

# Interpretações locais sobre a malária e o discurso sobre os provedores tradicionais de cuidados de saúde no sul de Moçambique<sup>1</sup>

Local interpretations on malaria and the discourse on the traditional health care providers in southern Mozambique

Ana Rita Sousa Sequeira

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, Portugal.

E-mail: anaritasequeira@yahoo.com

## Resumo

As narrativas sobre o diagnóstico e as causas da malária são diversas e aparentemente ambíguas, sendo baseadas para além do corpo, nas relações sociais estabelecidas entre pares, os seus antepassados e a natureza. Com base num estudo qualitativo e na permanência em Moçambique durante quatro anos, este artigo pretende analisar os discursos dos pacientes e praticantes biomédicos sobre os provedores de cuidados de saúde tradicionais, isto é, *tinyanga* e pastores ziones, articulando-os com as terminologias locais da malária, num distrito rural no sul de Moçambique. No atual contexto de pluralismo terapêutico e elevada mobilidade, a falta de compaixão e solidariedade atribuída aos *tinyanga* é fundamentada pela monetarização e comoditização dos seus saberes e rituais medicinais, bem como pela competição com outros provedores na captação de doentes. A implantação das igrejas ziones, de cariz cristão e com práticas terapêuticas semelhantes às dos *tinyanga*, apresenta-se como uma solução local vantajosa devido à forte ligação comunitária, ao consolo e reciprocidade entre os seus membros e aos resultados terapêuticos a baixo custo. No nível das políticas de saúde e da prática clínica, a invisibilidade dos pastores ziones e o papel subalterno dos *tinyanga* é gerido à medida dos interesses, das ideias vagas e dos preconceitos que os provedores biomédicos possuem sobre esses provedores terapêuticos. A implementação de políticas de saúde que atendam à diversidade local, às relações de poder existentes e

## Correspondência

Centro de Estudos Internacionais, Av. das Forças Armadas, Edifício II 1649-026, Lisboa, Portugal

<sup>1</sup> Esta investigação conta com o financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) - SFRH/BD/71314/2010. A autora gostaria de expressar o seu agradecimento aos revisores que apresentaram valiosos e pertinentes comentários, tendo enriquecido o texto final.

aos conhecimentos e práticas médicas podem fortalecer os cuidados biomédicos prestados e harmonizar as relações entre os provedores e a população.

**Palavras-chave:** Malária; Moçambique; Curandeiros/*Tinyanga*; Pastores Ziones; Interpretações Locais da Doença.

## Abstract

The narratives on the diagnosis and causes of malaria are diverse and apparently ambiguous, being based beyond the body, on the social relations among peers, their ancestors, and nature. Based on a qualitative study and a four-year stay in Mozambique, this article analyzes the discourses of patients and biomedical practitioners on traditional health care providers, i.e., *tinyanga* and zion pastors, linking them to local terminology of malaria, in a rural district in southern Mozambique. In the current context of therapeutic pluralism and high mobility, the lack of solidarity and compassion attributed to *tinyanga* is supported by the monetization and commodification of their medicinal rituals and knowledge, as well as by competition with other providers in attracting patients. The implementation of zion churches, of Christian nature and performing therapeutic practices similar to *tinyanga*, is presented as a local advantageous solution due to the strong community connection, the comfort and reciprocity among the members, and the therapeutic results at low cost. In terms of health care policies and clinical practice, the invisibility of zion pastors and the subordinate role of healers is managed according to interests, based on vague ideas and prejudices from biomedical providers. The implementation of health policies that address the local diversity, the existing power relations and medical knowledge and practices can strengthen the biomedical care services and harmonize relations between the providers and the population.

**Keywords:** Malaria; Mozambique; Traditional Healers/*Tinyanga*; Zion Pastors; Local Illness Interpretation.

## Introdução

Vários sistemas etnomédicos podem ser identificados em Moçambique, havendo variações ao longo do país e consoante o deslocamento das áreas urbanas para as rurais. Na sociedade de Chókwè, no sul de Moçambique, foram identificados três grupos de provedores de cuidados de saúde a quem a população recorre quando enfrenta um episódio de malária ou outro caso de enfermidade. A subjetividade dos provedores de cuidados de saúde emerge não só no exercício das suas competências médicas e terapêuticas, mas também é o produto de determinada socialização, do repositório das suas experiências, expectativas, motivações e preconceitos. Os conhecimentos e práticas médicas são permeáveis ao contexto e às vivências diferenciadas dos cuidadores e, na tomada de decisão, todos esses fatores devem ser considerados. Os testemunhos relativos aos provedores de cuidados de saúde, no distrito de Chókwè, são caracterizados por uma grande diversidade de experiências que valorizam o cuidado, a sensibilidade e o respeito pela condição do doente, que devem estar subjacentes a todas as práticas terapêuticas.

A doença, e a malária em particular, apresentam-se como um fenômeno complexo, dada a diversidade dos provedores de cuidados de saúde, as suas funções e discursos ao longo da história, os múltiplos atores e fatores econômicos, ambientais, sociais e políticos que configuravam a experiência da doença.

Todo o conhecimento sobre saúde e doença, proveniente de provedores de cuidados de saúde e de doentes, é o “produto de um processo natural, social e cognitivo, mais do que de um processo lógico” (Santinho, 2011, p. 87), construído e acumulado, com raízes no passado e assente na experiência relacional e subjetiva dos grupos e instituições sociais que reconfiguram o seu corpo de significados e práticas de diagnóstico, gestão e tratamento da doença.

Este artigo tem como objetivo a apresentação e análise dos discursos dos pacientes e praticantes biomédicos sobre esses provedores de cuidados de

saúde, curandeiros/*tinyanga*<sup>2</sup> e pastores ziones, que recorrem a elementos da tradição<sup>3</sup>, articulando-os com as terminologias locais da malária, num distrito rural no sul de Moçambique.

Este artigo integra um estudo mais amplo sobre a relação entre doentes e provedores de cuidados de saúde no contexto de atividade de controle da malária e baseia-se no trabalho de campo realizado no sul de Moçambique, em especial no distrito de Chókwè, durante quatro anos.

O artigo está estruturado do seguinte modo: a metodologia é a próxima seção e, posteriormente, serão apresentadas as terminologias e interpretações locais da doença da malária. Segue-se a análise dos discursos sobre os *tinyanga* e os pastores ziones, e depois a discussão. Por fim, será apresentada a conclusão.

## Metodologia

O distrito de Chókwè, localizado na província de Gaza, no sul de Moçambique, foi selecionado partindo de três critérios que se inter-relacionam: o elevado número de casos de malária (ver quadro 1); a existência de várias intervenções de controle dessa doença, implementadas quer pelo Programa Nacional do Controlo da Malária (PNCM) do Ministério da Saúde (MISAU), quer por Organizações Não Governamentais<sup>4</sup>; e, por último, um conhecimento prévio do distrito por parte da investigadora, facilitando algumas questões logísticas, nomeadamente o alojamento, contatos locais e a contratação de uma intérprete.

**Quadro 1 – Número de casos de malária no distrito de Chókwè nos anos 2006 e 2007**

Distritos	2006	2007
Xai-Xai	217 803	270 823
Chókwè	166 158	108 401
Manjacaze	130 131	88 942
Chibuto	99 762	74 582
Bilene	88 216	71 732
Guijá	48 172	25 875
Chicualacuala	18 795	10 846
Massingir	17 160	9 730
Mabalane	15 918	10 506
Massangena	9 294	7 006
Chigubo	8 197	7 835

Fonte: Cortesia do PNCM – Direção Provincial de Gaza (DPS)

O distrito de Chókwè possui 192.556 habitantes (Moçambique, 2012, p. 67), tendo como principal atividade socioeconômica a agropecuária, predominantemente de escala familiar, mas também com dimensão agroindustrial, dentro do perímetro irrigado que ocupa uma área de 30.000 ha (do total da área agrícola útil de 87.178 ha) (Chókwè, 2012, p. 1).

Esta investigação cumpriu todas as considerações éticas, tendo sido autorizada pela Comissão Nacional de Bioética para a Saúde (IRB00002657), organismo integrante do Ministério da Saúde (MISAU), e em nível local foi apoiada pela Direção Provincial de Saúde e pelos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social do distrito de Chókwè. Os objetivos da investigação e os métodos de registro de dados coletados (áudio ou escrito) foram explicados a todos os entrevistados, assim como a garantia de anonimato

2 O termo curandeiro é aqui utilizado como sinónimo de médico tradicional e *nyanga* (*sing.* e *tinyanga* (*pl.*) em *xiChangana*). No entanto, ao longo deste artigo damos preferência à expressão em língua local (*nyanga*). O termo “curandeiro” foi introduzido durante o período de ocupação colonial e continua a ser utilizado até os dias de hoje. No discurso oficial, a terminologia utilizada é “médico tradicional” (AMETRAMO – Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique) e medicina tradicional, com uma utilização mais reduzida por parte da população.

3 Esta investigação considera os *tinyanga* como os únicos provedores “tradicionais” de cuidados de saúde. O termo classificatório de “tradição” será apresentado entre aspas, uma vez que se baseia nas narrativas das pessoas entrevistadas e contactadas. A delimitação temporal e simbólica entre as categorias “tradição” e “modernidade” é construída com base nas vivências e memórias, ao mesmo tempo que se articula com o discurso político e ideológico da época. Assim, a categoria “tradição” remete os meus interlocutores para a cosmologia local assente na natureza, na ancestralidade e sociedade, num momento histórico pré-colonial. Sobre as categorias “tradição” e “modernidade”, ver Passador (2011) e Honwana (2002).

4 Em 2008, Chókwè era um dos distritos com maior número de Organizações Não Governamentais Internacionais (ONGI) – doze – a operar no setor da saúde na província de Gaza.

e confidencialidade dos seus testemunhos, tendo a concordância dos mesmos sido expressa através da assinatura do Consentimento Informado.

Para proceder à obtenção das autorizações para a realização desta investigação em nível distrital, as autoridades locais foram contactadas “em cascata”: em primeiro lugar, a Administração Distrital de Chókwè; em seguida, os chefes dos quatro postos administrativos (Lionde, Macarretane, Xilembene e Cidade de Chókwè) e, conseqüentemente, os chefes das localidades (Macarretane, Matuba, Maxinho, Xilembene Sede, Chiduacine, Lionde, Conhane, Malau e Cidade de Chókwè); e, por fim, os líderes comunitários de todas as aldeias visitadas<sup>5</sup>. Dentro dos limites administrativos da Cidade de Chókwè foi contactado o Município de Chókwè, que organizou uma sessão de apresentação a todos os chefes dos bairros. Posteriormente, os contatos limitaram-se, exclusivamente, aos chefes dos bairros selecionados.

As aldeias visitadas foram escolhidas aleatoriamente, seguindo o critério de percorrermos igual número, onde existisse e não existisse, um centro de saúde. Na cidade de Chókwè, os bairros foram selecionados de acordo com o critério atrás referido, tendo-se também em conta a existência de bairros com características predominantemente rurais, assim como de bairros mais urbanizados. A decisão de realizar a investigação em diversas aldeias do distrito de Chókwè, assim como em múltiplos contextos terapêuticos, foi ponderada em termos analíticos, logísticos e possibilidade financeira de realização da investigação, permitindo em termos hipotéticos aceder a uma maior diversidade de discursos e práticas sobre saúde e doença.

Esta investigação teve por base uma amostragem não probabilística, frequentemente recorrendo a uma seleção intencional. No caso dos *tinyanga* e

pastores religiosos, por vezes recorreu-se à seleção por bola de neve entre os seus pares e com o apoio dos líderes locais. Em suma, foram entrevistados quarenta e quatro *tinyanga* e quarenta e um pastores de igrejas cristãs e um líder da religião muçulmana, de modo intencional e por bola de neve.

O terceiro grupo de provedores de cuidados de saúde entrevistados foram os técnicos e profissionais biomédicos, num total de dezenove, que foram selecionados intencionalmente de modo a cobrir todos os centros de saúde e hospitais existentes no distrito de Chókwè. No caso dos hospitais ou centros de saúde onde trabalhava mais do que um técnico, a entrevista era, habitualmente, realizada com o responsável da unidade sanitária e com o responsável de algum dos serviços.

Para além dos provedores de cuidados de saúde contactados, efetuaram-se entrevistas com oitenta e sete homens e mulheres<sup>6</sup>, que foram selecionados, de modo intencional, à medida que íamos deambulando pelas aldeias e realizando as restantes entrevistas aos provedores de cuidados de saúde. Por fim, também foi decidida a realização de catorze grupos focais com mulheres<sup>7</sup>, envolvendo um total de setenta e quatro. Por motivos de logística do trabalho os líderes comunitários foram responsáveis pela seleção das participantes nos grupos focais.

À exceção das entrevistas efetuadas com os profissionais de saúde, que decorreram em língua portuguesa, a maioria das restantes entrevistas foi realizada na língua local (*xiChangana*), com a presença de uma intérprete/assistente de campo que fazia a tradução simultânea. A sua presença foi determinante no contato com a população, na observação participante e na transcrição dos dados recolhidos. Apesar das várias estratégias para minimizar os efeitos e riscos da utilização de intérpretes,

5 Maloluane, Manjangue, Matuba, Cumba, Maxinho, Machua, Conhane, Chiaquelane, Mapapa, Nwachicoluane, Massavasse, Kotsuane, Lionde, Bombofo, Changulene, Tlhawene, Xilembene, Hókwè, Muianga, Macunene, Chalocuane, Chiguidela, Zuza e Município (1º, 2º, 3º, 4º e 5º Bairros).

6 As faixas etárias desse grupo são muito variadas: a entrevistada mais nova tinha 18 anos e a mais velha, 82 anos. Trinta entrevistados tinham de 18 a 39 anos; 22 entrevistados, de 40 a 59 anos; 23 entrevistados, de 60 a 82 anos; 12 desconheciam o seu ano de nascimento.

7 A seleção de mulheres para os grupos focais deveu-se ao seu papel central como cuidadoras e prestadoras dos primeiros cuidados de saúde às crianças e restantes membros dos agregados familiares. No âmbito da compreensão dos conhecimentos e práticas associados à malária, o seu contributo foi essencial.

reconhece-se que essa é uma limitação do próprio estudo (Temple; Young, 2004, p. 164-165).

O modo de registo preferencial das entrevistas, grupos focais e outros eventos foi a gravação áudio-digital e o vídeo (para os eventos). No entanto, houve interlocutores que não aceitaram a gravação digital e, nesses casos, utilizou-se a tomada de notas. Em suma, das 205 entrevistas e grupos focais realizados, 138 dispõem de um registo em áudio e as restantes 59 possuem, apenas, uma reprodução escrita. As entrevistas em *xiChangana* foram integralmente traduzidas e transcritas para a língua portuguesa (com algumas adaptação no nível da sintaxe), tendo sido revistas pela assistente de campo e pela investigadora.

De modo a compreender as relações interinstitucionais envolvidas na tomada de decisão sobre a adoção de estratégias de controle da malária, realizaram-se, complementarmente, entrevistas em “nível central”, em Organizações Não Governamentais internacionais e nacionais, agências das Nações Unidas, agências multilaterais e movimentos de cariz religioso, tendo todos como denominador comum o apoio ao PNCM por meio de assessorias técnicas, da implementação e do financiamento de atividades de controle da malária em Moçambique. A direção do PNCM e o Instituto de Medicina Tradicional (instituto que integra o Ministério da Saúde) também foram incluídos nesta consulta.

A observação participante foi transversal a todo o período de permanência em Moçambique (desde março de 2008 a julho de 2012), com especial ênfase para os últimos dois anos, quando houve uma vivência diária de maior proximidade com os *tinyanga*, pastores de igrejas cristãs e da religião muçulmana e líderes comunitários.

## Terminologias e interpretações locais da doença da malária

Na sociedade de Chókwè, enquanto pertencente ao grupo etnolinguístico *xiChangana* e partilhando relações sociais, culturais e históricas específicas,

o acesso aos significados das enfermidades, aos seus sintomas e à terminologia pertencem à esfera privada, ao mesmo tempo que fazem parte da matriz partilhada pelos membros de uma sociedade. Paralelamente, a partilha de símbolos linguísticos dificilmente nos remete para a partilha dos seus significados. Recorrendo à etnometodologia e ao legado de Coulon, a indexicabilidade na relação entre indivíduos destaca os determinantes contextuais que estão, implicitamente, anexados à palavra e que vão para além do contexto em que ela é utilizada (Coulon, 1995, p. 17). Num quadro de saúde e doença, o acesso ao significado dos termos é dificultado pelo sofrimento e aflição do momento ou pelas marcas e traumas deixados por um episódio passado.

Por outro lado, Price (1987, p. 313 apud Kamat, 2013, p. 82) chama-nos a atenção para a informação que é integrada como experiência por terceiros ao referir: “*Individuals gain information about entire illness episodes without having personally experienced those events. Such second hand episodes are integrated with those the person has directly experienced and become part of his or her current script concerning illness*”. Esse conhecimento socialmente gerado e que é reconfigurado ao longo das experiências vivenciadas pelos pacientes e familiares reforça a constante (re)construção e dinamismos dos conhecimentos médicos tradicionais.

As diferentes terminologias e a descrição dos seus sintomas e sinais reforçam a complexidade da análise dos fenômenos de saúde e doença, assim como as intervenções de saúde pública promovidas pelas instituições biomédicas. O termo *malária*<sup>8</sup> é bastante recente no léxico da população do distrito de Chókwè, com exceção de todos aqueles que tiveram uma relação próxima com os colonos portugueses durante a ocupação colonial ou tiveram um contato mais próximo com as instituições biomédicas no período pós-independência, como os militares, os funcionários públicos, os voluntários da Cruz Vermelha moçambicana, entre outras pessoas das aldeias com maior ligação à Administração do distrito. Segundo os meus entrevistados, a vulgarização do termo ma-

8 Devido à subjetividade envolvida na interpretação dos conceitos de saúde e doença, neste artigo considerou-se a existência de *malária* e *malária*, em que esta última se refere à categoria biomédica e a primeira à enunciação dos interlocutores.

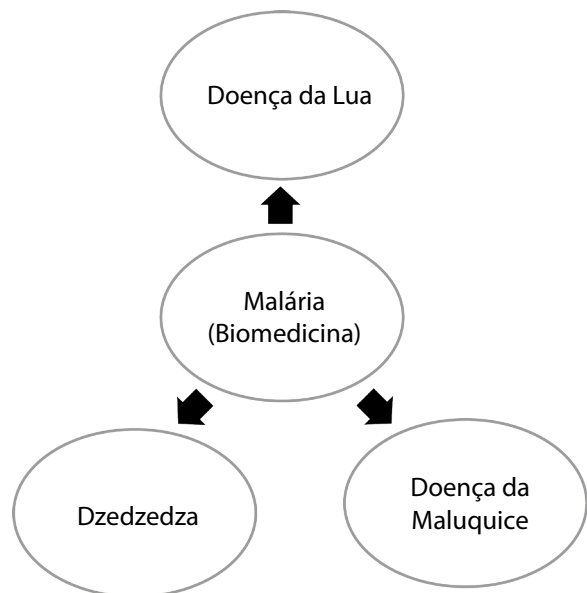
lária dá-se com as cheias de fevereiro do ano 2000, em que as zonas mais afetadas da província de Gaza receberam, durante vários meses, trabalhadores de várias ONGs de ajuda humanitária. Essas organizações distribuíram milhares de redes mosquiteiras e ajuda alimentar e realizaram ações de educação para a saúde nos campos de realojamento, em que se explicava a importância da higiene pessoal e coletiva, do saneamento do meio, da vacinação das crianças e do uso regular da rede mosquiteira. A maioria dos entrevistados referiu as cheias de 2000 como um momento de transição, de onde emergiram várias epidemias nunca antes experienciadas - referindo-se à malária, à cólera e ao HIV/AIDS -, assim como a alteração da “maneira de viver”, resultado de uma nova ocupação do espaço urbano e da fixação da população forçada a transferir-se das zonas baixas (junto ao rio Limpopo) e junto ao regadio.

À semelhança de estudos realizados na África Austral (Erhun; Agbani; Adesanya, 2005, p. 26; Pool et al., 2006, p. 1672; Hlongwana et al., 2009, p. 7), no distrito de Chókwè, a *malária* é, em termos gerais, considerada uma “doença do hospital”<sup>9</sup>, e os doentes e familiares procuram tratamento nos Centros de Saúde, confiando e reconhecendo na biomedicina os meios e conhecimento necessário para lhes garantirem a cura. O reconhecimento das “doenças do hospital” afirma-se como o resultado de uma apropriação progressiva e adaptada de novos conhecimentos e práticas na área da saúde. No entanto, como será apresentado, os sinais e sintomas da malária podem ser confundidos com doenças fora da esfera biomédica.

Quando os interlocutores foram questionados sobre a existência ou não da *malária* “naquele tempo”<sup>10</sup>, as respostas dividiram-se entre aqueles que consideravam que, no passado, não havia *malária* e aqueles que referiam que a *dzedzedza*<sup>11</sup> - terminologia

local - sempre existiu. Essa designação tradicional tinha sido posteriormente substituída por *malária*, ocorrendo, assim, uma alteração dos termos<sup>12</sup>. Não foi encontrada, na bibliografia disponível, uma explicação sobre esses dois modos de nomear a doença, mas considera-se, neste estudo, que a existência de febre em ambas as enfermidades (*malária* e *dzedzedza*), uma exposição elevada às terminologias biomédicas após as cheias de 2000 e o diagnóstico de malária clínica sempre que o doente tivesse febre reforçaram a fusão dos dois conceitos ao considerá-los sinônimos.

**Figura 1 – A integração da malária nas etnomedicinas locais e suas terminologias**



De acordo com os testemunhos dos interlocutores, se a associação entre a *malária* e *dzedzedza* não gera falsas interpretações e “erros de tradução” entre provedores e pacientes, a extrapolação da

9 Atualmente, as “doenças do hospital” caracterizam-se por serem aquelas enfermidades em que os interlocutores reconhecem o poder terapêutico da biomedicina e cuja etiologia pode estar ligada ao incumprimento de medidas preventivas de saúde coletiva e individual, amplamente divulgadas em campanhas e atividades de promoção de saúde, como o não uso da rede mosquiteira, a não limpeza do espaço envolvente à habitação, uma deficiente higiene pessoal e o consumo de água imprópria.

10 Expressão utilizada para aludir a um passado remoto, pré-colonial e colonial. Passador (2011) também apresenta essa expressão na construção de alteridade com um tempo e espaço social “povoado de coisas da tradição” (p. 43-47).

11 *Dzedzedza* refere-se à febre, sensação de aquecimento do corpo. Em *xiChangana*, esse termo é considerado uma onomatopeia associada aos tremores de frio durante a febre.

12 Ver também Pool et al. (2006, p. 1672).

malária para outras enfermidades, consideradas “da tradição”<sup>13</sup>, gera incerteza na determinação da etiologia devido aos episódios de convulsões, e, conseqüentemente, a indefinição do provedor a que recorrer.

De acordo com a cosmovisão local, as convulsões e a sua manifestação violenta – contração brusca e involuntária dos músculos – remetem a várias etiologias que, segundo Guiliche (2002, p. 49), se podem dividir em: *kutsivelela*, a falta da cerimônia de recepção das crianças recém-nascidas na família (apresentação aos vivos e mortos da linhagem patrilinear); *kuphalha*, um castigo dos antepassados decorrente da falta de cerimônia familiar ou desacordo em relação à atribuição de um nome a uma criança<sup>14</sup>; e, ainda, *kuthankiwa*, sanção social devido à prática de roubo, de adultério ou assassinato. Na investigação qualitativa, realizada em Chókwe, foram registados relatos em que se colocavam as crianças durante a convulsão sobre as cinzas da fogueira onde se cozinha, de modo a evitar o contato com a sua urina e fezes, que transmitem as convulsões (Bingham et al., 2012, p. 5), que são, localmente, interpretadas como pertencendo à esfera de intervenção dos *tinyanga* (Baume; Helitzer; Kachur, 2000, p. 1498-1499; Okeke; Okeibunor, 2010, p. 65-66).

A “doença da lua” foi frequentemente referida e surge, por norma, associada às crianças (Bingham et al., 2012, p. 5). No entanto, caso não sejam tomadas medidas preventivas durante a infância, ela também se pode manifestar na idade adulta. Sendo uma doença tradicional, a expressão mais frequente para definir os seus sinais é a de “a criança cair, assustar-se e ter ataques”. *Nyoka* é a palavra, em *xiChangana*, que se refere a uma cobra<sup>15</sup> (também utilizada como sinônimo de lombrigas) e acredita-se que é o agente causador da “doença da lua”, localizando-se no tubo digestivo, a partir do qual pode afetar outras partes do corpo (Straus et al., 2011, p. 6). O trabalho de campo de Edward Green na província de Gaza, com *tinyanga*, concluiu que todas as pessoas nascem com *nyoka* e esta é despoletada quando impurezas e sujidades se acumulam no seu corpo (Green, 1996), originando a enfermidade *nyokani*. Quando a *nyoka* é incomodada, as suas manifestações ocorrem na pessoa, estando as convulsões relacionadas com as fases da lua (Edward, 2007, p. 5). Na medida em que não é considerada uma “doença do hospital”, o tratamento preventivo (*dlanyoki*)<sup>16</sup> só pode ser obtido através de um *nyanga* ou de familiares mais velhos.

Segundo os provedores biomédicos que foram contactados, a sobreposição entre a “doença da lua”

13 Nesta investigação, a “doença da tradição” remete-nos para um sentido de enfermidade social, em que os indivíduos não veem satisfeitas as suas aspirações pessoais e sociais e, adicionalmente, quebram ou não respeitam regras sociais definidas entre si ou com os seus antepassados. Ainda que o fenómeno da enfermidade seja de difícil delimitação conceitual, a “doença da tradição” pode estar associada à incapacidade em gerar descendência e sua manutenção, e ao não alcance do bem-estar em termos gerais, que se pode manifestar através da dificuldade em obter um emprego, insucesso de um negócio, destruição de uma produção agrícola, entre outros. Ao contrário das conclusões de Passador (2011), o trabalho de campo associado a esta investigação distingue claramente as enfermidades associadas às “doenças da tradição” e à feitiçaria, sendo esta última a que culmina comumente numa morte rápida e inesperada. Não sendo esta investigação focalizada na feitiçaria, há que ter em conta que a análise dos discursos dos interlocutores conduz a um reconhecimento dos contributos de Jean Comaroff (1993, p. 3), que considera a feitiçaria contemporânea como uma manifestação moderna da incerteza, uma inquietação moral e uma recompensa e aspiração desiguais no momento atual. As histórias pessoais encontradas sobre a feitiçaria têm uma estrutura narrativa comum e procuram inverter o estatuto econômico e a distribuição de poder nas relações interpessoais. Importa saber se as habituais designações de inveja e cobiça social significam que estamos perante processos de nivelamento, redistribuição e justiça social (Milando, 2007, p. 95; Fisiy; Geschiere, 2001, p. 227), na medida em que a acumulação é sempre considerada um ato individualista (“comer sozinho”) (Passador, 2011), em que o sucesso de uns implica danos sobre os restantes.

14 As definições atribuídas por Passador e Honwana remetem à evocação dos espíritos dos antepassados (Passador, 2011) e a um ato de respeito e comunicação permanente com os antepassados, que confere ao grupo uma sensação de segurança e estabilidade (Honwana, 2002, p. 258).

15 Sobre a associação das convulsões a causas sobrenaturais, Bonnet (1986, p. 44), relativamente ao paludismo no Burkina Faso, refere-se às convulsões como “doença do pássaro”. Muela (2000, p. 70), por sua vez, afirma que se crê que a *degedege* – expressão local utilizada, na Tanzânia, para mencionar a malária complicada ou malária cerebral – é provocada por borboletas que rodeiam uma casa e atacam as crianças (Kamat, 2013, p. 108).

16 *Dlanyoka* é composto por um leite feito a partir de várias folhas verdes esmagadas, que é ingerido na aurora e ao pôr-do-sol pelos recém-nascidos, nos primeiros meses de vida. Dada a extensão dessa prática por todo o país, o Ministério da Saúde incluiu, na sua campanha sobre amamentação exclusiva até os seis meses, uma referência sobre a administração de remédios “tradicionais” a recém-nascidos.

e a malária, complicada e cerebral, está na origem da procura tardia dos serviços de saúde, uma vez que as mães iniciam o tratamento tradicional, em casa ou com um *nyanga*, e só, posteriormente, recorrem ao centro de saúde. Confirmada a malária cerebral, esse atraso pode implicar lesões cerebrais, situações de anemia grave e, em casos mais drásticos, a morte.

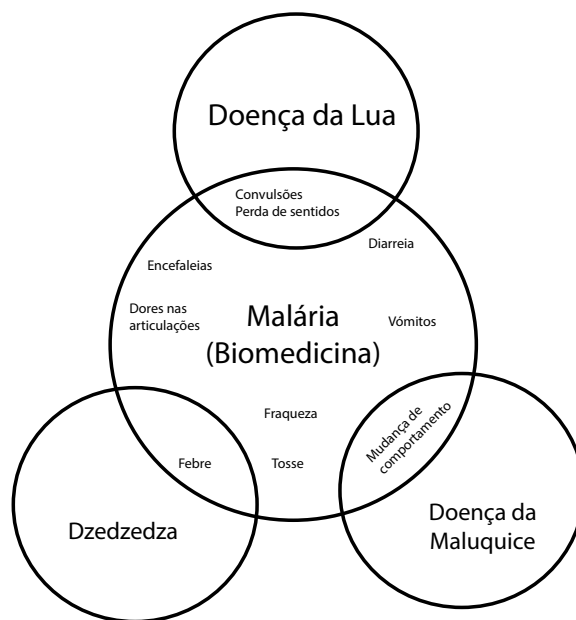
Para além da recepção tardia de cuidados de saúde, os próprios técnicos sanitários referiram que é necessário esperar algumas horas antes de se administrar os antimaláricos, as transfusões de sangue ou outras terapêuticas devido à ação dos remédios tradicionais, administrados pelos *tinyanga*, familiares ou conhecidos, nos pacientes. Com base em experiências anteriores, receiam que possa haver uma intoxicação por acumulação de medicamentos num momento em que o sistema imunitário está fragilizado. Contrariamente, no estudo conduzido por Langwick (2007, p. 89), os médicos tradicionais<sup>17</sup> advogam que a utilização de seringas (injeção em contexto biomédico) antes do tratamento da *degedege*, quando de um episódio de malária, pode ter consequências fatais para o doente.

A partilha de sintomas da malária e de outras enfermidades torna as fronteiras e categorias definidoras do tipo de provedor a que recorrer e a etiologia da enfermidade muito nublosas e vagas, originando uma busca terapêutica complementar entre a “tradição” e a “modernidade” pelos doentes e seus familiares (Honwana, 2002; Passador, 2011; Meneses, 2004a apud Passador, 2011; Sequeira, 2015). A “doença da lua”, a *degedege* ou outras enfermidades de terminologia biomédica que partilham o sinal exterior da convulsão, tais como a convulsão febril, a meningite, a epilepsia e a malária cerebral, continuam a ter associações locais do foro espiritual e ancestral. Quer no distrito de Chókwè quer noutros contextos geográficos, as campanhas de educação para a saúde que enfatizam a procura de cuidados biomédicos têm alcançado resultados muito diminutos (Spjeldnæs; Bjørn, 2010). Se nas palestras dos técnicos sanitários e enfermeiros a “doença da lua” é equiparada à malária cerebral e as mães devem procurar cuidados de saúde biomédicos, as

percepções locais sobre as convulsões são mais complexas e profundas que uma mera substituição de terminologias<sup>18</sup>.

Para além da sobreposição de significados entre a “doença da lua” e a *malária*, com o sinal comum das convulsões, foi igualmente recorrente a relação entre a *malária* e a “doença de maluquice” (considerada “doença da tradição”), normalmente associada a um discurso sem sentido e ofensivo para os presentes.

**Figura 2 – Partilha de sinais e sintomas entre as várias etnodoenças e a malária**



Em suma, a Figura 2 expressa a complexidade de terminologias e traduções possíveis para a *malária* que podemos encontrar na sociedade de Chókwè. Através dos testemunhos recolhidos, acedemos às reconfigurações que a identificação e os diagnósticos locais têm enfrentado devido ao maior contato com a biomedicina, resultante da progressiva expansão dos serviços biomédicos e da calamidade natural que afetou Moçambique no ano 2000.

Em nível local, a identificação da *malária* pela presença de um ou vários dos sinais e sintomas

17 A autora recorre à expressão inglesa “*healers*”.

18 Ver Nichter (2008, p. 44) sobre a introdução de novos conhecimentos e práticas nas campanhas de saúde e o seu impacto no saber e práticas locais.



descritos torna-se complexa, porque essa terminologia foi recentemente integrada no léxico local e, além disso, partilha os sinais e sintomas com outras três etnodoenças e com outras enfermidades biomédicas.

## Discursos sobre o papel do *nyanga*

A medicina tradicional é um dos sistemas etnomédicos presentes na sociedade de Chókwe que nos remetem ao período pré-colonial e para as estratégias e recursos desenvolvidos pelas sociedades para enfrentar a doença e a saúde. Segundo Baquar (1995, p. 140), um dos eventos que contribuíram enormemente para o desenvolvimento da medicina tradicional foram os momentos de conflitos militares entre os grupos étnicos, em que as plantas permitiam curar enfermidades e ferimentos derivados desses confrontos (Honwana, 2002; Passador, 2011).

A **matéria médica** (ingredientes/compostos dos medicamentos) utilizada é composta por folhas, raízes, sementes, frutos, bolbos, casca de troncos ou ramos e seiva, que são manuseados e transformados (por vezes misturados com óleos vegetais e gorduras animais) para aplicação humana. O uso de plantas medicinais é, por vezes, acompanhado por rituais que implicam o entoar de cantigas tradicionais, o uso de amuletos e outras proteções nas casas e a queima de incenso (Baquar, 1995, p. 143). No entanto, a medicina tradicional não se cinge a elementos vegetais, animais e minerais. Uma vez que, na cosmovisão africana, a doença e o infortúnio podem ter etiologias diversas, tais como a quebra de tabus sociais, o incumprimento de obrigações com os antepassados e a feitiçaria, há um somatório de saberes e práticas que nos remetem à manutenção da ordem e equilíbrio na esfera social da linhagem (vivos e antepassados). Existe um conjunto de conhecimentos e práticas que operam na manutenção dessa ordem e integram várias significações simbólicas (Fialho, 2003, p. 128) que, ao ser manipuladas e reconfiguradas de acordo com a realidade experienciada pelo grupo e seus constituintes, resultará num fortalecimento dos laços sociais (Fialho, 2003, p.

131), na “domesticação da incerteza” (Granjo, 2009) e, para alguns dos meus interlocutores, num conflito entre a “tradição” e a modernidade.

A relação entre pacientes/*tinyanga* que, “naquele tempo”, se caracterizava pela confiança, preocupação pela integridade e bem-estar comum, transformou-se na prestação de um serviço, sujeito às regras do mercado - custo de oportunidade, lógica de oferta e procura, especificidade do serviço prestado e carteira de clientes. A monetarização, comoditização da vida social<sup>19</sup> e a elevada mobilidade alteraram profundamente a lógica de prestação de cuidados de saúde dos *tinyanga*. Antes, a cobrança do serviço prestado realizava-se apenas após a família do doente ter comprovado a eficácia do tratamento.

Durante o período colonial, vários testemunhos referem que o modo de pagamento do trabalho realizado pelos *tinyanga* se baseava na troca de bens, tais como galinhas ou milho, e quem tivesse acesso aos escudos pagaria com essa moeda.

Atualmente, uma das principais críticas tecidas aos *tinyanga* é o fato de os seus serviços serem muito dispendiosos, sendo comparados com as práticas de compensação a que alguns dos entrevistados estavam habituados durante o período de ocupação colonial e pós-colonial. Por outro lado, foi também referida a falta de compaixão em relação à situação de enfermidade e de solidariedade em face da ausência de recursos financeiros e materiais dos pacientes que contratam os seus serviços.

As rápidas transformações ocorridas na vida social e a quebra de lealdades e obrigações para com o grupo também se refletem no domínio da feitiçaria, nomeadamente em relação às censuras ao *modus operandi* dos *tinyanga*. Eles deixaram de ser considerados elementos de união, membros de elevado estatuto e zeladores da comunidade para serem considerados destruidores/predadores do bem comum e da vida individual perante as condições de pagamento que exigem e a sensação de “sem saída” que transmitem aos clientes. Assim, se um infortúnio/enfermidade é diagnosticado como fazendo parte da esfera tradicional (“doença da tradição”

<sup>19</sup> Ver também Pfeiffer (2005, p. 257) e Passador (2011).

ou feitiçaria), o paciente e a sua família podem não encontrar alternativas, em face da excessiva exigência monetária para realizar o tratamento e a probabilidade de insucesso terapêutico. Nesses casos, as pessoas deparam-se com o dilema entre continuar doentes e sem possibilidade de cura ou hipotecar o seu futuro contraindo empréstimos com familiares ou, ainda, entregar uma cabeça de gado, normalmente guardada para outras obrigações sociais, como o *lobolo* e cerimônias fúnebres. Como veremos adiante, os pastores ziones são uma solução para esse dilema, a alternativa ao conflito de interesses e à decisão de vida ou de morte.

Os discursos relativos ao caráter individualista com que o *nyanga* gere as suas relações interpessoais terapêuticas são extensivos à ineficácia curativa de alguns dos seus tratamentos e à retenção dos clientes no seu domicílio. Apesar dos *tinyanga* referirem que, quando não conseguem tratar determinada enfermidade com as suas terapêuticas (espirituais ou medicinais), aconselham o doente a dirigir-se ao hospital, muitos dos meus entrevistados afirmaram que essa decisão é, frequentemente, tardia e tomada após a submissão dos enfermos a diferentes tratamentos tradicionais e à degradação visível da sua saúde. A ocorrência reiterada desses episódios originou vários encontros entre técnicos dos centros de saúde, líderes comunitários, elementos da Administração Distrital e *tinyanga*, de modo a sensibilizar estes últimos para a importância da transferência atempada dos pacientes. Na medida em que não existem instrumentos legais que possam atribuir transgressão ou negligência a atos terapêuticos realizados por provedores de cuidados sanitários não biomédicos, as instituições que tutelam a saúde recorrem a esses encontros para minorar o impacto das ações desses cuidadores tradicionais.

Outra crítica social amplamente relatada em relação aos *tinyanga* refere-se a serem promotores de conflitos no seio das famílias, uma vez que, durante o processo de adivinhação, acusam parentes de “encomendarem” enfermidades e infortúnios (feitiçaria) para outros membros da linhagem. Segundo os meus interlocutores, muitas dessas acusações eram consi-

deradas infundadas e arbitrárias, desconsiderando os laços e lealdades familiares existentes. Por outro lado, a arbitrariedade atribuída ao processamento da adivinhação não diferenciava os componentes da linhagem, o seu estatuto na hierarquia social ou seus contributos para o grupo, estando qualquer deles sujeito a ser acusado de mandar enfeitiçar outro. O diagnóstico elaborado pelos *tinyanga* é, com frequência, considerado irrevogável e lhe é atribuído um caráter absoluto, principalmente se se consulta um *nyanga* com quem já foi estabelecida uma relação de confiança e já foram obtidos resultados positivos.

Caso existam dúvidas quanto ao diagnóstico, e se a família do paciente tiver condições econômicas para tal, poderá consultar outro *nyanga*. O segundo irá confirmar ou infirmar o diagnóstico inicial. Honwana (2002) identifica três consequências que emergem da consulta a vários *tinyanga*:

- 1) mais *tinyanga* têm acesso a clientes e o paciente tem de pagar duas ou três consultas para resolver o mesmo problema;
- 2) o conhecimento e os poderes do *nyanga* diluem-se e enfraquecem, pois o seu diagnóstico se torna, cada vez mais, questionável;
- 3) os *tinyanga* podem, eventualmente, optar por apresentar diagnósticos menos precisos e mais vagos para entrarem em consonância com as expectativas do doente e garantir o seu retorno, no futuro (p. 73).

Ao ser reconhecida alguma aleatoriedade em relação às vítimas de atos de feitiçaria, os interlocutores reconheceram igual arbitrariedade na acusação por parte de quem está na sua origem, através do diagnóstico realizado pelo *tinyanga*, principalmente quando são envolvidos membros da mesma linhagem ou elementos que habitam no mesmo quintal (familiares que não pertencem à mesma linhagem, ou pessoas que por algum motivo vivem no mesmo quintal<sup>20</sup>). No entanto, essa arbitrariedade não retira o efeito acusatório e o estigma social atribuído ao indivíduo e ao seu núcleo (linhagem e elementos que habitam no mesmo quintal), contribuindo, por

20 Foram encontrados casos de visitantes de longa duração, pessoas que alugavam quartos que se localizavam dentro do quintal e trabalhadores de algum dos membros da linhagem.

vezes, para a desagregação familiar - separação entre marido e mulher, irmãos, abandono de idosos - ou, em casos extremos, para os linchamentos considerados uma justiça privatizada (Serra, 2008). Essa imprevisível arbitrariedade conduz à vulnerabilidade de alguns grupos sociais, como as mulheres idosas viúvas que, ao viverem no quintal com os seus filhos, noras e netos, veem o seu estatuto social ser diminuído e, por vezes, são discriminadas dentro do agregado, tendo que garantir os seus próprios meios de subsistência<sup>21</sup>.

A crescente mobilidade e a concentração populacional em determinados locais propiciam a existência de um número mais elevado de *tinyanga* e dificultam o seu (re)conhecimento por parte da comunidade, daí decorrendo uma menor confiança nos seus processos terapêuticos e ocasionando disputas tanto de poder entre os *tinyanga* como para captar a atenção de potencial clientela.

Esses conflitos estão associados também ao prejuízo alheio, quer por intermédio da “encomenda” de um feitiço, quer por o seu diagnóstico desvendar a identidade do promotor do ato de feitiçaria. Segundo os entrevistados, essas conclusões caracterizam-se por uma grande arbitrariedade e desrespeito pelo estatuto e posição social dos indivíduos dentro do grupo.

Como, também, já foi referido, os *tinyanga* desempenham um papel importante para aqueles que procuram proteção para projetos futuros que apresentam risco e perigo. Os testemunhos recolhidos no distrito de Chókwè mencionavam o seu uso por emigrantes moçambicanos que procuram novas oportunidades na África do Sul, umas de natureza legal e outras criminosas. Alguns *tinyanga*, também, referiram que vários membros da cúpula política da sua aldeia e da cidade de Chókwè eram clientes frequentes.

Com base na diversidade de motivações que levam os doentes/clientes a dirigirem-se aos *tinyanga*, torna-se evidente que estes acedem a muita informação sobre as suas comunidades, as tensões e conflitos existentes entre pessoas e os seus planos para o futuro. Esse duplo poder sobre o outro (saber

sobre o outro e a possibilidade de fazer algo contra o outro) faz dos *tinyanga*, também, membros temidos e repudiados.

Esses discursos sobre os *tinyanga* devem, igualmente, ser enquadrados num contexto de forte cristianização da sociedade e demonização dos *tinyanga* como fonte de infortúnios e a antítese de um bom cristão. Não obstante, dos testemunhos recolhidos ao longo do trabalho de campo, muitos foram aqueles que referiram que a consulta a esses terapeutas tradicionais é sempre realizada de noite, para que a identidade do paciente/cliente não seja revelada publicamente e, desse modo, fique exposto às interpretações e julgamentos locais, bem como aos riscos que poderão estar implicados.

A negociação no ato da consulta ao *tinyanga*, como a qualquer outro provedor, não tem de ser do agrado e concordância do doente/cliente (Langwick, 2007, p. 112), mas da interpretação que este faz dos benefícios e bem-estar que daí advirão. Em suma, os indivíduos tomam uma decisão meramente pragmática, que resulta de um dilema pessoal entre as suas crenças e conhecimentos e o seu sucesso e bem-estar.

## Discurso sobre os pastores das igrejas ziones – “Curandeiros com Bíblia?”<sup>22</sup>

Algumas das igrejas existentes no distrito de Chókwè detêm um papel importante na prestação de cuidados de saúde aos seus crentes e a indivíduos de outros credos. Apesar de as igrejas missionárias cristãs (católicas e protestantes) terem tido, durante o período de ocupação colonial, uma “missão civilizadora” no contato com as populações locais (Cruz e Silva, 1992) - incluindo a prestação de cuidados biomédicos -, desde o início do século XX até a atualidade observa-se um crescimento no número de igrejas pentecostais e igrejas independentes africanas, cujos membros do topo da hierarquia realizam práticas curativas, recorrendo à medicina tradicional e/ou à cura espiritual.

21 Sobre os “malefícios” atribuídos às mulheres na sociedade de Homoíne, ver Passador (2011).

22 Expressão utilizada pelos interlocutores entrevistados.

As igrejas ziones<sup>23</sup> incluem nas suas práticas religiosas elementos da “tradição” africana e reconhecerem a existência dos antepassados e de espíritos malignos. No entanto, assumem uma total rejeição dos *tinyanga*, uma vez que para os zionistas eles personificam a maldade e a desgraça, sendo considerados a antítese de Deus, da harmonia e da saúde<sup>24</sup>.

Para os zionistas, os designados herbalistas (*tinyanga* que apenas usam plantas e raízes e que não evocam os espíritos nem utilizam o *tinhlolo*<sup>25</sup>) não constituem uma ameaça à ordem da sociedade e podem, inclusive, vir a ser membros da igreja zione. No entanto, os demais *tinyanga* são considerados, para os membros das igrejas ziones e seus pastores, como mediadores de desgraças e infortúnios.

Vários interlocutores referiram que os *maziones*<sup>26</sup> curam enfermidades relacionadas com a feitiçaria (mas também podem estar na origem de atos de feitiçaria), utilizam plantas e raízes nos seus tratamentos, assim como cinzas e raízes. Os membros das igrejas ziones souberam, unanimemente, declarar a realização de práticas terapêuticas e curas espirituais.

Num contexto em que os serviços biomédicos de saúde têm uma reduzida cobertura, e em face das inúmeras críticas realizadas aos *tinyanga*, os seguidores das igrejas ziones, motivados pela cura de uma enfermidade ou caso de feitiçaria, consideram essas igrejas como a “melhor solução” local: forte ligação comunitária<sup>27</sup>, consolo, reciprocidade e resultados terapêuticos positivos a baixo custo.

As vantagens do sincretismo referidas atrás são evidentes para os membros das igrejas ziones e para aqueles que a procuram na esperança da resolução

de uma enfermidade. No entanto, a maioria dos interlocutores, ao aliar os *maziones* aos *tinyanga*, assumem uma postura defensiva e de rejeição, por ambos estarem associados aos espíritos malignos, ao infortúnio e à enfermidade. Este fenómeno é recente e expressa a difusão das igrejas ziones, no sul de Moçambique, e, em especial, no distrito de Chókwè.

Essa comunidade religiosa com práticas terapêuticas é comumente conhecida entre a população local, ainda que, por vezes, possa existir um desconhecimento dos seus rituais. Nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde destacados para os centros de saúde nas áreas remotas, as opiniões e experiências dividem-se em três categorias: aqueles que sabem da sua existência, mas os confundem com os *tinyanga*, mantendo com eles uma fraca colaboração; os que desconhecem a existência de “igrejas que curam doenças”; e, por último, aqueles que conhecem as igrejas e as suas práticas.

Numa conversa informal com um dos responsáveis pelos cuidados de saúde biomédicos que são prestados no distrito de Chókwè, foi referido que a existência de igrejas que curam doenças constituía uma total novidade, apesar de, indiretamente, já ter existido um conflito com um pastor de uma igreja zione que se pensou ser um *nyanga*.

As sociedades locais onde esses provedores estão implantados acusam-nos da prática de feitiçaria e de contribuírem para a desordem, o conflito entre familiares e comunidades e de colocarem em risco a vida dos doentes que dizem querer curar (o mesmo tipo de relato é recolhido sobre os *tinyanga*). Os serviços biomédicos e os seus técnicos exercem a atividade entre quatro paredes, envolvendo-se pouco e mal

23 O termo igrejas ziones será utilizado no plural, uma vez que há uma ampla diversidade de cultos, práticas curativas e tabus alimentares que não são partilhadas por todos os pastores e crentes que frequentam as congregações com essa denominação.

24 Sobre as igrejas ziones, ver Comaroff (1985), Oosthizen (1992), Niekerk (1992), Agadjanian (1999), Mahumane (2004), Grundmann (2006), Goudge (2009), Kamp (2011), Cavallo (2013).

25 O *tinhlolo*, ou “lançar das pedras”, na tradução para português, é composto por um conjunto de conchas, sementes de canhu, ossos de vários animais (como o cabrito, a zebra, a girafa, o cudo) e placas ósseas da carapaça dorsal de tartarugas que são lançados pelo *nyanga* sobre uma pele seca de cabrito.

26 Expressão utilizada na gíria local e em *xiChangana* para se referir aos membros da igreja zione e seus pastores.

27 No caso dos doentes que procuram ajuda nas igrejas, o cumprimento das instruções dos pastores, associado ao sofrimento inerente à sua condição, transforma as relações entre fiéis em relações entre irmãos (termo referido várias vezes pelos entrevistados). Além disso, como também foi observado noutras igrejas cristãs, o fomento da participação dos crentes nos rituais, encontros por grupos etários, visitas ao domicílio e a doentes, o coro, a limpeza da igreja, as contribuições monetárias, entre outros, reforçam a experiência comunitária.

conhecendo outros provedores de saúde que possam existir no perímetro da sua ação. As outras organizações internacionais desconhecem esses atores e mantêm-se fiéis a uma cartilha de intervenção que desconsidera as dinâmicas e especificidades locais.

As igrejas e os profetas ziones, como provedores modernos de cuidados de saúde, com uma identidade ambivalente e porosa para uns e desconhecida para outros, refletem o dinamismo dos movimentos sociais e religiosos africanos. A pertença e práxis religiosa é uma garantia de proteção das aflições, dos maus espíritos, da feitiçaria e das enfermidades, e os pastores das igrejas ziones, ao realizarem as curas espirituais e recorrerem à medicina tradicional, contribuem para a construção social das enfermidades e reinterpretem os saberes cosmológicos. Essa reinterpretação dos saberes dá-se na relação dos crentes com os seus antepassados, no desempenho dos papéis sociais adquiridos e nas relações sociais estabelecidas entre os crentes e a restante da sociedade.

## Discussão

Ao procurar compreender as várias interpretações locais sobre essa doença, quer dos variados provedores de saúde, quer dos indivíduos singulares, concluiu-se que a malária é, presentemente, classificada como uma “doença do hospital” pela maioria dos interlocutores. No entanto, essa denominação não se reduz a significados estanques e exclusivos. Antes, pelo contrário: o diagnóstico e a procura de tratamento para a malária são influenciados por fatores de ordem econômica, organizacional (etnomedicinas e provedores existentes) e relacional (estatuto social, prestígio e ligações políticas). Nesse sentido, o conhecimento dos provedores não biomédicos disponíveis numa sociedade é essencial para os pacientes que procuram a cura das suas enfermidades, dentro da sua cosmovisão e do limite das suas crenças.

Na atual conjuntura e com a expansão das igrejas cristãs pentecostais carismáticas que são contrárias à manutenção de crenças e terapias

consideradas “tradicionalistas”, os *tinyanga* são demonizados pelos infortúnios causados, alegadamente decorrentes das suas práticas, consideradas de feitiçaria. Ao contrário do discurso do passado, hoje em dia são considerados elementos de desagregação social, mais focados nos seus ganhos diretos (“individualismo”) do que nas suas missões curativas. No atual contexto de pluralismo terapêutico e elevada mobilidade, a falta de sensibilidade e compaixão atribuída aos *tinyanga* deve-se à monetarização e comoditização dos seus saberes e rituais medicinais, bem como à competição com outros provedores na captação de doentes.

Apesar de a maioria das instituições religiosas no sul de Moçambique não se vocacionarem para a realização de práticas terapêuticas e espirituais, as igrejas ziones atraem um número muito significativo de crentes, em grande medida devido aos seus rituais curativos. Essas igrejas valorizam as crenças tradicionais, reconhecem a importância da relação com os antepassados e reproduzem alguns dos tratamentos realizados pelos *tinyanga*. No entanto, distanciam-se deles, na medida em que invocam a ajuda do Espírito Santo e a aquisição, por via divina, dos dons espirituais<sup>28</sup>. À semelhança das outras igrejas cristãs, também os pastores ziones condenam e desaconselham a ida aos *tinyanga* que, segundo eles, enriquecem à custa do infortúnio e desgraça alheios. Para os seguidores das igrejas ziones, motivados pela cura de uma enfermidade ou caso de feitiçaria, essas instituições religiosas são consideradas uma alternativa terapêutica a baixo custo com uma base comunitária religiosa de suporte.

Esses atores consideram-se rivais, sendo que apenas em casos pontuais se assiste à sua cooperação. Os provedores biomédicos, quer sendo representantes do Estado, quer da sociedade civil, se autoexcluem dessas relações em nível local, e têm um conhecimento muito superficial e estereotipado das suas práticas. A constante construção social das enfermidades, como a malária, e das relações sociais entre os provedores e os doentes deve estar no centro da planificação das ações de Saúde Pública. A prestação de cuidados de saúde que ignorem

---

<sup>28</sup> Espírito Santo sobre as forças espirituais tradicionais demarca a relação dialética entre a saúde, o bem-estar, a prosperidade e o pentecostalismo, e a enfermidade, o infortúnio e o seguimento da “tradição”.

essas dinâmicas sociais internas e que não dialoguem com os seus principais atores corre o risco de ficar fechada sobre si mesma e de disseminar mensagens descontextualizadas de educação para a saúde. Além disso, num momento em que se assiste a grandes mudanças nos tratamentos utilizados, na tecnologia de diagnóstico e nos conhecimentos biomédicos sobre a malária, é fundamental ter uma estratégia de diálogo e de mobilização comunitária que possa respeitar as etnomedicinas e seus atores. Desse modo, qualquer iniciativa de controle da malária (prevenção, educação, diagnóstico e tratamento) deve dialogar com os conhecimentos, práticas e atores locais, sendo da responsabilidade do Estado (Ministério da Saúde) a mediação dessas relações.

## Conclusão

Os saberes e as terapias ajustam-se às dinâmicas socioculturais, em estreita relação com os hábitos adquiridos. No nível das políticas de saúde, os provedores tradicionais locais ora são desconhecidos e relegados à invisibilidade (pastores ziones), ora assumem um papel subalterno (*tinyanga*) nas políticas de Saúde Pública, alinhavado à medida de um financiamento vindo do exterior e promovido por provedores biomédicos que julgam poder decidir sobre como será a atuação dos *tinyanga* no campo da Saúde. O conhecimento superficial e uma aproximação dos *tinyanga* motivada por agendas internacionais e atores biomédicos externos (Organizações Não Governamentais, agências das Nações Unidas, organizações multilaterais, etc.) deverão ter como ponto de partida a criação de um espaço de diálogo, interconhecimento e partilha de experiências terapêuticas. Caso contrário, a prática biomédica e o encontro clínico dessocializam-se da realidade em que estão inseridos.

A implementação de políticas de saúde que atendam à diversidade local, às relações de poder existentes e aos conhecimentos e práticas médicas pode fortalecer os cuidados biomédicos prestados e harmonizar as relações entre os provedores e a população. Possivelmente, se quando da introdução da nova linha de tratamento da malária e da distri-

buição massiva de Testes de Diagnóstico Rápido da malária por todo o país (2008/2009) tivesse havido um maior envolvimento e esclarecimento comunitário, os doentes e seus familiares não teriam visto os seus conhecimentos e práticas de saúde questionadas (Sequeira, 2015). A menos que as pessoas vejam as suas questões esclarecidas, novos conhecimentos e práticas emergirão com base nas experiências com os serviços biomédicos. Esses novos domínios poderão reforçar ou enfraquecer os serviços biomédicos prestados e os planos de controle da malária existentes para determinada área.

## Referências

- AGADJANIAN, V. As Igrejas Ziones no espaço sociocultural de Moçambique urbano (anos 1980 e 1990). *Lusotopie*, [S.l.], [s.n.], 1999.
- BAQUAR, S. The role of traditional medicine on a rural environment. In: SINDIGA, I. et al (Ed.). *Traditional Medicine in Africa*. Nairobi: East African Educational Publishers, 1995. p. 141-142.
- BAUME, C.; HELITZER, D.; KACHUR, P. Patterns of care for childhood malaria in Zambia. *Social Science & Medicine*, [S.l.], v. 51, n. 10, p. 1491-503, 2000.
- BINGHAM, A. et al. Community perceptions of malaria and vaccines in two districts of Mozambique. *Malaria Journal*, [S.l.], v. 11, p. 1-12, nov. 2012.
- BONNET, D. *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina*. Ouagadougou: Institut Français de Recherche Scientifique pour le Développement en Coopération, 1986.
- CAVALLO, G. *Curar o passado: Mulheres, espíritos e “caminhos fechados” nas igrejas Zione em Maputo*. 2013. Tese (Doutorado em Antropologia) - Instituto de Ciências Sociais, Lisboa, 2013.
- CHÓKWÈ. Direção distrital das atividades económicas de Chókwè: Balanço anual 2011. [S.l.]: Direção Distrital das Atividades Económicas de Chókwè, 2012.

- COMAROFF, J. *Body of power spirit of resistance: The culture and history of a South African people*. London: The University of Chicago Press, 1985.
- COMAROFF, J. The diseased heart of Africa: Medicine, colonialism and the black body. In: LINDENBAUM, S.; LOCK, M. (Ed.). *Knowledge, power and practice: The anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press, 1993. p. 305-329.
- COULON, A. *Ethnomethodology*. Paris: Sage, 1995.
- CRUZ E SILVA, T. Igrejas protestantes no Sul de Moçambique e nacionalismos: O caso da “Missão Suíça” (1940-1974). *Estudos Moçambicanos*, Maputo, n. 10, p. 21-39, 1992.
- EDWARD, A. et al. Examining the evidence of under-five mortality reduction in a community-based programme in Gaza, Mozambique. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, [S.l.], v. 101, n. 8, p. 814-822, 2007.
- ERHUN, W.; AGBANI, E.; ADESANYA, S. Malaria prevention: Knowledge, attitude and practice in a Southwestern Nigerian community. *African Journal of Biomedical Research*, [S.l.], v. 8, p. 25-29, 2005.
- FIALHO, J. A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde. *Caderno de Estudos Africanos*. Lisboa, n. 4, p. 121-133, jan./jul. 2003.
- FISIY, C.; GESCHIERE, P. Witchcraft, development and paranoia in Cameroon: Interactions between popular, academic and state discourse. In: MOORE, H.; SANDERS, T. (Ed.). *Magical interpretations: Material realities: Modernity, witchcraft and the occult in postcolonial Africa*. New York: Routledge, 2001. p. 226-246.
- GOUDGE, J. et al. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: Longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*, S.l., v. 9, n. 75, 2009. Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-75>>. Acesso em: 2 jul. 2013.
- GRANJO, P. Saúde e doença em Moçambique. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 567-581, 2009.
- GREEN, E. Purity, pollution and the invisible snake in Southern Africa. *Medical Anthropology*, S.l., v. 17, maio 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8757714>>. Acesso em: 1 maio 2013.
- GRUNDMANN, C. Heaven below here and now! The Zionist churches in Southern Africa. *International Journal for the Study of the Christian Church*, S.l., v. 6, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14742250600877125>>. Acesso em: 2 jul. 2013.
- GUILICHE, T. *Percepção, cura e integração social da criança epilética: um estudo de caso na zona periférica da cidade de Maputo*. 2002. Dissertação (Licenciatura em Antropologia) - Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, 2002.
- HLONGWANA, K. et al. Community knowledge, attitudes and practices (KAP) on malaria in Swaziland: A country earmarked for malaria elimination. *Malaria Journal*, [S.l.], v. 8, n. 29, p. 8-29, 2009.
- HONWANA, A. *Espíritos vivos, tradições modernas: Possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra a sul de Moçambique*. Maputo: Ela por Ela, 2002. (Coleção Identidades)
- KAMAT, V. *Silent violence: Global health, malaria, and child survival in Tanzania*. United States of America: The University of Arizona Press, 2013.
- KAMP, L. *Violent conversion: Brazilian Pentecostalism and the urban pioneering of women in Mozambique*. Amsterdam: University of Amsterdam, 2011.
- LANGWICK, S. Devils, parasites, and fierce needles: Healing and the politics of translation in Southern Tanzania. *Science, Technology, & Human Values*, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 88-117, 2007.
- MILANDO, J. Actores «Invisíveis» do Desenvolvimento em África: o *kindoki* na racionalização de comportamentos no meio

- rural de Cabinda (Angola). *Cadernos de Estudos Africanos*, Lisboa, v. 13/14, p. 81-98, jul./dez. 2007.
- MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. Direção de Recursos Humanos. Segundo anuário estatístico sobre os recursos humanos para a saúde em Moçambique, 2011. Maputo: Ministério da Saúde, 2012.
- MUELA, S. *Community understanding of malaria, and treatment-seeking behavior, in a holoendemic area of southeastern Tanzania*. 2000. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Ciências Naturais, Universität Basel, Basel, 2000.
- NICHTER, M. *Global health: Why cultural perceptions, social representations, and biopolitics matter*. Tucson: University of Arizona Press, 2008.
- NIEKERK, A. African Independent Churches and daily life. In: OOTHIZEN, G.; HEXHAM, I. (Ed.). *Empirical Studies of African Independent/Indigenous Churches*. New York: The Edwin Mellen Press, 1992.
- OKEKE, T.; OKEIBUNOR, J. Rural-urban differences in health-seeking for the treatment of childhood malaria in south-east Nigeria. *Health Policy*, Oxford, v. 95, p. 62-68, abr. 2010.
- OOTHIZEN, G.; HEXHAM, I. Introduction. In: OOTHIZEN, G.; HEXHAM, I. (Ed.). *Empirical Studies of African Independent/Indigenous Churches*. New York: The Edwin Mellen Press, 1992. 1-16.
- PASSADOR, L. *Guerrear, casar, pacificar, curar: O universo da "tradição" e a experiência com o HIV/AIDS no distrito de Homóine, sul de Moçambique*. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas, Campinas, 2011.
- PFEIFFER, J. Commodity fetichismo, the Holy Spirit, and the turn to Pentecostal and African Independent Churches in Central Mozambique. *Culture, Medicine and Psychiatry*, [S.l.], v. 29, p. 255-283, set. 2005.
- POOL, R. et al. Community response to intermittent preventive treatment delivered to infants (IPTi) through the EPI system in Manhiça, Mozambique. *Tropical Medicine and International Health*, [S.l.], v. 11, n. 11, p. 1670-1678, 2006.
- SANTINHO, C. *Refugiados e requerentes de asilo em Portugal: Contornos políticos no campo da saúde*. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia) - ISCTE, Lisboa, 2011.
- SEQUEIRA, A. The introduction of Rapid Diagnostic Test for Malaria in Mozambique: Local appropriation and complementary therapeutics. *The Australasian Review of African Studies (ARAS)*, Melbourne, v. 36, n. 1, 2015.
- SERRA, C. *Linchamentos em Moçambique: Uma desordem que apela à ordem*. Maputo: Imprensa Universitária, 2008.
- SPJELDNAES, A.; BJØRN, B. Education and knowledge helps preventing malaria, but not *degedege* (Poster). *Malaria Journal*, [S.l.], v. 9, out. 2010. Suplemento 2.
- STRAUS, L. et al. Inherent illnesses and attacks: An ethnographic study of interpretations of childhood Acute Respiratory Infections (ARIs) in Manhiça, southern Mozambique. *Public Health*, [S.l.], v. 11, n. 556, p. 1-10, 2011.
- TEMPLE, B.; YOUNG, A. Qualitative research and translation dilemmas. *Qualitative Research*, London, v. 4, n. 2, p. 161-178, 2004.

---

Recebido: 13/02/2015  
 Reapresentado: 18/09/2015  
 Aprovado: 01/10/2015