundo a qual forças espirituais, conflitos sociais e feitiçaria podem afetar o sistema reprodutor (Lori, 2009; Olukoju, 2006). A cultura do segredo, os tabus alimentares e comportamentais e a mediação das sociedades Sande e Poro estabelecem um regime de proteção que vai para além do diagnóstico biomédico. A legitimidade dos cuidados de saúde decorre da capacidade de interpretar os desequilíbrios espirituais e sociais; a intervenção adequada é aquela que restaura a harmonia cosmológica.

Entre os Macua, o regime normativo assenta no *mwikho*, ou seja, em tabus que regulam condutas, comportamentos e interações durante a gravidez e o parto (Comboni Missionaries, 2016). Tal como entre os Kpelle, o risco é concebido como uma articulação entre o corpo, a moralidade e a espiritualidade, estando diretamente ligado à matrilinhagem (*nihimo*), que define quem pertence, quem protege e quem decide (Costa, 2022; Assunção, 2018; Silva, 2023). A vulnerabilidade reprodutiva exige contenção, segredo e mediação ritual por parte de mulheres mais velhas e de curandeiros locais (*tinyanga*), que interpretam as complicações como manifestações de conflito ou de desequilíbrio com os antepassados (Granjo, 2009, 2010).

A persistência de uma elevada mortalidade materna e neonatal[8], apesar do aumento dos partos institucionais em ambos os países, revela uma tensão fundamental no regime de legitimidade biomédica: a política produz normas e cobertura, mas encontra limites na qualidade e continuidade dos cuidados. Isto explica por que razão as mulheres mantêm itinerários híbridos: quando o sistema não resolve todas as dimensões do risco percebido, as comunidades recorrem a mediações femininas, rituais e espirituais para colmatar as lacunas.

Por conseguinte, a legitimidade dos cuidados de saúde não resulta apenas da presença do Estado, mas também da sua capacidade de articular regimes concorrentes de verdade que estruturam a experiência reprodutiva. O nascimento é regulado por regimes concorrentes de verdade, nos quais a biomedicina disputa, mas não substitui, as epistemologias locais.

Assim, os regimes de legitimidade do cuidado nascem da interação entre três esferas: a normatividade biomédica, que define o risco clínico e padroniza a intervenção; as epistemologias locais, que definem o risco moral, social e cosmológico; e as capacidades institucionais efetivas, que condicionam a credibilidade social da política.

Em ambos os contextos, o parto institucional torna-se a norma oficial, mas não monopoliza a legitimidade. Pelo contrário, ativa processos de negociação, reforça hibridizações e reorganiza - sem

[8] Anexo D:Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023 e Anexo F: Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023

apagar - os regimes locais de autoridade. É neste entrecruzamento de protocolos, mediações e condições materiais que, na prática, se definem as formas "adequadas" de cuidados de saúde e que emergem as diferenças entre Kpelle e Macua.

4.2. Redes de autoridade feminina

A autoridade feminina é central nos contextos analisados, embora esteja organizada segundo lógicas distintas. Nas políticas de saúde materno-infantil da Libéria e de Moçambique, essa autoridade manifesta-se nas parteiras tradicionais, nas redes de mulheres mais velhas e nas mediadoras rituais, que constituem estruturas epistémicas e políticas historicamente enraizadas. Estas redes regulam o nascimento, integrando dimensões práticas, morais e cosmológicas, o que explica a persistência da sua relevância, apesar de décadas de políticas de institucionalização do parto.

A emergência do parto institucional como norma de segurança redefine parcialmente estas formas de autoridade, mas não as elimina. Pelo contrário, obriga a uma renegociação constante entre as autoridades femininas locais, os critérios biomédicos e o desenho dos programas públicos. É precisamente nesta interseção entre redes femininas socialmente legitimadas e sistemas biomédicos institucionalmente autorizados que se produz a efetiva mediação do cuidado.

Na Libéria, a história de destruição institucional, guerras civis e crises sanitárias - culminando na epidemia de Ébola - reforçou a importância das redes femininas locais. Em vastas áreas rurais onde a presença do Estado foi intermitente ou inexistente, foram as parteiras tradicionais que garantiram a continuidade dos cuidados de saúde reprodutiva (Dadzie & Kanagasabai, 2022; Last Mile Health, 2025). A sua autoridade deriva da experiência acumulada, do reconhecimento comunitário, da iniciação ritual e da ligação às sociedades Sande, que estruturam a moralidade e a educação das mulheres (Käihkö, 2019; Lori, 2009). Estas parteiras possuem aquilo a que Jordan (1978, como citado em Letsch, 2021) se refere como *authoritative knowledge* num regime epistémico local: são elas que identificam sinais precoces, orientam comportamentos, interpretam riscos sociais e espirituais, conduzem o parto e mobilizam líderes tradicionais femininas da sociedade Sande - anciãs (*Zoes*) - quando necessário (Lori, 2009; Ellis & ter Haar, 1998). A rede feminina de apoio, composta por mães, tias, irmãs e vizinhas, transforma o nascimento num evento coletivo e intergeracional, em que o cuidado está inseparavelmente ligado à proteção moral e cosmológica.

A intervenção do Estado no domínio reprodutivo, através da institucionalização do parto e da expansão dos cuidados de saúde primários, não eliminou esta autoridade, mas alterou o seu estatuto. No período pós-guerra na Libéria, o Estado integrou sobretudo as parteiras tradicionais para funções auxiliares de vigilância, como mediadoras comunitárias, responsáveis por identificar sinais de risco e encaminhar para o sistema formal, num papel funcional que reforça as hierarquias epistémicas e não reconhece a autonomia dos seus saberes (Ministry of Health of Liberia, 2024), reproduzindo o "léxico colonial" descrito por Hunt (1999). Esta redefinição desvaloriza epistemicamente as redes femininas, apesar de depender delas para garantir uma cobertura efetiva em áreas onde o sistema formal é frágil.

Ao mesmo tempo, programas como o *task-shifting* (iniciados em 2012) ampliam as competências clínicas das parteiras treinadas e dos assistentes comunitários (Dahn et al., 2025), mas fazem-no integrando-as na lógica biomédica e não no seu regime tradicional de autoridade. Como resultado, estabelece-se uma coexistência assimétrica: a biomedicina afirma-se como norma, mas a sobrevivência obstétrica continua a depender das mediações femininas locais. Nas zonas rurais, as parteiras tradicionais continuam a ser essenciais no acompanhamento da gravidez, trabalhando em articulação com clínicas e programas comunitários (Bartle, 2025). Deste modo, as redes e as autoridades femininas permanecem indispensáveis na organização prática do nascimento, ainda que estejam constantemente a ser reconfiguradas pelas políticas estatais e pelas hierarquias produzidas pela biomedicina.

Entre os Kpelle, a gravidez e o parto são acompanhados por uma rede densa de mulheres (mães, tias, irmãs e vizinhas), que conferem ao nascimento um carácter coletivo (Lori, 2009). As parteiras tradicionais desempenham um papel central, combinando técnicas empíricas, práticas de proteção ritual e invocações espirituais e assumindo uma autoridade moral e cosmológica baseada na iniciação, na experiência e no reconhecimento comunitário (Lori, 2009). Os cuidados são organizados segundo um regime local de "saber autoritativo", no qual estas redes femininas definem procedimentos, legitimam diagnósticos e regulam decisões. Entre os Kpelle, a autoridade reprodutiva está altamente institucionalizada através das sociedades Sande, que estruturam a educação moral, ritual e política das mulheres (Lori, 2009; Käihkö, 2019). As parteiras tradicionais ocupam um lugar central, na medida em que são detentoras de um conhecimento técnico e espiritual, legitimado por uma iniciação e por laços ancestrais. A autoridade concentra-se na parteira enquanto figura ritual e mediadora da harmonia espiritual.

Entre os Macua, a autoridade reprodutiva está profundamente enraizada na matrilinhagem (*nihimo*), que estrutura a pertença, a proteção e a moralidade, conferindo às mulheres mais velhas um papel central na regulação do corpo, da gestação e da reprodução da linhagem (Comboni Missionaries, 2016; Costa, 2022). Estas mulheres, nomeadamente mães, tias e avós, são as detentoras da autoridade ritual e simbólica, que lhes é transmitida e reforçada nos ritos de iniciação femininos, onde ensinam comportamentos, moralidade e técnicas de cuidado (Pinto, 2017), definem as normas de conduta, orientam as decisões e regulam a exposição da grávida e da parturiente (Silva, 2023; Assunção, 2018). Neste caso, a autoridade não está concentrada numa figura iniciática, mas sim na linhagem materna enquanto estrutura social. Os ritos de iniciação moldam os comportamentos e as responsabilidades das mulheres, reforçando a legitimidade destas mediadoras (Pinto, 2017).

Durante a gravidez e o parto, estas redes femininas exercem vigilância, aconselhamento e controlo de acessos, garantindo que comportamentos, palavras e presenças não ponham em causa a proteção espiritual da mulher e do recém-nascido (Assunção, 2018; Silva, 2023). O parto ocorre num contexto de segredo e contenção, sendo conduzido por parteiras tradicionais e mulheres experientes, cuja autoridade não é apenas técnica, mas também moral, ritual e genealógica. Ao contrário do que acontece com os Kpelle, em que a autoridade está fortemente institucionalizada, nas sociedades Sande, os Macua

têm uma autoridade descentralizada, estruturada pela linhagem materna, o que cria uma rede de mediação mais difusa, mas igualmente eficaz. As parteiras tradicionais articulam-se com estas redes de forma orgânica: são reconhecidas pela sua experiência prática, proximidade social e capacidade de integrar as dimensões espiritual e corporal do parto, numa lógica em que "não basta tratar (…); é também necessário restabelecer o equilíbrio social, incluindo a harmonia com os antepassados" (Granjo, 2009, p. 573).

A estas mediadoras juntam-se frequentemente os *tinyanga*, especialistas espirituais que intervêm quando a gravidez ou o parto são interpretados como manifestações de feitiçaria, conflito social ou desequilíbrio ancestral, de forma a restaurar a harmonia (Granjo, 2010). A sua intervenção ilustra uma divisão de autoridade: as parteiras cuidam do corpo, as mulheres mais velhas cuidam da moralidade e da linhagem, e os *tinyanga* cuidam da relação com os antepassados, das relações sociais e espirituais (Granjo, 2009; 2010). Assim, a mediação feminina não opera de forma isolada, mas sim em interação com especialistas espirituais que reforçam a coerência cosmológica do sistema de cuidados. Esta articulação constitui um regime local de legitimidade do cuidado que não coincide com a hierarquia biomédica dominante, mas que define localmente quem pode intervir, que sinais são relevantes e que práticas são consideradas eficazes (Letsch, 2021).

A política pública moçambicana, que promove o parto institucional e a vigilância biomédica (Conselho de Ministros, 2021; UNICEF, 2020), não elimina estas redes femininas; pelo contrário, estabelece uma relação de negociação permanente com elas. Em muitas comunidades, a decisão de recorrer à biomedicina depende da avaliação das mulheres mais velhas, que ponderam os riscos clínicos, sociais e cosmológicos. O resultado é um pluralismo pragmático: as mulheres combinam consultas pré-natais, partos institucionais e cuidados tradicionais, configurando uma modernidade seletiva (Santos & Meneses, 2009; Granjo, 2009). Ao contrário do que acontece na Libéria, onde a mediação comunitária foi formalmente integrada através de programas específicos, em Moçambique esta articulação é mais informal e dependente da iniciativa das famílias, o que reforça o papel das redes femininas como mediadoras centrais entre o Estado e a cosmologia local.

Nos dois contextos, as políticas públicas tentam redefinir estas autoridades, embora com resultados distintos. Na Libéria, a política tende a relegar as parteiras para posições auxiliares, refletindo uma integração mais verticalizada (Lori et al., 2013). Em Moçambique, a articulação é mais informal e comunitária, reforçando o papel das redes maternas como mediadoras do diálogo entre a biomedicina e os sistemas locais (Granjo, 2009).

A autoridade feminina no momento do nascimento é um dos aspetos mais contrastantes entre Kpelle e Macua. Em ambos os casos, as redes de mulheres desempenham funções essenciais de mediação, cuidado e regulação da vulnerabilidade reprodutiva. No entanto, a sua forma de organização e os mecanismos que legitimam o seu poder são estruturalmente distintos.

A comparação entre os dois contextos evidencia três mecanismos principais. Em primeiro lugar, a forma de autoridade ritual e social distingue os dois contextos: entre os Kpelle, existe uma forte

institucionalização materializada na Sande e na autoridade concentrada nas parteiras iniciadas; entre os Macua, a autoridade está distribuída pela matrilinhagem e a legitimidade decorre sobretudo da posição genealógica e não apenas da técnica ritual. Em segundo lugar, a articulação com o Estado assume configurações diferentes: na Libéria, predomina uma integração formal acompanhada de uma subalternização programática, na qual as parteiras são tratadas como auxiliares funcionais; em Moçambique, a relação é sobretudo informal e pragmática, permitindo que as parteiras e os *tinyanga* mantenham uma autonomia relativa. Por fim, o tipo de mediação dos cuidados de saúde também difere: entre os Kpelle, a mediação é tanto ritual como técnica, concentrada na figura da parteira; entre os Macua, a mediação é simultaneamente genealógica e ritual, distribuída pelas mulheres da linhagem e complementada pelos *tinyanga*.[9]

Em ambos os países, as redes femininas continuam a ser pilares dos cuidados de saúde, não porque resistam à modernidade, mas porque estruturam dimensões de proteção - moral, relacional e cosmológica - que a biomedicina não incorpora. Ao promover o parto institucional, a política pública reorganiza estas redes, mas depende delas para funcionar. Deste modo, as parteiras e as mulheres mais velhas atuam simultaneamente como mediadoras, tradutoras e guardiãs da legitimidade, desempenhando um papel crucial na forma como o parto é experienciado, autorizado e interpretado no quotidiano. A autoridade feminina resiste à centralização biomédica, mediando práticas de cuidados de saúde híbridas. Assim, a autoridade feminina permanece central, mas segue lógicas distintas: institucionalizada e iniciática entre os Kpelle e distribuída e matrilinear entre os Macua.

4.3. Rituais e produção da pessoa

A análise dos contextos Kpelle (Libéria) e Macua (Moçambique) mostra que os rituais associados ao nascimento constituem mecanismos fundamentais de produção da pessoa, através dos quais a criança é reconhecida, protegida e integrada na ordem social, moral e cosmológica. Estes rituais moldam a relação entre o corpo, a ancestralidade e a comunidade, articulando práticas de proteção, mecanismos de inclusão e formas locais de governação da vulnerabilidade reprodutiva. Assim, a produção social da pessoa tem início antes do parto, intensifica-se durante o nascimento e prolonga-se no período pós-parto imediato, estruturando a pertença e conferindo estatuto ontológico à nova vida.

Ao contrário do modelo biomédico, que separa a fisiologia da dimensão simbólica, tanto entre os Kpelle como entre os Macua, o nascimento é entendido como um processo gradual de constituição da

[9] Neste contexto, a expressão "mediação técnica" não significa que os Macua não possuam conhecimentos práticos sobre gravidez, parto e cuidados materno-infantis. A diferença reside na forma de organização e legitimação desses saberes. Entre os Kpelle, as parteiras concentram simultaneamente autoridade ritual e competências reconhecidas por programas de saúde materna, incluindo formações associadas a processos de *task shifting*, o que lhes confere um estatuto de mediação técnico-profissional. Entre os Macua, os conhecimentos práticos tendem a estar mais distribuídos pelas mulheres da matrilinhagem e articulados com a intervenção dos *tinyanga*, sendo menos dependentes de uma especialista individual formalmente ligada ao sistema biomédico.

pessoa, no qual os rituais de resguardo, as mediações femininas e as ações de proteção espiritual têm um papel fundamental. Estas práticas não só revelam conceções locais de risco e segurança, como também definem quem pertence, quem protege e quem tem autoridade para legitimar a vida que surge.

A literatura etnográfica disponível sobre os Kpelle evidencia uma cosmologia em que o corpo humano possui dimensões simultaneamente materiais e espirituais, articuladas através das relações com ancestrais, espíritos e forças naturais. A criação de uma pessoa está ligada ao controlo da exposição e à restauração da ordem cosmológica durante a gravidez, o parto e o pós-parto. A cultura do segredo funciona como a primeira tecnologia de proteção: ao ocultar a gravidez, evitam-se ataques espirituais e limita-se a interferência social num período considerado moralmente frágil. Este silêncio não é apenas um tabu, mas também um dispositivo epistemológico que regula o acesso ao corpo da mulher e protege a integridade da vida em formação:

> When you be in pain you start crying and [if you] announce it early some people can come there. If they don't like you, they be against you and sign you in the form of witch you. They can tie the lappa (cloth covering used as a skirt in Liberia). If they tie the lappa you cannot deliver right away, you will be in pain for a long time and you will not deliver right away. Until they feel sorry they know you have suffered then they will go back and loosen the lappa and you will deliver. You cannot [tell many people when you are in labor]. (Lori, 2009, p. 100)

O silêncio estende-se mesmo ao momento do nascimento, sendo socialmente interdito anunciar a chegada do bebé antes da expulsão da placenta, entendida como um elemento cosmologicamente perigoso: "Once a baby is born, it is our tradition, we don't announce it until the placenta has come out" (Lori, 2009, p. 96).

Entre os Kpelle, o nascimento é concebido como um processo social total que abrange as dimensões corporal, espiritual e moral (Lori, 2009; Olukoju, 2006). A vulnerabilidade da gravidez é tratada com banhos de ervas, amuletos, unguentos, orações e intervenções de curandeiros tradicionais (*Zoes*) (Lori, 2009). Os líderes de Sande e Poro podem influenciar as normas, as prescrições e as interdições relativas à gravidez, mesmo sem intervir diretamente no parto enquanto intervenção técnica (Käihkö, 2019). Esta lógica de proteção intensifica-se no momento do nascimento, quando as parteiras tradicionais, a família e os mediadores espirituais articulam práticas técnicas e rituais que atuam como mecanismos de limpeza, fortalecimento e proteção contra forças invisíveis, enquadradas simbolicamente pelas sociedades iniciáticas, Sande e Poro, como mediação entre o social e o espiritual (Lori, 2009; Käihkö, 2019). O parto é, assim, um acontecimento que reorganiza relações e equilíbrios, sendo interpretado em diálogo com os antepassados e com as tensões sociais vigentes (Olukoju, 2006). Idealmente, o parto ocorre num espaço protegido da casa, reforçando a dimensão íntima e feminina da transição (Lori, 2009).

Nos primeiros dias após o parto, as práticas de resguardo garantem proteção espiritual ao recém-nascido e consolidam a sua transição. A atribuição do nome, que ocorre no final deste processo, não só individualiza a criança, como também a inscreve numa linhagem, na genealogia espiritual e na vida

social (Olukoju, 2006; Ellis e ter Haar, 1998). Nomear é um ato ontológico que transforma o bebé em pessoa, relacionando-o com histórias e antepassados, e assegurando a sua integração moral.

A fertilidade, vista como um dom espiritual, e a infertilidade, interpretada como uma desordem moral ou um ataque espiritual (Olukoju, 2006), mostram que o nascimento não é apenas um processo fisiológico, mas também uma expressão de alianças, equilíbrios morais e relações com os antepassados. Um parto bem-sucedido confirma a harmonia entre os vivos, os antepassados e a ordem moral, reforçando os estatutos sociais e a continuidade comunitária.

Este conjunto de práticas constitui uma ontologia da pessoa, na qual o nascimento não é um evento biológico isolado, mas um momento liminar de produção da pessoa e de reafirmação da ordem cosmológica, o que remete para a ideia de soberania cultural sobre a reprodução, à luz da reflexão de Mbembe (2016) sobre o controlo político e moral da vida, e para a leitura do sofrimento reprodutivo como fenómeno relacional (Hunt, 1999). Assim, a conceção de uma criança entre os Kpelle articula o corpo, a moralidade e a cosmologia num regime de legitimidade em que a segurança ritual é tão indispensável quanto a segurança clínica, o que explica a persistência de rituais mesmo em contextos de crescente medicalização (Lori, 2009; Hunt, 1999).

Entre os Macua, o nascimento pode ser analisado como um facto social total no sentido de Hunt (1999), não sendo apenas um processo fisiológico, mas também um momento de renovação da linhagem e da continuidade cosmológica. Cada nascimento reafirma a permanência do *nihimo* e integra o recém-nascido na comunidade espiritual dos antepassados. A identidade de cada pessoa está enraizada na lógica matrilinear do *nihimo*, o clã materno que integra vivos e antepassados num mesmo corpo social e espiritual (Comboni Missionaries, 2016; Costa, 2022). Aqui, nascer não significa apenas viver, mas sim pertencer.

Os tabus (*mwikho*) estruturam comportamentos e relações durante a gravidez, impondo contenção e vigilância ritual (Comboni Missionaries, 2016; Assunção, 2018). Nos contextos macua, esses tabus materializam-se em práticas muito concretas de ocultação, contenção e cuidado, como o facto de a barriga da mulher grávida dever ser sistematicamente coberta por capulanas, de modo a "evitar a exposição pública do corpo aberto" e a proteger a gestação de olhares, comentários e possíveis ataques espirituais, uma vez que gravidez e parto são classificados como momentos *malavi*, isto é, perigosos e ambíguos do ponto de vista cosmológico (Assunção, 2018, pp. 112–115). A vulnerabilidade não é apenas corporal, mas também relacional e moral, prolongando-se no pós-parto, quando a mulher é tradicionalmente "amarrada" com panos (nakapa ou ncontha) para conter o sangue e fechar o corpo, prática transmitida por mulheres mais velhas e mantida por semanas ou meses, reforçando a dimensão espiritual dessa fragilidade (Assunção, 2018, pp. 116–119). A gravidez exige discrição e apoio emocional, uma vez que palavras, conflitos ou comportamentos inadequados podem afetar a estabilidade espiritual da mulher e a integridade da criança (Silva, 2023). Com base na análise de Assunção (2018) sobre a centralidade das mulheres mais velhas, o controlo ritual e o segredo nos contextos femininos macua, é possível compreender o parto como um momento de mediação feminina, onde as mulheres

mais velhas controlam os acessos, os comportamentos e os ritmos do nascimento, garantindo que a criança nasce num ambiente cosmologicamente seguro.

As parteiras e as mulheres da linhagem atuam de forma coordenada, mobilizando práticas técnicas e rituais destinadas a proteger a parturiente e a criança durante este momento de elevada vulnerabilidade. Em situações marcadas por dificuldades, recorrência de infortúnios ou sinais de perturbação, pode ser convocada a intervenção dos *tinyanga*, cuja ação se orienta para a interpretação das adversidades como expressão de conflitos sociais, falhas morais ou tensões nas relações com os antepassados, entendendo-se que "os perigos (...) só atingem os seres humanos devido a razões sociais (...) a conflituosidade dos vivos ou a falta de harmonia com os mortos" (Granjo, 2009, p. 571). A sua presença não corresponde a uma participação rotineira no parto, mas sim a uma mediação especializada, acionada quando o equilíbrio cosmológico está ameaçado. O parto configura-se, assim, não apenas como um evento corporal, mas como um momento que exige proteção ritual, como banhos de ervas, fumigações, orações e restrições comportamentais, que restabelecem o equilíbrio após a transição do limiar reprodutivo. Neste contexto mais amplo, as práticas rituais regulam o corpo e a vida quotidiana, incluindo "várias restrições alimentares (...) e (...) períodos significativos de abstinência sexual" (Granjo, 2010, p. 3, 4). Estas práticas enquadram o nascimento num regime de legitimidade em que a segurança ritual é indissociável dos cuidados físicos, reafirmando a centralidade das mulheres e das mediações cosmológicas na construção social da identidade pessoal.

O período pós-parto é supervisionado por mulheres mais velhas, que controlam contactos, comportamentos, como "amarrar a barriga", e estados emocionais, assegurando a proteção física e espiritual da mãe e do bebé (Assunção, 2018). A incorporação social do recém-nascido envolve a sua inscrição na matrilinhagem e a orientação inicial por tias e avós, que moldam a sua moralidade, os seus cuidados e as suas responsabilidades (Costa, 2022). Embora a literatura não detalhe de forma sistemática os rituais de nomeação macuas, nos contextos matrilineares africanos, o nome constitui um ato ontológico que vincula a criança a histórias familiares, antepassados e circunstâncias do nascimento:

> Alternatively, a name that is shared, seemingly by coincidence, between infant and ancestor may indicate a reincarnation. For example, a nine-month-old girl I knew had a series of names: Kla Aujua Ndri Amelie. Most villagers addressed her directly (and referred to her) as mama (grandma). This is because the baby was said to be the reincarnation of her father's mother, Bande Kla Ajua, with whom she had two names in common ("Kla," an ancient family name, and uAjua" a day name for girls born on a Tuesday); hence she was spoken to (and about) as if she were that ancestor (Gottlieb, 1998, p. 126).

Deste modo, o indivíduo não nasce "pronto", é produzido socialmente por meio de práticas rituais, relações de parentesco e mediações espirituais que garantem a sua inscrição moral e cosmológica.

Tal como ocorre entre os Kpelle e os Macua, e como se observa noutros momentos críticos do ciclo vital descritos por Medeiros (2007), tratar as substâncias corporais associadas ao nascimento com um cuidado ritual constitui uma forma de garantir a continuidade e a proteção. Neste contexto, a produção

da pessoa está inseparavelmente ligada à reprodução do clã, pelo que o nascimento representa simultaneamente um acontecimento biológico e social.

Apesar das diferenças institucionais e cosmológicas entre Kpelle e Macua, ambos os contextos convergem em três aspetos fundamentais. Em primeiro lugar, a pessoa nasce em camadas: a existência social não coincide com o nascimento fisiológico. Entre os Kpelle, a integração moral da criança é alcançada através da nomeação e dos rituais de proteção, ao passo que entre os Macua, é a inscrição na linhagem materna, reforçada pelos rituais pós-parto, que a introduz no *nihimo*. Em segundo lugar, a proteção conferida à criança é simultaneamente moral, espiritual e relacional. O risco não se limita ao domínio físico, mas abrange também dimensões invisíveis, como a feitiçaria, a inveja, os conflitos ou os desequilíbrios ancestrais, exigindo mediações rituais que complementam - e por vezes ultrapassam - a proteção biomédica. Por fim, o nascimento é concebido como um ato social total, na medida em que contribui para a reprodução de linhagens, a reorganização de relações e a estabilização de cosmologias. Entre os Kpelle, isso manifesta-se através da Sande, dos *Zoes* e da moralidade do segredo; entre os Macua, através da intervenção das mulheres mais velhas, dos *tinyanga* e da importância da matrilinhagem.

Aqui, fica evidente que a definição institucional de "parto seguro" é insuficiente para compreender o que localmente constitui um "nascimento bem-sucedido". Os rituais de nascimento Kpelle e Macua mostram que a construção da identidade pessoal é um processo político e cosmológico, no qual a proteção e a pertença são construídas através de práticas femininas, mediadores espirituais e regras morais. Compreender o parto nestes contextos implica reconhecer que o indivíduo não nasce apenas biologicamente, mas é produzido através de relações, rituais e pertenças que definem quem é, a quem pertence e como pode ser protegido.

4.4. Interfaces com a biomedicina

A interface entre os sistemas locais de cuidados de saúde e a biomedicina constitui um dos aspetos mais críticos da governação do parto na Libéria e em Moçambique. Não se trata apenas de um encontro entre práticas distintas, mas sim de um confronto assimétrico entre regimes de legitimidade: por um lado, o modelo biomédico, enraizado em políticas públicas, protocolos e agendas globais; por outro, os repertórios locais que organizam a reprodução, articulando o corpo, a moralidade, a ancestralidade e as redes de autoridade feminina. Este confronto gera tensões, mas também acomodações e formas persistentes de hibridização que evidenciam a força dos repertórios locais e os limites do projeto de institucionalização do parto.

Estas tensões resultam, sobretudo, da imposição de um modelo biomédico que redefine o nascimento como um evento clínico regulado por normas estatais e internacionais. Em ambas as realidades, as políticas públicas instituem a biomedicina como um *authoritative knowledge*, no sentido de Jordan (1978, como citada em Letsch, 2021), conferindo-lhe o monopólio da definição dos conceitos de "risco", "segurança" e "boa prática".

Na Libéria, o período de reconstrução pós-conflito foi marcado pela adoção de políticas orientadas para a expansão do parto institucional e para programas de transferência de tarefas, enquadrados no reforço dos cuidados de saúde primários e na resposta à escassez estrutural de profissionais de saúde (Dadzie & Kanagasabai, 2022; Dahn et al., 2025).[10] Estes processos contribuíram para a consolidação da centralidade biomédica no sistema de saúde, redefinindo o papel das parteiras tradicionais, sobretudo, como agentes de encaminhamento e mediação comunitária, em conformidade com as diretrizes estatais e internacionais, nomeadamente as orientações da Organização Mundial de Saúde que incentivam a expansão do parto assistido por profissionais qualificados[11] e a integração das parteiras tradicionais em equipas formais de saúde, sobretudo através de funções de identificação de risco e encaminhamento para cuidados especializados (Lori et al., 2013). Embora a colaboração entre parteiras tradicionais formadas e unidades de saúde formais seja crucial para aumentar a cobertura dos serviços, particularmente em zonas rurais com acesso limitado a profissionais qualificados, esta ocorre maioritariamente a partir de uma posição institucional subalterna, na qual os conhecimentos comunitários são instrumentalizados e subordinados ao quadro biomédico dominante (Lori et al., 2013).

Esta situação pode ser interpretada à luz da forte dependência das políticas de saúde liberianas em relação aos atores internacionais, contribuindo para a reprodução de hierarquias epistémicas globais e para a marginalização das formas locais de conhecimento no planeamento e execução das intervenções de saúde (Santos & Meneses, 2009; Dadzie & Kanagasabai, 2022). Embora existam iniciativas de formação e articulação com parteiras tradicionais, estas são concebidas de forma a integrá-las no sistema formal de saúde, limitando o reconhecimento da pluralidade epistémica e reforçando dinâmicas de subalternização dos saberes comunitários no contexto da governação global da saúde (Santos & Meneses, 2009; Lori et al., 2013).

Entre os Kpelle, isto contrasta com uma visão do risco que inclui forças invisíveis, tensões sociais ou desequilíbrios espirituais (Lori, 2009; Olukoju, 2006). Neste contexto, a exigência de anunciar a gravidez às estruturas biomédicas vai contra a lógica local do segredo protetor, criando tensões simbólicas e práticas. A expansão da biomedicina, associada à modernidade, à segurança clínica e ao prestígio institucional, cria novas hierarquias epistémicas entre os Kpelle (Lori, 2009). No entanto, o padrão dominante não é a substituição das práticas tradicionais, mas sim a hibridização. Muitas mulheres combinam consultas pré-natais e partos hospitalares com rituais de proteção, consultas a curandeiros e apoio de parteiras tradicionais (Lori, 2009). À luz das abordagens críticas sobre as hierarquias do

[10] Estas políticas materializaram-se, nomeadamente, através do Basic Package of Health Services (BPHS, 2007–2011) e do Essential Package of Health Services (EPHS), que promoveram o acesso a cuidados maternos e ao parto assistido em unidades de saúde, bem como através de programas nacionais de *task-shifting* iniciados em 2012, que capacitaram enfermeiros e parteiras para desempenharem funções clínicas avançadas nas áreas obstétrica e neonatal.

[11] Por "profissionais qualificados" entende-se os profissionais formalmente credenciados pelo sistema biomédico oficial para prestar cuidados durante a gravidez, o parto e o período pós-parto.

conhecimento, esta interligação evidencia tanto processos de subalternização epistémica (Hountondji, 2008; Santos & Meneses, 2009) como formas de resistência e tradução ontológica (Meneses, 2018).

Em Moçambique, num contexto historicamente moldado pela colonização, pela evangelização e pelas políticas de saúde após a independência, consolidou-se um regime biomédico que promove o parto institucional como padrão de segurança e racionalidade técnica (Granjo, 2009; Morais, 2014; UNFPA, 2025; WHO, 2025).[12] No entanto, este modelo entra em conflito com formas locais de organização social, particularmente evidentes no norte matrilinear do país, nas quais a gestão da gravidez e do parto envolve mediação ritual, proteção espiritual e a participação de autoridades femininas da linhagem.

Em Moçambique, a articulação entre a biomedicina, as parteiras e os *tinyanga* permanece, na sua maioria, informal (Granjo, 2009). As famílias combinam os dois sistemas consoante os diagnósticos culturais de risco, produzindo uma modernidade seletiva (Meneses, 2016; Santos & Meneses, 2009). As famílias recorrem ao hospital para resolver questões de saúde, mas mantêm simultaneamente os cuidados tradicionais, os rituais de proteção e as intervenções de *tinyanga*, como a consulta divinatória para identificar a causa social da doença, rituais de invocação aos antepassados (*kuphalha*) e banhos ou práticas de proteção corporal, realizados em paralelo ao tratamento biomédico e, muitas vezes, sem o conhecimento dos profissionais de saúde (Granjo, 2009; 2010). Esta abordagem pragmática e seletiva permite responder a diferentes dimensões do risco - clínicas, morais e cosmológicas - e preservar a coerência com as expectativas morais e cosmológicas locais.

Entre os Macua, o parto institucional pode entrar em contradição com os *mwikho* (tabus) e com a gestão ritual da exposição, controlada por mulheres mais velhas (Assunção, 2018; Silva, 2023). Ao contestar práticas consideradas culturalmente essenciais, o hospital é frequentemente percebido como um espaço que não reconhece as exigências cosmológicas do nascimento.

A biomedicina é frequentemente percecionada como insuficiente para responder às dimensões espirituais e relacionais do parto, levando muitas mulheres a combinarem consultas pré-natais e partos hospitalares com apoio de parteiras tradicionais; cuidados de mulheres mais velhas; intervenções de *tinyanga* e rituais de proteção antes e depois do parto (Granjo, 2009; Meneses, 2016). Assim, nas interfaces entre biomedicina e epistemologias locais o nascimento entre os Macua é um campo onde emergem tensões, acomodações e hibridizações que configuram uma modernidade seletiva, situada e socialmente coerente com o universo macua, no qual a biomedicina não substitui os repertórios locais, mas sim se insere num ecossistema plural de cuidados, orientado pela matrilinhagem, pela ancestralidade e pela proteção ritual.

Tanto na Libéria como em Moçambique, a marginalização institucional das parteiras tradicionais, que são frequentemente confinadas a papéis de vigilância, encaminhamento e mediação comunitária,

[12] Em Moçambique, esta orientação traduz-se na promoção do parto institucional e da assistência por profissionais qualificados, enquanto estratégia central de redução da mortalidade materna, em conformidade com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e do UNFPA, bem como com as políticas nacionais de saúde materna, que privilegiam a expansão dos serviços obstétricos, o reforço dos sistemas de referenciação e a integração dos cuidados materno-infantis no sistema de saúde formal.

reforça o que Hunt (1999) descreve como "léxico colonial": a desqualificação administrativa de saberes locais, mesmo quando estes são indispensáveis na vida quotidiana (Lori et al., 2013; Granjo, 2009; Ministry of Health of Liberia, 2024). Estas práticas refletem uma negociação entre regimes concorrentes de autoridade e evidenciam a persistência do léxico colonial, que subalterniza os saberes locais. No entanto, a predominância de práticas híbridas evidencia uma modernidade seletiva e situada (Granjo, 2009), em conformidade com as Epistemologias do Sul, que salientam que a eficácia das políticas depende do reconhecimento dos saberes locais como legítimos (Santos & Meneses, 2009).

As interfaces entre a biomedicina e as epistemologias locais constituem o eixo comparativo mais complexo. Em ambos os casos, as políticas de saúde materna e neonatal tentam afirmar a biomedicina como um "conhecimento autoritativo", mas tal ocorre em diálogo - ou em conflito - com os sistemas locais de legitimidade. Deste modo, as interfaces entre a biomedicina e os cuidados tradicionais são marcadas por tensões, acomodações e formas de hibridização que variam consoante o acesso aos serviços, a autoridade das redes femininas e a persistência de cosmologias locais. O parto torna-se, assim, um espaço privilegiado para analisar disputas epistémicas, estratégias de adaptação e formas de negociação entre regimes de verdade e cuidados.

A hibridização é o resultado mais visível da interação entre modelos biomédicos e epistemologias locais. Entre os Kpelle, como documentado por Lori (2009), muitas mulheres realizam o pré-natal biomédico, mas recorrem a banhos de ervas, amuletos e proteção ritual antes e depois do parto. Durante o parto institucional, objetos rituais podem ser transportados discretamente para o hospital, produzindo formas de coexistência tácita. Entre os Macua, a hibridização assume uma forma socialmente mais distribuída: são as redes femininas que decidem quando o hospital é necessário, os *tinyanga* interpretam o significado espiritual de eventuais complicações e a família articula, de forma flexível e quotidiana, os dois sistemas de cuidados de saúde (Granjo, 2009; Santos & Meneses, 2009). Em ambos os casos, trata-se de uma modernidade seletiva (Granjo, 2009), em que a biomedicina é adotada sem que haja uma substituição da cosmologia local, sendo antes apropriada e reinterpretada no interior dos sistemas existentes. Esta hibridização envolve também movimentos de tradução ontológica (Meneses, 2016, 2018), em que as práticas biomédicas são recriadas à luz dos sistemas locais de proteção, pertença e produção de sentido, num contexto em que diferentes formas de conhecimento coexistem e dialogam.

Apesar das semelhanças, as formas de interação entre a biomedicina e os sistemas locais de cuidados de saúde diferem profundamente. Na Libéria, entre os Kpelle, a hibridização é moldada pela fragilidade institucional e pela forte dependência de programas internacionais, resultando numa integração formal das parteiras tradicionais, embora estas ocupem uma posição claramente subordinada. As tensões tornam-se mais visíveis quando a biomedicina tenta substituir práticas locais, produzindo hibridizações mais discretas e, geralmente, mais pragmáticas. Em Moçambique, entre os Macua, a hibridização assenta na força da matrilinhagem e na autoridade distribuída pelas mulheres mais velhas, configurando uma relação com o Estado mais indireta e uma integração das parteiras sobretudo informal. Neste caso, a interface é marcada por traduções de sentido mais complexas, devido ao peso estrutural

da linhagem, resultando em hibridizações estáveis, socialmente legitimadas e institucionalmente toleradas.

As interfaces com a biomedicina entre Kpelle e Macua não são meras zonas de contacto técnico, mas sim arenas epistémicas onde os conhecimentos, os poderes e as legitimidades entram em disputa. As tensões revelam hierarquias estruturais, as acomodações mostram a capacidade de ação das famílias e das redes femininas e as hibridizações evidenciam uma criatividade cultural que reorganiza os cuidados em condições de assimetria. Nestes processos, a biomedicina não substitui os repertórios locais, pelo contrário, é apropriada, redefinida e integrada na medida em que responde - ou falha em responder - às exigências morais, relacionais e cosmológicas do nascimento. É precisamente nesta zona intermediária que se decide a eficácia prática das políticas de saúde materno-infantil e a capacidade dos sistemas formais gerarem confiança e segurança perinatais.

Em suma, a comparação entre os contextos Kpelle e Macua mostra que o nascimento é um domínio estratégico em que se negociam regimes concorrentes de verdade, sistemas de autoridade e modos socialmente situados de produção da vida. A legitimidade dos cuidados de saúde, as formas de autoridade feminina, os rituais de constituição da pessoa e as interfaces com a biomedicina só podem ser plenamente compreendidos quando analisados à luz das respetivas condições históricas, políticas e sociais.

Os padrões de hibridização observados, bem como as tensões epistémicas entre a clínica e a cosmologia, revelam que a governação da vulnerabilidade reprodutiva é profundamente moldada por desigualdades territoriais, fragilidades institucionais e epistemologias locais persistentes. As diferenças identificadas não resultam de conceções culturalistas abstratas, mas de mecanismos historicamente situados, como a capacidade institucional, a arquitetura social da autoridade, os modos locais de gestão de risco e as formas de mediação entre saberes, que definem quem protege a vida, em que condições e com base em que critérios de legitimidade.

Deste modo, o nascimento surge simultaneamente como um espaço de biopolítica e de soberania cultural, ou seja, o local onde se decide o valor das vidas, os contornos da pertença e os limites da proteção. Compreender como estes regimes se articulam com os resultados concretos em termos de saúde exige integrar esta análise qualitativa num quadro mais amplo de dinâmicas demográficas e de indicadores clínicos. O capítulo seguinte procede, por conseguinte, à análise das tendências quantitativas entre 2000 e 2023, não como uma simples descrição estatística, mas como um instrumento interpretativo fundamental para avaliar a relação entre a cobertura, a qualidade dos cuidados e os modos locais de proteção materno-infantil nos contextos Kpelle e Macua.

4.5. Tendências quantitativas (2000–2023) e leitura interpretativa comparada

Com o objetivo de complementar a análise qualitativa realizada nos subcapítulos anteriores e de sustentar a comparação entre a Libéria/Kpelle e Moçambique/Macua, esta secção sintetiza as tendências demográficas e de saúde materno-infantil entre 2000 e 2023. Os indicadores aqui apresentados não são

utilizados como causalidade direta, mas sim como instrumentos de enquadramento estrutural que permitem compreender as condições em que se produzem os regimes de legitimidade do cuidado, a autoridade feminina, os rituais de proteção e produção da pessoa e as interfaces entre os sistemas locais de conhecimento e a biomedicina. A leitura dos dados é, assim, interpretativa, sendo mobilizada para contextualizar as dinâmicas sociais, institucionais e cosmológicas analisadas ao longo do capítulo.

Os dados mostram que ambos os países registaram progressos importantes ao longo das últimas duas décadas[13]. A evolução do índice sintético de fecundidade[14] confirma uma tendência de declínio sustentado entre 2000 e 2023, embora a ritmos distintos: na Libéria, o número médio de filhos que uma mulher teria ao longo da sua vida fértil, diminuiu de cerca de 5,9 para aproximadamente de 4,0, ao passo que em Moçambique a diminuição foi mais gradual, passando de cerca de 5,8 para valores em torno dos 4,8. Neste contexto, a combinação de uma fecundidade ainda elevada com uma estrutura etária predominantemente jovem continua a dar origem a um número significativo de nascimentos. Entre 2000 e 2023, a taxa bruta de natalidade[15] reduziu-se de cerca de 43,5 para 30,9 nascimentos por mil habitantes na Libéria, ao passo que em Moçambique a descida foi mais moderada, tendo passado de aproximadamente 43,5 para 37,5 nascimentos por mil habitantes.

A taxa de mortalidade infantil[16] diminuiu significativamente ao longo do período em análise: na Libéria diminuiu de cerca de 124 para 52,6 óbitos no primeiro ano de vida por mil nados-vivos, enquanto que em Moçambique a diminuição foi de aproximadamente 106 para 45,4. Os indicadores relativos à proporção de partos realizados em unidades de saúde e assistidos por profissionais qualificados[17] apontam para progressos relevantes em ambos os países, com uma maior evidência na Libéria a partir de 2013. No entanto, as diferenças entre os contextos são significativas, sobretudo no que se refere à mortalidade materna[18]: enquanto Moçambique registou uma descida abrupta para valores historicamente baixos (de 547 mortes em 2000 para 99 mortes/100.000 n.v. em 2023), a Libéria continua a apresentar indicadores críticos, apesar de melhorias graduais (628 mortes/100.000 n.v. em 2023).[19]

Apesar das diferenças contextuais, a Libéria e Moçambique convergem num ponto crucial: os indicadores quantitativos mostram que, apesar da expansão do parto institucional e da assistência qualificada, a mortalidade neonatal[20] permanece elevada. Em 2023, foram registados cerca de 29,65 óbitos por mil nados-vivos na Libéria e 25,41 em Moçambique, nos primeiros 28 dias de vida. Estes dados indicam que os constrangimentos não se limitam ao acesso formal aos serviços, mas envolvem

[13] Tabelas e gráficos dos indicadores demográficos e de saúde materno-infantil (Libéria vs. Moçambique; 2000 - 2023) em anexo
[14] Anexo B: Índice Sintético de fecundidade (N.º), Libéria e Moçambique, 2000-2023
[15] Anexo C: Taxa bruta de natalidade (por mil), Libéria e Moçambique, 2000-2023
[16] Anexo E: Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023
[17] Anexo G: Partos realizados em uma unidade de saúde e partos assistidos por profissionais de saúde qualificados (%), Libéria e Moçambique, 2000-2023
[18] Anexo D: Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023
[19] Os dados devem ser lidos com cautela podendo resultar de estimativas na medição do fenómeno.
[20] Anexo F: Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023

também a qualidade efetiva dos cuidados, a capacidade de resposta dos sistemas de saúde e a sua credibilidade social.

Em ambos os casos, a biomedicina afirma-se como o regime normativo dominante, orientando políticas, protocolos e indicadores de desempenho, enquanto os saberes locais persistem como regimes funcionais e socialmente legítimos no quotidiano das famílias. O resultado é uma hibridização estrutural, marcada por tensões, negociações e acomodações contínuas entre diferentes racionalidades de cuidados de saúde. Os indicadores perinatais mostram que a institucionalização do parto não melhora proporcionalmente os resultados de saúde, demonstrando que o acesso formal à biomedicina não garante, por si só, a segurança perinatal.

As melhorias quantitativas coexistem com fragilidades estruturais persistentes, como a escassez de recursos humanos, más condições durante o parto, falhas no transporte e debilidades nos sistemas de referência e contrarreferência. Além disso, a adesão aos serviços biomédicos nem sempre se traduz em confiança, continuidade dos cuidados ou compatibilidade com as expetativas culturais de proteção, limitando o impacto das políticas centradas exclusivamente na expansão da cobertura institucional.

Assim, a discrepância entre a cobertura e os resultados reforça o argumento longitudinal da dissertação: a eficácia das políticas de "parto seguro" depende tanto da capacidade institucional (infraestruturas, qualidade dos cuidados prestados e estabilidade dos recursos humanos) como da forma como o modelo biomédico interage - ou entra em conflito - com os regimes locais de legitimidade dos cuidados de saúde.

Em ambos os contextos, a persistência de percursos híbridos - partos institucionais combinados com rituais, resguardos, mediações espirituais e apoio de redes femininas - não representa uma resistência à modernidade sanitária, mas sim uma estratégia racional para gerir múltiplos riscos, nomeadamente, clínicos, morais, espirituais e relacionais. A prevalência destes itinerários torna-se mais compreensível quando os indicadores mostram que o aumento do acesso não corresponde sempre a melhorias na qualidade ou nos resultados.

Assim, os dados quantitativos não só contextualizam como também confirmam a necessidade de uma análise que articule a biomedicina, as instituições estatais, as epistemologias locais e as condições materiais de cuidado. Como demonstrado nos capítulos anteriores, os regimes de legitimidade do cuidado entre Kpelle e Macua não se dissolvem perante a institucionalização biomédica, pelo contrário, reorganizam-se em formas de coexistência negociada que os indicadores ajudam a situar, mas não a explicar de forma isolada.

Conclusões

A presente dissertação demonstrou, através de uma comparação controlada entre os Kpelle, na Libéria, e os Macua, no norte de Moçambique, que o nascimento ultrapassa largamente a sua dimensão fisiológica, constituindo um domínio em que se disputam legitimidades, se exercem formas de autoridade e se negoceiam diferentes regimes de conhecimento. A análise sustentou que, em ambos os contextos, o parto é um processo social total, profundamente marcado pela interseção de práticas rituais, redes de cuidados comunitários, conceções cosmológicas e dispositivos institucionais moldados por legados coloniais e por agendas contemporâneas de saúde pública.

Os resultados revelaram convergências estruturais: tanto para os Kpelle como para os Macua, a gravidez e o parto são momentos liminares de elevada vulnerabilidade, nos quais o segredo, o resguardo, a proteção ritual e a ação das redes femininas são essenciais para gerir o risco e integrar socialmente o recém-nascido. Ao contrário de uma perspetiva culturalista redutora, estas práticas não funcionam como resíduos da tradição, mas sim como dispositivos socioculturais eficazes, articuladas com uma visão holística da pessoa, da moralidade e da proteção espiritual. Esta constatação reforça a necessidade de abordar o nascimento como uma arena epistémica em que coexistem, se tensionam e se reinterpretam múltiplos regimes de verdade - biomédicos, comunitários e espirituais.

A comparação evidencia também diferenças profundas na estrutura da autoridade reprodutiva. Entre os Kpelle, a legitimidade dos cuidados está fortemente institucionalizada nas autoridades rituais, particularmente nas sociedades Sande, que conferem às parteiras tradicionais um estatuto moral e cosmológico central. Nos Macua, a governação do nascimento assenta na lógica matrilinear do *nihimo*, que coloca as mulheres mais velhas da linhagem - mães, avós e tias maternas - no centro das decisões, da proteção e da transmissão de códigos de conduta, frequentemente em articulação com especialistas espirituais (*tinyanga*). Assim, enquanto nos Kpelle a autoridade é concentrada e iniciática, nos Macua é difusa e estruturada pela linhagem, reorganizando de forma distinta a mediação entre o corpo, o parentesco e a espiritualidade.

A nível institucional, ambos os países convergem na regulação biomédica do parto institucional e da assistência qualificada. Contudo, as formas concretas de implementação divergem: na Libéria, a reconstrução pós-conflito e a dependência de intervenientes internacionais produziram uma institucionalização mais verticalizada, que integra as parteiras tradicionais sobretudo como figuras auxiliares. Em Moçambique, apesar do enquadramento universalista do Estado, a mediação com os sistemas locais de autoridade permanece amplamente informal, permitindo uma maior margem de negociação e acomodação. Em ambos os casos, os resultados mostram que o padrão dominante não é a substituição linear dos cuidados comunitários, mas sim a hibridização, ou seja, uma combinação pragmática de itinerários biomédicos, práticas rituais e mediações femininas que respondem simultaneamente a riscos clínicos, morais, sociais e cosmológicos.

A análise quantitativa confirma esta leitura, ao evidenciar que o aumento da cobertura de consultas pré-natais, partos institucionais e assistência qualificada não se traduz automaticamente em maior segurança perinatal. A persistência da mortalidade neonatal e materna, sobretudo na Libéria, mostra que o sucesso das políticas não depende apenas da expansão do modelo biomédico, mas também da sua articulação com as expetativas culturais de proteção e com as condições materiais de cuidado, como a qualidade da assistência, a continuidade dos serviços e a eficácia dos sistemas de encaminhamento. A discrepância entre a cobertura e os resultados reforça a tese central desta investigação: sem considerar as epistemologias locais de legitimidade, o parto institucional continua a ser insuficiente para garantir uma segurança efetiva.

O contributo desta investigação para os Estudos Africanos reside no facto de demonstrar que o nascimento deve ser analisado como um campo de disputa epistémica e de governação do corpo, no qual são definidas autoridades legítimas, fronteiras do saber e regimes de verdade sobre o risco e a segurança. Ao deslocar o foco da "cultura" para os mecanismos de legitimação dos cuidados, a tese oferece uma grelha interpretativa que integra o parentesco, a cosmologia, a autoridade feminina, o pluralismo terapêutico e as políticas públicas numa análise coerente e não essencialista. A demonstração de que a hibridização constitui uma estratégia racional de gestão de múltiplos riscos contribui para os debates contemporâneos sobre saúde global, institucionalização do parto e epistemologias do Sul.

Os resultados sugerem quatro orientações para políticas e práticas: reconhecer que a legitimidade dos cuidados é também moral e relacional e não apenas técnica; valorizar as mediadoras locais, como parteiras, mulheres mais velhas e especialistas rituais, enquanto agentes de confiança e não apenas como instrumentos de encaminhamento; privilegiar intervenções que reforcem a qualidade e a continuidade dos cuidados para além das métricas de cobertura; e evitar dicotomias "tradicional/moderno", promovendo formas de diálogo que reduzam as tensões e aumentem a adesão informada.

Investigações futuras poderão explorar, através de trabalho de campo, nas comunidades Kpelle e Macua, a forma como as decisões reprodutivas (perceções de risco e experiências de cuidados) são tomadas em tempo real, como as tensões entre saberes são negociadas e como as redes femininas e os especialistas locais medeiam mudanças institucionais, crises sanitárias ou transformações geracionais.

Este trabalho demonstrou que o nascimento entre os Kpelle e os Macua é simultaneamente cuidado, pertença e poder: um lugar onde as políticas públicas e as epistemologias locais se encontram, entram em tensão e se reconfiguram. Compreender este encontro não como uma oposição entre a tradição e a biomedicina, mas sim como uma negociação contínua de legitimidades, constitui a contribuição teórica e analítica fundamental deste trabalho.

Referências Bibliográficas

Akpan, M. B. (1973). Black imperialism: Americo-Liberian rule over the African peoples of Liberia, 1841–1964. *Canadian Journal of African Studies, 7*(2), 217–236.

Assunção, H. S. (2018). *Falar e guardar segredo: As capulanas de Nampula (Moçambique)* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. https://www.academia.edu/37331611

Barrios Diaz, J. S. A. (2023). A invenção colonial de Moçambique: Dos impérios africanos à colónia e província ultramarina. *Revista Brasileira de Estudos Africanos, 8*(16), 178–197. https://doi.org/10.22456/2448-3923.134080

Barth, F. (2005). Etnicidade e o conceito de cultura. *Antropolítica, 2*(19), 15–30.

Bartle, E. (2025, July 27). *How Liberian women are closing the maternal health gap*. The Borgen Project. https://borgenproject.org/women-are-closing-the-maternal-health-gap/

Britannica. (2024). *Kpelle*. In *Encyclopaedia Britannica*. https://www.britannica.com/topic/Kpelle

Comboni Missionaries. (2016). *The Macua people in Mozambique: Living in harmony*. https://combonimissionaries.co.uk/index.php/2016/06/22/the-macua-people-in-mozambique-living-in-harmony/

Conselho de Ministros. (2021). *Resolução n.º 13/2021: Política de Saúde e Estratégia da sua Implementação*. Imprensa Nacional de Moçambique. https://sisma.misau.gov.mz/docs/Politica%20Nacional%20de%20Saude.pdf

Costa, I. R. (2022). *Em casa da tua mãe: Género e parentesco entre os macuas de Moçambique durante o período colonial* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora. https://doi.org/10.34019/ufjf/di/2022/00162

Dadzie, J. E., & Kanagasabai, U. (2022). A policy analysis of the primary health care approach in Liberia. *Hygiene, 2*(1), 44–62. https://doi.org/10.3390/hygiene2010004

Dahn, B., MacDonald, R., Dolo, O. W., Benson, A., Borzoi, K., Menlor, A., Fofana, J., Abdulkadir, H., Adeyemo, K., Watson, S. D., Band, S., Earley, A., & Southall, D. (2025). Reducing maternal, neonatal, and child mortality and improving quality of health care through a national task-shifting program for public hospitals in Liberia. *Human Resources for Health, 23*(39). https://doi.org/10.1186/s12960-025-01001-7

Dolo, O., Clack, A., Gibson, H., Lewis, N., & Southall, D. (2016). Training of midwives in advanced obstetrics in Liberia. *Bulletin of the World Health Organization, 94*, 383–387. https://doi.org/10.2471/BLT.15.160473

Ducey, R. H., & Emerson, S. A. (2015). *The battle for Mozambique: The Frelimo–Renamo struggle, 1977–1992*. Naval War College Review, 68(4).

Ellis, S., & ter Haar, G. (1998). Religion and politics in Sub-Saharan Africa. *Journal of Modern African Studies, 36*(2), 175–201. http://hdl.handle.net/1887/9500

Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (M. T. C. Albuquerque & G. Albuquerque, Trads. ; 13.ª ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal. (Obra original publicada em 1976).

Gottlieb, A. (1995). The anthropologist as mother. *Anthropology Today, 11*(3), 10–14. https://doi.org/10.2307/3032914

Gottlieb, A. (1998). Do infants have religion? *American Anthropologist, 100*(1), 122–135. http://www.jstor.org/stable/682813

Granjo, P. (2009). Saúde e doença em Moçambique. *Saúde e Sociedade, 18*(4), 567–581. http://hdl.handle.net/10451/11096

Granjo, P. (2010). Ser curandeiro em Moçambique: Uma vocação imposta? *Buala*. https://www.buala.org/pt/a-ler/ser-curandeiro-em-mocambique-uma-vocacao-imposta

Hall, S. (2006). *A identidade cultural na pós-modernidade* (11ª ed., T. T. da Silva & G. L. Louro, Trads.). DP&A.

Hedges, D., Rocha, A., Medeiros, E., Liesegang, G., & Chilundo, A. (1993). *História de Moçambique: Vol. 3*: *Moçambique no auge do colonialismo, 1930–1961*. Universidade Eduardo Mondlane.

Hountondji, P. J. (2008). Conhecimento de África, conhecimento de africanos. *Revista Crítica de Ciências Sociais, 80*, 149–160. https://doi.org/10.4000/rccs.699

Hunt, N. R. (1999). *A colonial lexicon of birth ritual, medicalization, and mobility in the Congo*. Duke University Press.

Jordan, B. (1978). *Birth in four cultures*. Waveland Press. *(Citada no texto via Letsch, 2021)*

Junior, M. A. F., & Perucelli, T. (2019). Cultura e identidade. *Cadernos de Estudos Culturais*, *Campo Grande, MS,* 2, 111–133.

Käihkö, I. (2019). On Liberian secret societies and conflict resolution. *Nordic Journal of African Studies*, 28(1), 1-16. DOI:10.53228/njas.v28i1.404

Last Mile Health. (2025, setembro). *"Our health depends on us, our own selves": Mothers in Liberia aim to change health outcomes through new peer support groups*. https://lastmilehealth.org/2025/09/25/our-health-depends-on-us-our-own-selves-mothers-in-liberia-aim-to-change-health-outcomes-through-new-peer-support-groups/

Letsch, M. C. (2021). *The authoritative knowledge of motherhood: Understanding the evolving relationship between mothers and their medical practitioners during childbirth in the 1970s and 1990s United States* [Master's thesis, Utrecht University]. Utrecht University Student Theses Repository. https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/110

Lori, J. R. (2009). *Cultural childbirth practices, beliefs and traditions in Liberia* [Tese de doutoramento, Universidade do Arizona]. https://repository.arizona.edu/handle/10150/193885

Lori, J. R., Munro, M. L., Rominski, S., Williams, G., Dahn, B. T., Boyd, C. J., Moore, J. E., & Gwenegale, W. (2013). Maternity waiting homes and traditional midwives in rural Liberia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 123*(2), 114–118. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.05.024

Lynch, G. (2018). Ethnicity in Africa. *Oxford Research Encyclopedia of African History*, 1-20. https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190277734.013.32

Machel, S. (1975). The People's Republic of Mozambique: The struggle continues. *Review of African Political Economy,* 2(4), 14-25. https://doi.org/10.1080/03056247508703263

Marques, R. M. (2022). Etnia, etnicidade e modernidade: Uma análise histórica do uso dos conceitos na África pós-colonial. *Oficina do Historiador*, 15(1), 1–11. https://doi.org/10.15448/2178-3748.2022.1.41537

Mbembe, A. (2016). Necropolítica. *Arte & Ensaios | revista do ppgav/eba/ufrj*, (32), 123-151. https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169

Medeiros, E. (2007). *Os senhores da floresta: Ritos de iniciação dos rapazes macuas e lómuès*. Colecção Estudos Africanos. Porto: Campo das Letras - Editores, S.A.

Meneses, M. P. G. (2004). Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada: Para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. Em B. de Sousa Santos & T. Cruz e Silva (Orgs.), Moçambique e a reinvenção da emancipação social (pp. 77–106). Centro de Formação Jurídica e Judiciária.

Meneses, M. P. (2016). A configuração da colonialidade do saber: Questionando os sentidos da descolonização a partir de Moçambique. In *Pós-colonial e pós-colonialismo: Propriedades e apropriações de sentido*. Dialogarts. https://hdl.handle.net/10316/95798

Meneses, M. P. (2018). Colonialismo como violência: A "missão civilizadora" de Portugal em Moçambique. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 115–140. https://doi.org/10.4000/rccs.7741

Ministry of Health, Republic of Liberia. (2022). *Essential package of health services (EPHS II)*.

Ministry of Health, Republic of Liberia. (2022). *National health policy 2022–2031*.

Ministry of Health of Liberia. (2024). *National Reproductive, Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health + Nutrition Policy 2024–2031*.

Morais, C. M. G. (2014). *Estado colonial português e medicinas ao sul do Save, Moçambique (1930–1975)* [Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz].

Olukoju, A. (2006). *Culture and customs of Liberia*. Greenwood Press; Connecticut, London.

Ortner, S. B. (2011). Teoria na antropologia desde os anos 60. *Mana, 17*(2), 419-466.

Ortner, S. B. (2016). Dark anthropology and its others: Theory since the eighties. *HAU: Journal of Ethnographic Theory, 6*(1), 47-73. https://doi.org/10.14318/hau6.1.004

Pedro, M. (2021). Pretensa excentricidade, práticas sincréticas e fraca conflituosidade religiosa no Canal de Moçambique entre os séculos XVII e XX. *Cadernos de África Contemporânea, 4*(8), 9-28.

Pinto, S. M. X. (2017). *Casamentos prematuros no contexto dos ritos de iniciação femininos praticados pela etnia Macua* [Dissertação de mestrado, Universidade Aberta]. Repositório Universidade Aberta. http://hdl.handle.net/10400.2/7019

Rodrigues, J. C. (2019). As teorias da etnicidade: entre as representações essencialistas da cultura e a desconstrução crítica dos conceitos. CRIA - Centro em Rede de Investigação em Antropologia, Working Paper n.º 18. http://hdl.handle.net/10400.21/10629

Santos, B. de S., & Meneses, M. P. (2009). *Epistemologias do Sul*. Almedina.

Silva, J. de O. (2023). Conselhos noturnos num quintal de Nampula: Uma narrativa etnográfica a partir de um rito de iniciação feminino em Moçambique. *Afro-Ásia, 67*, 398–430.

Starr, F. (1913). *Liberia: Description, history, problems*. Chicago: McClurg.

UNICEF. (2020). *Mozambique humanitarian situation report: End-of-year 2020*. https://www.unicef.org/media/92271/file/Mozambique-Humanitarian-Situation-Report%2C%20End-of-Year-2020.pdf

UNICEF. (2024). *Maternal and newborn health in Liberia*. https://data.unicef.org/country/lbr/

United Nations Population Fund. (2025, abril). *Trends in maternal mortality 2000–2023*: *Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2023

Walker, D. (2007, agosto). *Missionary Spotlight – Christianity in Liberia*. *Evangelical Times*. https://www.evangelical-times.org/missionary-spotlight-christianity-in-liberia/

World Bank. (2024). *World Development Indicators*. https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators

World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, & United Nations. (2015). Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). https://www.who.int/publications/i/item/9789241508483

World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215

World Health Organization. (2022, março). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989

World Health Organization. (2024, outubro). *Liberia launches RMNCAH+N policy 2024–2031*. https://www.afro.who.int/countries/liberia/news/liberia-launches-rmncahn-policy-2024-2031-and-css

World Health Organization. (2025). *Mozambique – Country profile.* https://www.who.int/countries/moz/

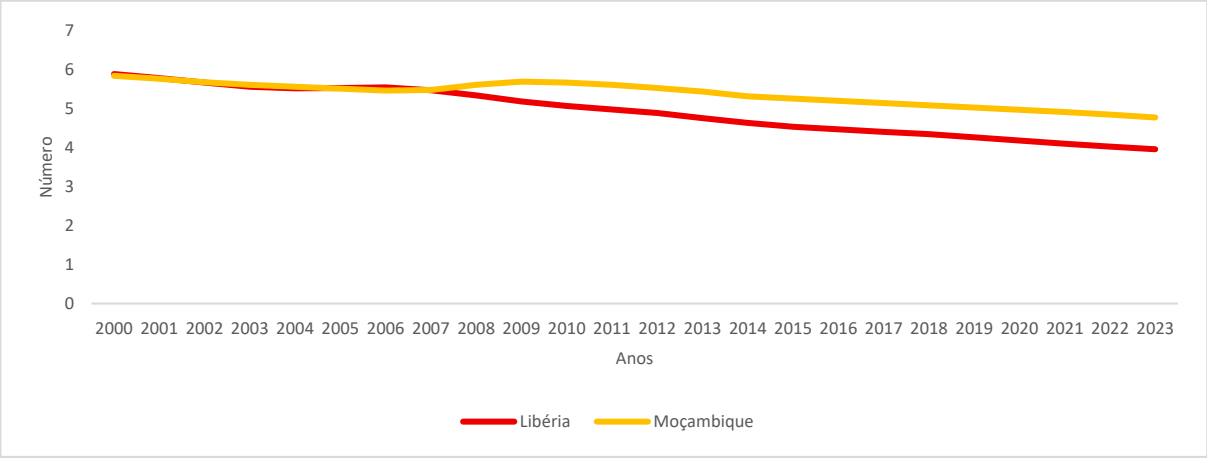
Anexos

Anexo A: Indicadores demográficos e de saúde materno-infantil selecionados (Libéria vs. Moçambique; 2000/2020/2023)[21]

Indicador	Libéria	Moçambique
Índice sintético de fecundidade	≈ 5,9 (2000) → ≈ 4,0 (2023)	≈ 5,8 (2000) → ≈ 4,8 (2023)
Taxa bruta de natalidade (por 1.000 habitantes)	≈ 43,5(2000) → ≈ 30,9 (2023)	≈ 43,5(2000) → ≈ 37,5 (2023)
Mortalidade materna (por 100.000 nados-vivos)	≈ 786 (2000) → ≈ 628 (2023)	≈ 547 (2000) → ≈ 99 (2023)
Mortalidade infantil (por 1.000 nados-vivos)	≈ 124 (2000) → ≈ 52,6 (2023)	≈ 106 (2000) → ≈ 45,4 (2023)
Mortalidade neonatal (por 1.000 nados-vivos)	≈ 48,91 (2000) → ≈ 29,65 (2023)	≈ 44,23 (2000) → ≈ 25,41 (2023)
Partos institucionais	36,2% (2000) → 79,8% (2020)	47.6% (2003) → 64,6% (2023)
Partos com assistência qualificada	50,9% (2000) → 84,4% (2020)	47.7% (2003) → 67,5% (2023)

Fonte: UNICEF Data Explorer, World Bank DataBank. Elaboração própria

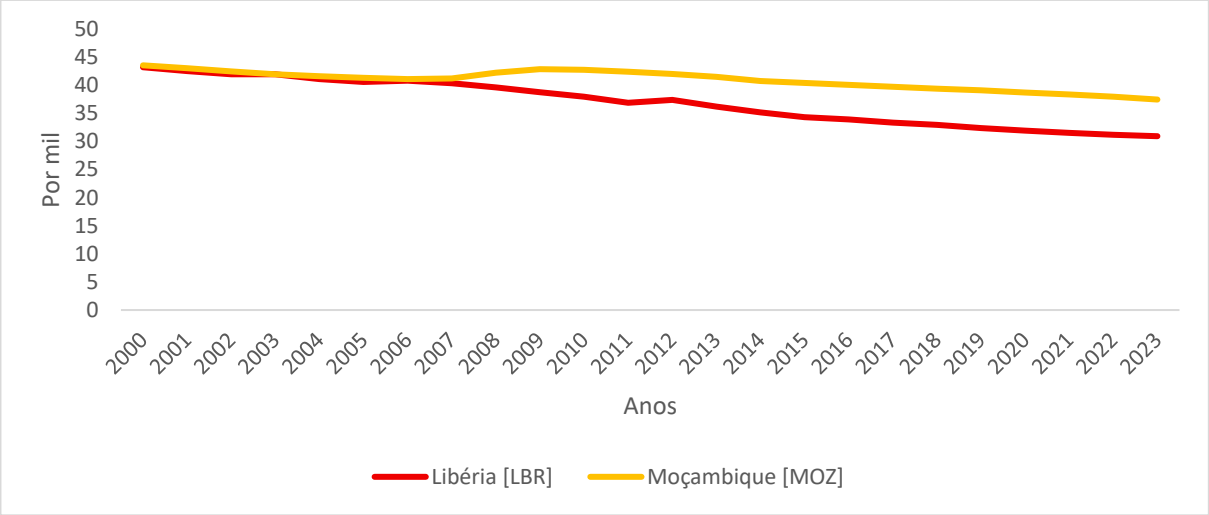
Anexo B: Índice sintético de fecundidade (N.º médio de filhos por mulher), Libéria e Moçambique, 2000-2023



Fonte: UNICEF Data Explorer - Total fertility rate (births per woman), Liberia and Mozambique (2000–2024). United Nations Children's Fund. Elaboração própria.

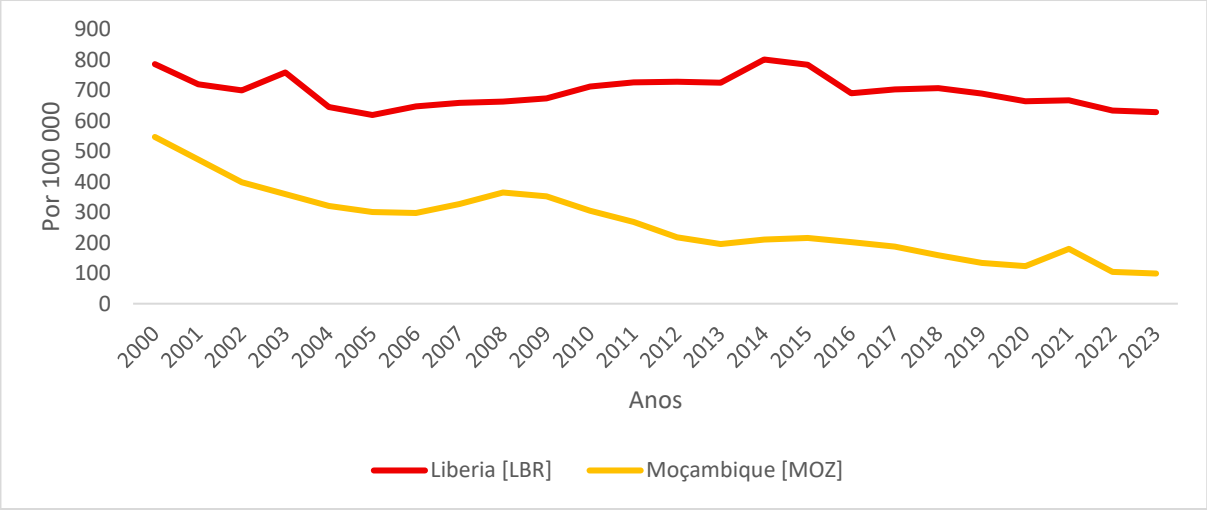
[21] Nota técnica (comparabilidade temporal e leitura dos indicadores): Os indicadores apresentados não correspondem sempre ao mesmo intervalo temporal (por exemplo, 2000–2020 vs. 2000–2023), pelo que são utilizados como tendências e enquadramento contextual e não como medida causal direta de desempenho. Quando a comparabilidade estrita não é possível, a leitura privilegia padrões consistentes (cobertura vs. resultados) e a articulação com a evidência qualitativa discutida nas secções anteriores.

Anexo C: Taxa bruta de natalidade (por mil indivíduos), Libéria e Moçambique, 2000-2023



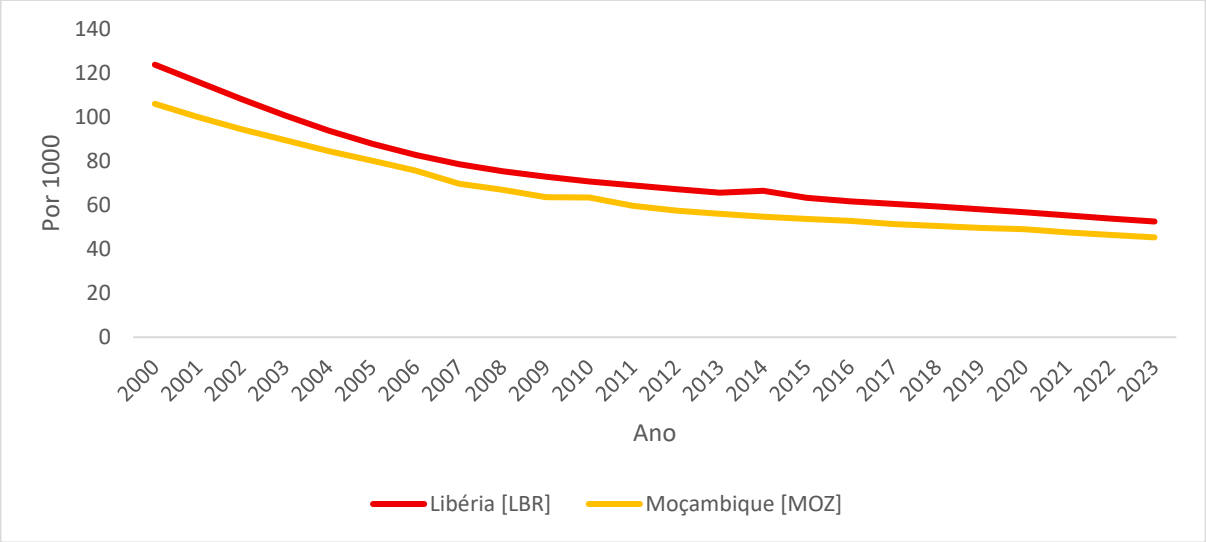
Fonte: World Bank DataBank, World Development Indicators (indicador SP.DYN.CBRT.IN) para Moçambique e Libéria. The World Bank . Elaboração própria.

Anexo D: Taxa de mortalidade materna (por 100 mil nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023



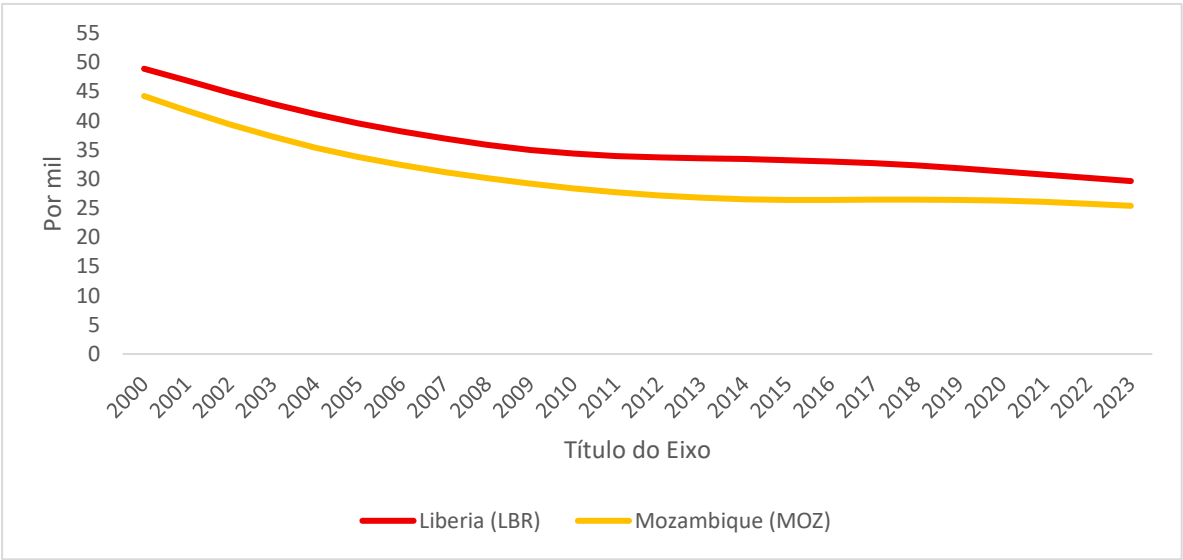
Fonte: World Bank DataBank, World Development Indicators (indicador SH.STA.MMRT) para Libéria e Moçambique. The World Bank . Elaboração própria.

Anexo E: Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023



Fonte: World Bank DataBank, World Development Indicators (indicador SP.DYN.IMRT.IN) para Libéria e Moçambique. The World Bank . Elaboração própria.

Anexo F: Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nados-vivos), Libéria e Moçambique, 2000-2023



Fonte: UNICEF. Data Explorer – Child Mortality Estimates (CME). Série: CME_MRM0 (Mortality Rate, Under-5). Países: Libéria (LBR) e Moçambique (MOZ). Período: 2000–2023. Elaboração própria.

Anexo G: Partos realizados em uma unidade de saúde e partos assistidos por profissionais de saúde qualificados (%), Libéria e Moçambique, 2000-2023

	Partos realizados em uma unidade de saúde		Partos assistidos por profissionais	
País / Ano	Libéria	Moçambique	Libéria	Moçambique
2000	36.2	-	50.9	-
2003	-	47.6	-	47.7
2004	-	46.8		
2005	-	48.5		
2006	-	48.4		
2007	36.9	51.6	46.3	-
2008	-	58	-	55.3
2011	-	54.8	-	54.3
2013	55.8	-	61.1	-
2015			-	73
2020	79.8	-	84.4	-
2023	-	64.6	-	67.5

Fonte: UNICEF Data Explorer (Institutional deliveries – MNCH_INSTDEL; Skilled attendant at birth – MNCH_SAB) para a Libéria e Moçambique. United Nations Children's Fund. Elaboração própria.